Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Министерство здравоохранения Краснодарского края Автономная некоммерческая организация «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада»

Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания

МАТЕРИАЛЫ XII ВСЕРОССИЙСКОЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Сочи: 5 – 8 ноября 2025 года

Краснодар
«Новация»
2025

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Министерство здравоохранения Краснодарского края
Автономная некоммерческая организация «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада»

Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания

МАТЕРИАЛЫ XII ВСЕРОССИЙСКОЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Сочи: 5-8 ноября 2025 года

Краснодар
«Новация»
2025

УДК 616.9
ББК 55.14
С 69

С 69 **Социально** значимые и особо опасные инфекционные заболевания: Материалы XII Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Министерство здравоохранения Краснодарского края, Автономная некоммерческая организация «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада». – Краснодар: Новация, 2025. – 1 электронно-оптический диск.

ISBN 978-5-00179-716-6

Редакционная коллегия:

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

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

© Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2025.
© ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2025.
© Министерство здравоохранения Краснодарского края, 2025.
© АНО «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада», 2025.

Минимальные системные требования:
Тип компьютера, процессор, частота: IBM PC 486 и выше
Оперативная память (RAM): 256 MB RAM
Необходимо на винчестере: 1 Гб
Операционные системы: Windows 95/98/ME/NT/XP/2000/Winsows 7/8 и более новые версии
Дополнительное оборудование: CD-ROM
Дополнительные программные средства: Adobe Acrobat

Издатель и производитель: Издательство «Новация» (ИП Кабанов В.Б.)

г. Краснодар, ул. Игнатова, д. 47, оф. 4, e-mail: info@file-maker.ru.
Тел.: (861) 266-95-39

Авдеева Е.А., Баркова Б.В., Корхмазов Т.В.

ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ И НАПРЯЖЕННОСТИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №2 Г. НОВОРОССИЙСКА» МЗ КК

Городская больница №2 города Новороссийска, Новороссийск

Введение. Вирусный гепатит В остается одной из важнейших проблем здравоохранения в Российской Федерации. Заболевание широко распространено среди различных групп населения и зачастую не все зараженные знают о своей инфицированности. Основным средством профилактики гепатита В является вакцина, поскольку только гигиенические меры неспособны надежно обеспечить защиту от инфекции. Лечение гепатита В зачастую неэффективно и обходится недешево, в то время как вакцинация бесплатна, либо требует минимальных расходов. Медицинские работники входят в перечень контингента лиц, которым в обязательном порядке рекомендована вакцинация против гепатита В, а также ревакцинация при снижении уровня защитных антител согласно СанПиН 3.3686-21 от 01.09.2021 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

Цель исследования: определить длительность и напряженность поствакцинального иммунитета против вирусного гепатита В среди медицинских работников ГБУЗ «Городская больница №2 г. Новороссийска» МЗ КК.

Материалы и методы. Проведено обследование уровней антител к HbsAg, а также определение HbsAg в сыворотке крови 149 врачам, 318 сотрудникам из числа среднего медицинского персонала, 3-из числа младшего медицинского персонала, а также 5 провизорам. Лиц с подтвержденным диагнозом гепатита В, а также переболевших данным заболеванием среди обследуемых не было. Все сотрудники получили вакцинацию от гепатита В по стандартной схеме от 3 до 18 лет назад.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных лиц преобладали женщины (93%), средний возраст обследованных составил 55,3 года.

Количество лиц со сниженным уровнем протективного иммунитета (менее 10 МЕ/мл) составил 70 человек (14,7%). Данные медицинские работники прошли вакцинацию от гепатита В от 7 до 10 лет назад. Среди них 30 человек (48%) являлись сотрудниками хирургического отделения. Средний возраст медицинских работников из данной группы составил 52 года. Всем медицинским работникам проведена бустер-вакцинация от гепатита В с последующим обследованием на анти-HbsAg через 1 и 3 месяца после

ревакцинации. В 100% случаев достигнут уровень протективных антител от 90 до 250 МЕ/мл.

У 3 человек из числа обследованных выявлен протективный уровень более 1000 МЕ/мл (по данным медицинской документации вакцинация от гепатита В проведена 3 года назад). Средний возраст сотрудников составил 24 года.

Среди младшего медицинского персонала выявлен случай латентного течения вирусного гепатита В, женщина была привита от гепатита В 10 лет назад, уровень анти-HbsAg не определялся. Пациентка взята на «Д» учет врачом-инфекционистом.

Таким образом отмечается четкая связь между давностью проведения вакцинации (7–10 лет) и уровнем протективных антител к вирусному гепатиту В, с последующей необходимостью проведения ревакцинации у данной группы лиц.

Список литературы.

1. М.П. Костинов: Вакцинация взрослых – от стратегии к тактике. Руководство для врачей. Москва, 2020 год(стр.134)

2. М.Г. Авдеева, В.Н. Городин: Вирусные гепатиты: диагностика, лечение, профилактика. Пособие. Краснодар, 2016 год (стр 382)

3. Федеральный закон № 52-ФЗ от 03.03.1999 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

4. СанПиН 3.3686-21 от 01.09.2021 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», разделы II «Общие требования по профилактике инфекционных болезней» и VII «Профилактика вирусных гепатитов В и С».

5. Бектемиров Т.А. Вакцинопрофилактика гепатита В: успехи и проблемы / Т.А. Бектемиров //Вакцинация. – 2001. – № 3 (45). С. 4–5.

Авдеева М.Г.[1], Ильин О.И.[1], Журавлева Е.В.[2], Яцкова Т.В.[2]

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ГРИБКОВОЙ ФЛОРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ У ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 радикально трансформировала структуру инфекционной патологии органов дыхания и существенно повлияла как на этиологический спектр возбудителей, так и на принципы назначения антибактериальной терапии. Широкое и зачастую неоправданное применение антибиотиков в амбулаторной и стационарной практике во время пандемии привело к значительному росту антибиотикорезистентности среди представителей госпитальной и

внебольничной микрофлоры. Особенно выраженные изменения затронули популяции бактерий, колонизирующих нижние дыхательные пути пациентов с пневмониями, что обусловило появление новых фенотипов устойчивости и смещение этиологического баланса в сторону грамотрицательных неферментирующих микроорганизмов [1,2].

В постковидный период сохраняется высокий уровень госпитализаций по поводу внебольничных пневмоний, причём всё чаще в их структуре выявляются *Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa и Acinetobacter baumannii* – возбудители, ранее преимущественно ассоциированные с нозокомиальными инфекциями [3,4]. При этом эффективность традиционной эмпирической терапии, основанной на прикрытии *Streptococcus pneumoniae* и атипичных патогенов, существенно снижается, что ведёт к росту частоты неэффективного лечения, затягиванию сроков госпитализации и увеличению экономических затрат системы здравоохранения [5].

В данных условиях критически важным становится регулярный мониторинг локального этиологического пейзажа и актуальных профилей антибиотикочувствительности возбудителей нижних дыхательных путей у пациентов с внебольничной пневмонией. Полученные данные служат фундаментом для оптимизации стартовой антимикробной терапии, предупреждения дальнейшего распространения антибиотикорезистентности и разработки региональных клинических рекомендаций.

Цель исследования – определение антибиотикочувствительности основных возбудителей этиологического пейзажа бактериальной флоры нижних дыхательных путей у пациентов с внебольничной пневмонией для рационального выбора антимикробной терапии.

Этиологическая структура бактериальных возбудителей рассмотрена по материалам работы бактериологической лаборатории ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» МЗ Краснодарского края за период с 2023 по октябрь 2025 года. В этот период было выполнено 3506 микробиологических исследований мокроты госпитализированных пациентов с клиникой внебольничной пневмонии. Положительные результаты получены в 1485 случаях (42,3%) и были включены в анализ.

Этиологический спектр возбудителей характеризовался выраженным преобладанием грамотрицательной микрофлоры. Наиболее часто выделялась *Klebsiella pneumoniae* – 373 случая (25,1%). Однако наблюдалась тенденция к постепенному снижению числа изолятов: с 169 (45,3%) в 2023 году до 69 (28,1%) в 2025 году. Аналогичную нисходящую динамику демонстрировала *Pseudomonas aeruginosa*, количество которой уменьшилось с 85 (22,8%) до 38 (15,5%) за тот же период. В отличие от них, *Staphylococcus aureus* сохранял более стабильную циркуляцию. В 2023 году он выделялся в 60 случаях (16,1%), в 2024 году несколько снижался до 49 (13,1%), однако к 2025 году вновь нарастал до 64 (26,1%), что может свидетельствовать о росте роли кокковой флоры на фоне изменения антибактериальной терапии. Значимой

особенностью исследуемого периода стало снижение доли *Stenotrophomonas maltophilia* с 81 (21,8%) в 2023 году до 25 (10,2%) в 2025 году, что вероятно связано с корректировкой эмпирических схем с учётом её природной устойчивости к большинству β-лактамов и карбапенемов. *Acinetobacter baumannii* демонстрировала менее выраженную динамику: с 95 (25,6%) в 2023 до 43 (17,5%) в 2025 году, оставаясь одним из ключевых патогенов с высоким уровнем мультирезистентности. Другие представители рода *Acinetobacter* (*A. junii, A. pittii*) и редкие неферментёры (*Achromobacter xylosoxidans, Pseudomonas putida*) сохраняли стабильно низкую частоту выделения, не превышая 1–2% в год. Количество *Streptococcus pneumoniae* оставалось минимальным: от 3 (0,8%) в 2023 году до 8 (3,3%) в 2025 году, что может указывать как на возможное влияние вакцинации, так и на снижение чувствительности стандартных методов диагностики к данному возбудителю.

При анализе антибиотикочувствительности основных возбудителей установлено: *Staphylococcus aureus* демонстрировал высокую чувствительность к цефокситину (166/173; 96,0%) и амикацину (166/173; 96,0%). Умеренная активность сохранялась у клиндамицина (115/173; 66,5%) и эритромицина (114/173; 65,9%). Особого внимания заслуживает крайне низкая доля штаммов, чувствительных к левофлоксацину (1/173; 0,6%), при высокой доле интермедиатных изолятов (76/173; 43,9%). *Klebsiella pneumoniae* характеризовалась наиболее выраженной устойчивостью среди всех исследованных микроорганизмов. Резистентность к амоксициллин/клавуланату достигала 333/373 (89,3%), к цефтриаксону – 330/373 (88,5%), к меропенему – 253/373 (67,8%). Чувствительность к тигециклину сохранялась на уровне 146/147 (99,3%), что подтверждает его роль как препарата резерва при карбапенем-резистентных штаммах. *Pseudomonas aeruginosa* демонстрировал умеренную чувствительность к меропенему (132/196; 67,3%) и амикацину (157/196; 80,1%). При этом сохранялась высокая устойчивость к левофлоксацину (174/196; 88,8%) и умеренная – к цефепиму (144/196; 73,5%). *Acinetobacter baumannii* оставался наиболее проблемным возбудителем с точки зрения антибиотикорезистентности: резистентность к меропенему составила 176/192 (91,7%), к левофлоксацину – 179/192 (93,2%), к амикацину – 172/192 (89,6%). Относительно сохранной оставалась чувствительность только к тигециклину (103/192; 53,6%). *Stenotrophomonas maltophilia*, имеющая природную устойчивость к β-лактамам и карбопинемам, сохраняла чувствительность к левофлоксацину лишь в 8/91 (8,8%) случаев. *Serratia marcescens*, напротив, характеризовалась наиболее благоприятным профилем чувствительности: сохранялась 100% активность левофлоксацина (22/22) и меропенема (6/6), а также высокая чувствительность к цефепиму (20/23; 87,0%).

Грибковая флора была представлена преимущественно дрожжеподобными грибами рода *Candida*, рассматривалась как контоминирующая и не являющаяся этиологическим агентом поражения нижних дыхательных путей. Наиболее часто выявлялась *Candida albicans* – 77

(5,2%), с выраженным ростом её выявляемости к 2024–2025 гг.: от 7 (1,9%) в 2023 году до 40 (10,0%) в 2024 и 30 (12,2%) в 2025 году. *Candida glabrata* также демонстрировала тенденцию к нарастанию: от полного отсутствия в 2023 году до 10 (2,5%) в 2024 и 8 (3,3%) в 2025. Аналогичная динамика отмечалась у *Candida tropicalis, C. dubliniensis* и *C. krusei*. Все изоляты *Candida albicans* и *Candida glabrata* сохраняли 100% чувствительность к амфотерицину и флуконазолу. Плесневые грибы выявлялись значительно реже. *Aspergillus flavus* регистрировался только в 2024 году (2 случая), *Aspergillus fumigatus* – однократно в 2023 году. Их доля оставалась менее 0,2% и не оказывала существенного влияния на общую структуру возбудителей.

Таким образом, в первые годы постковидного периода в структуре этиологии внебольничных пневмоний пациентов инфекционного стационара высока доля грамотрицательной микрофлоры, с преобладанием *Klebsiella pneumoniae*, обладающих выраженной антибиотикорезистентность к амоксициллин/клавуланату и цефтриаксону. Это во многом объясняется стартовой терапией амбулаторных пациентов как в период пандемии COVID-19, так и в последующие годы. Отмечается постепенное снижение доли антибиотикорезистентных штаммов *Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Stenotrophomonas maltophilia*. При анализе антимикробного профиля тестированных препаратов по отношению выявленных микроорганизмов, наибольшую активность демонстрировали амикацин и тигециклин, чувствительность к которым в совокупности имело до 87% микробного пейзажа нижних дыхательных путей.

Список литературы.

1. Авдеева М.Г., Кулбужева М.И., Зотов С.В., Журавлева Е.В., Яцукова А.В. Микробный пейзаж у госпитальных больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, сравнительная антибиотикорезистентность с "доковидным" периодом: проспективное исследование // Кубанский научный медицинский вестник. 2021. Т. 28. № 5. С. 14-28.

2. Авдеева М.Г., Ильин О.И., Ванюков А.А., Савицкая И.М., Ковтун Э.А., Журавлева Е.В. Риски грибковых осложнений при новой коронавирусной инфекции COVID-19 в зависимости от коморбидной патологии / В книге: Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Сборник материалов XI Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием. Краснодар, 2024. С. 3-5.

3. Гаврилюк Е.В., Байрамова Л.Ш., Прибылова Н.Н. Оценка антибиотикорезистентности и антибиотикочувствительности инфекционных агентов у пациентов многопрофильного соматического стационара после пандемии COVID-19 // Человек и его здоровье. 2025. Т. 28. № 2. С. 37-44.

4. Дзейтов И.А., Зиганшин Д.Р., Джафаров Н.З., Гасанов А.Р., Абраменко Р.А., Героев И.А. Эволюция антибиотикорезистентности: вызовы и решения // Аллея науки. 2025. Т. 2. № 1 (100). С. 645-658.

5. Пирадов М.А. Антибиотикорезистентность – один из глобальных вызовов человечеству // Вестник Российской академии наук. 2025. № 4. С. 22-24.

Авдеева М.Г.[1], Кулбужева М.И.[1], Блажняя Л.П.[1], Акопов Н.Р.[1], Лавриненко М.Н.[1], Запашняя О.В.[2], Василенко Е.М.[2], Козырева Е.В.[2], Ковтун Э.А.[2], Дубинина В.А.[2], Колодько Е.И.[2], Меликян Д.А.[2], Рожанская Е.А.[2]

ЭХИНОКОККОЗ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА»

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Эхинококкоз – распространённый в мире зоонозный гельминтоз, относящийся к цестодозам [2]. Высокая инвазированность людей наблюдается в крупных животноводческих регионах мира, таких как Австралия, Новая Зеландия, Монголия, Япония и Индонезия [1]. В России эхинококкоз ежегодно регистрируется в Сибири, на Дальнем Востоке, Северном Кавказе, Поволжье, в регионах, где развито животноводство и охота [3]. Существует два основных типа эхинококковой болезни, вызываемых Echinococcus granulosus и Echinococcus multilocularis. Альвеолярный эхинококкоз встречается реже, но является более инвазивным по сравнению с Echinococcus granulosus и имеет признаки злокачественности [5]. Клиническая картина эхинококкоза определяется разнообразной локализацией паразитарных кист, что обуславливает неспецифичность симптоматики. Своевременная диагностика и лечение эхинококкоза – важная проблема, определяющая дальнейший прогноз, исход болезни. [4].

Целью исследования явилось повышение качества диагностики эхинококкоза на основе анализа современного течения заболевания в Краснодарском крае.

В нашем ретроспективном исследовании проведен анализ 33 случаев эхинококкоза в период с января 2022 года по сентябрь 2025 года, у инфицированных пациентов, обратившихся в ЛДО ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница». Анамнез заболевания данных пациентов рассмотрен с точки зрения ранней диагностики, эффективности лечения и выявления возможных причин сложности установления диагноза.

Среди госпитализированных 20 пациентов были женского пола и 13 – мужского, что составило 60,6% и 39,4%. При этом 17 (51,5%) пациентов проживали в городе, а 16 (48,5%) в сельской местности. Средний возраст всех анализированных больных составил 51,03 ± 1,8 год. Большинство

инвазированных – 29 (87,9%) больных обратились в СКИБ с положительными результатами лабораторного и инструментального исследования на эхинококк, у 3 (9,1%) инфицированных диагноз был установлен при дообследовании в ЛДО «СКИБ», в 1 (3,0%) случае антитела к антигенам эхинококка обнаруживались в одном анализе, последующие два исследования были отрицательными при описанных паразитарных кистах во время УЗИ и КТ исследования. В большинстве случаев кисты выявлялись случайно при инструментальном обследовании по другим показаниям.

С момента обращения за медицинской помощью длительность течения заболевания у 12 (36,4%) пациентов составляла 1 год, у 11 (33,3%) – 2 года, у 6 (18,1%) – 3 года, у 2 (6%) – 4 года, у 2 (6,2%) – более 10 лет. Преимущественной локализацией паразитарных кист у 30 инфицированных была печень, что составило 90,9%. У 6 (18,1%) человек наблюдалось поражение легких. В брюшной полости кисты были обнаружены у 2 пациентов, что составило 6%. В единичных случаях отмечалось поражение сердца, что составило 3%. Определенный клинический интерес представляют случаи сочетанной локализации паразитарных кист. В 2 случаях отмечалась множественная локализация кист в печени и легких. Единичные случаи сочетанного поражения наблюдались в печени и сердце, в брюшной полости с преимущественной локализацией в хвосте поджелудочной железы и легких. Размеры кист в печени варьировали от 15×9 мм до 184×98 мм, в легких – от 10×8 мм до 35×31 мм, в сердце в области верхушки левого желудочка – 17×37 мм, правого желудочка – 46×35 мм, в брюшной полости размер кисты достигал 112×71 мм, в хвосте поджелудочной железы – 101×76мм.

Из сопутствующих заболеваний чаще отмечались болезни желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы: хронический панкреатит, хронический гастрит, хронический холецистит, гипертоническая болезнь.

У большинства пациентов жалобы отсутствовали, лишь 7 (21,21%) человек беспокоила тяжесть в правом подреберье, 5 (15,15%) – дискомфорт в животе. При объективном исследовании увеличенная печень пальпировалась только в 5 (15,15%) случаях. Отсутствие специфических симптомов, несвоевременное обращение за медицинской помощью, и, как следствие, запоздалая диагностика привели в одном из рассмотренных клинических случаев к прорастанию кист из области левой доли печени в средостение, перикард, мягкие ткани передней брюшной стенки, что привело к компремированию желудочков сердца и тем самым осложнило течение болезни.

При уточнении эпидемиологического анамнеза 15 (45,45%) пациентов указывали на наличие контакта с собакой или другими животными, 6 (18,18%) пациентов – на употребление плохо обработанного мяса, 2 (6,0%) связывали своё заболевание с разделкой шкур диких животных, а 3 (9,0%) с несоблюдением правил личной гигиены.

В клиническом исследовании крови, несмотря на наличие паразитарных кист во внутренних органах, повышения уровня эозинофилов у 24 (72%)

инвазированных не отмечалось. Эозинофилия наблюдалась только у 9 пациентов, что соответствовала 27,2% случаев. При этом уровень эозинофилии колебался от 6,1% до 31,8%, среднее значение эозинофилов составило 5,35 ± 0,93%.

Диагноз эхинококкоза подтверждался серологически методом иммуноферментного анализа (ИФА), у 28 (84,8%) инфицированных результат был положительным. Однако у 5 (15,2%) пациентов антитела класса IgG к антигенам возбудителя не определялись. В большинстве случаев (90,9%) выявлялись антитела к антигенам Echinococcus granulosus, а в 9,1% – к Echinococcus multilocularis.

Все пациенты получали консервативное лечение препаратом «Альбендазол», в 24,2% случаев было проведено хирургическое лечение.

Таким образом, при анализе обращаемости в краевой инфекционный стационар, не отмечено существенной разницы в частоте заболевания эхинококкозом городских и сельских жителей. Трудности в ранней диагностике связаны с длительным бессимптомным течением, отсутствием в двух третях случаев эозинофилии, возможным отрицательным результатом серологического исследования при наличии паразитарных кист. Успешная диагностика эхинококкоза основывается на комплексном анализе результатов инструментальных исследований, данных ИФА и показателей крови. Преимущественным органом-мишенью по локализации паразитарных кист остается печень, реже в процесс вовлекаются другие органы, однако всегда следует помнить о прогностически неблагоприятном течении сочетанных форм. Несвоевременное обращение за медицинской помощью и запоздалая диагностика приводят к прорастанию кист в соседние органы. Отсутствие жалоб и специфических симптомов затрудняет диагностику эхинококкоза и усугубляет его течение. Важно помнить, что регулярное обследование и раннее выявление инвазии существенно повышает шансы на полное выздоровление пациента. С учетом выявленных особенностей эпидемиологического анамнеза, для профилактики эхинококкоза среди жителей Краснодарского края сохраняется важность информированности населения о соблюдении правил личной гигиены при содержании и уходе за домашними и дикими животными.

Список литературы.

1. Du, G., Li, Y., Wu, P. et al. Diagnosis, treatment, and misdiagnosis analysis of 28 cases of central nervous system echinococcosis. Chin Neurosurg Jl7, 30 (2021). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://doi.org/10.1186/s41016-021-00248-y (дата обращения: 29.09.2025)

2. Echinococcosis // World Health Organisation [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis (дата обращения: 29.09.2025)

3. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с. – (Серия «Национальные руководства») ISBN978-5-9704-1000-4

4. Эпидемиологический надзор за эхинококкозами: Методические указания. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018. – 39 с.

5. Эхинококкоз. Эпидемиология. Профилактика // Астраханский филиал по железнодорожному транспорту ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://af-fbuz.ru/index.php/spravochnaya-informatsiya/62-ekhinokokkoz-epidemiologiya-profilaktika (дата обращения: 20.09.2025).

Адаманюк С.В., Степанова К.Б.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭХИНОКОККОЗУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2024 ГОДУ

Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии, Тюмень

Эхинококкоз – одно из самых тяжелых и опасных паразитарных заболеваний человека, которое поражает внутренние органы и может привести к длительной утрате трудоспособности или летальному исходу [1]. В структуре биогельминтозов эхинококкоз занимает 3 место по числу зарегистрированных случаев, его доля составила 3,0% в 2024 году. По данным формы №2 федерального статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», в 2024 году зарегистрировано 493 случая эхинококкоза на территориях 8 федеральных округов в 60 субъектах Российской Федерации, что на 0,2% меньше, чем в 2023 году (494 сл.) и на 21,5% больше, чем в 2022 г. (387 сл.). Максимальное число случаев зарегистрировано в 4-х субъектах: г. Москва – 75 случаев, Тюменская область – 36 случаев, г. Санкт-Петербург – 34 случая, Республика Башкортостан – 25 случаев. Уровень заболеваемости эхинококкозом в 2024 году составил 0,34 на 100 тыс. населения (далее 0/0000) и на 5,9% превысил среднемноголетний показатель за 2013-2019, 2022-2023 гг. (0,320/0000). В многолетней динамике заболеваемости эхинококкозом тенденция отсутствует. Темп роста за 2013-2019, 2022-2024 годы составил 0,1%. Среди детского населения (0-17 лет) в 2024 году зарегистрировано 58 случаев эхинококкоза (2023 г. – 63 случая; 2022 г. – 60 случаев). Уровень заболеваемости в данной возрастной группе составил 0,190/0000, что в 1,9 раза ниже аналогичного показателя среди взрослых (0,37 0/0000). Среди детей самая высокая заболеваемость зафиксирована в возрастной группе 7-14 лет (40 случаев, показатель 0,27 0/0000). Показатель заболеваемости среди сельского населения (0,410/0000) на 24,4% выше аналогичного показателя среди городских жителей (0,310/0000). В 2024 году зарегистрировано 6 случаев эхинококкоза с летальным исходом, в том числе в Красноярском крае – 4 случая, г. Москве – 1 случай, г. Санкт-Петербурге – 1 случай.

Анализ карт эпидемиологического обследования случая эхинококкоза, поступивших в ФБУН ТНИИКИП Роспотребнадзора в 2024 году, показал, что по социальному статусу и роду занятий случаи регистрировались у неработающих граждан 33,8%, квалифицированных рабочих – 28,6%, пенсионеров – 20,9%, учащихся образовательных организаций – 5,5%, неорганизованных детей – 3,0%, студентов ВУЗов – 1,1%, детей детских дошкольных организаций – 0,4%, военнослужащих – 0,4%, инвалидов – 0,3%. Основными обстоятельствами, способствующими заражению эхинококкозом, являлись: содержание собак – 35,1%; наличие подсобного хозяйства и уход за животными (коровы, овцы, свиньи, олени) – 26,4%; периодические контакты с бродячими собаками (гладили, кормили) – 12,9%; контакт с дикими животными (разделка туш и обработка шкур лисиц) – 3,0%. Отрицали контакт с животными 7,1% заболевших. 14,3% заболевших отмечали употребление немытых дикорастущих ягод и фруктов, зелени с собственного участка; 1,1% – употребление некипяченой воды из природных источников (колодцы, родники). Заражение цистным эхинококкозом происходило чаще на территориях постоянного места проживания – 65,1%. В 18,9% случаев завоз осуществлялся из других субъектов Российской Федерации, наиболее часто – из Московской области (13,0%), ЯНАО (7,2%), Новгородской, Псковской областей, Республик Северная Осетия-Алания, Дагестан (по 5,8%). Зарегистрированы завозные случаи эхинококкоза (15,4%) из 12 стран ближнего и дальнего зарубежья: Таджикистан, Киргизия, Грузия, Узбекистан, Армения, Казахстан, Украина, Азербайджан, Абхазия, Италия, Сербия, Туркменистан. В 0,6% случаях место заражения установить не удалось. Наибольшее количество завозных случаев эхинококкоза выявлено и зарегистрировано в г. Москве (97,4%). Согласно представленным картам эпидемиологического обследования эхинококкоз печени диагностировался у 73,6% пациентов, легких – 7,9%, брюшной полости и органов малого таза – 1%, почек, селезёнки – по 1,7%, надпочечника, мягких тканей бедра – по 0,3%, множественный эхинококкоз – 7,7%. В 6,6% случаев диагноз был установлен на основании серологических исследований и данных эпидемиологического анамнеза.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по эхинококкозу остается неблагополучной и требует постоянного внимания со стороны работников медицинских и ветеринарных организаций, а также контроля за проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий, в том числе санитарного просвещения населения.

Список литературы.

1. Бессонов А.С. Цистный эхинококкоз и гидатидоз. – Москва: 2007. – 672 с.

Адаменко Л.В.[2], Рыцарев Ю.О.[2], Бахтина В.А.[1,2], Ванюков А.А.[1,2], Савицкая И.М.[2]

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ СКИБ С 2022 ПО 2025 ГГ.

[1]Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2]Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Малярия – трансмиссивное инфекционное заболевание, вызываемое внутриклеточным простейшим паразитом рода *Plasmodium*. Мировая тенденция к глобализации, миграция населения из эндемичных стран, а также развитая туристическая деятельность способствуют появлению случаев малярии в неэндемичных районах. [1, 3]

Согласно отчету ВОЗ, в 2023 году во всем мире число случаев малярии оценивалось в 263 миллиона, при частоте 60,4 случая на 1000 человек населения, подверженного риску. Это на 11 миллионов случаев больше, чем в 2022 году. Эта инфекция в 2023 году привела к 597 000 смертей при уровне смертности 13,7 на 100 000 в результате тяжелой формы заболевания. [1]

Смертность от нелеченной тяжелой формы малярии (особенно церебральной малярии) приближается к 100%. При своевременном эффективном противомалярийном лечении и поддерживающем уходе этот показатель в целом снижается до 10–20% [2,4].

Адекватное и быстрое определение предикторов тяжелой малярии позволяет проводить ранние и эффективные терапевтические вмешательства для предотвращения серьезных осложнений и смерти [2,4]. В августе 2025 года ВОЗ выпущен гайдлайн по лечению малярии, в который включены следующие критерии тяжелой тропической малярии:

1. Нарушение сознания: оценка комы по шкале Глазго < 11 у взрослых или оценка комы по шкале Блантайра < 3 у детей;
2. Простирание: генерализованная слабость, так что человек не может сидеть, стоять или ходить без посторонней помощи;
3. Множественные судороги: более двух эпизодов в течение 24 ч;
4. Ацидоз: дефицит оснований > 8 мЭкв/л или, если таковой имеется, уровень бикарбоната плазмы < 15 ммоль/л или венозный лактат плазмы ≥ 5 ммоль/л;
5. Гипогликемия: глюкоза в крови или плазме крови < 2,2 ммоль / л (< 40 мг / дл);
6. Тяжелая малярийная анемия: концентрация гемоглобина ≤ 5 г/дл или гематокрита ≤ 15% у детей < 12 лет (< 7 г/дл и < 20%, соответственно, у взрослых) с количеством паразитов > 10 000/мкл;
7. Почечная недостаточность: креатинин > 265 мкмоль/л (3 мг/дл) или мочевина крови > 20 ммоль/л;

8. Желтуха: общий билирубин > 50 мкмоль/л (3 мг/дл) с количеством паразитов > 100 000/мкл;

9. Отек легких: радиологически подтвержденный или снижение сатурации < 92% на атмосферном воздухе;

10. Значительное кровотечение: включая периодические или длительные кровотечения из носа, десен или мест венепункции, мелена;

11. Шок: компенсированный или декомпенсированный шок;

12. Гиперпаразитемия: *P. Falciparum* parasitaemia > 10% [2].

С целью оценки диагностической значимости критериев ВОЗ, как предикторов тяжелого течения, в разрезе текущей ситуации по завозной тропической малярии в Краснодарском крае, на базе ГБУЗ «СКИБ» нами был проведен анализ 17 случаев заболевания с 2022 по 2025 годы: 7 пациентов с диагнозом “Тропическая малярия, тяжелое течение” и 10 с диагнозом “Тропическая малярия, средней степени тяжести”. Тяжелая малярия определялась шкалой SOFA: более 6 баллов соответствовало тяжелой малярии.

Уровень сознания, уровень креатинина, лактата, избытка/дефицита оснований, наличие отека легких или выраженного ДВС синдрома, скорее являются констатацией факта тяжелой малярии, но не являются предикторами этого состояния, поэтому данные показатели в текущей работе не рассматривались.

Обработка данных проводилась с использованием программы StatTech v. 4.9.2 (разработчик – ООО "Статтех", Россия). Для оценки дискриминационной способности количественных признаков при прогнозировании определенного исхода применялся метод анализа ROC-кривых. Разделяющее значение количественного признака в точке cut-off определялось по наивысшему значению индекса Юдена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты:

Шансы возникновения тяжелой малярии в группе пациентов с повторной малярийной атакой были ниже в 14,000 раза, по сравнению с группой пациентов с первичной малярийной атакой, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,071; 95% ДИ: 0,006 – 0,881).

Уровень паразитемии являлся статистически значимым предиктором степени тяжести (AUC = 1,000; 95% ДИ: 1,000 – 1,000, $p < 0,001$). Пороговое значение уровня паразитемии в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 183340,000 в мкл. Тяжелая малярия прогнозировалась при значении уровня паразитемии выше данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность полученной прогностической модели составили 100,0% и 100,0%, соответственно.

Уровень пораженных эритроцитов являлся статистически значимым предиктором степени тяжести (AUC = 1,000; 95% ДИ: 1,000 – 1,000, $p < 0,001$). Пороговое значение пораженных эритроцитов в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило

4,300%. Тяжелая малярия прогнозировалась при значении пораженных эритроцитов выше данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность полученной прогностической модели составили 100,0% и 100,0%, соответственно.

Уровень общего билирубина являлся статистически значимым предиктором степени тяжести (AUC = 0,900; 95% ДИ: 0,731–1,000, p = 0,006). Пороговое значение уровня общего билирубина в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 40,400 мкмоль/л. Тяжелая малярия прогнозировалась при значении уровня общего билирубина выше данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность полученной прогностической модели составили 71,4% и 90,0%, соответственно.

Уровень тромбоцитов являлся статистически значимым предиктором степени тяжести (AUC = 1,000; 95% ДИ: 1,000–1,000, p < 0,001). Пороговое значение уровня тромбоцитов в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 49,000 Г/л. Тяжелая малярия прогнозировалась при значении уровня тромбоцитов ниже данной величины. Чувствительность и специфичность полученной прогностической модели составили 100,0% и 100,0%, соответственно.

Уровни эритроцитов, гемоглобина, глюкозы, С реактивного белка, не являлись статистически значимыми предикторами степени тяжести.

Оценка динамики гематологических показателей показала развитие у обследованных пациентов анемического синдрома. При анализе связи уровня эритроцитов и гемоглобина с днем болезни была установлена обратная корреляция заметной и высокой тесноты соответственно (по шкале Чеддока). При увеличении дня болезни на 1 уровень эритроцитов уменьшился на 0,037 Т/л, гемоглобина на 0,891 г/л.

Выводы:

Малярия – тяжелое инфекционное заболевание, лечение которого должно осуществляться врачами, имеющими опыт курации данной нозологии.

Тяжелые случаи малярии требуют наблюдения пациентов в условиях отделений интенсивной терапии, при наличии 6 и более баллов по шкале SOFA.

Незамедлительное выявление предикторов тяжелой малярии при поступлении пациентов в стационар, позволяет произвести своевременное назначение необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

Уровень паразитемии и пораженных эритроцитов являются наиболее значимыми предикторами тяжелого течения и соответствуют критериям тяжести ВОЗ. Уровень общего билирубина, ввиду низкой чувствительности 71,4% и специфичности в 90%, не может быть использован изолированно как предиктор тяжелого течения, а только в совокупности с уровнем паразитемии.

С учетом полученных данных, в текущих условиях, наряду с вышеперечисленными лабораторными данными следует рассматривать тромбоцитопению 49 Г/л и ниже, как один из возможных предикторов тяжелого течения завозной тропической малярии, в том числе и в совокупности с уровнем паразитемии.

Дискорреляция критериям тяжелой малярии ВОЗ, данных по уровню эритроцитов, гемоглобина, глюкозы может быть объяснена несколькими факторами: иными социально-экономическими условиями жизни пациентов, вошедших в текущее исследование, в том числе доступностью медицинской помощи, отсутствием у них сопутствующей патологии и длительностью текущего эпизода малярии.

Наличие препаратов для лечения тяжелых форм малярии является необходимым и значимым фактором, влияющим на летальность в стационаре.

Небольшое количество пациентов в исследовании не дает возможности поставить точку в рассматриваемых вопросах, но дает повод провести более крупное исследование.

Список литературы.

1. World malaria report 2024: addressing inequity in the global malaria response. WHO. Geneva. 2024. – 293 p.
2. WHO guidelines for malaria 2025. WHO. Geneva. 2025. – 478 p.
3. Адаменко Л.В., Рыцарев Ю.О., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Савицкая И.М. Эпидемиологические особенности завозной малярии по данным ГБУЗ СКИБ с 2022 г по 2025 г. / В книге: Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России. Материалы XVIII научно-практической конференции. Краснодар, 2025. С 15-17.
4. Методические рекомендации по профилактике и лечению малярии в Вооруженных силах Российской Федерации. Москва 2019 г. – 59 с.

Алоджанц Е.А., Шкода А.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА У ВЗРОСЛЫХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2023-2024 ГГ.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность: актуальными для Российской Федерации (РФ) являются такие инфекции, переносимые клещами, как клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (КБ), клещевой эрлихиоз. В 2024 г. заболеваемость КБ в РФ составила 4,87 на 100 000 чел., что в 1,28 раз меньше показателя 2023 года – 6,22 на 100000 чел.

Цель: изучить эпидемиологические аспекты и клинико-лабораторное течение клещевого боррелиоза в Санкт-Петербурге (СПб) в период с 2023 по 2024 гг.

Материалы и методы: в исследование включено 156 пациентов, обратившихся в СПб ГБУЗ «КИБ им. С. П. Боткина» с диагнозом КБ в 2023–24 гг. Пациенты с КБ были разделены на 2 группы: группа 1 (22–45 лет), группа 2 (45+ лет). Средний возраст 54,3±16,2 года. Соотношение мужчин и женщин: 57,7%, 38,8%, распределение по возрасту: 22–45 лет – 33,97%, 46–84 года – 66,03%.

Результаты: заболеваемость КБ в Санкт-Петербурге в 2023-24гг. лидирует среди всех территорий Северо-Западного федерального округа (СЗФО) и превышает заболеваемость в СЗФО – в 2023г. 9,53 на 100000 чел. против 6,90 на 100000 чел. в СЗФО, в 2024г. 7,91 и 5,15 на 100000 чел., соответственно.

При анализе медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ «КИБ им. С. П. Боткина» с диагнозом КБ в 2023–24 гг. установлено: чаще всего присасывания клещей наблюдались в Ленинградской области (ЛО) – 51,92%, СПб – 5,13%, неизвестно место присасывания – 19,87%, другие регионы – 23,08%. В ЛО по числу присасываний лидировали: Всеволожский район – 9,88%, Кировский – 8,64%, Приозерский – 18,52%, Гатчинский – 8,64%, Тосненский – 9,88%, неизвестный район – 4,94%, другие районы – 12,51%. Среди обеих групп 57,69% сняли клеща самостоятельно, 17,95% в ЛПУ, 24,36% не знали о присасывании. Доля клещей, исследованных на клещевые инфекции, составила 6,41%, в 20% случаев обнаружена Borrelia burgdorferi, большинство клещей не исследовались – 93,59%. Среди пациентов выявлены формы заболевания: КБ безэритемная форма – 23,7%, КБ эритемная форма – 72,4%, КБ менингоэнцефалитическая форма – 1,28%. У пациентов с эритемной формой в 76,9% случаев наблюдалась кольцевидная эритема, в 54,9% – слабость, в 30,0% – ломота в мышцах и/или суставах. Длительность госпитализации при КБ составила в среднем 13,5±6,6 дней и оказалось достоверно сравнима в группе 1 (13,2±6,7) и группе 2 (13,6±6,5) (p=0,77). Общая клиника: слабость 56,41%, ломота в теле 26,92%. Слабость в младшей возрастной группе встречалась в 67,3%, в старшей группе 51,45%; ломота в теле встречалась в 34,61% и в 23,3% соответственно. Местная клиника: зуд встречался в 24,36%, сыпь встречалась в 9,62%, увеличение лимфоузлов встречалось в 3,2%. Специфические лабораторные изменения: СРБ в группе 1 был взят у 54,17% больных, в группе 2 у 45,63%. При анализе лабораторных данных выявлено преобладание содержания СРБ в группе 2 (21,4±37,8) в сравнение с группой 1 (7,8±13,6) (p=0,03).

Выводы: КБ остается лидирующей инфекцией из числа трансмиссивных на территории г. Санкт-Петербурга. По данным исследования отмечена наибольшая активность клещей в Тосненском, Всеволожском и Приозерском районах ЛО. Чаще всего регистрировались эритемная форма заболевания, с симптомами в виде слабости, ломоты в мышцах и/или суставах и кольцевидной эритемы. Среди пациентов старшей возрастной группы наблюдалось более высокое значение СРБ, но сроки госпитализации

незначительно отличаются от количества дней проведенных в стационаре пациентов младшей возрастной группы, что может быть связано с успешной компенсацией сопутствующих заболеваний.

Список литературы.

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году». М.; 2025.

2. Попова А.Ю./ «Об эпидемиологической ситуации по иксодовым клещевым боррелиозам в 2022 году и прогнозе на 2023 г.»/ Приложение к письму Роспотребнадзора от 27.03.2023 № 02/4730-2023-32; 2023 г. С. 2-5.

3. Рудакова С.А., Теслова О.Е., Муталинова Н.Е., Пеньевская Н.А., Блох А.И., Рудаков Н.В., Савельев Д.А., Кузьменко Ю.Ф., Транквилевский Д.В./ «Обзор эпидемиологической ситуации по иксодовым клещевым боррелиозам в Российской Федерации в 2013–2022 гг. и прогноз на 2023 г.»/ Проблемы особо опасных инфекций. 2023; №2. С. 75-87.

Амбалов Ю.М.[2], Донцов Д.В.[1], Коваленко А.П.[2], Рязанова О.А.[3], Мамедова Н.И.[1]

ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ВЗРОСЛЫХ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

[1] Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону;
[2]ООО «ЕвроДон», Ростов-на-Дону;
[3] «МедСкиллс» (Институт профессионального развития медицинских и фармацевтических работников), Ростов-на-Дону

Далеко не все врачи догадываются, что хорошо известная педиатрам детская болезнь под именем «инфекционная эритема» на самом деле является клинической формой парвовирусной инфекции (ПВИ) (1).Проблема заключается в том, что в последние 2-3 года это заболевание стало довольно энергично «посещать» и взрослых (1,2), и это стало диагностическим преткновением для терапевтов, ревматологов, дерматологов и даже инфекционистов.

Цель работы изучить клинико-лабораторные проявления ПВИ у взрослых на современном этапе. К нам за консультативной помощью в зимне-весеннем периоде 2023-2024 гг. и 2024-2025 гг. обратилось 42 больных в возрасте от 18 до 50 лет и все они были женщинами. Абсолютное большинство указанных пациентов, так или иначе, постоянно общались с детьми, будучи воспитателями в детских садах, учителями в школах, сотрудниками детских центров, медиками в детских учреждениях здравоохранения. Упомянули о контактах с больными детьми 92,9% женщин. До консультации с инфекционистами они обращались за врачебной помощью к участковым терапевтам, ревматологам, дерматологам, аллергологам и даже онкологам. Ни одной пациентке правильный диагноз указанными

специалистами так и не был поставлен. Верификация диагноза: «ПВИ» осуществлялась нами с помощью выявления в крови и (или) слюне ДНК ПВ В19, как в качественном, так и в количественном вариантах. Кроме того, со второй недели заболевания мы дополнительно исследовали ИФА для определения в крови больных IgM и IgG к ПВ В19.Клиническая симптоматика у наблюдавшихся пациентов характеризовалась у 63,2% – лихорадкой, у 94,7% – признаками интоксикации, у 73,7% – катаральными явлениями, у 23,7% – лимфаденопатией, у 18,4% – поносом, у 21,0% – артралгией и у 100% – сыпью. Если у больных отмечалось повышение температуры тела, то она держалась, как правило, первые 2-3 дня болезни, а затем вела себя как ей заблагорассудится. Могла держаться несколько дней на фебрильном уровне, могла снижаться до нормальных показателей, а затем снова повышаться, оставаясь иногда много дней и даже недель на субфебрильных цифрах. Интоксикационные явления характеризовались умеренной слабостью, головной болью, повышенной усталостью. Катаральный синдром смахивал на таковой у больных ОРВИ, гриппом, Covid-19, т.е. ничего специфичного. Это и боли в горле, и заложенность носа, и насморк, и кашель, которые могли сохраняться ни один день. Увеличение лимфатических узлов было достаточно умеренным и сопровождалось небольшой болезненностью. Причем, это имело отношение только к лимфоузлам подчелюстной, околоушной и затылочной областей. Диспептические симптомы проявлялись лишь у одной из пяти пациентов и имели сравнительно краткосрочный характер. Артралгии наблюдались, чаще всего, со стороны суставов кистей, локтей и голеностопов. Иногда отмечалась отечность в области суставов. Через 2–3 недели клинические признаки поражения суставов в большинстве случаев исчезали, сохраняясь лишь у единичных больных женщин. Сыпь у наблюдавшихся нами пациентов появлялась, как правило, через неделю от начала заболевания, хотя у 2-х из них высыпания пришлись на первый день болезни. Сыпь могла иметь пятнистый, пятнисто-папулезный и даже геморрагический характер, располагаясь, при этом в области груди, спины, живота, рук и ног. У 3-х больных высыпания были и на лице. Судя по длительности заболевания, инфекционный процесс у 2/3 пациентов имел острый характер, у остальных – затяжной.

Ну, а теперь вспомним название нашего доклада. И попробуем ответить на вопрос: «Какие же сведения о ПВИ у взрослых являются, с нашей точки зрения, мифом, а какие реальностью?» Миф №1. ПВ В19 может размножаться только в эритроидных клетках нашего организма. Это не так, в противном случае не было бы у больных ПВИ сыпи, артритов, катаральных симптомов, диспепсии и много чего другого. Миф №2. Возбудитель ПВИ, будучи ДНК-содержащим вирусом, не склонен к мутационным поползновениям. Тогда как объяснить одновременное пребывание в крови у больных ПВИ и вируса, и антител к нему (как при хроническом гепатите С). Миф №3. ПВИ малозаразная болезнь. Но это далеко не так. По рассказам наших пациентов,

дети в школе, где они работали, болели в таком количестве, что некоторые классы освобождались от очных занятий. А откуда, скажите, пожалуйста, чуть ли не у половины людей взрослого возраста, никогда не болевших, по их заверениям, ПВИ, высокий уровень IgG к парвовирусу В19. Миф №4. Парвовирусной инфекцией болеют только дети. Но это не так. Наблюдавшиеся нами пациенты тому пример. Миф №5. ПВИ у взрослых, если и случается, то протекает быстро и легко. У кого-то такое может быть, но только не у тех женщин, которые наблюдались нами. Миф №6. Сыпь в 1-й день болезни при ПВИ у взрослых не появляется. Как бы не так. Еще как появляется. Миф №7. С момента появления у больных ПВИ сыпи выделение вируса прекращается, и пациенты перестают быть заразными. По нашим данным, ПВ В19 персистирует в крови, а главное, в слюне больных ПВИ на протяжении многих недель и даже месяцев. И что, эти пациенты перестают быть заразными? Миф №8. Применение у больных ПВИ НПВС и ГКС приносит пользу. Временное облегчение приносит, но не пользу. Макияжный (симптоматический) эффект достигается ценой иммуносупрессии, что приводит к затягиванию болезни. Миф №9. Есть, якобы, препараты, эффективно воздействующие на ПВ В19.Это неправда! Таких препаратов нет. Миф №10. Если даже средств, подавляющих ПВ В19, нет, это не значит, что больному не надо назначать какие-то препараты. Что-то надо, ведь, делать? Не препараты бессмысленные, патогенетически необоснованные надо назначать, а надо не мешать формированию у такого пациента иммунитета, а следовательно, не мешать ему выздоравливать! Миф №11. Если больной с ПВИ чувствует себя вполне прилично, это не значит, что нет возбудителя ни в крови, ни в слюне. Вирусемия может сохраняться месяцами. Почему? Пока еще никто этого не знает. Миф №12. Заподозрить у взрослого ПВИ невозможно, поскольку все клинические проявления болезни носят неспецифический характер. Патогномоничных симптомов нет и в помине. Предварительный диагноз поставить можно, если владеешь методом дифференциальной диагностики.

Список литературы.

1. Анохин В.А., Сабитова А.М., Аглямова Т.А. и др. Парвовирусная инфекция у детей // Детские инфекции. – 2019. – 18(1). – С.22-28.

2. Отмахова И.А., Краснов В.В, Гадирова Б.Я. и др. Парвовирусная инфекция у взрослых: клинические проявления и значение бессимптомных форм (клиническое наблюдение) //Практическая медицина. – 2019. – е.17, №8. – С.121-124.

Амбалов Ю.М.[2], Коваленко А.П.[2], Рязанова О.А.[3], Донцов Д.В.[1]

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ COVID-19 В 2020-2021 ГГ.

[1] Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону;
[2]ООО «ЕвроДон», Ростов-на-Дону;
[3] «МедСкиллс» (Институт профессионального развития медицинских и фармацевтических работников), Ростов-на-Дону

Сепсис – это генерализованная форма ряда инфекционных заболеваний, вызванных условно-патогенными бактериями, способными размножаться исключительно внеклеточно. В их числе выделяют: *Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinobacter baumannii, Pseudomonas aeroginosa, Enterobacter spp*., которые еще называют группой бактерий ESCAPE. Притягивать за уши грибы, а тем более вирусы, в качестве сепсисогенной микробной флоры, по крайне мере, неуместно. Уже первые месяцы общения с больными новой коронавирусной инфекцией показали, что поражение легких, происходившее у большинства из них, имело исключительно вирусный генез, а признаков реактивации бактериальной флоры, что свойственно, например, гриппозной инфекции, вообще не было. Так что, с самого начала стало ясно, что использование в лечении Covid-19 антибиотиков лишено смысла. Казалось, бы смирившись с этой мыслью, врачи-реаниматологи, тем не менее, начали сталкиваться с тем, что у ряда больных с тяжелой вирусной пневмонией и выраженной дыхательной недостаточностью, т.е. с дистресс-синдромом, почему-то стало возникать такое грозное осложнение, вызываемого бактериями, как сепсис (1). Естественно, появились вопросы, как лечить, как предупреждать и как прогнозировать это тяжелейшее состояние уже у крайне тяжелых больных Covid-19, находящихся к тому времени в большинстве своем, на инвазивной ИВЛ. Цель работы – провести сравнительное изучение клинико-параклинической картины заболевания у больных Covid-19, осложнившейся и не осложнившейся сепсисом, и на этой основе выявить прогностические факторы его возникновения. Для этого, больные Covid-19, находившиеся в ОРИТ в связи с рядом критических состояний (дистресс-синдромом, тромбоэмболическим синдромом, сердечной недостаточностью, энцефалопатией и др.), были разделены на две группы: первая – у кого развился сепсис (n=67) и вторая – у кого сепсиса не было (n=119). Никто из больных первой группы не выжил, во второй группе – 59 из 119 т.е. 49,6%. Верификация Covid-19 осуществлялась методом ПЦР, сепсис был диагностирован по клиническим и патологоанатомическим данным у 26 пациентов, у остальных (41 больной) – по результатам вскрытия. Сопоставление двух групп пациентов с Covid-19 по 17 клинико-лабораторным показателям позволило отобрать 10 из них, имевших статистически значимые отличия по их относительной частоте. При этом, для

проведения раннего прогноза сепсиса у тяжелых больных Covid-19 оказались пригодными только 7 показателей, для позднего же прогноза – все 10. Для реализации прогностической процедуры процентные показатели относительной частоты показателей у пациентов первой группы получили знак «+», второй же – «-». Кроме того, для упрощения расчётов все величины относительных частот показателей в обеих группах пациентов были уменьшены на порядок, т.е. в 10 раз, и получили обозначение «балл». Далее полученные баллы по каждому их показателей в первой и второй группах проходят алгебраическое суммирование, и полученный результат можно расценивать как прогностический фактор развития или неразвития сепсиса у тяжелых больных Covid-19. Если алгебраическая сумма баллов получилась со знаком «+», то это свидетельствует в пользу развития сепсиса, если «-» – против. Такие же математические действия проводятся со следующим статистическими показателями, а полученный результат интегрируется с предыдущим. Процедуру осуществляют до тех пор, пока не будет достигнута рубежная сумма в ± (9,5-10,0) баллов. При плюсовой сумме баллов прогнозируется развитие сепсиса у тяжелых больных Covid-19, а со знаком «минус» – прогностическая возможность сепсиса отвергается. При раннем прогнозе наибольшую информативность продемонстрировали : 1)возраст пациентов старше 60 лет (±4,8 балла); 2) наличие в анамнезе хронических заболеваний ССС (ишемической болезни, гипертонической болезни, фибрилляции предсердий и др.) (+3,2 балла); 3) ИМТ >30 у.е. (+3,1 балла); 4) наличие сахарного диабета 2-го типа (+2,6 балла). Комбинация указанных показателей позволяет набрать 10 и более баллов, что делает прогноз сепсиса у больных с тяжелой формой Covid-19 достоверным. При позднем прогнозе (во время нахождения в ОРИТ) добавляются наиболее значимые в прогностическом отношении показатели : 1) развитие у больного Covid-19 полиорганной недостаточности (+5,6 балла); 2) проведение пациенту инвазивной ИВЛ (+2,8 балла); 3) при проведении СКТ легких выявление КТ3/КТ4 (+2,1 балла); Поздний прогноз дает более точный результат, но в плане эффективного лечения это мало что дает.

Список литературы.

1. Воробьева О.В. Изменение в органах при инфицировании Covid-19 с развитием септикопиемии // Профилактическая медицина. – 2021. – 24(10). – С.89-93.

Амбарнова Н.М.[2], Кайсина Я.П.[1,2]

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Инфекционная больница №2, Сочи

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) представляет собой тромботическую микроангиопатию (ТМА) с преимущественным поражением сосудов почек [1,2], клинически проявляющийся микроангиопатическим гемолизом, тромбоцитопенией и органной дисфункцией. ГУС является одной из ведущих причин развития острой почечной недостаточности у детей с трансформацией в терминальную хроническую почечную недостаточность. Помимо почек, являющихся основным органом-мишенью, в патологический процесс могут вовлекаться нервная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, дыхательная системы, система гемостаза, что приводит к развитию полиорганной недостаточности и нарушению витальных функций организма [3].

По данным ГБУЗ «Инфекционная больница № 2» МЗ КК в 2025 году отмечен рост развития типичного ГУС, как осложнения кишечной инфекции у детей. За период с мая по август 2025 года зафиксировано 5 случаев ГУС, что составляет 0,8% от всех случаев заболевания кишечной инфекции у детей в данном временном периоде. В 2024 году отмечался 1 случай ГУС, в 2023, так же, 1 случай. ГУС развивался у детей в возрасте от 1 года 9 месяцев до 6 лет. Разделение по полу: девочки – 3 человека, мальчики – 2 человека. Эпидемиологические факторы развития кишечной инфекции – употребление не вымытых ягод, фруктов, воды из открытых источников.

У всех детей заболевание начиналось остро с появления рвоты, диареи (преимущественно, гемоколита), повышения температуры тела. ГУС развивался, в среднем, на 5-й день от начала заболевания, с появления отеков на конечностях, лице, анурии.

Изменения в общем анализе крови носили следующий характер: анемия, тромбоцитопения (менее 50×10^9/л), лейкоцитоз, ускорение СОЭ, также, отмечалось появление шистоцитов; в биохимическом анализе крови – повышение печеночных ферментов, преимущественно, лактатдегидрогеназы (в 8-10 раз), ферритина, незначительное повышение С-реактивного белка, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, азотемия. Отмечалось повышение Д-димера в 20-40 раз, повышение растворимых фибрин-мономерных комплексов. Электролитные нарушения проявлялись в виде гипонатриемии, гипохлоремии. По оценке кислотно-щелочного состояния организма преобладали декомпенсированный и субкомпенсированный метаболический ацидоз.

Трем детям потребовался перевод на искусственную вентиляцию легких (60%).

Нарастание азотемии требовало проведения процедур гемофильтрации в 3 случаях (60%). Заместительная терапия препаратами донорской крови проводилась в 100% случаев.

В трех случаях возбудитель кишечной инфекции не был выявлен, в одном случае выделена E.Coli EHEC и в одном случае – ротавирус.

Все дети были переведены в ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» МЗ КК (Краснодар).

Таким образом, при лечении острой кишечной инфекции у детей необходимо внимательно отслеживать клинико-лабораторные показатели и контролировать их динамику с целью раннего выявления гемолитико-уремического синдрома.

Список литературы.

1. Лискина А.В., Раздолькина Т.И., Глотова О.Л., Поршина Н.А., Калабкин Н.А. Гемолитико-уремический синдром у детей. клинический пример // Современные проблемы науки и образования. 2024. № 3.

2. Байко С.В., Стрельченя Е.С., Реут С.У. Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный со Streptococcus pneumoniae // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021. Т. 66(6). С. 134-141. DOI: 10.21508/1027–4065–2021–66–6–134–141.

3. Гунькова Е.В., Вялкова А.А., Зорин И.В. Гемолитико-уремический синдром у детей, ассоциированный с диареей (обзор литературы) // Нефрология. 2021. № 25 (3). URL: https://journal.nephrolog.ru/jour/article/view/1974?locale=ru_RU (дата обращения: 17.04.2024). DOI: 10.36485/1561-6274-2021-25-3-43-51.

Амбарнова Н.М.[2], Кайсина Я.П.[1,2]

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Инфекционная больница №2, Сочи

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) представляет собой тромботическую микроангиопатию (ТМА) с преимущественным поражением сосудов почек [1, 2], клинически проявляющийся микроангиопатическим гемолизом, тромбоцитопенией и органной дисфункцией. ГУС является одной из ведущих причин развития острой почечной недостаточности у детей с трансформацией в терминальную хроническую почечную недостаточность. Помимо почек, являющихся основным органом-мишенью, в патологический процесс могут вовлекаться нервная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, дыхательная системы, система гемостаза, что приводит к развитию

полиорганной недостаточности и нарушению витальных функций организма [3].

По данным ГБУЗ «Инфекционная больница №2» МЗ КК в 2025 году отмечен рост развития типичного ГУС, как осложнения кишечной инфекции у детей. За период с мая по август 2025 года зафиксировано 5 случаев ГУС, что составляет 0,8% от всех случаев заболевания кишечной инфекции у детей в данном временном периоде. В 2024 году отмечался 1 случай ГУС, в 2023, так же, 1 случай. ГУС развивался у детей в возрасте от 1 года 9 месяцев до 6 лет. Разделение по полу: девочки – 3 человека, мальчики – 2 человека. Эпидемиологические факторы развития кишечной инфекции – употребление не вымытых ягод, фруктов, воды из открытых источников.

У всех детей заболевание начиналось остро с появления рвоты, диареи (преимущественно, гемоколита), повышения температуры тела. ГУС развивался, в среднем, на 5-й день от начала заболевания, с появления отеков на конечностях, лице, анурии.

Изменения в общем анализе крови носили следующий характер: анемия, тромбоцитопения (менее 50×10^9/л), лейкоцитоз, ускорение СОЭ, также, отмечалось появление шистоцитов; в биохимическом анализе крови – повышение печеночных ферментов, преимущественно, лактатдегидрогеназы (в 8-10 раз), ферритина, незначительное повышение С-реактивного белка, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, азотемия. Отмечалось повышение Д-димера в 20-40 раз, повышение растворимых фибрин-мономерных комплексов. Электролитные нарушения проявлялись в виде гипонатриемии, гипохлоремии. По оценке кислотно-щелочного состояния организма преобладали декомпенсированный и субкомпенсированный метаболический ацидоз.

Трем детям потребовался перевод на искусственную вентиляцию легких (60%).

Нарастание азотемии требовало проведения процедур гемофильтрации в 3 случаях (60%). Заместительная терапия препаратами донорской крови проводилась в 100% случаев.

В трех случаях возбудитель кишечной инфекции не был выявлен, в одном случае выделена E.Coli EHEC и в одном случае – ротавирус.

Все дети были переведены в ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» МЗ КК (Краснодар).

Таким образом, при лечении острой кишечной инфекции у детей необходимо внимательно отслеживать клинико-лабораторные показатели и контролировать их динамику с целью раннего выявления гемолитико-уремического синдрома.

Список литературы.

1. Лискина А.В., Раздолькина Т.И., Глотова О.Л., Поршина Н.А., Калабкин Н.А. Гемолитико-уремический синдром у детей. Клинический пример // Современные проблемы науки и образования. 2024. № 3.

2. Байко С.В., Стрельченя Е.С., Реут С.У. Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный со Streptococcus pneumoniae // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021. Т. 66(6). С. 134-141. DOI: 10.21508/1027–4065–2021–66–6–134–141.

3. Гунькова Е.В., Вялкова А.А., Зорин И.В. Гемолитико-уремический синдром у детей, ассоциированный с диареей (обзор литературы) // Нефрология. 2021. № 25 (3). URL: https://journal.nephrolog.ru/jour/article/view/1974?locale=ru_RU (дата обращения: 17.04.2024). DOI: 10.36485/1561-6274-2021-25-3-43-51.

Андреев Р.Н.[1], Андреева В.И.[2], Мельник В.А.[3], Лыгина Ю.А.[3], Ветров С.Ф.[3], Ежелева М.И.[3], Клишкан Д.Г.[3]

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕПАТИТОМ А НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

[1] Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Донецкой Народной Республике в городе Донецк и Красноармейском районе, Донецк;
[2]Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Донецкой Народной Республике в городе Макеевка и Ясиноватском районе, Макеевка;
[3] Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького, Донецк

Острый вирусный гепатит А (ОВГА) является одним из широко распространенных инфекционных заболеваний, как во всем мире, в Российской Федерации и в Донецкой Народной Республике (ДНР). [1].

Российскую Федерацию в целом относят к регионам со средней эндемичностью по ОВГА. Об актуальности проблемы вирусного гепатита А в Российской Федерации свидетельствуют изменение структуры заболеваемости, высокий экономический ущерб, снижение популяционного иммунитета к инфекции. Также отмечены важные изменения в структуре заболеваемости ОВГА. Если раньше болели преимущественно дети, а само заболевание протекало легко, то в последние годы заболеваемость этой инфекцией взрослых превышает таковую у детей, болезнь у них протекает намного тяжелее, зачастую с летальными исходами [2].

В ходе проведения эпидемиологического анализа заболеваемости ОВГА за 2024 г. в ДНР выявлено, что благодаря проводимому комплексу профилактических и противоэпидемических мероприятий отмечается тенденция к снижению заболеваемости острым вирусным гепатитом А (ОВГА). Интенсивность эпидемического процесса ОВГА в ДНР находится на спорадическом уровне при отсутствии регистрации вспышек. Всего было зарегистрировано 38 случаев ОВГА, показатель заболеваемости – 1,4 на 100

тыс. населения, тогда как в 2023 г. он составлял 172 случая (показатель – 5,9 на 100 тыс. населения).

Долевое соотношение форм острых вирусных гепатитов не изменилось в сравнении с 2023 годом. По-прежнему количество случаев ОВГА занимает лидирующее место – 48,1% (2023 г. – 74,8%). Наибольшее количество случаев заболевания было зарегистрировано в период с июля по ноябрь, что соответствует описанной в научной литературе летне-осенней сезонности ОВГА [3].

В возрастной структуре заболевших в 2024 г. преобладали взрослые преимущественно в возрасте 19–39 лет (в 2023 г. их удельный вес составил 50,0%). Следует также отметить, что в 2023 г. удельный вес заболевших детей школьного возраста, которые являются одной из основных групп риска распространения заболевания ОВГА, снизился до 11,0%, что является благоприятным прогностическим признаком.

С начала проведения Специальной военной операции в 2022 г. водоснабжение Донецкого региона резко ухудшилось. Была перекрыта основная водоснабжающая артерия – канал Северский Донец – Донбасс. И только тогда, когда была достроен магистральный водопровод из дельты Дона, в ДНР ситуация с водой относительно стабилизировалась. В настоящее время вода доставляется потребителям по графику – через день. Питьевая вода доставлялась как гуманитарная помощь. В настоящее время население пользуется бутилированной и привозной питьевой водой из цистерн.

Согласно данным собранного эпидемиологического анамнеза, на протяжении исследуемого периода ведущая роль в передаче ВГА принадлежала бытовому фактору, в том числе в семейных очагах (60,0%). Однако 30,0% случаев заболеваний были связаны с дефицитом водоснабжения, затруднением соблюдения личной гигиены и употреблением для питьевых целей воды из запасных емкостей. В 10,0% путь и фактор передачи не были установлены.

Выводы. Для эффективной профилактики роста заболеваемости ОВГА в ДНР необходимо обеспечить население качественной питьевой водой. Необходимо проводить санитарно-просветительскую работу относительно соблюдения правил личной гигиены, в том числе детьми школьного возраста. Совершенствовать иммунопрофилактику ОВГА в регионе, в том числе по экстренным показаниям и у групп высокого риска.

Список литературы.

1. Чуланов В.П., Уртиков А.В., Вдовин А.В. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2019620278 Российская Федерация. База данных для мониторинга больных вирусными гепатитами «Регистр больных вирусными гепатитами»: №2018622014 : заявл. 29.12.2018 : опубл. 14.02.2019 / заявитель Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора).

2. Костюнина С.Л., Бутрякова Е.А., Баликин В.Ф. и соавт. Вспышка вирусного гепатита А в крупном городе в условиях отсутствия активной иммунизации населения против гепатита А. В: Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека. Материалы V Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием; 09-11 апреля 2019 г. Иваново: Ивановская государственная медицинская академия; 2019 с. 389-90.

3. Домашенко О.Н., Капран В.В., Хоменко Д.Ю. и соавт. Вирусный гепатит А в Донецком регионе: клинико-эпидемиологические аспекты. Вестник гигиены и эпидемиологии 2023; 27(4): 249-51.

Андреев Р.Н.[1], Андреева В.И.[2], Мельник В.А.[3], Лыгина Ю.А.[3], Ветров С.Ф.[3], Ежелева М.И.[3], Клишкан Д.Г.[3]

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕПАТИТОМ В НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

[1] Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Донецкой Народной Республике в городе Донецк и Красноармейском районе, Донецк;
[2]Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Донецкой Народной Республике в городе Макеевка и Ясиноватском районе, Макеевка;
[3] Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького, Донецк

В 2022 г. число больных острым вирусным гепатитом В составляло 254 миллиона человек. Половина бремени хронических инфекций гепатита В приходилась на лиц в возрасте 30-54 лет, а 12% – на детей младше 18 лет, а на долю мужчин приходилось 58% всех случаев. Также, за 2022 г., по данным ВОЗ, было зарегистрировано 2,2 миллиона новых случаев инфицирования по сравнению с 2,5 миллиона в 2019 г. [1].

В России за последние десятилетия отмечается тенденция по снижению регистрируемой заболеваемости ОВГВ. Это обусловлено успехи по совершенствованию профилактике этой инфекции за счет введения широкомасштабной программы по иммунизации против нее, использовании одноразового медицинского инструментария и разработке эффективных мер по обеспечению эпидемиологической безопасности пациентов и медицинских работников медицинских организаций [2].

Против ОВГВ созданы современные эффективные генно-инженерные вакцины, которые применяют для проведения плановой иммунопрофилактики населения и по эпидемическим показаниям [3]. В ДНР вакцинация против ОВГВ включена в Республиканский календарь плановой иммунопрофилактики, а также используется для прививок сотрудников в

учреждениях здравоохранения в плановом порядке и при приеме их на работу.

В 2024 г. заболеваемость ОВГВ в ДНР не превышала индикативный показатель и составила 0,3 на 100 тыс. населения (выявлено 9 новых случаев). В эпидемический процесс было вовлечено только взрослое население.

В эпидемический процесс интенсивно вовлекается молодое трудоспособное население: среди заболевших преобладают лица в возрасте от 30 до 49 лет, на долю которых приходится около 79,2% заболевших. Доминирующий путь передачи ОВГВ – 49,4% – половой.

Вакцинация против ОВГВ новорожденных детей в родильных отделениях и на педиатрических участках выполнена на 96,4%. Вакцинация взрослого населения против ОВГВ в 2024 г. была выполнена только на 13,0%, так как вакцина для профилактики этой инфекции для взрослого населения поступила в медицинские организации республики только в марте 2024 г., а показатель выполнения плана оценивается после завершения полного курса вакцинации.

Наряду со снижением заболеваемости острыми формами гепатитов В на территории ДНР продолжают регистрироваться высокие уровни новых случаев хроническими формами вирусных гепатитов (ХВГ).

Частота регистрации ХВГ имеет существенное преимущество перед регистрацией острых форм течения инфекции и составляет 90,7% от общего числа впервые выявленных случаев в 2024 году. Этиологическая структура ХГ в 2024 году в сравнении с предыдущим годом не претерпела изменений: доля хронического вирусного гепатита В – 11,9%. В 2023 г. она составила 10,9%.

Учитывая, что активность эпидемического процесса вирусных гепатитов обусловлена преимущественно хроническими формами инфекции, для прогнозирования эпидемиологической ситуации необходима разработка эффективных программ профилактики вирусных гепатитов.

Группой риска по заболеваемости ОВГВ были лица в возрасте от 19 до 50 лет (85,2%). По данным эпидемиологических обследований очагов, наиболее активными источниками распространения этих инфекций в ДНР стали переболевшие ВГВ и члены их семей, а также пациенты кожно-венерических и наркологических диспансеров. Факторами риска послужили случайные половые связи, потребление инъекционных наркотиков, стоматологические и косметические процедуры в частных кабинетах.

Выводы. На территории ДНР на протяжении 2024 г. заболеваемость ОВГВ остается стабильной, однако, в предыдущем, 2023 г. отмечался некоторый ее рост. Для стабилизации эпидемической ситуации по ОВГВ среди населения необходимо активизировать санитарно-просветительную работу среди молодежи относительно защищенных половых контактов с использованием презервативов, разъяснения риска заболевания при инъекционном употреблении наркотиков, возможности заражения при

проведении маникюра, педикюра, нанесения перманентного макияжа, тату и пирсинга.

Список литературы.

1. Поздеева М.А., Исокова Н.У., Березникова О.А. и соавт. Вирусный гепатит В: эпидемиология в Архангельской области и уровень вакцинированности студентов медицинского университета. Справочник врача общей практики 2024; 6(239): 19-25.

2. Лоскутова В.Д. Роль вакцинопрофилактики гепатита в снижении заболеваемости острым и хроническим гепатитом в Кировской области. В : И.В. Шешунова, Н.К. Мазиной, Ю.В. Кислицына, редакторы. Молодежь и медицинская наука в XXI веке. Сборник трудов XVII-ой Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием; 13–15 апреля 2016 г. Киров: ООО «ВЕСИ»; 2016. с. 137-8.

3. Андреев Р.Н., Андреева В.И., Мельник А.В. и соавт. Эпидемиологический надзор за вирусными гепатитами В и С в городе Макеевка. В : В.Г. Акимкин, редактор. Современная иммунопрофилактика: вызовы, возможности, перспективы. Сборник тезисов V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием; 10–11 октября 2024 г. Москва : ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора; 2024. с. 13-4.

Антонова В.С.[1], Битюмина Л.А.[2], Куликова Н.Г.[2], Левин О.С.[1], Плоскирева А.А.[2]

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИЙ РОДА *DESULFOVIBRIO SP.* НА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва;

[2] Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Введение. Болезнь Паркинсона (БП)-– второе по распространенности (после болезни Альцгеймера) нейродегенеративное заболевание, характеризующееся хроническим прогрессирующим течением [1]. На сегодняшний день связь между микробиоценозом кишечника и головным мозгом не вызывает сомнения, что нашло отражение в концепции оси «кишечник-головной мозг» [2]. Нарушения со стороны микробиоценоза могут быть связаны с повышенным риском развития нейродегенаративных заболеваний, так как изменения метаболизма в системе микробиоценоза может приводить к развитию различных воспалительных реакций в центральной нервной системе, что, соответственно, способствует формированию и прогрессированию нейродегенеративных заболеваний [3]. Проведенные ранее исследования показали, что снижение содержания *Faecalibacterium prausnitzii, Lactobacillaceae* и *Prevotellaceae* коррелирует с

нарушением функции дофаминовой нигростриарной системы, что может являться фактором риска развития болезни Паркинсона, а также влиять на особенности ее течения. В научной литературе обсуждается взаимосвязь между наличием в составе микробиоты бактерий рода *Desulfovibrio sp*. и развитием расстройств аутистического спектра и болезни Паркинсона. Однако вопросы патогенеза нейродегенеративных изменений и влияния на него данного патогена остаются до конца не изученными [4].

Цель исследования: персонализация комплексной терапии болезни Паркинсона на основании изучения особенностей системы микробиоценоза желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы:

На базе в ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава Российской Федерации методом сплошного скрининга было проведено исследование у 112 пациентов с болезнью Паркинсона и 52 здоровых добровольцев, не имеющих данного диагноза. Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава Российской Федерации. Возраст пациентов, включенных в исследование, составил от 50 до 85 лет. Всем пациентам в динамике (при первичном обращении и после проведённой терапии) проводили микробиологическое исследование кала для оценки микробиоценоза ЖКТ, оценку обмена железа, гемоглобина, фолиевой кислоты и цианкобаламина. Также пациентам, была проведена оценка по шкалам неврологической оценки (MDS UPDRS, MoCA, HADS). Пациенты с болезнью Паркинсона были разделены на 2 группы: группа I получала лечение на протяжении исследования метронидазолом и пробиотическим препаратом (Бифиформ) (n=30), группа II такого лечения не получала (n=30), при этом все пациенты получали стандартное лечение болезни Паркинсона согласно Клиническим рекомендациям.

Статистический анализ представлен расчетом и анализом описательных статистик по группам и точкам исследования и проведением сравнений. Количественные показатели были протестированы на соответствие нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка. Сравнение количественных показателей выполнено с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Аналогично представлены показатели для уровней обнаружения микроорганизмов, рассчитанных в логарифмической шкале, и ранговых показателей шкал опросников HADS, MoCA 3КТ, МОСКВА, UPDRS. Категориальные показатели представлены в форме частот и процентов, сравнение выполнено с помощью критерия хи-квадрат и точного критерия Фишера. Сравнение последовательных измерений в двух точках исследования выполнено с использованием непараметрических критериев Уилкоксона для количественных и ранговых показателей, и критерия Макнимара – для категориальных показателей. Для принятия решений использованы уровни значимости 0,01 и 0,05. Расчеты

выполнены с использованием электронных таблиц MS Excel 2019 и статистического пакета IBM SPSS ver.26.

Результаты. В ходе исследования образцов фекалий была обнаружена грамотрицательная, облигатно анаэробная бактерия *Desulfovibrio spp.,* частота обнаружения которой был статистически значимо выше у исследуемых с установленным диагнозом болезнь Паркинсона (73,3%) по сравнению со здоровыми в контрольной группе (1,9%, p<0,001). Данный факт подтверждает проведённые ранее исследования, демонстрирующие взаимосвязь *Desulfovibrio* и высокий риск развития болезни Паркинсона [5]. При этом в группах сравнения частота обнаружения данного патогена статистически не различалась: группа I (n=30) – *Desulfovibrio spp.* 23 человека (76,7%), группа II (n=30) – 21 человек (70,0%); p=0,576.

В группе I после проведенного лечения значимо изменилась частота обнаружения *Desulfovibrio spp.* и повысился уровень лактобактерий и бифидобактерий (p<0,05). В группе II уровень обнаружения микроорганизмов *Desulfovibrio spp* значимо не изменился за период наблюдения (p=0,351).

На фоне санации пациентов с БП от бактерий рода *Desulfovibrio spp*. отмечалась положительная динамика изменения неврологических тестов: в группе I значимо снизился уровень тревоги и депрессии, а также возрос уровень когнитивных способностей и снизилось количество пациентов со средней степенью когнитивных нарушений за счёт увеличения доли пациентов с лёгкой степенью когнитивных нарушений (p<0,05). Анализ динамики изменения показателей по шкале 3КТ показал статистически значимое улучшение по следующим показателям: семантически опосредованные ассоциации (p=0,001), фонетически опосредованные ассоциации (p=0,024), тест рисования часов (p=0,023), тест «Вспомнил» (p=0,003).

В ходе исследования было выявлено, что пониженный уровень железа характерен для более чем 90% пациентов с установленным диагнозом с болезнь Паркинсона и не зависит от стадии заболевания (БП Fe 8,4 [6,4; 13,5], здоровые Fe 13,1 [11,45; 16,7], p<0,001). Доля пациентов со снижением уровня витамина B9 (БП B9 8 (13,3%), здоровые B9 0 (0,0%), p=0,008) и витамина B12 у пациентов группы с БП B9 7 (11,7%), здоровые B9 0 (0,0%), p=0,014) значимо выше, чем в группе здоровых. В группе I после лечения повысился уровень гемоглобина и снизилась доля пациентов с пониженным уровнем гемоглобина, значимо вырос также уровень витамина B9 и железа в крови, а также снизилась доля пациентов с пониженным уровнем B6, B12 и железа (p<0,05).

Заключение. В ходе исследования была установлена высокая частота обнаружения бактерий *Desulfovibrio spp*. у пациентов с болезнью Паркинсона, уровень которой положительно коррелировал с тяжестью заболевания и обменными нарушения (снижение уровня гемоглобина, железа, витаминов группы B), что оказывает влияние на течение БП в части ухудшения когнитивных функций и аффективных нарушений. В ходе исследования

проведённая персонализированная терапия коррекции микробиоценоза кишечника у больных БП показала, что снижение количества бактерии рода *Desulfovibrio* или вовсе их полное исчезновение способствует улучшение когнитивных функций пациентов и нормализует обмен железа и витаминов группы В.

Список литературы.

1. The Lancet. What next in Parkinson's disease? Lancet. 2024 Jan 20;403(10423):219. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00094-1. PMID: 38245237.

2. The Microbiota-Gut-Brain Axis / J. F. Cryan, K. J. O'Riordan, C. S. M. Cowan [et al] // Physiological reviews. – 2019. – Vol. 99. – № – P. 1877–2013. DOI: 10.1152/physrev.00018.2018.

3. Mukherjea N, Khandelwal A, Saluja R, Kalra N. The Role of the human microbiome in neurodegenerative diseases: A Perspective. Curr Genet. 2025 Aug 21;71(1):17. doi: 10.1007/s00294-025-01319-8. PMID: 40839108.

4. Murros Kari E. , Huynh Vy A. , Takala Timo M. , Saris Per E. J. Desulfovibrio Bacteria Are Associated With Parkinson's Disease. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology. Volume 11 – 2021. DOI=10.3389/fcimb.2021.652617.

5. Lin A., Zheng W., He Y., Tang W., Wei X., He R., et al. (2018). Gut Microbiota in Patients With Parkinson's Disease in Southern China. Park. Relat. Disord. 53, 82–88. doi: 10.106/j.parkreldis.2018.05.007.

Апанасевич Т.О., Дрозд Д.Д., Мельник А.А.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ: СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛИНЕЗОЛИДА

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность. Химиотерапия занимает ведущую роль в лечении детей с туберкулёзом, однако использование противотуберкулёзных лекарственных препаратов (ПТЛП) в некоторых случаях может привести к развитию различных побочных реакций. Наличие у множества пациентов детского возраста рифампицин-устойчивого туберкулёза (РУ-ТБ) обуславливает применение в лечении в том числе антибиотиков широкого спектра действия. Линезолид (Lzd) – антибиотик последнего поколения, используемый при лечении мультирезистентных форм туберкулёза и других тяжелых инфекций, однако его возможное токсическое воздействие на зрительную систему у детей остается недостаточно изученным. В частности, токсическое повреждение органа зрения представляет собой редкие, но потенциально опасные осложнения, способные привести к ухудшению зрения или его полной потере.

Цель: проанализировать частоту возникновения нежелательных явлений (НЯ) при лечении туберкулеза у детей, рассмотреть клинический случай токсического поражения органа зрения при применении Lzd.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 31 ребенка с туберкулезом органов дыхания и туберкулезом внутригрудных лимфоузлов, находившихся на лечении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» с 2019 по 2023 год. Также проведен анализ клинического случая и медицинской документации пациента с диагнозом «Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких. МБТ+. РУ. ДН0. Застой диска зрительного нерва». Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2019.

Результаты и их обсуждение. Среди исследуемой группы пациенты мужского пола составили 58,0% (n=18), женского – 42,0% (n=13). Средний возраст пациентов составил 16 (12-17) лет. При изучении лекарственной устойчивости в 45,16% случаев (n=14) был выявлен лекарственно-чувствительный туберкулез, в 51,61% (n=16) – туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), в 3,23% (n=1) – туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ). Отсутствие нежелательных реакций отмечалось у 12 детей (38,7%), нежелательные явления при лечении ПТЛП возникли у 19 детей (61,3%). Наблюдались следующие НЯ: гепатотоксичность – в 22,58% случаев (n=7), диспепсические расстройства – 19,35% (n=6), аллергические реакции – 12,9% (n=4), клостридиальный энтерит – 9,68% (n=3), удлинение интервала QT – 9,68% (n=3), анемия – 9,68% (n=3), эритроцитурия – 9,68% (n=3), нарушения со стороны нервной системы – 9,68% (n=3), артралгии и миалгии – 9,68% (n=3), гиперкалиемия – 6,45% (n=2), нарушения со стороны органа зрения – 16,13% (n=5).

Клинический случай: пациентка К, 17 лет при профилактическом осмотре от 10.07.2019 на рентгенограмме в прямой проекции выявили изменения в легких: мелкие очаговые тени и фиброз в верхней доле левого легкого. В анамнезе имелся контакт с больным туберкулезом: отец – с 2005г. МЛУ-туберкулез, рецидив в 2013 г. Госпитализирована 18.07.2019 в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения. При поступлении пациентка жалоб не предъявляла, объективно: дыхание везикулярное, хрипов нет. На компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) от 30.07.2019: в верхних долях обоих легких определялись разновеликие полиморфные очаги и фокусы на фоне фиброзных изменений. Лабораторные исследования: Gene Xpert – обнаружены ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ), RIF устойчивые; бактериологическое исследование – выделена культура МБТ; квантифероновый тест – положительный. На основании анамнеза, клинико-лабораторных и рентгенологических данных выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких. МБТ +. РУ. ДН0. По решению консилиума по МЛУ-ТБ от 08.08.2019г. назначена схема лечения Lzd 0,6 Bdq 0,4 Cfz 0,1 Lfx 1,0 Cs 0,75, фаза продолжения лечения с 23.01.2020г.: Lzd 0,3 Cfz 0,1 Lfx 1,0 Cs 0,5. 15.10.2019 пациентка отметила появление жалоб на снижение остроты зрения и выпадение полей зрения. После осмотра окулистом 15.10.2019г., а также по данным проведенных

исследований, а именно оптической когерентной томография (ОКТ), где отмечалось утолщение слоя нервных клеток сетчатки и контуры диска зрительного нерва были нечеткие, и компьютерной периметрии, по результатам которой отмечалось выпадение полей зрения преимущественно битемпорально, был выставлен диагноз: Застой дисков зрительных нервов (ДЗН). Доза Lzd была снижена до 0,3 в сутки, к лечению были добавлены капли в глаза: бринзоламид 1% по 1 капле 2 раз в день, диклофенак 0,1% по 1 капле 3 раза в день, дексаметазон 0,1% по 1 капле 3 раза в день. При осмотре окулистом 16.12.2019г. отмечена положительная динамика и уменьшение отека ДЗН. По данным ОКТ от 24.02.2020г. также отмечалась положительная динамика: отек диска зрительного нерва уменьшался. Границы диска зрительного нерва становились более четкими. Результат компьютерной периметрии от 04.11.2019г. свидетельствовал о восстановлении утраченных ранее полей зрения. Таким образом, после проведенной терапии в связи с положительной динамикой лечения пациентка была выписана из отделения 27.02.2020г. Рекомендовано продолжить лечение амбулаторно под наблюдением фтизиатра по месту жительства, наблюдение офтальмолога.

Выводы. Представленный клинический случай указывает на то, что несмотря на редкость застоя ДЗН как нежелательная реакция при применении линезолида, данная проблема требует внимательного наблюдения, тщательного мониторинга и своевременного лечения.

Список литературы.

1. Лекарственно-индуцированная токсическая оптическая невропатия / Остроумова О.Д.,Ших Е.В., Реброва Е.В., Рязанова А.Ю., Аржиматова Г.Ш., Мошетова Л.К. // Вестник офтальмологии. – 2020. – №136(4). – с.156 164. https://doi.org/10.17116/oftalma2020136041156

2. «Туберкулез у детей» учебное пособие / П. С. Кривонос, Ж. И. Кривошеева, Н. С. Морозкина. – Минск: Регистр, 2015. – 232 с.

3. Linezolid-induced optic neuropathy / Karuppannasamy D, Raghuram A, Sundar D. // Indian J Ophthalmol. – 2014 Apr. – №62(4). – p.497-500. doi: 10.4103/0301-4738.118451.

Аринина И.Н., Крамаренко Е.А.

ИНФЕКЦИЯ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар

Цель исследования: изучить роль антибактериальных препаратов, как факторов риска на частоту развития *Clostridium difficile*-ассоциированной диареи у онкологических больных, находящихся на стационарном лечении.

Введение: онкологические больные в послеоперационном периоде, проходящие курсы лучевой и химиотерапии, в большинстве случаев принимают антибиотики широкого спектра действия для предотвращения

развития инфекционных осложнений. Развитие диареи у таких пациентов может быть обусловлено различными причинами. Предрасполагающими факторами могут быть противоопухолевые и антимикробные препараты, возраст пациента старше 60 лет, длительное нахождение больного в стационаре. Поэтому своевременная диагностика способствует раннему началу терапии во избежание тяжелых последствий. В клинической практике выделяют несколько групп препаратов, приём которых чаще всего приводит к развитию *Clostridium difficile*-ассоциированной инфекции. Вот самые известные: фторхинолоны, линкозамиды, цефалоспорины, пенициллины, амоксициллин/клавуланат. Эти препараты имеют несколько общих черт: широкий спектр действия, высокую активность в ЖКТ, длительные курсы лечения.

Материал и методы: для диагностики хорошо зарекомендовал себя иммунохроматографический экспресс-тест для качественного выявления антигена токсина А и В *Clostridium difficile* в кале. Именно токсины вызывают воспаление и повреждение слизистой кишечника, поэтому их наличие подтверждает активную инфекцию. Проведен сравнительный анализ результатов микробиологического исследования пациентов со злокачественными заболеваниями в ГБУЗ КОД №1 на частоту развития *Clostridium difficile*. В 2022 году на *Clostridium difficile* были исследованы 40 онкологических больных с различными диагнозами, из них 19 (47%) – положительные. В 2023 году исследований было 44, из них 20 (45%)-положительные. В 2024 году анализов на определение токсинов А и В было 53, из них 36 (67%)-положительные. В среднем ассоциированная с *Clostridium difficile* диарея составляет 50% случаев от антибиотикоассоциированных диарей неклостридиальной природы. По данным ВОЗ примерно у 20–30% пациентов после лечения инфекция возвращается. Это связано с неполным восстановлением микрофлоры после курса антибиотиков и устойчивостью спор.

При развитии у пациента антибиотикоассоциированной диареи рекомендуется по возможности отменить антибиотикотерапию, ставшую причиной заболевания, или заменить ее применением антибиотиков узкого спектра действия в соответствии с чувствительностью возбудителя основного заболевания. Для лечения *Clostridium difficile* ассоциированной диареи эффективны антибактериальные препараты: ванкомицин-это один из самых эффективных препаратов для борьбы с инфекцией, метронидазол-этот антибиотик используют в легких и умеренных случаях инфекции, фидаксомицин-новое поколение антибиотиков, которое обладает узким спектром действия, меньше влияет на полезные бактерии кишечника и имеет более низкий риск рецидивов. Фидаксомицин вошёл в международные клинические рекомендации в 2024 году. Однако в России этот препарат пока официально не зарегистрирован и не доступен.

Заключение: Наличие инфекции *Clostridium difficile* является одной из актуальных и нерешенных проблем современной медицины. Лечение должно

включать персонализированный подход, восстановление микрофлоры и профилактику рецидивов. Профилактика – это ключевой шаг для снижения риска её возникновения и распространения.

Список литературы.

1. Малов, В.А. Роль Clostridium difficile в патологии человека: Журнал микробиологии / В. А. Малов, В. М. Бондаренко, С. Г. Пак – Санкт-Петербург: Лань, 2009. – С. 91–96.

2. Инфекция, вызванная clostridioides (clostridium) difficile. обзор актуальных клинических рекомендаций // Николаева И. В., Халиуллина С. В., Муртазина Г. Х., Анохин В. А. – 2020. – №6. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/infektsiya-vyzvannaya-clostridioides-clostridium-difficile-obzor-aktualnyh-klinicheskih-rekomendatsiy (дата обращения: 13.09.2025).

3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению Clostridium difficile инфекции у взрослых // Журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2023. –.URL:https//www.gastro-j.ru/ (дата обращения: 10.09.2025).

4. Рекомендации по профилактике Clostridium difficile в медицинских учреждениях РФ // Журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2023. – URL: https//www.gastro-j.ru/ (дата обращения: 11.09.2025).

Артемьев К.В.[1], Эсауленко Е.В.[1,2], Леонова О.Н.[2]

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

[1] Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность: Вирусный гепатит С (ВГС) и ВИЧ-инфекция продолжают оставаться значимой медико-социальной проблемой, особенно в группах риска, включая лиц, отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях. По данным Роспотребнадзора, на 31.12.2023 в России с начала регистрации общее число случаев ВИЧ-инфекции составило 1 197 410, а в первые выявленных в 2023 году – 58 740. По статистическим данным, за весь период 34 254 пациента умерли от заболеваний, связанных с ВИЧ [1]. Коинфекция, вызванная вирусами иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатита С (ВГС), стала серьёзной проблемой здравоохранения. Согласно эпидемиологическим данным, у 30% пациентов с ВИЧ одновременно выявляется ВГС-инфекция. По оценкам, общее число людей, инфицированных обеими вирусами, в мире достигает 12 миллионов. Частота кодифицирования варьирует в зависимости от региона ВОЗ и определяется путем передачи вирусов, а именно при применении внутривенных наркотиков, доля инфицированных ВГС/ВИЧ – положительных достигает 90% [4]. По данным многочисленных источников и

статистики, пенитенциарная система представляет эпидемиологическую угрозу в распространении инфекционных заболеваний [3]. Анализ эпидемиологической ситуации ВИЧ-инфекции за период 2014–2022 гг. показал значительный прогресс в борьбе с ее распространением. За вышеуказанный период, заболеваемость, летальность и смертность от ВИЧ-инфекции снизились на 24,7%, 61,5% и 52,1%, соответственно, что сопровождается более чем четырехкратным увеличением охвата антиретровирусной терапией (АРТ) [2]. Изучение особенностей клинического течения ВГС у пациентов с ВИЧ в сравнении с моноинфицированными пациентами, а также влияние антиретровирусной терапии (АРТ) на показатели течения заболевания, позволит оптимизировать подходы к диагностике и лечению данной категории пациентов.

Цель: Оценить клинические особенности течения коинфекции ВГС/ВИЧ в сравнении с моноинфекцией ВГС у лиц, содержащихся в учреждении пенитенциарной системы.

Материалы и методы: Исследование проведено в учреждении пенитенциарной системы с добровольным участием вновь прибывших заключенных (мужчин от 18 лет и старше). Использованы методы серологической диагностики (Anti-HCV, антиген p24 ВИЧ), молекулярно-биологические тесты (РНК ВГС), иммунный блоттинг. Данные обрабатывались в системе ЕГИСЗ ФРВИЧ, статистический анализ выполнен с использованием MS Excel, Word. Статистическая значимость различий между группами оценивалась с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты: В исследование включены 134 заключенных мужского пола, средний возраст которых составил 44,0 года± 4,0 месяца. Основные пути заражения: гемоконтактный – 33,6%, половой – 46,7%. В ходе обследования выявлено, что коинфекция ВГС/ВИЧ диагностирована у 79,4% (n=73) обследованных, моноинфекция ВГС – у 20,7% (n=19). Из 73-х пациентов на учете в Центре СПИД состояли 17 человек, из которых только восемь принимали АРТ. Средний уровень CD4-лимфоцитов составил 284,8±32,4 кл/мкл. Вирусная нагрузка ВИЧ 117,8 ±56,4 копий/мл. Данный факт свидетельствует о том, что пациенты, получающие АРТ не полностью соблюдали режим приема препаратов. Из всех обследуемых впервые выявленная ВИЧ-инфекция диагностирована в 12,3% случаев: в 4А стадия – в 19,2% случаев, 4Б – в 50,7% и 4В – 17,8%. Из исследуемой группы 91,3% человека раннее не получали этиотропную терапию (ПВТ) ГС, что коррелировало с прогрессированием фиброза печени. У пациентов, не получавших ПВТ, в 13% случаев определен выраженный фиброз печени (F4), из них 91,6% были коинфицированы. У пациентов с F3 10-летняя выживаемость составила 71,6%, при F4 – 41,67%. У коинфицированных ВГС/ВИЧ отмечена более высокая частота сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистая патология (32,1% против 18,4% при моноинфекции, p=0,02), хроническое заболевание почек (27,4% против 12,8%, p=0,03). Средняя активность АЛТ и АСТ у них выше в сравнении с моноинфекции

(p=0.009 и p=0.013 соответственно). Значимых различий по уровням коэффициента де Ритиса (p=0.76), билирубина (p=0.73), креатинина (p=0.48), мочевины (p=0.75) и общего белка (p=0.93) между группами не выявлено, также, как и стадии фиброза у пациентов, получающих и не получающих АРТ (p=0.814).

Выводы: Коинфекция ВГС/ВИЧ сопровождается более тяжелым течением заболевания, выраженным иммунодефицитом, ускоренным прогрессированием фиброза печени, что увеличивает риски развития летальных исходов, особенно без проведения этиотропной терапии. Возникает необходимость в разработке и внедрению целевой программы микроэлиминации ВГС у заключенных, что позволит снизить распространенность заболевания и улучшить прогноз.

Список литературы.

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2024. – 364 с.

2. Востроknутов М.Е., Стерликов С.А., Дюжева Е.В., Пономарёв С.Б. Эпидемиология ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Тихоокеанский медицинский журнал. 2024;3:91–96. doi: 10.34215/1609-1175-2024-3-91-96

3. Кондратова С.Е., Марченко А.Н. Анализ факторов риска, определяющих проявление эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2022;99(1):20–27. DOI: https://doi.org/10.36233/0372-9311-207

4. Strasfeld L. The association of hepatitis C prevalence, activity, and genotype with HIV-infection in a cohort of New York City drug users / L.Strasfeld [et al.] // J. Acquir Immune Defic Syndr. – 2008;33:356-364.

5. ВИЧ-инфекция на рубеже веков. Левановичч В.В., Тимченко В.Н., Архипова Ю.А., Баннова С.Л., Булина О.В., Васильева Е.Б., Галицина Л.Е., Гречаный С.В., Гузева В.И., Додонов К.Н., Иванова Р.А., Калинина Н.М., Каплина Т.А., Капустина А.С., Кетлинский С.А., Лозовская М.Э., Лушнова И.В., Павлова Е.Б., Петрова А.Г., Радзиховская М.В. и др. Руководство для врачей всех специальностей / Санкт-Петербург, 2012- с. 496

Архипина С.А.[1,2], Суверин Р.И.[1,2], Банина А.О.[1]

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

[1] Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, Орёл;
[2] Городская больница им. С.П. Боткина, г. Орёл

Введение. В последние годы наблюдается рост заболеваемости корью среди взрослого населения, что связано с тем, что постпрививочный иммунитет носит кратковременный характер: лишь у 36% вакцинированных длительно сохраняются защитные титры антител [1,2]. Проведенный нами ретроспективный анализ историй болезни позволил выявить клинико-эпидемиологические особенности кори у взрослых в Орловской области.

Цель исследования. Выявление клинико-эпидемиологических особенностей течения кори у взрослых в до- и постковидный период.

Материалы и методы. Был проведён анализ 63 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении городской больницы им. С.П. Боткина с 2004 по 2024 гг. с лабораторно подтвержденным диагнозом корь.

Результаты. По годам больные с корью распределились следующим образом: 2006 г. – 11человек (17,5%), 2014 г. – 38 (60,3%), 2019 г. – 1 (1,6%), 2023 г. – 5 (7,9%), 2024 г. – 8 (12,7%). В 2004-2005 гг., 2007-2013 гг., 2015-2018 гг., 2020-2022 гг. госпитализированных взрослых пациентов с диагнозом «корь» в Орловской области не регистрировалось.

До 2023г. прослеживался сезонный характер заболевания с подъёмом в зимние месяцы (69,1%), в 2023-2024г.г. случаи кори отмечались преимущественно в летний период (84,6%). Болели лица от 18 до 60 лет: до 20 лет – 7 человек (11,1%), 21-30 лет – 42 (66,7%), 31-40 лет – 7 (11,1%), 41-50 лет – 5 (7,9%), 51-60 лет – 2 (3,2%). По гендерному признаку пациенты распределились следующим образом: 35 (55,6%) мужчин и 28 (44,4%) женщин.

По данным эпидемиологического анамнеза было установлено, что 87,3% пациентов отмечали контакт с больными корью. Вспышка кори в 2014г. началась у лиц цыганской национальности, на долю которых пришлось 78,9%. В 2023-2024 гг. корь отмечалась как у русских, так и у лиц дагестанской национальности, проживающих на территории Орловской области.

Преобладали среднетяжёлые и тяжёлые формы болезни (87,3% и 12,7% соответственно). У всех пациентов заболевание начиналась остро с лихорадки различной степени выраженности, симптомов интоксикации. Пятнисто – папулезная экзантема выявлялась также в 100% случаев. Лимфаденопатия была отмечена в 34,9%, катаральные явления (сухой кашель, заложенность носа, гиперемия зева) – в 42,9%, конъюнктивиты – в 63,5%. У ряда больных

корь протекала с осложнениями: токсическая нефропатия 31,7% больных, токсический гепатит – у 15,9%, реактивный панкреатит – 6,3%.

Клинический диагноз кори был лабораторно подтверждён методом ИФА в 100% случаев. На фоне проводимого патогенетического и симптоматического лечения купирование основных проявлений болезни отмечалось на 4-6 день в 52,4%, на 7-10 день – в 31,7%, на 11-20 день – в 15,9% случаев.

Выводы. Таким образом, на сегодняшний день корь остается актуальной проблемой инфектологии, поражая не только детей, но и взрослых различного возраста, у которых заболевание протекает с типичной клинической симптоматикой в среднетяжелой или тяжелой форме с возможным развитием осложнений. Все это свидетельствует о необходимости проведения вакцинации не только среди детского, но и взрослого населения.

Список литературы.

1. Инфекционные болезни: национальное руководство. //Под ред. Ющука Н.Д, Венгерова Ю.Я. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2023. – (Серия «Национальные руководства»)

2. Особенности течения кори у взрослых /И.А. Иванова и др. // Лечащий врач. – 2018. – №11. – С.36-39

Бабенко А.С.[1], Давыдов В.В.[2], Пащенко Е.В.[2], Баюр Н.Г.[3], Сурикова Н.А.[3], Криштафович О.П.[3], Долбуз О.Н.[3], Колядко М.Г.[1], Карпуть И.А.[4], Крылова Н.Г.[5], Грушевская Г.В.[6], Чакуков Р.Ф.[7], Васьковцев Е.В.[8], Шафранская Е.А.[2], Жаворонок С.В.[2]

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОСЕНСОРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

[1] Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск;
[2] Белорусский государственный медицинский университет, Минск;
[3] Городская клиническая инфекционная больница г. Минска, Минск;
[4] Гродненский государственный медицинский университет, Гродно;
[5] Институт физики НАН Беларуси, Минск;
[6] Белорусский государственный университет, Минск;
[7] ООО «Умные ДНК Технологии», Минск;
[8] Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка, Минск

Специалисты в области лабораторной клинической диагностики инфекционных заболеваний выделяют четыре основные глобальные проблемы отрасли, решение которых в значительной степени повысит эффективность современной медицины. Наряду с главным требованием – чувствительностью выделяют время проведения анализа и его стоимость, возможность быстрой адаптации при выявлении новых возбудителей или

изменчивости уже известных. Ввиду этого на данный момент перспективным считается использование технологии ДНК-наносенсоров, в том числе без дополнительного увеличения стартового числа копий генома патогена в образце, что повышает специфичность анализа по сравнению с классическими подходами, основанными на классической ПЦР и ПЦР-РВ, а также изотермической амплификации. Важной особенностью сенсоров является доступность использования сравнительно коротких детектирующих зондов для гибридизации с молекулярными мишенями, что позволяет эффективно распознавать вариабельные геномы РНК вирусов [1], например вируса гепатита Е (ВГЕ).

У некоторых групп пациентов инфекция ВГЕ сопряжена с более высоким риском осложнений и тяжелого течения основного заболевания, что приводит к увеличению расходов на лечение и реабилитацию и повышает летальность. Смерть порядка 16% онкологических пациентов связывают с инфекцией ВГЕ [2]. В то время как при инфекции ВГЕ погибает около 35% людей после трансплантацию печени [3]. У беременных женщин с ВГЕ повышается риск смерти, а также осложнение родов в 34% случаев [4]. Наибольший показатель смертности наблюдается у пациентов с диагнозами «острая или хроническая печеночная недостаточность», при которых инфекция ВГЕ приводит к смерти в 45% случаев [5]. Проблема осложняется отсутствием общепринятого универсального эффективного подхода к диагностике ВГЕ ввиду высокой вариабельности его генома. В связи с этим ВГЕ признается ВОЗ важной глобальной угрозой и мониторинг его эволюции и распространения остается нерешенной задачей.

Цель: оценить потенциал использования технологии ДНК-наносенсоров для выявления РНК ВГЕ в образцах биологического материала, полученных от пациентов, получающих лечение в условиях стационара.

Материалы и методы. Выбор консервативных участков генома ВГЕ проводили используя депонированные в базе NCBI/nucleotide последовательности РНК вируса за период 2020-2025 гг., включая всего 54, а также по регионам: Америка – 4, Европа – 16, Австралия и Океания – 8, Азия – 12, Африка – 14. Также в сравнение включены изоляты выявленные и охарактеризованные на территории РБ. Обозначены общие и регион-специфичные области РНК ВГЕ, сконструированы и синтезированы специфические гибридизационные олигонуклеотдные зонды (ОДО «Праймтех», Беларусь). Для распознавания результатов гибридизации использовано оборудование Sens6 (ООО «Умные ДНК Технологии», Беларусь). В исследование включены образцы биологического материала пациентов, проходящих лечение на базе Учреждения здравоохранения «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска в период 01.01.2025 – 20.05.2025 и имеющих признаки острых и хронических заболеваний печени, всего – 172 человека (плазма крови).

Результаты. Проведен анализ наличия антител IgM и IgG к ВГЕ методом ИФА, антитела IgM и IgG выявлены у 2/172 (1,2%) пациентов, только

антитела IgG выявлены у 5/172 (2,9%) пациентов. Методом ПЦР-РВ (согласно «Инструкция по применению №017–0223, от 15.05.2023», МЗ РБ) выявлена РНК ВГЕ у 3 пациентов. Совпадение с ИФА: 2 IgM+/IgG+ и 1 IgG+. Все три ПЦР-позитивных образца распознаны на приборе Sens6 без предварительной амплификации. Использованы образцы после проведения реакции обратной транскрипции. Концентрация кДНК определена с использованием флуориметрии, рабочая концентрация общей кДНК после разведения составила 40 нг/мл (0,04 нг/мкл). Анализ случайным образом выбранных образцов IgM-/IgG- (n = 10, 5,8%) с помощью ПЦР-РВ и наносенсоров не показал наличия РНК ВГЕ. Оставшиеся IgG+ образцы также не были опредделены как РНК-ВГЕ+.

Выводы. Технология ДНК-наносенсоров обладает высоким потенциалом применительно к выявлению высоковариабельных РНК-вирусов. Значительным преимуществом является возможность использования коротких (20–40 оснований) гибридизационных зондов и небольшая продолжительность анализа (30–45 минут). Для оценки значимости технологии для рутинной клинической диагностики требуются дальнейшие клинические исследования.

Список литературы.

1. Chaibun T., Karunaithas S., Ngamdee T. и др. Highly sensitive and specific electrochemical biosensor for direct detection of hepatitis C virus RNA in clinical samples using DNA strand displacement // Scientific Reports. – 2024. – Vol. 14, № 1. – P. 23792.

2. von Felden J., Alric L., Pischke S., Aitken C. и др. The burden of hepatitis E among patients with haematological malignancies: A retrospective European cohort study // Journal of Hepatology. – 2019. – Vol. 71, № 3. – P. 465–472.

3. Aggarwal A., Perumpail R.B., Tummala S., Ahmed A. Hepatitis E virus infection in the liver transplant recipients: Clinical presentation and management // World Journal of Hepatology. – 2016. – Vol. 8, № 2. – P. 117–122.

4. Nagoba B.S., Rayate A.S. Hepatitis E virus infections // World Journal of Virology. – 2024. – Vol. 13, № 2. – P. 90951.

5. Buti M., Ruiz-Cobo J.C., Esteban R., Riveiro-Barciela M. Hepatitis E as a trigger for acute-on-chronic liver failure // Clinical and Molecular Hepatology. – 2025. – Vol. 31, Suppl. – P. S196–S204.

Баева М.С., Вдовина Д.А., Дудник О.В.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ивановский государственный медицинский университет, Иваново

Актуальность. Проблема заболеваемости, смертности, пораженности ВИЧ-инфекцией – проблема современного здравоохранения не только Российской Федерации (РФ), но и мирового здравоохранения. ВИЧ-инфекция

и последствия распространенности ВИЧ ставят под угрозу состояние здоровья трудоспособного населения, наносят весомый ущерб экономике страны.

В конце XX – начале XXI века отмечается нарастание эпидемии ВИЧ-инфекции. На данный момент возрастной, половой и социальный состав пациентов сильно изменился. По мере прогрессирования успехов в лечении ВИЧ-инфекции, на фоне чего продолжительность жизни пациентов увеличилась, проблемы лечения соматических, вторичных и оппортунистических неинфекционных заболеваний приобретают большую актуальность.

Цель исследования: анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и Ивановской области.

Материалы и методы: анализ данных Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по России.

Результаты. В 2024 году количество новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией уменьшилось на 8,8%, всего зарегистрировано 415 ВИЧ-позитивных лиц, показатель заболеваемости составил 45,4 на 100 тысяч населения, тогда как в 2023 году выявлено 486 случаев, что составило 49,7 случаев на 100 тысяч.

Уровень распространенности (пораженность) ВИЧ-инфекцией населения Ивановской области по итогам 2024 года увеличился и составил 899,0 на 100 тысяч населения, что выше значений среднероссийского показателя (832,0 на 100 тыс.). Это свидетельствует о высокой частоте встречаемости вируса – 0,8% людей живут с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция. В г. Иваново (показатель пораженности – 1197,7 на 100 тыс.).

На территории области, как и в целом по стране, сохраняются особенности развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции. Все больше заражение происходит при половых контактах, что указывает на выход инфекции за пределы уязвимых групп и распространение в общей популяции. Большинство впервые выявленных больных заразились при гетеросексуальных контактах: 69,6% – в 2024, 72,3% – в 2023, 78,5% – в 2022 (в 2017 – 59,3%). Доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков снизилась до 18,4% в 2024 (16,8% – в 2023, 13,5% – в 2022, в 2017 – 29,6%). Из зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в 2024 году – 246 мужчин (59,3%) и 169 женщин (40,7%).

Основная доля вновь выявленных случаев по-прежнему наблюдается в среднем трудоспособном возрасте. В 2024 году ВИЧ-инфекция диагностирована у лиц 30-39 лет (38,3% случаев) и у лиц 40–49 лет (30,6%).

Вертикальный путь передачи ВИЧ уменьшился с 2,6% случаев в 2013 (4 ВИЧ+ детей) до 0,4% в 2024 году (2 ВИЧ+ ребенка).

За весь период наблюдения в области родилось 2437 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, из них ВИЧ-инфекция подтверждена 84 детям. В 2024 году ВИЧ-инфицированными матерями родилось 98 детей.

Благодаря ряду организационных и практических мер по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку увеличился охват трехэтапной химиопрофилактикой с 86,0% в 2011 до 97,8% в 2024 году.

В 2024 году на диспансерном учете состояло 6675 инфицированных ВИЧ, что составило 81,9% от числа лиц, живших с диагнозом ВИЧ-инфекция. Среди всех обследованных, у 73,7% вирусная нагрузка была подавлена (РНК ВИЧ менее 500 коп/мл) и 12,1% имели глубокий иммунодефицит (менее 350 кл/мкл CD4).

Охват лечением лиц из числа состоявших на диспансерном учете увеличился до 96,5%. Однако из общего числа лиц, зарегистрированных с ВИЧ, лечением охвачено лишь 77,2%, что не выполняет роль профилактического мероприятия и не позволяет радикально снизить темпы распространения заболевания.

Выводы. ВИЧ- инфекция остается актуальной проблемой для Ивановской области, о чем свидетельствует сохраняющаяся сложная эпидемиологическая ситуация. Это связано, вероятно, с несвоевременной диагностикой, недостаточной профилактикой категорий людей, которые находятся в группе риска, а также стигматизацией населения, несмотря на санитарно-просветительские работы.

Список литературы.

1. Полозова А.И., Плигина Е.В., Семелева Е.В. Анализ динамики распространения ВИЧ-инфекции в РФ за 2019-2021гг. // Тенденции развития науки и образования. С. 35-38.

2. Проблема ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае (социально-эпидемиологическое исследование): Монография / Ф.И.Ларин, В.В.Лебедев, А.Н.Редько - Москва: «Воскресенье», 2005. - 256 с.

3. Соколова Е.В., Ладная Н.Н., Покровский В.В., Кравченко А.В., Козырина Н.В., Юрин О.Г. и др. Влияние антиретровирусной терапии на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Эпидемиол. инфекц. болезни. Актуал. вопр. 2023; 13(3): 20–6.

4. Толстых А.А., Рогова Ю.А., Родимкина А.В. Эпидемиология ВИЧ-инфекции на современном этапе // Материалы XV Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского. 2024. С. 220.

5. Материалы для государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации» в 2013-2024 году по Ивановской области. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ивановской области», 2014-2024 гг.

6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013-2024 году: Государственный доклад. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014-2024.

Балагова Л.Э.[1], Маржохова А.Р.[2], Маржохова М.Ю.[1], Нагоева М.Х.[1], Афашагова М.М.[1], Кочесоков А.М.[1], Балагова З.Э.[1], Мурзаканова Л.М.[1]

ГРИБКОВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

[1] Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик;
[2] Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Грибковые осложнения в последнее время представляют собой одну из наиболее сложных задач в клинической практике. Грибковая патология при новой коронавирусной инфекции COVID-19 отличается инвазивным распространением, более агрессивна, особенно у лиц с коморбидной патологией и ослабленным иммунитетом [1]. Это является актуальной проблемой, так как грибковые осложнения ассоциируются с тяжелой формой заболевания и высокой летальностью. Пандемия COVID-19, которая была объявлена в 2020 году, обострила проблему микозов. Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, оказывает системное влияние на весь организм, повреждая дыхательный тракт, и другие органы и системы. Таким образом, респираторный вирус SARS-CoV-2, поражает эпителии дыхательных путей и способствует инвазии тканей грибковыми патогенами [2]. Тяжелая форма COVID-19, нередко осложняется пневмониями, острым респираторным дистресс-синдромом, сепсисом, что ведет к существенному снижению иммунитета. В результате чего организм становится легко восприимчив к оппортунистическим инфекциям, в том числе к грибковой патологии [3]. Положение ситуации ухудшается появлением новых штаммов грибов, устойчивых к противогрибковой терапии. Это существенно усложняет лечение грибковой патологии, что является фактором риска летального исхода [4]. Таким образом, изучение микозов и анализ факторов риска на фоне коронавирусной инфекции COVID-19 является актуальной задачей, с последующей разработкой диагностических подходов и новых противомикозных препаратов, а также формированием мер профилактики грибковой патологии среди больных из групп риска, в том числе и пациенты с COVID-19.

Цель исследования. Установить роль коморбидной патологии при развитии грибковых осложнений у больных с COVID-19.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование 194 истории болезней с основным диагнозом коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, проходивших лечение в условиях госпиталя

с октября 2020 по март 2021 годов. Результаты исследования были статистически обработаны. Наличие сопутствующих заболеваний отмечалось у 162 пациентов. Выполнен расчет отношения шансов (ОШ) развития грибковых осложнений на доверительном интервале (ДИ) 95%.

Результаты и обсуждения. Среди 162 пациентов с COVID-19 мужчины составляли 48,8%, женщины – 51,2%. Возраст колебался от 18 до 83 лет, в среднем 65±3,7 лет. Диагноз средней степени тяжести выставлен в 77,2% случаев (125 пациентов), тяжелая форма–в 22,8% (37 пациентов). Летальность в общей группе составила 10,5%. Изменения в легких, согласно компьютерной томографии, соответствовали КТ1 в 21,0%, КТ2 – в 28,4%, КТ3 – в 32,7% и КТ4 – в 17,9% случаев. Грибковые инфекции, подтвержденные культуральным методом, подтверждены в 23,5% случаев (38 больных). Наличие сопутствующих заболеваний отмечалось у 162 пациентов (83,5%). Заболевания сердечно-сосудистой системы установлено в 76,5% случаев (124 пациента), сахарный диабет был выявлен у 38 (23,5%) больных, ожирение той или иной степени – у 67 (41,4%), заболевания мочевыделительной системы – у 21 (13,0%), хронические заболевания органов дыхания – у 29 (17,9%), хронический гепатит имели 25 (около 15,4%) больных, хроническую ишемию головного мозга – 31 (19,1%), онкология была у 3 (1,9%), анемия регистрировалась у 13 (8,0%) больных, ВИЧ-инфекция –8 (4,9%). Два и более хронических заболевания отмечены у 91 пациента (56,2%).

Наличие неблагоприятного преморбидного фона также оказало влияние на тяжесть течения COVID-19. Расчет отношения шансов развития микозов у больных с COVID-19 в зависимости от сопутствующей патологии выявил следующие закономерности. Большое значение имели заболевания сердечно-сосудистой системы, шансы присоединения микозов увеличивались в 2,4 раза (ДИ 5,39-1,9), присутствие сахарного диабета в анамнезе повышало шанс развития микозов в 3,3 раза (ДИ 6,7-1,60), при заболеваниях мочевыделительной системы ОШ было выше – 2,1 (ДИ 5,68-0,79), чем у больных с ожирением– 0,2 (ДИ 0,70-0,08), с болезнями органов дыхания (ОШ 0,4; ДИ 1,46-0,12), хроническим гепатитом (ОШ 1,0; ДИ 2,80-0,34), хронической ишемией головного мозга (ОШ 0,2; ДИ 1,06-0,05) и анемией (ОШ 0,6; ДИ 3,00-0,13). Существенное влияние оказывала ВИЧ-инфекция на присоединение бактериальных осложнений – ОШ 12,2 (ДИ 63,23–2,35) и онкология (ОШ 7,0; 79,43–0,62).

Выводы. Наиболее подвержены развитию грибковых осложнений на фоне течения COVID-19 были пациенты с ВИЧ-инфекцией, онкологическими заболеваниями, а также имеющие коморбидную патологию со стороны сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, заболевания мочевыделительной системы или хронический гепатит. Менее выраженное влияние оказывали ожирение, болезни органов дыхания, хроническая ишемия головного мозга и анемии различной этиологии. Необходимо акцентировать внимание медицинских работников на важности профилактики, ранней

диагностики и своевременном лечении грибковых инфекций у данных групп пациентов с COVID-19. При лечении больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 необходимо учитывать такие факторы риска, как сопутствующие заболевания, для своевременной диагностики и противогрибковой терапии.

Список литературы.

1. Ходжибекова Ю.М., Ходжибеков М.Х., Хасанов А.И., [и др.]. Значение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в дифференциальной диагностике осложнений средней зоны лица при патологиях грибковой этиологии // Вестник современной клинической медицины. – 2025. – Т. 18, вып. 2. – С.91–95. DOI: 10.20969/VSKM.2025.18(2).91-95.

2. Adzic-Vukicevic T, Mladenovic M, Jovanovic S, Soldatović I and Radovanovic-Spurnic A (2023) Invasive fungal disease in COVID-19 patients: a single-center prospective observational study. Front. Med. 10:1084666. doi: 10.3389/fmed.2023.1084666.

3. Авдеева М.Г., Зотов С.В., Кулбужева М.И., Мошкова Д.Ю., Журавлева Е.В. Грибковые осложнения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2021. Т. 26, № 6. С. 252–269. DOI: https://doi.org/10.17816/EID108872.

4. Щербак С.Г., Камилова Т.А., Голота А.С., Вологжанин Д.А. Факторы риска тяжелого течения и летального исхода COVID-19. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2022;4(1):14–36. DOI: https://doi.org/10.36425/rehab104997.

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИН ПРОТИВ ГРИППА У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой, Москва

Актуальность. Проблема течения и исходов гриппа является актуальной для больных ревматическими заболеваниями. Так, убедительно показано, что риск госпитализации и летального исхода в связи с гриппом у пациентов с ревматическими заболеваниями в 2 раза выше, чем в общей популяции. Сезонная вакцинация – наиболее эффективный метод профилактики гриппа. Однако данных, касающихся применения вакцин против гриппа у больных ревматологического профиля по-прежнему недостаточно.

Цель исследования – изучить иммуногенность, эффективность и безопасность инактивированных гриппозных сплит-вакцин (трех- и четырехвалентных) у больных воспалительными заболеваниями суставов (ВЗС).

Материалы и методы. В открытое проспективное исследование включены 170 больных ВЗЗ: 85 – ревматоидным артритом, 68 –

анкилозирующим спондилитом, 17 – псориатическим артритом. Возраст пациентов варьировал от 22 до 76 лет. Большинство больных (81%) на момент включения в исследование получали иммуносупрессивную терапию. Инактивированные гриппозные сплит-вакцины вводили в количестве одной дозы (0,5 мл) внутримышечно на фоне проводимой противоревматической терапии независимо от активности ВЗС. Уровень антител класса G к гемагглютинину вирусов гриппа A (H1N1), A (H3N2) и B определяли с помощью иммуноферментных тест-систем исходно, через 1–3 месяца и через 6 месяцев после вакцинации. Эффективность вакцинации оценивали по частоте развития гриппа или гриппоподобного заболевания, безопасность – по частоте поствакцинальных реакций, обострений основного заболевания и формирования «новых» аутоиммунных феноменов.

Результаты. Через 1–3 месяца после вакцинации выявлено значимое ($p \leq 0{,}001$) повышение уровня антител ко всем трем вакцинным штаммам. Более низкий иммунный ответ отмечен у больных, получавших комбинированную терапию ингибиторами фактора некроза опухоли-альфа и метотрексатом (для всех трех штаммов вируса гриппа), а также у пациентов старше 60 лет (для штамма гриппа A H1N1 и B). За время наблюдения (эпидемический сезон) констатировано 2 случая гриппоподобного заболевания, при этом случаев гриппа не зарегистрировано. Частота местных поствакцинальных реакций составила 14,5%, системных – 3%. Обострений ВЗС и формирования «новых» аутоиммунных феноменов не отмечено.

Заключение. У больных ВЗС вакцинация инактивированными гриппозными сплит-вакцинами является достаточно иммуногенной, эффективной и безопасной, что позволяет ее рекомендовать подавляющему большинству пациентов. Необходимы дальнейшие исследования, касающиеся применения указанных вакцин у больных системными заболеваниями соединительной ткани.

Список литературы.

1. Белов Б.С., Тарасова Г.М., Муравьева Н.В. Вакцинация в ревматологии – 2019 (по материалам рекомендаций EULAR). Научно-практическая ревматология. 2019; 57 (6): 618-625. doi: 10.14412/1995-4484-2019-618-625.

2. Белов Б.С., Муравьева Н.В., Насонов Е.Л. Вакцинация при ревматических заболеваниях: актуальные вопросы (по материалам рекомендаций ACR). Научно-практическая ревматология. 2023; 61 (2): 151-157. doi: 10.47360/1995-4484-2023-151-157.

3. Белов Б.С., Попкова Т.В., Тарасова Г.М., Муравьева Н.В. Вакцинация при системной красной волчанке: современное состояние проблемы. Современная ревматология. 2022; 16 (2): 7-12. doi: 10.14412/1996-7012-2022-2-7-12.

4. Белов Б.С., Егорова О.Н., Тарасова Г.М., Муравьева Н.В. Инфекции и системные васкулиты. Современная ревматология. 2022; 16 (5): 75-81. doi: 10.14412/1996-7012-2022-5-75-81.

Белозубова А.А.

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ ВРАЧА

Городская больница №2 города Краснодара, Краснодар

Лихорадка Западного Нила – это острое трансмиссивное инфекционное заболевание, передающееся комарами и протекающее с полиаденитом, высыпаниями на коже и серозным воспалением мозговых оболочек, иногда – менингоэнцефалитом

Ежегодно в РФ регистрируется порядка 440-500 случаев. Одним из ареалов распространения является Южный Федеральный округ. Согласно данным ВОЗ. Инфекция ВЗН (вируса Западного Нила) либо протекает бессимптомно (примерно у 80% инфицированных людей), либо может приводить к развитию лихорадки Западного Нила или тяжелой болезни Западного Нила.

Примерно у 20% инфицированных ВЗН людей развивается лихорадка Западного Нила. Ее симптомы включают лихорадочное состояние, головную боль, усталость и боли в теле, тошноту, рвоту, иногда кожную сыпь (на туловище) и распухшие лимфатические узлы.

Симптомы тяжелой болезни (называемой также нейроинвазивной болезнью), такой как энцефалит или менингит Западного Нила или полиомиелит Западного Нила, включают головную боль, высокую температуру, ригидность шеи, помрачение сознания, дезориентацию, кому, тремор, судороги, мышечную слабость и паралич. По оценкам, наиболее тяжелая форма болезни развивается примерно у одного из 150 человек, инфицированных вирусом Западного Нила. Тяжелая болезнь может развиться у человека любого возраста, однако, люди старше 50 лет и некоторые люди с ослабленным иммунитетом (например, пациенты, перенесшие трансплантацию) подвергаются самому высокому риску развития тяжелой болезни в результате инфицирования ВЗН [1-5].

За 2024-2025 гг. наблюдения в ГБУЗ «ГБ №2 города Краснодара» МЗ КК, отмечается регистрация 8 случаев лихорадки Западного Нила. Возраст заболевших колеблется от 21 до 58 лет. Половина пациентов проживает в районе озер, часть пациентов в поселке, где нет водоёмов.

Основные жалобы среди обратившихся: на температуру до 38, высыпания (после снижения температуры), выраженную слабость, и увеличение лимфатических узлов, головная боль. Случаи тяжелого течения были зарегистрированы, но они поступали в стационар, минуя амбулаторное звено.

Также была часть пациентов, которые обращались в летне-осенний период с субфебрилитетами от 2-3-х недель, выраженным астеновегетативным синдромом и отсутствием высыпаний. У всех в анамнезе заболевания отмечено, что они переболели “гриппом” с высокой

температурой. Из эпидемиологического анамнеза -при углубленном расспросе – в основном, идет отрицание посещения водоемом, зато есть посещение парков, дачных участков.

Объективно у всех пациентов отмечается выраженная астенизация, менингеальной симптоматики на осмотре не выявляется, несмотря на головную боль. Увеличение периферических лимфоузлов незначительное, до 1 см практически по всем группам. Кожные покровы бледные. Характер сыпи носит пятнисто папулёзный. Сыпь не склонна к слиянию. Основная локализация: предплечья, живот, спина и немного элементов на лице. У 5 пациентов из 8 была отмечена геморрагическая энантема на твердом и мягком нёбе. По бронхолёгочной системе патологии не выявлено. По сердечно-сосудистой – незначительная гипотония, даже у пациентов с гипертонической болезнью. Гепатоспленомегалии выявлено не было.

При лабораторном обследовании, у всех 8 пациентов отмечается лейкопения, тромбоцитопения отмечена у 5 х пациентов. В связи с характером сыпи, симптоматикой и данными эпиданамнеза, пациентам назначено обследование на Лихорадку Западного Нила методом иммуноферментного анализа. При подозрении на данное заболевание-пациентам была рекомендована госпитализация, от которой они отказывались. По результатам обследования: обнаружение IgM – было зарегистрировано у всех, а у пациентов с субфебрилитетом – обнаруживаются IgG низкоавидные. Согласно Методическим рекомендациям -основным методом подтверждения диагноза – является ПЦР РНК ЛЗН крови. Но, ввиду кратковременности виремии, в амбулаторной практике, этот метод малоинформативен. В последнее время все чаще стал применяться метод ПЦР исследования РНК ЛЗН мочи. Учитывая, что диагноз данным пациентам был поставлен ретроспективно (это связано с логистическими особенностями и частотой постановки данного анализа в лаборатории), практически все пациенты были выписаны с выздоровлением к труду. Все пациенты получили курс индукторов интерферона, производным акридонуксусной кислоты и дезинтоксикационную терапию с витаминами (янтарная кислота, рибофлавин и коэнзим Q10). На фоне приёма улучшение самочувствия происходило, в среднем, на 2–3 день приёма препарата с регрессом сыпи к 5 дню лечения.

Таким образом, Лихорадка Западного Нила остается проблемой, особенно в условиях амбулаторного звена. Отсутствие настороженности среди медицинских работников, плохой сбор эпидемиологического анамнеза, приводит к поздней диагностике и несвоевременной госпитализации пациента в стационар. Особенность течения лёгких форм, которые встречались за период наблюдения: пациенты с определенной симптоматикой -температурой, сыпью, энантемой и выраженным астеновегетативным синдромом. Неплохо себя зарекомендовали в лечении индукторы интерферонов, производные акридоуксусной кислоты, с дезинтоксикационной терапией, однако это вопрос требует углубленного дальнейшего изучения.

Список литературы.

1. Клинико-эпидемиологическая характеристика лихорадки Западного Нила в Краснодарском Крае. Л.И. Жукова, Г.К. Рафеенко, В.Н. Городин, А.А. Ванюков / Журнал микробиологии, 2016, с. 74-80.

2. Городин В.Н., Нежурин А.В., Жукова Л.И. Современные аспекты лихорадки Западного Нила //Инфекционные болезни. 2023; 21(1): 140–147. DOI: 10.20953/1729-9225-2023-1-140-147

3. МУ 3.1.32600-10 Мероприятия по борьбе с лихорадкой Западного Нила на территории РФ. 2010 г.

4. Санитарные правила и нормы 3.3686-21 от 2021 г.

5. Информационный бюллетень WHO

Богураев Е.А.[1], Власенко А.В.[1], Плоскирева А.А.[2], Родионов Е.П.[1]

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ *CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE*-ИНДУЦИРОВАННОГО КОЛИТА У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

[1] Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С.П. Боткина, Москва;
[2] Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Введение. Диагностика *Clostridioides difficile*-инфекции (КДИ) может вызывать определенные сложности проблему у пациентов с гемобластозами, в особенности находящихся в критическом состоянии. Диарея в этой популяции имеет как инфекционные, так и неинфекционные причины. Частота КДИ у гематологических пациентов варьирует от 1% до 11,8%, при этом 3–7% случаев протекают тяжело [1]. У пациентов в ОРИТ *C. difficile* вызывает 30% случаев диареи [2]. При этом, у пациента с сепсисом при получении положительных тесов на клостридиальные токсины во время лечения антибиотиками сложно дифференцировать носительство и активное воспаление. Традиционные критерии тяжести (лейкоцитоз $>15\times10^9$/л, креатинин >133 мкмоль/л) малоинформативны у данной категории больных из-за влияния основного заболевания и противоопухолевого лечения [3]. В то же время избыточная антибиотикотерапия повышает риск селекции резистентных штаммов и дальнейшего нарушения состава микробиоты. По имеющимся данным, ультразвуковые признаки утолщения кишечной стенки у пациентов с нейтропеническим колитом ассоциированы с увеличением летальности, а у пациентов с КДИ и COVID-19 сопровождаются более тяжелым течением заболевания и высокой частотой рецидивов инфекции [4].

Цель. Оценить взаимосвязь эхографических изменений кишечника с клинико-лабораторными показателями у онкогематологических пациентов с КДИ в ОРИТ.

Материал и методы. В проспективное исследование включено 13 пациентов (средний возраст 58,08±17,52 лет) с гемобластозами и сепсисом (пневмония), осложненным КДИ. Основные нозологии: острый миелоидный лейкоз (38,5%), неходжкинские лимфомы (38,5%). По данным УЗИ пациенты разделены на группы: с утолщением стенки кишки >6 мм (n=6) и без утолщения (n=7). Проведен сравнительный анализ тяжести состояния по шкалам SOFA и APACHE II, концентрации лейкоцитов, альбумина, креатинина, лактата и общего белка.

Результаты. Группа с утолщением кишечной стенки более 6 мм демонстрировала значимо более высокий балл SOFA: 7,50 [7,00;8,00] против 6,00 [4,00;6,50] в контрольной группе(p=0,035). Различия по шкале APACHE II отсутствовали (20,00±7,39 и 21,50±5,54; p=0,691). В группе с утолщением отмечены тенденции к гипоальбуминемии (23,0±3,0 г/л против 26,3±3,4 г/л в контрольной группе (p=0,104)) и гиперлактатемии (3,4 [2,1;4,5] ммоль/л против 1,1 [0,9;2,0] ммоль/л в контрольной группе (p=0,10). Уровни креатинина, общего белка и лейкоцитов не различались. Лейкопения (<2,0×10⁹/л) зафиксирована в обеих группах.

Выводы. Утолщение кишечной стенки >6 мм по данным УЗИ может служить маркером тяжелого течения КДИ у онкогематологических пациентов в ОРИТ, коррелируя с повышением лактата и снижением альбумина. Отсутствие статистической значимости различий, вероятно, обусловлено малым объемом выборки. Лейкоцитоз не отражает тяжесть колита из-за исходной цитопении. Эхография является перспективным методом стратификации риска при КДИ в данной популяции.

Список литературы.

1. Mikulska M, Robin C, Neofytos D, Oltolini C, Piekarska A, Reigadas E, Gil L, Chemaly RF, Groll AH, Muñoz P, Teh BW. Management of *Clostridioides difficile* infection in patients with haematological malignancies and after cellular therapy: guidelines from 10th European Conference on Infections in Leukaemia (ECIL-10). EClinicalMedicine. 2025 Aug 7;87:103371. doi: 10.1016/j.eclinm.2025.103371. PMID: 40823499; PMCID: PMC12355421.

2. Богураев Е.А., Власенко А.В., Птушкин В.В., Родионов Е.П., Плоскирева А.А. *Clostridioides difficile*-ассоциированная инфекция у пациентов онкогематологического профиля в отделении реанимации и интенсивной терапии. Инфекционные болезни. 2024; 22(4): 93–99. DOI: 10.20953/1729-9225-2024-4-93-99.

3. Клинические рекомендации. Энтероколит, вызванный *Clostridioides difficile* (*C. difficile*): официальное издание Министерства здравоохранения Российской Федерации // Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России: сайт. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/878_1 (дата обращения: 30.09.2025).

4. Пиманов С.И., Руцкая И.А. Возможности ультразвукового исследования толстой кишки в определении тяжелого течения и прогноза

рецидивов энтероколита, вызванного *Clostridioides difficile*. Медицинская визуализация. 2025; 29(2):39-50. doi.org/10.24835/1607-0763-1489

Болобонкина Т.А.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, Рязань

Несмотря на введение в практическую деятельность экстренных медицинских служб достижений технического прогресса, современные реалии оказания экстренной и неотложной медицинской помощи до сих пор не исключают воздействия всевозможных профессиональных вредностей, способных негативно воздействовать на здоровье работников. К таким профессиональным вредностям относятся тяжесть и напряженность трудового процесса, физические и химические факторы производственной среды, опасность производственного травматизма, но ведущим вредным фактором трудовой среды работников службы скорой медицинской помощи (СМП) по сей день является биологический фактор.

По результатам ранее проведенных исследований установлено, что экспозиция биологического фактора, например, контакт с SARS-CoV-2, являющимся микроорганизмом II группы патогенности, позволяет определить класс условий труда медицинских работников экстренных служб по биологическому фактору как вредный третьей степени. Выявлена почти полная причинно-следственная связь патологических изменений здоровья медицинских работников СМП с работой, в этой связи случаи инфицирования рассматривались как профессиональные. При категорировании профессионального риска анализировалась совокупность факторов: установленный вредный третьей степени класс условий труда по биологическому фактору, индекс профессиональных заболеваний (0,25), материалы лабораторных исследований, подтверждающие инфицирование работников SARS-CoV-2, а также результаты анализа заболеваемости и эпидемиологические данные. Полученные данные позволили определить категорию профессионального риска как высокий (непереносимый) риск, по степени весомости доказательств – доказанный [1]. Тем не менее при проведении специальной оценки условий труда (СОУТ) медицинских работников до сих пор нет единства в интерпретации фактических условий работы указанной группы по биологическому фактору.

Также известно, что риски заражения водителей автомобилей экстренных медицинских служб в период пандемии COVID-19 были сопоставимы с рисками инфицирования медицинских работников СМП. Причиной такой ситуации могло быть увеличение числа вызовов в период

распространения новой коронавирусной инфекции и более длительный контакт с инфицированными пациентами в салоне спецтранспорта с ограниченными возможностями вентиляции и обеззараживания воздуха и поверхностей. Сравнение индексов заболеваемости COVID-19 водителей выездных бригад СМП и сотрудников станций, работающих стационарно и не осуществляющих выезды, подтверждает превалирование рисков заражения работников выездных бригад, в том числе не принимающих непосредственного участия в оказании медицинской помощи (в частности, водителей) [2].

Целью настоящего исследования являлся анализ условий труда работников выездных бригад экстренных служб по биологическому фактору по результатам специальной оценки условий труда.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов СОУТ 2023-2025 гг. работников выездных бригад региональных станций СМП (медицинских работников и водителей автомобилей экстренных служб) по биологическому фактору, изучены материалы из открытых источников, опубликованные на официальных интернет-порталах учреждений здравоохранения. В исследование включены результаты СОУТ 12 учреждений, оказывающих скорую медицинскую помощь населению Владимирской, Волгоградской, Калужской, Тульской, Рязанской, Липецкой, Тюменской, Ростовской, Псковской, Новгородской областей, Краснодарского края и Санкт-Петербурга. Общее количество анализируемых рабочих мест – 480, общее количество работников, занятых на данных рабочих местах – 10248.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа материалов специальной оценки условий труда медицинских работников выездных бригад региональных станций скорой медицинской помощи установлено, что класс условий труда по биологическому фактору медицинских работников выездных бригад определялся во всех случаях как вредный (3 класс). При этом степень вредности варьировала от первой до третьей. Первая степень вредности в ряде случаев устанавливалась при оценке условий труда по биологическому фактору медицинских сестер выездных бригад и врачей педиатрических выездных бригад (Краснодарский край); врачей специализированных бригад анестезиологии и реанимации, врачей специализированных психиатрических бригад (Тульская область), а также на рабочих местах врачей-стажеров (Тюменская область). В большинстве случаев класс условий труда определялся как вредный второй и третьей степени.

При оценке условий труда в рамках СОУТ по биологическому фактору на рабочих местах водителей выездных бригад экстренных медицинских служб устанавливалось либо отсутствие данного фактора, либо выставлялся 2 (допустимый) класс условий труда. Лишь в единичных случаях класс условий труда по биологическому фактору у водителей СМП определялся как вредный третьей степени (Владимирская область). В связи с тем, что СОУТ

на рабочих местах проводится по фактическим данным, в ряде случаев могут возникать сложности с интерпретацией результатов. На водителей согласно действующим инструкциям не возлагаются функции санитаров, поэтому доказать профессиональный контакт с инфекционными больными в данной профессиональной группе сложно.

Заключение. Биологический фактор является определяющим при оценке степени вредности условий труда медицинских работников экстренных служб. В то же время степень оценки субъективна, что ставит в неравные условия медицинских работников разных регионов. Регистрация высокого уровня заболеваемости наравне с медицинскими работниками позволяет говорить о присутствии биологического фактора при реализации трудовых обязанностей водителями автомобилей выездных бригад экстренных медицинских служб.

Список литературы.

1. Болобонкина, Т. А. Гигиеническая оценка профессиональных рисков здоровью медицинских работников станции скорой медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19 / Т. А. Болобонкина, А. А. Дементьев, Н. В. Минаева // Анализ риска здоровью – 2021. Внешнесредовые, социальные, медицинские и поведенческие аспекты. Совместно с международной встречей по окружающей среде и здоровью RISE-2021 : Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пермь, 18–20 мая 2021 года. Том 1. – Пермь: Издательство Пермского национального исследовательского университета, 2021. – С. 128-132. – EDN ZGUYOD.

2. Болобонкина, Т. А. Заболеваемость COVID-19 работников станции скорой медицинской помощи города Рязани / Т. А. Болобонкина, А. А. Дементьев // Российский вестник гигиены. – 2022. – № 2. – С. 21-24. – DOI 10.24075/rbh.2022.045. – EDN KHKUMY.

Брызгалова Т.А., Демьянов А.В., Митина С.Н., Моторина О.В.

СОВЕРШЕНТСВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ГАУЗ «ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. В.И. ВОЙНОВА»

Оренбургская областная клиническая больница
имени В.И. Войнова, Оренбург

Актуальность. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП), являются одним из наиболее распространенных побочных эффектов при оказании медицинской помощи, а также основной проблемой общественного здравоохранения, влияющей на заболеваемость, смертность и качество жизни. В любой момент времени до 7% пациентов в развитых и 10% в развивающихся странах могут заразиться хотя бы одной ИСМП. Эти инфекции также представляют собой значительное экономическое бремя на

уровне общества. Тем не менее, большой процент ИСМП можно предотвратить с помощью эффективных мер профилактики инфекций и инфекционного контроля (далее- ПИИК).

На момент старта проекта эпидемиологический анализ проводился без учета особенностей эпидемиологии инфекций, не учитывались в полном объеме стратифицированные показатели заболеваемости, отсутствовал регламент по обеспечению изоляционно-ограничительных противоэпидемических мероприятий в очагах, отсутствовало определение стандартного случая (далее – СОС) ИСМП в области хирургического вмешательства (далее – ИОХВ), отмечалась недостаточная практическая подготовка сотрудников.

Цель исследования. Организация системы инфекционного контроля – систематического, непрерывного процесса сбора и анализа информации, внедрение в практическую деятельность алгоритмов действий противоэпидемических мероприятий и регулярную коррекцию антимикробной терапии на основании данных микробиологического мониторинга.

Материала и методы. В ГАУЗ «ООКБ им. В.И. Войнова» организован инфекционный контроль как система организационных и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в медицинской организации, которая базируется на результатах эпидемиологической диагностики. Создана рабочая группа по эпидемиологической безопасности с целью предотвращения ИСМП и борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам (далее – УПП) на основе передовой практики в области ПИИК.

Повышение качества системы эпидемиологического надзора за ИСМП и УПП:

- внедрение определения стандартного случая (далее – СОС) ИСМП в области хирургического вмешательства отделений, выполняющих высокотехнологичные операции;

- в эпидемиологическом анализе учитываются особенности эпидемиологии инфекций области хирургического вмешательства (далее – ИОХВ), инфекции нижних дыхательных путей (далее – ИНДПИВЛ), классы чистоты хирургических ран, виды хирургических операций, с расчетом стратифицированных показателей заболеваемости, позволяющих оценить влияние факторов риска;

- данные микробиологической лаборатории (выделенные микроорганизмы с их антибиотикограммами) интегрированы в систему ЛИС, доступны в использовании 24/7/365;

- увеличено количество рабочих мест программы «Микроб-2», доступны врачу-эпидемиологу, клиническому фармакологу, данные ежемесячно выгружаются на платформу AMRCloud, коррекция антимикробной терапии

по различным нозологиям проводится комиссионно, не реже одного раза в год;

- передача экстренного извещения на инфекционное заболевание обеспечивается 24/7/365 по защищенному каналу связи в ФБУЗ «ЦГиЭ»;

- учитываются группы риска ИСМП, информация по количеству установленных катетеров (сосудистых и мочевых) собирается ежемесячно в стационарных отделениях.

Определен регламент по обеспечению изоляционно-ограничительных мероприятий в отношении пациентов с контагиозными классическими инфекциями, а также у пациентов с выделением условно-патогенных микроорганизмов с полирезистентностью к антибиотикам.

Внедрен в практику работы больницы порядок проведения противоэпидемических мероприятий в очагах классических инфекций при их заносах.

Проводится практическая подготовка сотрудников по инфекционной безопасности в виде вебинаров, конференций, занятий в учебно-методическом кабинете и аудитов (наблюдений на рабочем месте), в том числе по вопросам гигиены рук.

Запланировано на 2026-2027 гг.:

- внедрить в практику работы клинико-диагностической лаборатории гемокультиватор,

- организовать на территории больницы централизованный участок для применения аппаратных методов обеззараживания медицинских отходов, собранных в сухом виде без предварительной дезинфекции на рабочих местах.

Выводы:

1. Создана рабочая группа по эпидемиологической безопасности, проведен анализ потенциальных проблем в области инфекционного контроля, оптимизирован процесс мониторинга ИСМП.

2. В реализации проекта использовались трудовые, материально-технические, информационные ресурсы. Внедрены формы обучения сотрудников, такие как, регулярные занятия в учебно-методическом кабинете и аудиты.

Список литературы.

1. ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования (утв. Приказом Росстандарта от 28.09.2015 N 1391-ст) (вместе с "Разъяснением новой структуры, терминологии и понятий", "Другими международными стандартами в области менеджмента качества и на системы менеджмента качества, разработанными ИСО/ТК 176").

2. Клинические рекомендации «Инфекция, ассоциированная с ортопедическими имплантатами» (одобрены Минздравом России). Источник: КонсультантПлюс.

3. Клинические рекомендации «Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств» (одобрены Минздравом России) Источник: КонсультантПлюс.

4. Приказ Минздрава России от 29.11.2021 №1108н «Об утверждении порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации» (Зарегистрировано в Минюсте России 30.12.2021 N 66772)

5. МР 3.1.0346-24. 3.1. Эпидемиология. Профилактика инфекционных болезней. «Организация и проведение микробиологического мониторинга в медицинских организациях. Методические рекомендации» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26.04.2024).

Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А., Зенкина Л.Р., Дорошенко Я.В.

РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА НА ФОНЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Синдром Лайелла представляет собой острое патологическое состояние, характеризующееся развитием обширного буллезного поражения эпидермиса и слизистых оболочек, сопровождающегося эпидермальным некролизом, который проявляется положительным симптомом Никольского и затрагивает более 30% поверхности тела. [1,3] Уровень смертности при этом заболевании варьируется от 30 до 50 процентов, что указывает на значительную опасность для жизни и подчеркивает необходимость срочного лечебного вмешательства. [2]

Цель клинического случая – В ходе этого исследования был проведен детальный анализ клинического случая пациентки 17 лет, страдающей синдромом Лайелла, которая получала медицинскую помощь в Детской краевой клинической больнице (ДККБ) Министерства здравоохранения Краснодарского края. В рамках проводимого исследования был осуществлен тщательный ретроспективный анализ истории болезни одного из пациентов, у которого был установлен диагноз синдром Лайелла.

Описание клинического случая. Ребенок заболел 15.01.2024, отмечалась фебрильная лихорадка, усиление кашля, снижение аппетита. На обзорной рентгенограмме грудной клетки правосторонняя сегментарная пневмония S9. Госпитализирован в инфекционное отделение ЦРБ с диагнозом внебольничной правосторонней сегментарной пневмонией нетяжелой, ДН 1 ст. Назначена антибактериальная терапия пенициллинового ряда и НПВС. 16.01.2024 появилась сыпь на ладонях: мелкие белые пятна с розовым венчиком. 17.01.2024 сыпь распространилась, став ярко-красной на груди,

спине, менее выраженной на лице, конечностях, ладонях и стопах. Антибактериальную терапию заменили на цефалоспорины, добавили дексаметазон. 18.01.2024 на коже образовались пузыри с серозным содержимым, отекли слизистые рта, губ и половых органов. Установлен диагноз синдром Лайелла. Переведен в реанимацию ДККБ.

При поступлении пациент в тяжелом состоянии. Клиническая картина характеризуется симметричным распределением патологического процесса с пятнами и пузырями. На лице, шее, туловище, конечностях – отечные пятна до 2 см, с тенденцией к слиянию, с плоскими пузырями с прозрачным содержимым. Ладони и подошвы отечные, ярко-красные. На губах – корочки и эрозии, осмотр рта затруднен. Веки отечны, сомкнуты. Положительный симптом Никольского. В крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенные СРБ и амилаза, гипопротеинемия, метаболический ацидоз. УЗИ грудной клетки показало умеренный двусторонний гидроторакс, минимальный гидроперикард. Диагноз: Синдром Лайелла. Осложнения: двусторонний гидроторакс, малый гидроперикард, гидропельвиоперитонеум. Лечение: оксигенотерапия, антибиотики, противогрибковые препараты, инфузионная терапия, гормоны, антигистамины, обезболивание, альбумин, СЗП, парентеральное питание. Наружная терапия: метиленовый синий, метилпреднизолона ацепонат. На фоне терапии – выраженная положительная динамика.

Выводы. Синдром Лайелла серьезное состояние, возникающее как осложнение в ходе фармакотерапии. Сложность ведения таких пациентов обусловлена необходимостью создания специальных условий ухода, назначения своевременной и квалифицированной терапии.

Список литературы.

1. Синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла у взрослых / М. А. Лысенко, Д. С. Фомина, Д. Н. Проценко [и др.]. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2023.

2. Анализ клинического опыта наблюдения детей с токсическим эпидермальным некролизом/ Хакимова Р.Ф., Скороходкина О.В., Зайнетдинова Г.М., Шамсутдинова Г.А., Рыжова Г.Р., Хакимова М.Р., Волкова Д.А. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – №5. – С. 181-186.

Бурлуцкая А.В., Савельева Н.В., Гурина Е.С., Костылева Е.А.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ТРИГГЕР РАЗВИТИЯ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Атипичный гемолитико-уремический синдром (ГУС) – очень редкое хроническое системное заболевание преимущественно генетической

природы с прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом. В основе этого заболевания лежит хроническая неконтролируемая активация альтернативного пути комплемента, ведущая к комплемент-опосредованной тромботической микроангиопатии [1, 2]. Распространенность атипичного ГУС колеблется от 2 до 10 на 1000000 человек. В России заболеваемость составляет около 0,8 на 1000000 детского населения/год. [3].

Цель исследования. Представить редкий клинический случай атипичного гемолитико-уремического синдрома.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ анамнестических сведений, течения заболевания, лабораторных данных пациентки 2014 года рождения, которая проходила обследование и лечение в ГБУЗ "ДККБ" МЗ КК г. Краснодар в августе – сентябре 2024 года.

Результаты и обсуждение. Пациентка 10 лет, 10.08.24 экстренно доставлена в реанимационное отделение хирургического стационара ГБУЗ "ДККБ" МЗ КК в тяжелом состоянии с дыхательной недостаточностью 2 ст., геморрагическим синдромом, анемией, тромбоцитопенией и анурией. Первые симптомы – боли в животе и жидкий стул. На следующий день появилась рвота. Получала энтерофурил и энтеросорбенты. На третий день заболевания в стуле появилась слизь с прожилками крови. Родители самостоятельно забрали ребенка из лагеря и доставили в ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК: в результате обследования острая хирургическая патология исключена, верифицирована острая инфекционная патология. В связи с этим, госпитализирована в ГБУЗ «СКДИБ» МЗ КК. Назначена интенсивная терапия, антибактериальная и противовирусная терапии. На этом фоне 06.08.24 – 07.08.24 сохраняется выраженный диарейный синдром (до 30 раз/сут), в стуле слизь и кровь, стала адинамичной и апатичной. С 07.08.24 по 08.08.27 – лихорадка до 38,0ºС, изменение цвета мочи (насыщенно красного цвета). Верифицирован ГУС, в связи с чем переведена в реанимационное отделение. На КТ ОГК 09.08.27 выявлен массивный правосторонний гидроторакс. Проведена плевральная пункция, получено 120 мл крови, после дренирования получено еще 150 мл крови. Назначена гемостатическая терапия (СЗП, этамзилат). Для исключения кровотечения из центральной вены после катетеризации 10.08.24 проведено КТ с контрастированием ОГК и шеи: экстравазации контраста нет, парвазарных гематом нет). Бактериологическое исследование кала (эшерихии, шигеллы, сальмонеллы), а также ПЦР диагностика ротовирусной и энтеровирусной инфекций – результаты отрицательные. В ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК в реанимационное отделение переведена 10.08.24. Состояние сохраняется тяжелым за счет проявлений ГУС, дыхательной недостаточности, острой почечной недостаточности. Параклинически: общий анализ крови – эритроциты $2{,}17\times10^{12}$/л, гемоглобин 63 г/л, тромбоциты – 36×10^{9}/л; биохимический анализ крови – общий белок – 48,3 г/л, креатинин – 161,64 мкмоль/л, мочевина 21 ммоль/л, общий билирубин 58,27 мкмоль/л, АСТ 83 ед/л, АЛТ 33 Ед/л. УЗИ почек – диффузные изменения паренхимы почек с нарушением интраренального кровотока, УЗИ печени – диффузные

изменения паренхимы печени. 11.08.24 ухудшение состояния за счет нарастания дыхательной недостаточности, по дренажу из правой плевральной полости получено 300 мл крови. Переведена на ИВЛ. С диагностической целью проведена видеоторакоскопия справа, санация. В результате манипуляции выявлено, что продолжающегося кровотечения нет. Проводилась гемостатическая терапия (СЗП, теовексал, этамзилат), переливание эритроцитарной одногруппной взвеси, антибактериальная терапия (меропенем + линезолид), противогрибковая терапия (флуконазол), инфузионная терапия, коррекция КЩС. Учитывая нарастание азотемии (креатинин 271 мкмоль/л, мочевина 40,1 ммоль/л) и снижение клубочковой фильтрации (29,25 мл/мин) 13.08.24 проведен первый сеанс гемодиализа. В течение последующих трех недель гемоторакс справа не рецидивировал, но присоединилась двусторонняя полисегментарная пневмония, коллапс нижней доли справа, двусторонний гидроторакс. Течение ГУС синдрома волнообразное. За это время проведено 3 сеанса гемодиализа, 12 трансфузий донорской крови. Неоднократно проводилась телемедицинская консультация с РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Заключение консультации от 29.08.2024: учитывая волнообразное течение ГУС, диагноз уточнен как атипичный ГУС, рекомендовано начать терапию экулизумабом согласно протоколу. Терапия экулизумабом инициирована 30.08.24: 600 мг на 120,0 мл 0,9% NaCl в/в капельно. Последующие введения 06.09.24 и 13.09.24. На этом фоне состояние стабилизировалось. На контрольной рентгенографии ОГК от 17.09.24 отмечена положительная динамика: уменьшение площади инфильтрации легочных полей, регресс двустороннего гидроторакса. В анализах крови от 17.09.24: гемоглобин 87 г/л, тромбоциты 212×10^9/л, креатинин 41 мкмоль/л, мочевина 7,1 ммоль/л, клубочковая фильтрация – 107,8 мл/мин, в анализе мочи – эритроциты 2-10 в поле зрения, белок 1,1 г/л, цвет желтый, удельный вес 1015.

Выписана на амбулаторный этап наблюдения 19.09.24 с диагнозом: Атипичный ГУС (анемия, тромбоцитопения, острое почечное повреждение), острое почечное повреждение почек в стадии восстановительного диуреза. Осложнения основного диагноза: состояние после лечения правостороннего массивного гемоторакса, двусторонняя полисегментарная пневмония, острая гипоксически дисметаболическая энцефалопатия. Рекомендовано дальнейшее введение экулизумаба каждые 2 недели.

Выводы. Этот клинический случай продемонстрировал тяжелое и волнообразное течение атипичного ГУС. Помимо типичной триады (анемия, тромбоцитопения, острое повреждение почек) у пациентки отмечался правосторонний массивный гемоторакс и двусторонняя полисегментарная пневмония. Учитывая волнообразное течение ГУС, диагноз уточнен как атипичный ГУС. В связи с чем, была инициирована терапия экулизумабом.

Список литературы.

1. Байко С.В. Атипичный гемолитико-уремический синдром у детей: практические аспекты дифференциальной диагностики и лечение //

Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2021. – №4. – С. 64-73. https://doi.org/10.24110/0031-403X-2021-100-4-64-73.

2. Козловская Н.Л. Атипичный гемолитико-уремический синдром: современные представления о патогенезе, клинике, подходах к диагностике и лечению // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2019. – №4. – С. 13-20. https://doi.org/10.25555/THR.2019.4.0895.

3. Ariceta G. Hemolytic Uremic Syndrome // Current Treatment Options in Pediatrics. – 2020. – №4. – С. 252-262. DOI: 10.1007/s40746-020-00216-1.

Бурлуцкая А.В., Статова А.В., Зенкина Л.Р., Дорошенко Я.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИФОВ О ВАКЦИНАЦИИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРА К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Вакцинопрофилактика – путь стимулирования иммунного ответа относительно конкретного заболевания путем искусственного введения антигенов [1]. По сей день вакцины являются самым эффективным методом предотвращения инфекционных заболеваний, ежегодно спасая, по данным различных источников, до 3-4,5 млн жизней российских детей [2, 4]. В последнее время в мире отмечается «активация антивакцинального лобби». По мнению специалистов Роспотребнадзора, через СМИ, интернет, а также религиозные секты распространяется информация о вреде прививок, которая «не является объективной, а также подрывает доверие граждан к вакцинации [1]. В различных исследованиях подчеркивается, что данная тенденция связана с низкой информированностью населения о процедуре вакцинации, недоверием компонентам вакцин [1, 3, 5]. Иммунопрофилактика позволила достичь ликвидации оспы и полиомиелите, снизить смертность и заболеваемость от инфекционных заболеваний.

Цель исследования. Анализ влияния мифов о вакцинации на приверженность к иммунопрофилактике родителей школьников г. Краснодара.

Материалы и методы. Проведено одномоментное ретроспективное исследование, в рамках которого родителям школьников было предложено пройти анкетирование. Опрос был подготовлен на основе имеющихся валидированных опросников о приверженности к вакцинации. Составлена анкета, состоящая из 22 вопросов, отображающих мнение родителей о доверии или недоверии иммунопрофилактике. Проведен он-лайн опрос с помощью Яндекс-формы».

Результаты и обсуждение. В исследовании приняли участие 371 родителей школьников. Средний возраст респондентов составил 36,2 лет, 71% – люди с высшим образованием. В ходе исследования, было установлено, что 89% родителей проводят вакцинацию свои детям в

соответствии с национальным календарем прививок, однако, 11% родителей являются отказниками от прививок. Большая часть респондентов (91,2%) знают о существовании документа (Национального календаря профилактических прививок), который регламентирует процесс иммунизации детей и взрослых. Стоит отметить, что только 46% родителей считают достаточными собственные знания о вакцинопрофилактике. При этом 23% респондентов полагают, что необходимости в вакцинации в настоящее время нет, а каждый второй участник опроса – что вакцинация не эффективна в борьбе с инфекциями. Треть респондентов убеждены, что вакцины небезопасны для здоровья детей. В опроснике приведены некоторые заблуждения, встречающиеся в СМИ, о вакцинации, респондентам предложено выразить свое отношение, доверие или недоверие к этим мифам. Каждый третий родитель считает, что вакцинация может стать причиной внезапной смерти у ребенка, а 40% – что вакцины могут вызывать аутоиммунные заболевания. Некоторые респонденты (каждый третий родитель) имеют заблуждение и считают, что прививки могут вызвать заболевание, от которого проводится вакцинация. 40% участников опроса считают, что иммунизация в соответствии с национальным календарем прививок вызывает «перегрузку иммунитета». Некоторые родители (12,3%) убеждены, что иммунопрофилактика на данный момент не актуальна, так как многие инфекционные болезни имеют низкую заболеваемость и нет необходимости в проведении вакцинации. А вот 15,2% респондентов считают, что соблюдения правил личной гигиены и правильного питания достаточно для защиты от инфекционных болезней. Треть участников опроса считают, что естественного иммунитета достаточно для борьбы с эпидемиями, а 40% убеждены, что для организма лучше перенести инфекционное заболевание. В общественном сознании по-прежнему бытует миф о влиянии профилактических прививок на риск развития расстройств аутистического спектра. По результатам опросов родителей детей с аутизмом, некоторые из них связывают развитие заболевания с вакцинацией. Беспокойство о возможном повреждающем действии профилактических прививок на нервную систему до сих пор остаётся одной из причин отказов родителей от вакцинации детей. В большой степени подобные подозрения основаны на идиопатической этиологии заболеваний аутистического спектра. В нашем исследовании 17,5% респондентов убеждены, что вакцинация приводит к развитию аутизма. Заблуждение, что вакцинация сопровождается осложнениями, которые по частоте и тяжести превалируют над осложнениями инфекционных заболеваний, нашло подтверждение у 3 из 10 родителей. А 22,8% респондентов считают, что компоненты вакцин могут наносить непоправимый вред здоровью. 7% родителей убеждены, что вакцина БЦЖ способна вызывает туберкулез.

Выводы. Опрос показал, что у родителей невысокая осведомленность по вопросам вакцинопрофилактики. Необходимо совершенствовать меры по информированности населения о иммунопрофилактике. Вакцинация –

главная мера в общественном здравоохранении, которая позволяет современному миру сохранять жизни детей, увеличить продолжительность жизни, снизить уровень инвалидности.

Список литературы.

1. Галицкая М.Г., Фисенко А.П., Таточенко В.К., Макарова С.Г., Давыдова И.В., Курдуп М.К., Ясаков Д.С. Вакцинопрофилактика и её противники в современном мире. Российский педиатрический журнал. 2021; 24(6): 424–432. https://doi.org/10.46563/1560-9561-2021-24-6-424-4322.2024.144.166

2. Федосеенко М.В., Намазова-Баранова Л.С., Вишнева Е.А., Толстова С.В., Сельвян А.М., Калюжная Т.А., Шахтахтинская Ф.Ч., Солошенко М.А., Привалова Т.Е., Фоминых М.В., Зиновьева Т.Е. Совершенствование подходов к иммунопрофилактике детей с отклонениями в состоянии здоровья: результаты проспективного когортного исследования. Педиатрическая фармакология. 2021;18(6):469-482. https://doi.org/10.15690/pf.v18i6.2328

3. Годун Л.Ю. Вакцинация детей: мифы и реальность: разбор распространенных мифов о вакцинации, обоснование необходимости и безопасности прививок на основе научных данных / Л.Ю. Годун // Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – №6 (144). – URL: https://research-journal.org/archive/6-144-2024-june/10.60797/IRJ.2024.144.166 (дата обращения: 29.11.2024). – DOI: 10.60797/IRJ.

4. Калюжная Т.А., Федосеенко М.В., Намазова-Баранова Л.С., Гайворонская А.Г., Шахтахтинская Ф.Ч., Ткаченко Н.Е., Броева М.И., Привалова Т.Е., Вишнёва Е.А., Чемакина Д.С., Касаткина Ю.Ю., Гайворонская К.М. Преодоление антипрививочного скепсиса: поиски решения выхода из сложившейся ситуации. Педиатрическая фармакология. 2018;15(2):141-148. https://doi.org/10.15690/pf.v15i2.1871

5. Каунина Д.В., Васильева Т.П., Русских С.В. Результаты валидации авторской методики «Уровень приверженности вакцинации» // Здоровье населения и среда обитания. 2023. Т. 31. № 8. С. 17–28. doi: https://doi.org/10.35627/2219-5238/2023- 31-8-17-28

Варнавская А.А.[2], Меняйло А.И[2]., Городин В.Н.[1,2]

СЛУЧАЙ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Инфекционная больница №2, Сочи

Вторичные заболевания у больных инфекцией, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включают не только поражения инфекционной природы, но и ряд опухолей. Так, неходжкинские лимфомы (НХЛ) регистрируют в стадии СПИДа в 3% случаев. Основную долю НХЛ

(70-90%) составляют В-клеточные лимфомы: диффузная крупноклеточная лимфома высокой степени злокачественности (40-60%) и лимфома Беркитта – ЛБ (30-40%). Для них характерны агрессивный рост, поздняя диагностика (диагноз часто устанавливают только на поздней стадии заболевания, когда имеются экстранодальные очаги), плохой ответ на лечение, неблагоприятный прогноз. Клиническая симптоматика включает увеличение лимфатических узлов – ЛУ (плотные, неподвижные, безболезненные) лихорадку, ночные поты и потерю массы тела.

В соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний, диагноз лимфом может быть подтвержден только на основании морфологического и иммуногистохимического исследований. Никакие другие методы исследования, включая нейровизуализацию, не могут подтвердить диагноз. При очаговых изменениях в головном мозге необходимо проводить дифференциальную диагностику с токсоплазмозом, прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатией (ПМЛ), туберкулёмой и криптококкомой головного мозга. Исключить или подтвердить токсоплазмоз в ряде случаев возможно при назначении лечения ex juvantibus. У 60-80% больных клиническое улучшение наступает к концу 1-й недели.

Пациент Р., 35 лет, 15.07.2025 доставлен по линии СМП в ГБУЗ ИБ №2 в связи с судорожным приступом, жалобами на умеренную слабость, головокружение, жидкий стул 3-10 раз в сутки; снижение массы тела до 5-7 кг за последние 6 месяцев. В течение 2 месяцев до госпитализации отмечал периодическую головную боль, купируемую приемом НПВС. За 12 дней до госпитализации впервые отмечает возникший судорожный приступ (со слов за медицинской помощью не обращался).

В анамнезе известно, что с 2016 года пациент состоит в регистре ВИЧ-инфицированных в Республике Беларусь. На учете в ЦП СПИД не состоит, АРВТ не получает, инфекционистом не наблюдается. В Россию приехал на машине на отдых.

На догоспитальном этапе осмотрен неврологом многопрофильного стационара, выполнено КТ ГМ: очаг нейроинфекции? Ишемия? Выполнена люмбальная пункция: повышение уровня белка до 0,63 г/л. Госпитализирован в ГБУЗ «Инфекционная больница №2» г. Сочи с диагнозом нейроинфекция.

На момент поступления состояние оценено средней степени тяжести, обусловлено наличием диспепсии, общемозговой и менингеальной симптоматики (умеренная головная боль, головокружение, ригидность затылочных мышц, шаткость походки). Повышение температуры тела не наблюдалось. В ОАК при поступлении панцитопения. В ликворе от 15.07.2025: этиологический агент не верифицирован (по результатам ПЦР, бактериологического исследования). При исследовании кала (ПЦР) выявлена сочетанная кишечная инфекция: Сальмонеллез +Аденовирус.

При поступлении с учетом данных за энцефалит неуточненной этиологии, назначена стартовая комбинированная антибактериальная терапия

(цефтриаксон 4,0 г/сут), противопаразитарная (сульфаметоксазол/триметоприм 10мг/кг/сут), противовирусная терапия (ацикловир 10 мг/кг 3 раза/сут), симптоматическая, патогенетическая (противоотечная терапия), противогрибковая терапия (флуконазол 400 мг/сут в/в капельно).

На 4-е сутки госпитализации в связи с отсутствием положительной динамики на фоне лечения выполнена повторно КТ ГМ: Зона неравномерно пониженной плотности в корковых отделах левой теменной доли до 43×21мм (ранее до 15×36мм) – очаг нейроинфекции? – умеренно отрицательная динамика в сравнении с КТ от 14.07.2025.

На 7-е сутки пребывания в стационаре (21.07.2025) выполнена повторно люмбальная пункция, отмечено нарастание уровня белка до 1,2 г/л, цитоз 1,2 лимфоцитарного характера (100%). Этиологический агент так же не был верифицирован (по результатам ПЦР, бактериологического исследования).

На 9-е сутки (23.07.2025) УЗИ периферических л/у: справа и слева визуализируются цепочки л/у размерами до 15×9 мм, структура не изменена; слева в паховой области л/у 8×7 мм.

На 10-е сутки выполнено МРТ ГМ с в/в контрастированием: МРТ-картина очаговых изменений в лобной доле левой гемисферы, вероятнее нейроинфекция (токсоплазмоз? Первичная лимфома?). На 11-е сутки (25.07.2025) развился судорожный приступ, в связи с угнетением сознания пациент переведен в ОРИТ. Консультирован заочно нейрохирургом: показаний для нейрохирургического лечения не получено; выполнение биопсии образования не целесообразно.

На 14-е сутки (28.07.2025) выполнена эксцизионная биопсия шейного лимфатического узла справа. По результатам ПГИ от 29.07.2025: Морфологические признаки лимфомы Беркитта. За время стационарного обследования и лечения пациент поставлен на учет в ЦП СПИД №3 г. Сочи и решением ВК 31.08.2025 старт АРВТ в условиях линейного отделения инфекционного стационара по схеме: Ф-АЗТ/3ТС/RAL.

Пациент выписан из стационара на 27-е сутки госпитализации с положительной динамикой и в сопровождении бригады СМП транспортирован по месту жительства для продолжения лечения. Представленный клинический случай демонстрирует сложности дифференциальной диагностики данных заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Список литературы.

1. Сложности дифференциальной диагностики первичной лимфомы и токсоплазмозного энцефалита у пациента с ВИЧ-ассоциированной энцефалопатией / О.В. Курушина, П.С. Кривоножкина, В.В. Мирошникова, Д.И. Нежинский, О.В. Покусаева //Клинический разбор в общей медицине, 2025, том 6, № 4, Clinical review for general practice /VOL. 6, No. 4, 2025, с 16-21.

2. Лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. В.В. Покровского – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2023. – с. 174-187.

3. Михайлова Н.Р., Ермак Т.Н., Аникеев А.А. Вторичные заболевания и лимфома Беркитта у больных ВИЧ-инфекцией // Терапевтический архив, 2015, № 11, с. 97-98.

4. Шнякин П.Г., Ботов А.В., Хоржевский В.А., Лосева А.С. Первичная лимфома центральной нервной системы у пациентов с ВИЧ-инфекцией (обзор литературы и клинический случай)// MEDLINE, т. 25, Онкология, 1.03.2024.

Ветров В.В.[1], Иброхимова А.Д.[1,2], Крутикова Д.С.[1,2], Трифонова Г.Ф.[2], Эсауленко Е.В.[1,2]

ГЕПАТИТ А В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПАНДЕМИЮ COVID-19

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург

Актуальность: гепатит А (ГА) является актуальной проблемой здравоохранения для большинства стран мира, включая РФ [1]. Наряду со спорадической заболеваемостью эпидемический процесс ГА характеризуется возможностью возникновения групповой и вспышечной заболеваемости. Решение вопросов элиминации заболевания по-прежнему представляет собой большие сложности [2]. Наличие сопутствующих хронических патологий (например, гепатитов В и С) усугубляет тяжесть заболевания и его исход [3,4]. Экономический ущерб от этого заболевания в РФ в 2024 году увеличился по сравнению с предыдущим годом практически в полтора раза [2,5].

Цель: оценить динамику заболеваемости ГА в РФ в пандемию COVID-19, выявить территориальные особенности и группы риска.

Материалы и методы: Проведен анализ данных государственной статистической отчетности инфекционной заболеваемости в РФ (форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях») за период 2009-2024 гг., материалов Научно-методического центра ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера и Референс-центра по мониторингу за вирусными гепатитами ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора. В работе использованы эпидемиологический и статистический методы исследования.

Результаты: в ходе эпидемиологического анализа заболеваемости ГА в РФ в период 2009-2024 гг. установлено, что при общей тенденции к снижению заболеваемости с 7,3 (95% ДИ 7,2-7,4) в 2009 г. до 1,5 (95% ДИ 1,4-1,5) на 100 тыс. населения в 2021 г., отмечалось два статистически значимых подъема показателя – в 2014 году до 7,2 на 100 тыс. населения

(95% ДИ 7,0-7,3) и в 2017 году до 5,5 на 100 тыс. населения (95% ДИ 5,4-5,6) ($p<0,05$).

Наименьший уровень заболеваемости ГА (в 2021 году) совпал с разгаром пандемии COVID-19, развернувшейся в мире в период 2019-2023 гг. В это время основные силы и средства систем здравоохранения большинства стран были перенаправлены на борьбу с новой глобальной угрозой. В результате, в период пандемии COVID-19 в многолетней динамике заболеваемости ГА зафиксирован спад показателя.

С 2022 по 2024 гг. в РФ наблюдается тенденция к подъему заболеваемости ГА: 1,6 (95% ДИ 1,5-1,6), 2,4 (95% ДИ 2,3-2,5) и 3,2 (95% ДИ 3,1-3,3) на 100 тыс. населения соответственно ($p<0,05$), что свидетельствует об адаптации методов мониторинга к пандемии COVID-19, внедрению междисциплинарных подходов и возвращению устойчивости систем здравоохранения после пандемии COVID-19.

Изучение территориального распределения заболеваемости ГА по федеральным округам (ФО) РФ позволило выявить территории, наиболее неблагополучные по ГА. Так, в течение последних пяти лет заболеваемость ГА в Центральном ФО (ЦФО) стабильно превышала среднероссийский показатель ($p<0,05$). Среди субъектов ЦФО наибольшее неблагополучие по ГА отмечалось в Брянской (в 2020 г. – 34,69; в 2021 г. – 29,64; в 2024 г. – 10,55 на 100 тыс. населения) и Рязанской (в 2021 г. – 18,4; в 2022 г. – 18,5 на 100 тыс. населения) областях.

Наименьший уровень заболеваемости ГА наблюдался в Южном, Северо-Кавказском и Дальневосточном ФО, где показатель в течение всего периода наблюдения был ниже среднероссийского ($p<0,05$). В этих же федеральных округах отмечено наибольшее число субъектов РФ, в которых заболеваемость ГА в отдельные годы не регистрировалась вовсе: в Республике Калмыкия и Кабардино-Балкарской Республике (с 2019 по 2023 гг.), Чеченской Республике (с 2019 по 2021 гг.), Республике Ингушетия (с 2019 по 2022 гг.), Карачаево-Черкесской Республике (2021, 2022 гг.), Еврейской автономной области (2020, 2021, 2023, 2024 гг.), Чукотском автономном округе (2019, 2022 гг.).

В результате изучения экстенсивных показателей заболеваемости ГА установлено, что в период 2019-2024 гг. в РФ заболеваемость городского населения превалировала над заболеваемостью сельского ($p<0,05$), а детского (в особенности в возрасте 3-14 лет) над взрослым ($p<0,05$).

Выводы: несмотря на общую тенденцию к снижению заболеваемости ГА в РФ в долгосрочной перспективе эпидемиологическая ситуация остается нестабильной. Это подтверждается значительными подъемами заболеваемости в 2014 и 2017 гг., а также новым ростом показателя в постпандемический период (2022-2024 гг.).

Территориальное распределение отличается гетерогенностью, с формированием стойких эндемичных очагов в ЦФО на фоне субъектов с нулевой заболеваемостью в Южном, Северо-Кавказском и Дальневосточном

ФО, что свидетельствует о необходимости усиления эпидемиологического надзора за данной инфекцией на неблагополучных территориях. Группами наибольшего риска являются городские жители и дети в возрасте 3-14 лет, что имеет важное значение для совершенствования профилактической и противоэпидемической работы в отношении рассматриваемой инфекции.

Список литературы.

1. World Health Organization. Global hepatitis report 2024. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. – 424 с.

3. Острые вирусные гепатиты: современные диагностические возможности и терапевтические подходы / Эсауленко Е.В., Новак К.Е., Басина В.В., Бушманова А.Д., Прийма Е.Н., Позднякова М.Г., Семенова С.А. // Учебное пособие. – Санкт-Петербург, 2020. – С. 80.

4. Новак К.Е., Бушманова А.Д. Эпидемиологическая ситуация по вирусному гепатиту А в Санкт-Петербурге // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. 4. – С. 389–390.

5. Эсауленко Е.В. Эпидемическая ситуация по гепатиту А в первом двадцатилетии XXI века в Северо-Западном ФО/ Е.В. Эсауленко, М.Ю. Буцкая, В.В. Сковорода, А.Д. Иброхимова, Е.Н. Прийма// Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2022. – Т. 12, № 4. – С. 11-18.

Габрант А.А., Клыс У.Е.

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С АРТ У ПАЦИЕНТОВ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ВГС

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность: ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит С относятся к социально значимым инфекциям, распространение которых ежегодно наносит серьезный ущерб, как социальный, так и экономический [1,2]. В последние 10 лет все более и более актуальным становится вопрос формирования резистентности и необходимости смены схемы терапии даже у приверженных пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС.

Цель: выявить достоверность гипотезы о возможных изменениях в структуре взаимодействия ВИЧ-инфекции с клетками организма пациента либо вероятности формирования изменений в геноме самого вируса иммунодефицита человека.

Материалы и методы: проведено исследование отечественной и зарубежной литературы для подтверждения гипотезы на базе платформ

PubMed и научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. Анализ историй болезни пациентов имеющих ко-инфекцию ВИЧ/ВГС, проходящих обследование и лечение на базе КИБ им. И.П. Боткина.

Результаты: В отечественной [1, 2, 3] и мировой литературе [4, 5], как правило, рассматривается вопрос формирования резистентности ВГС на фоне прогрессии ВИЧ-инфекции и возникновения необходимости перелечивания пациентов [3, 4, 5], уже прошедших лечение ВГС. При этом в ходе выполнения иных научных наблюдений была выявлена некоторая тенденция к тому, что у части пациентов после проведения лечения от ВГС в течение 2-5 лет формируется резистентность или развиваются нежелательные явления, связанные с АРТ, которую они до этого могли принимать в течение длительного периода. На данный момент публикации отобраны истории болезни нескольких пациентов, подходящих под условия проведения данного исследования. Комплексная оценка полученных данных, включая полученные образцы для лабораторного изучения, находятся в процессе анализа.

Выводы: Для подтверждения или опровержения данной гипотезы планируется проведение детального анализа массива данных, полученных из историй болезней пациентов, длительно имеющих диагноз ВИЧ+ВГС. У тех пациентов, которым после проведения лечения ВГС потребовалась замена АРТ в связи с формированием резистентности или нежелательных явлений, приведших к невозможности дальнейшего использования уже применявшейся схемы, планируется забор материала для дальнейшего изучения. Для оценки предполагаемых изменений в ВИЧ планируется проведение соответствующих лабораторных исследований, в том числе, оценка генома вируса иммунодефицита человека, в том числе с применением секвенирования.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации ВИЧ-инфекция у взрослых, редакция 2024

2. Клинические рекомендации Хронический вирусный гепатит С, редакция 2025

3. Рейнгардт Д.Э., Останкова Ю.В., Ануфриева Е.В., Семенов А.В., Лялина Л.В., Тотолян А.А., Мутации лекарственной устойчивости вируса гепатита С у ВИЧ-инфицированных лиц // ИНФЕКЦИЯ И ИММУНИТЕТ. 2024. №1. С. 86-94

4. Dominique Salmon [и др.] Factors associated with DAA virological treatment failure and resistance-associated substitutions description in HIV/HCV coinfected patients // World J Hepatol. 2018 Nov 27;10(11):856-866.

5. Julia Dietz [и др.] Long-term persistence of HCV resistance-associated substitutions after DAA treatment failure // J Hepatol. 2023 Jan; 78(1):57-66

6. ВИЧ-инфекция на рубеже веков. Левановичч В.В., Тимченко В.Н., Архипова Ю.А., Баннова С.Л., Булина О.В., Васильева Е.Б., Галицина Л.Е., Гречаный С.В., Гузева В.И., Додонов К.Н., Иванова Р.А., Калинина Н.М.,

Каплина Т.А., Капустина А.С., Кетлинский С.А., Лозовская М.Э., Лушнова И.В., Павлова Е.Б., Петрова А.Г., Радзиховская М.В. и др. Руководство для врачей всех специальностей / Санкт-Петербург, 2012.

Германт О.М., Ушакова Е.В.

ПРОТИВОКЛЕЩЕВЫЕ ОБРАБОТКИ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ЭНДЕМИЧНЫХ ПО КЛЕЩЕВОМУ ВИРУСНОМУ ЭНЦЕФАЛИТУ В 2024 Г.

Институт дезинфектологии Федерального научного центра гигиены имени Ф.Ф. Эрисмана, Москва

В последние годы отмечается тенденция к росту природноочаговых инфекций, что связано с совершенствованием лабораторной диагностики с одной стороны, и активным посещением населения природных зон, с другой [1]. В структуре заболеваемости около 50% занимают инфекции, возбудителей которых передают иксодовые клещи: клещевой вирусный энцефалит (КВЭ), иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ, болезнь Лайма), сибирский клещевой тиф, моноцитарный эрлихиоз человека, гранулоцитарный анаплазмоз человека, Крымская геморрагическая лихорадка, астраханская пятнистая лихорадка, лихорадка Ку [1]. Нозоареалы наиболее эпидемически значимых инфекций – КВЭ и ИКБ – охватывают всю лесную зону страны и совпадают с ареалом клещей рода Ixodes – основных переносчиков возбудителей. По данным за 2015–2024 гг. число обращений в медицинские организации лиц, пострадавших от присасывания клещей, остается примерно на одном уровне и в среднем составляет 480-500 тыс. случаев в год [2]. Одним из важных компонентов комплекса мер против иксодовых клещей-переносчиков является их уничтожение непосредственно в местах их обитания при помощи акарицидных (инсектоакарицидных) средств.

Материалы и методы. В рамках изучения действенности акарицидных (инсектоакарицидных) препаратов, применяемых для противоклещевых обработок природных биотопов, от Управлений Роспотребнадзора в эндемичных по КВЭ регионах Российской Федерации (РФ) были собраны с помощью специально разработанных анкет и проанализированы данные по эффективности акарицидных обработок, выполненных за счет бюджетных средств в 2024 г.

Результаты и обсуждения. По данным, полученным от Управлений Роспотребнадзора 47 субъектов РФ, эндемичных по КВЭ и г. Москва в 2024 г. было обработано 117,4 тыс. объектов общей площадью 178,8 тыс. га. В проведении акарицидных обработок приняли участие 744 организации. ФБУЗ «Центры гигиены и эпидемиологии» по субъектам Российской Федерации (далее – ФБУЗ ЦГиЭ) и их филиалы – 95 организаций (12,63% от общего числа) – обработали 17,4 тыс. объектов или 20,0 тыс. га (14,78% объектов или

11,19% общей площади обработок). Коммерческие и некоммерческие организации дезинфекционного профиля и индивидуальные предприниматели по оказанию дезинфекционных услуг обработали 100016 объектов или 158,8 тыс. га (85,22% от общего числа объектов или 88,81% общей площади обработок).

На 24,8 тыс. объектов (21,1%) или 45,1 тыс. га (25,2%) контроль эффективности осуществляли ФБУЗ ЦГиЭ и их филиалы. На 80,4 тыс. объектов (48,2%) или 97,9 тыс. га (54,8%) эффективность определяли другие организации, осуществлявшие обработку. Двойной контроль эффективности противоклещевых обработок имел место на 2,8 тыс. объектах (2,39%) или 12,3 тыс. га (6,88%). Для 9,3 тыс. объектов (7,93%) общей площадью 23,4 тыс. га (13,09%) данные о контроле эффективности не предоставлены.

На территории летних детских оздоровительных учреждений контроль эффективности обработок в большинстве случаев (5,01 тыс. га или 28,71% их обработанной площади) проводили ФБУЗ ЦГиЭ и их филиалы или имел место двойной контроль. На 7,6 тыс. га или 43,62% обработанной площади имел место контроль организациями, проводившими обработку. Данные о контроле эффективности на оставшихся 1,4 тыс. га (8,00%) обработанной площади не были предоставлены.

В большинстве регионов применяли инсектоакарицидные препараты (34 наименования), включенные в Реестр свидетельств о государственной регистрации и разрешенные для обработки природных биотопов для борьбы с иксодовыми клещами. Наиболее часто использовались средства на основе циперметрина (72,3 тыс. га или 40,43% обработанной площади), альфациперметрина (39,9 тыс. га или 22,31% обработанной площади) и дельтаметрина (34,6 тыс. га или 19,35% обработанной площади), резистентность к которым у таежных и лесных клещей на сегодняшний день не выявлена. Для 11,7 тыс. объектов (23,9 тыс. га) указано, что применяли 2 и более средств без разделения средств по типам объектов. Также в 4 регионах на ряде территорий отмечено применение инсектоакарицидных средств для борьбы с синантропными членистоногими и для защиты сельскохозяйственных культур от вредителей.

Наличие клещей на обработанных территориях отмечено на 61,4 тыс. объектов (52,30%) или 47,9 тыс. га (26,75%) при контроле обработок гостиниц, придомовых территорий, аллей, бульваров, скверов, студенческих городков, зеленых насаждений вокруг водоемов, парков, лесопарков, кладбищ, мест массового отдыха и пустырей в черте города. На этих территориях при контроле эффективности выявлено наличие клещей после обработок, превышающее нормативный показатель.

ФБУЗ ЦГиЭ обработали в 5,77 раз меньше объектов в 7,93 раз меньшей площади, чем другие организации, но количество случаев присасывания клещей на обработанных ФБУЗ ЦГиЭ территориях меньше в 13,00 раз. Среди территорий, обработанных ФБУЗ ЦГиЭ, наличие клещей или случаи присасывания клещей к людям зарегистрировано на 4,95% объектов (14,02%

площади), а среди территорий, обработанных другими организациями – на 61,76% объектов (33,35% площади).

Общее количество случаев присасывания клещей к людям на обработанных 178,8 тыс. га составило 1806. Наибольшее количество случаев зафиксировано на территориях со свободным пребыванием людей: зоны отдыха населения (аллеи, бульвары, скверы) и придомовые территории – 211 случаев (11,68%), а также в природных и им подобных биотопах с высокой посещаемостью людьми: кладбища – 679 случаев (37,60%), парки – 518 случаев (28,68%), лесопарки – 127 случаев (7,03%). На указанных территориях применяли для противоклещевых обработок те же акарицидные средства, что и на других территориях, где таких случаев не было.

Заключение. В ходе анализа инсектоакарицидных средств, показавших низкую эффективность, выявлено не было. Зонами наибольшего риска, где отмечено большинство случаев присасывания клещей, являются объекты со свободным пребыванием людей. Поэтому помимо проведения акарицидных обработок необходимо обращать внимание населения на мероприятия по индивидуальной защите людей от нападения клещей.

Список литературы.

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году: Государственный доклад. – Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023. 368 с.

2. Гололобова Т. В. Информационное письмо «Природно-очаговые инфекции, возбудителей которых передают иксодовые клещи, и их неспецифическая профилактика в Российской Федерации (по состоянию на 01.01.2021 г.)» / Гололобова Т. В., Шашина Н. И., Германт О. М., Ахметшина М. Б., Царенко В. А., Веригина Е. В. // Дезинфекционное дело. – 2021. – №1. – С. 48–55.

Гончалова Ж.А.[2], Городин В.Н.[1,2], Мурашова Е.А.,[2] Пронин М.Г.[1,2]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В ЛЕЧЕНИИ ХВГ «С» РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА В УСЛОВИЯХ ГБУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА №2» Г. СОЧИ ЗА ПЕРИОД 2023-2024 ГГ.

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Инфекционная больница №2, Сочи

Хронический вирусный гепатит «С» остается одной из главных проблем здравоохранения во всем мире. Рост заболеваемости среди пациентов молодого возраста, длительный бессимптомный период с последующим выявлением инфекционного процесса на продвинутых стадиях, таких как цирроз печени и ГЦК, обуславливают приоритетность решения задачи

элиминации вируса гепатита С. Лечение хронического вирусного гепатита «С» является высокозатратным как для пациента, так и для системы здравоохранения. В последние годы появились новые противовирусные препараты прямого противовирусного действия, которые сочетают в себе высокую эффективность, короткий курс лечения, минимальное количество побочных эффектов, что в совокупности позволяет пациенту вести привычный комфортный образ жизни, не теряя трудоспособности при этом.

Цель исследования. Оценка эффективности противовирусной терапии в разрезе достижения устойчивого вирусологического ответа при назначении терапии на 12 недель препаратами прямого противовирусного действия.

Материалы и методы. Данные предоставлены на основании анализа историй болезни пациентов с хроническим вирусным гепатитом «С» за период с 2023 по 2024 годы. Проанализировано 365 историй болезни пациентов. Группа включения: больные, ранее не получавшие противовирусную терапию; уровень цирроза не выше класс В по Чайлд-Пью. Пациентов наблюдали в течение всего периода терапии и 12 недель после завершения.

Результаты. Комбинацию глекапервир + пибрентасвир назначали пациентам продолжительностью терапии 8 недель. В 2023 году количество пациентов – 5, в 2024 – 133 пациента. Устойчивый вирусологической ответ достигнут у 137 больных (99,2 %).

Комбинацию велпатасвир + софосбувир назначали пациентам продолжительностью терапии 12 недель и пациентам при трансформации процесса в цирроз печени в комбинации с рибавирином, оставляя продолжительность терапии 12 недель. В 2023 году количество пациентов – 140, в 2024 – 34 пациента. Устойчивый вирусологической ответ достигнут у 171 пациента, что составило 98,2 %.

Отдельной группой пациентов являлись больные с 1 генотипом HCV. Таким больным назначали комбинацию гразопревир + элбасвир продолжительностью терапии 12 недель и пациентам при трансформации процесса в цирроз печени добавляли рибавирин, пролонгируя курс ПВТ до 16 недель. В 2023 году количество пациентов – 19, в 2024 – 20 пациентов. Устойчивый вирусологической ответ достигнут у 37 пациентов, что составило 94,9 %.

Выводы. Полученные результаты лечения продемонстрировали высокую частоту достижения устойчивого вирусологического ответа в результате применения препаратов прямого противовирусного действия в реальной клинической практике. Противовирусная терапия хорошо переносилась пациентами. Нежелательных и побочных явлений за прошедшие 2 года не выявлено.

Список литературы.

1. Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Климова Е.А. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом – С. М.: ГОЭТАР-МЕДИА, 2020 г.

2. Инфекционные болезни: национальное руководство. /Под редакцией Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я., 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГОЭТАР-МЕДИА, 2023 г.

3. Хронический вирусный гепатит С. /Под редакцией Р. Озараса, Д. Салмон-Церона. М.: ГОЭТАР-МЕДИА, 2020 г.

4. Чуланов В.П., Городин В.Н., Сагалова О.И., Иванова М.Р. и др. Бремя вирусного гепатита С в Российской Федерации: от реальной ситуации к стратегии //Инфекционные болезни. – 2021. – Т.19. – №4. – С. 44–55.

Горб Е.А., Ефименко К.Д.

ОПЫТ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И РОДИЛЬНИЦ, ВЫЗВАННЫХ *S.AGALACTIAE* ЗА 2024 ГОД В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Микробиологическая лаборатория центра лабораторных технологий диагностического центра Детской городской клинической больницы города Краснодара, Краснодар

Актуальность. Стрептококк группы В (*Streptococcus agalactiae*) (СГВ) является одной из нередких причин материнской и неонатальной заболеваемости. *S. agalactiae* – инфекция у женщин может проявиться бактериемией, эндометритом, хориоамнионитом, воспалением мочевых и родовых путей, несвоевременным излитием околоплодных вод, преждевременными родами, а у новорожденных детей – локализованными поражениями, а также менингитом и сепсисом [1-2]. Проблема носительства СГВ обусловлена тем, что вагинальное носительство матери обычно протекает бессимптомно, новорожденный колонизируется вовремя прохождения через родовые пути матери. Установлено, что на 100 инфицированных беременных женщин рождается 1-2 ребенка с тяжелой *S. Agalactiae* – инфекцией, а в целом заболеваемость врожденной *S. Agalactiae* – инфекцией составляет 1-4 случая на 1000 живорожденных детей [3].

По литературным данным в 2021 году в перинатальном центре г. Омска при исследовании биоматериала от пациенток доля положительных высевов *S. agalactiae* составила 2,2% при исследовании отделяемого цервикального канала, 8,8% при посевах влагалищного содержимого, 0,7% из мочи [4]. Ретроспективный анализ данных ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» среди новорожденных пяти родильных домов города Москвы показал выделение СГВ в среднем у 4,9% проб. [5]. Анализ литературы показывает, что доля выделения стрептококка группы В у новорожденных составляет до 7% [6].

Цель исследования. Обобщение опыта микробиологической диагностики СГВ-инфекций у беременных женщин и родильниц за 2024 год в Краснодарском крае.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов микробиологического исследования биоматериалов от беременных женщин и родильниц за 2024 год в Краснодарском крае.

Результаты. Проанализированы результаты микробиологических исследований различного биоматериала (отделяемого цервикального канала, влагалища, мочи), поступившего в лабораторию от женщин в течение беременности, родов и в послеродовом периоде. Материал поступал из поликлиник города Краснодара и районов Краснодарского края. За 2024 год было обработано 29236 пробы цервикального канала, 452 пробы отделяемого влагалища и 21490 проб мочи. Исследование проводилось в соответствии со стандартными операционными процедурами, действующими в лаборатории, разработанных на основе существующей нормативно-методической документации.

Из цервикального канала выделено 1120 штаммов *S. agalactiae*, что составило 3,8% от общего числа мазков. Из отделяемого влагалища выделено 14 штаммов, доля положительных высевов из данного локуса составила 3,1%. 314 штаммов *S. agalactiae* выделены из мочи, что составило 1,4% от общего числа.

Выводы. СГВ-инфекции новорожденных относятся к плохо управляемым инфекциям. Целесообразность проведение скрининга, заключающегося в выявлении контаминированных пациенток, доказана. Важное значение также имеет выбор локуса для взятия материала на микробиологическое исследование. Предварительные результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о значительном проценте инфицирования *S. agalactiae* женщин беременных и родильниц за 2024 год в Краснодарском крае. Этот процент схож с литературными данными по России. Скрининг на СГВ вероятно снизит частоту передачи возбудителя от матери к ребенку и улучшит перинатальные исходы.

Список литературы.

1. Шабалов Н.П. Внутриутробные инфекции. Неонатология. В 2 тт. СПб.: Специальная литература, 1996, 2:43-76

2. Заплатников А.Л., Садова Н.В., Шипулина О.Ю. и др. Инфекции Streptococcus agalactiae: современные возможности диагностики, профилактики и лечения. Вопросы практической педиатрии, 2011, 2: 90-93.

3. Садова Н.В., Заплатников А.Л., Шипулина О.Ю., Шаргородская А.В., Подкопаев В.Н., Скачкова Т.С., Смирнова В.С. Частота носительства Streptococcus agalactiae среди женщин детородного возраста и его роль в развитии врожденных инфекций: предварительные результаты пилотного исследования. Медицинский совет № 16. 2016; 165-166.

4. Наумкина Е.В., Кравченко Е.Н., Куклина Л. В. Опыт диагностики СГВ инфекций у беременных и новорожденных в условиях перинатального центра. Клиническая лабораторная диагностика. 2021; 66 (12): 755-759.

5. Мелкумян А.Р., Цибин Ф.Н., Латыпова М.Ф., Скребков В.Г. Распространённость СГВ-инфекции среди новорожденных г. Москвы. Тезисы

на VIII Ежегодный Всероссийский Конгресс по инфекционным болезням. 28-30 марта 2016 г. Москва. – с. 181.

6. Наумкина Е.В., Куклина Л.В., Кравченко Е.Н. Микробиологическая диагностика внутриутробных инфекций. Клиническая лабораторная диагностика. 2020; 65 (10): 626-631.

Горбачева Л.В.[1], Жданов К.В.[1,2]

ПРОБЛЕМА ИНВАЗИВНЫХ ФОРМ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

[1] Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пневмококковая инфекция занимает ведущую позицию в причинах смертности среди вакциноуправляемых инфекций. На современном этапе проблема инвазивных форм пневмококковой инфекции (ИПИ) остается в фокусе внимания исследователей. Так, в многочисленных отечественных и зарубежных работах детально описаны классические клинические проявления пневмококкового менингита и бактериемии, а также основы стандартной лабораторной диагностики. Ведущая роль пневмококка в структуре бактериальных менингитов у взрослых и его высокая летальность неоднократно подтверждены в работах отечественных авторов [1].

В период после широкомасштабного внедрения конъюгированных пневмококковых вакцин в национальные календари прививок наблюдается выраженная трансформация эпидемиологического ландшафта ИПИ. Эффективное подавление циркуляции вакциноспецифичных серотипов S. pneumoniae привело к феномену серотипового замещения: экологическая ниша, высвобожденная в результате снижения давления «вакцинных» клонов, активно заполняется штаммами, не покрываемыми действующими вакцинными формулами [2, 3]. Ключевую опасность представляет тот факт, что «невакцинные» серотипы зачастую демонстрируют не только способность к эффективной колонизации и передаче, но и повышенный инвазивный потенциал, что обуславливает появление новых, недостаточно изученных клинических особенностей течения ИПИ.

Особую значимость проблеме придает глобальный рост антимикробной резистентности S. pneumoniae. Увеличение доли штаммов, резистентных к пенициллинам, макролидам и цефалоспоринам III поколения, напрямую влияет на эффективность эмпирической терапии и ассоциировано с увеличением риска неблагоприятных исходов при инвазивных формах пневмококковой инфекции [4]. Более того, часть серотипов ассоциированы с наличием детерминант антибиотикорезистентности, формируя клоны с двойным селективным преимуществом – вирулентностью и устойчивостью к антимикробным препаратам [5].

Успех программ вакцинопрофилактики, с одной стороны, нивелировал бремя от классических серотипов (таких как 1, 5, 6a/b, 9v, 14, 18a/c, 19a/f и 23f), а с другой – опосредовал появление новых эпидемиологически значимых вариантов патогена (например, серотипов 19A, 23B, 35B и других), что обуславливает необходимость молекулярно-эпидемиологического мониторинга для оценки эффективности существующих вакцин и обоснования разработки новых поливалентных препаратов.

Таким образом, комплексная клинико-лабораторная характеристика инвазивных форм пневмококковой инфекции с учетом современной серотиповой структуры и особенностей антибиотикорезистентности возбудителя является актуальной задачей, требующей проведения дальнейших исследований.

Список литературы.

1. Белошицкий Г. В., Королева И. С., Королева М. А. Основные эпидемиологические аспекты пневмококкового менингита. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2021. Т. 11, № 1. С. 62–70.

2. Narciso A. R., Dookie R., Nannapaneni P. et al. Streptococcus pneumoniae epidemiology, pathogenesis and control. Nature Reviews Microbiology. 2025.Vol. 23. P. 256–271.

3. Авдеев С. Н., Алыева М. Х., Баранов А. А., Бикмиева А. В., Брико Н. И. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23. DOI: 10.17116/ profmed2023260923

4. Семёнов С. А., Хасанова Г. Р. Чувствительность Streptococcus pneumoniae к антибиотикам и пол пациента: систематический обзор и метаанализ. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2022. Т. 27, № 3. С. 184–200.

5. Lo S. W., Mellor K., Cohen R. et al. Emergence of a multidrug-resistant and virulent Streptococcus pneumoniae lineage mediates serotype replacement after PCV13: an international whole-genome sequencing study. The Lancet Microbe. 2022. Vol. 3, № 10. P. e735–e743.

Городин В.Н.[1], Быстров А.О.[1,2], Мойсова Д.Л.[1,2], Канорский С.Г.[1], Бахтина В.А.[1,2], Панченко Д.И.[1]

МОДИФИКАЦИЯ ТАКТИКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТНОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2]Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Кардиоваскулярная патология занимает одно из лидирующих мест по частоте распространенности в постковидном периоде. В частности,

отмечается увеличение частоты возникновения ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений, аритмий, перикардита и миокардита [1,2]. Проблемы, связанные с высоким распространением клинических и инструментальных признаков поражения сердечно-сосудистой системы у реконвалесцентов COVID-19, послужили поводом к проведению исследования, направленного на возможную коррекцию имеющихся схем диспансерного наблюдения данной категории пациентов.

Цель исследования – определение клинических и инструментальных особенностей состояния сердечно-сосудистой системы у реконвалесцентов COVID-19 для обоснования модификации тактики диспансерного наблюдения данной категории пациентов.

Материалы и методы. В исследование были включены 100 пациентов молодого и среднего возраста через 6 месяцев после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (44 – с тяжелой формой, 56 – со среднетяжелой), у которых проводились: сбор жалоб, физикальное обследование, регистрация электрокардиограммы, трансторакальная эхокардиография. Также трансторакальная эхокардиография проводилась 20 пациентам через 12 месяцев после перенесенного COVID-19, случайно отобранным из предыдущей группы, и 30 пациентам контрольной группы.

Результаты. Эхокардиографическое исследование выявило устойчивые, стабильные и однонаправленные изменения некоторых параметров у пациентов в постковидном периоде по сравнению с контрольной группой. Наиболее значимыми оказались нарушения диастолической функции – псевдонормальный тип дисфункции левого желудочка регистрировался у 40% пациентов как через 6, так и через 12 месяцев после заболевания, правого желудочка – у 62% и 60% соответственно. Перикардиальный выпот обнаружен у половины обследованных в обе временные точки. Отмечались стойкие изменения легочной артерии: ее диаметр составлял медиану 27,5 мм (25,0-30,0) через 6 месяцев и 28,0 мм (26,0-30,0) через 12 месяцев, диаметр правой ветви – 20,0 мм (18,0-22,0) и 19,0 мм (18,0-20,0) соответственно. Давление в легочной артерии оставалось более высоким, чем в группе контроля – медиана 25,0 мм рт. ст. (17,0-28,0) через полгода и 23,0 мм рт. ст. (18,0-25,0) через год после перенесенной инфекции.

Заключение. Проведенное исследование выявило стойкие кардиологические последствия у реконвалесцентов COVID-19, сохраняющиеся в течение года: диастолическую дисфункцию обоих желудочков и перикардиальный выпот, не демонстрирующие тенденции к регрессу. В соответствии с этими изменениями мы обосновали новый подход к диспансерному наблюдению данной категории пациентов.

Список литературы.

1. Tsampasian V., Bäck M., Bernardi M. et al. Cardiovascular disease as part of Long COVID: a systematic review // Eur. J. Prev. Cardiol. 2025. Vol. 32, № 6. P. 485-498. DOI: 10.1093/eurjpc/zwae070. PMID: 38381595

2. Эхокардиографические изменения у лиц, перенесших COVID-19, через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара / С. Г. Канорский, Д. И. Панченко, А. О. Быстров [и др.] // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2023. – Т. 11, № 37. – С. 17-24. – DOI 10.24412/2311-1623-2023-37-17-24. – EDN TPUMFK.

Городин В.Н.[1,2], Мойсова Д.Л.[1,2], Суркова А.Д.[1,2], Пронин М.Г.[1,2], Овчаров Ю.В.[2], Сорокина К.А.[2], Пурская О.Г.[2]

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С ОКИ

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Инфекционная больница №2, Сочи

Система гемостаза, отображающая тонко сбалансированный механизм регуляции функционального состояния организма в целом, неизбежно вовлекается в ответ на инфекцию. Патогенетические предпосылки патологии гемостаза возникают при большинстве инфекционных заболеваний в виде иммунотромбовоспалительного синдрома (ИТВС). Несмотря на укоренившееся мнение об универсальности нарушений гемостаза при всех этиологических вариантах инфекционного процесса в виде ДВС-синдрома, очевидны особенности коагулопатий при некоторых инфекционных заболеваниях. При острых кишечных инфекциях (ОКИ) гемостазиологические нарушения несомненны [1,2]. Однако в настоящее время остается много нерешенных вопросов, касающихся клинических проявлений, диагностики, патогенеза и обоснования способов коррекции нарушений гемостаза у пациентов с ОКИ.

Цель исследования – определение особенностей состояния системы гемостаза у госпитализированных взрослых и детей с ОКИ для обоснования модификации тактики диспансерного наблюдения данной категории пациентов.

В ИБ №2 г. Сочи обследованы 105 пациентов среднего возраста 5,0 [2,8-7,0] лет, поступившие на 3,0[2,0-4,0] день болезни. Максимальная лихорадка составила 38,0 градусов и не зависела от этиологии ОКИ. В клинической картине зарегистрированы: рвота – у всех больных, жидкий стул у 85%, боль в животе у трети больных и катаральный синдром у 11,4%. Этиологическая расшифровка ОКИ получена в 63% случаев. Среди ОКИ уточненной этиологии преобладали вирусные – у 77% больных. Из моновирусных ОКИ ожидаемо превалировал ротавирусный гастроэнтерит. Из осложнений у детей наиболее часто регистрировалась геморрагическая гастропатия, не встречавшаяся у взрослых. Отмечены единичные случаи печеночной и панкреатодисфункции, острого повреждения почек (ОПП). Тромбоцитопения менее 150×10^9/л отмечена только у 3-х больных тяжелого течения (набравших 15,5 баллов по Везикари). Значения АЧТВ, ПТВ, ТВ соответствовали

референтным интервалам. Уровни D-димера и фибриногена были повышены всего у 10% пациентов; не различались при вирусных и бактериальных ОКИ и не зависели от тяжести течения заболевания. Достоверно отличались от контроля уровни: СРБ (8,27 [2,34-16,09] мг/л), РФМК, которые были повышены у каждого исследуемого (5,5 [4,0-7,5] г/л) и TPI (индекса тромбодинамического потенциала) при ТЭГ, что свидетельствует о тромботической активации системы гемостаза. В ИБ №1 г. Краснодара обследованы 59 пациентов 28,0 [22-38] лет. Поступали в стационар пациенты раньше, на 2,0 [1,0-2,0] день, максимальная лихорадка была менее выраженная. Рвота отмечена у 78%, жидкий стул у 100%, катарального синдрома не было. Чаще регистрировали ОПП. Этиологическая расшифровка ОКИ получена только в 20% случаев, преобладали вирусные ОКИ. Уровень фибриногена (4,3[3,1-4,9] г/л) значимо отличался от контроля. На основании теста тромбодинамики выраженная гиперкоагуляция была установлена у 78%, нормокоагуляция – у 15%, в 7% случаев отмечалась гипокоагуляция.

Кроме того, у 81пациента изучены показатели эндотелиопатии: тромбомодулин, активность фактора Виллебранда (VWF), молекулы клеточной адгезии – ICAM-1. Из 81 пациента 43 – были госпитализированы сразу в ОРИТ, группа контроля состояла из 10 здоровых лиц. В целом, содержание в крови пациентов VWF, ICAM-1 значимо отличалось от контроля, а различий уровней тромбомодулина установить не удалось. При этом, показатели РФМК, D-димера и ICAM-1 были значительно выше у пациентов, госпитализированных в ОРИТ. Установлена тесная прямая корреляция параметров VWF и ПТВ (r=0.7), ICAM-1 иVWF (r=0.73). Выявлены наиболее чувствительные и специфичные ранние показатели тяжести инфекции – параметры ICAM-1 и РФМК. ICAM-1 отражает рекрутинг лейкоцитов и активацию эндотелия, а рост РФМК – раннюю протромботическую активацию гемостаза.

Таким образом, нарушения гемостаза у детей и взрослых с ОКИ при поступлении в стационар однонаправленные и отражают запуск иммунотромбовоспалительного синдрома. Однако ДВС-синдром не установлен ни в одном случае. Параметры биохимической коагулограммы (клоттинговые тесты) не отражают гемостазиологических нарушений при ОКИ, преимуществом в диагностике нарушений гемостаза при ОКИ обладают тест тромбодинамики и ТЭГ, диагностическая ценность глобальных тестов одинакова.

Список литературы.

1. Применение теста тромбодинамики в оценке гемостаза при острых кишечных инфекциях у взрослых / В. Н. Городин, Д. Л. Мойсова, А. Д. Суркова [и др.] // Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России : Материалы XVII научно-практической конференции, Краснодар, 16–17 мая 2024 года. – Краснодар: ИП Кабанов В.Б. (издательство "Новация"), 2024. – С. 27-30. – EDN VXFBQV.

2. Состояние Гемостаза при ОКИ / В. Н. Городин, Д. Л. Мойсова, А. Д. Суркова, К. А. Сорокина // Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы : Сборник трудов XVI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского, Москва, 25–27 марта 2024 года. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью "Медицинское Маркетинговое Агентство", 2024. – С. 59. – EDN YVAXLH.

Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНАТОРИЯХ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОФИЛЯ

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Стандартные подходы к реабилитации и лечению подростков в туберкулезном санатории должны корректироваться в соответствии с клинико-эпидемиологическими, социальными, психологическими, возрастными особенностями пациентов, их индивидуальными потребностями [1, 2, 3].

Цель исследования: изучение результатов комплексного лечения и оздоровления детей и подростков в санатории туберкулезного профиля.

Важной особенностью в структуре заболевания рассматриваемого контингента, поступающего в противотуберкулезные санатории местного значения является превалирование лиц с повышенным риском заболевания специфическим процессом. Среди детей из семейных и вне семейных контактов 15,5% составили впервые инфицированные (вираж), 45, 7% – с гиперэргическими реакциями на туберкулин, дети с неактивными формами в виде остаточных изменений после перенесенного специфического процесса – 2, 6%, инфицированные с интоксикационным синдромом неспецифической этиологии (хронические очаговые инфекции носоглотки, бронхиты, заболевания других органов и систем) – 35, 9%. Сироты, инвалиды, без опеки родителей, из малообеспеченных, многодетных и неполных семей зарегистрированы в 21,9% случаев. Профилактическое лечение проводили дифференцированно в зависимости от факторов риска по заболеванию. С целью повышения общей резистентности, улучшения показателей здоровья дети были охвачены физиотерапевтическими процедурами (лечебная гимнастика, электролечение, светолечение, фитотерапия, ароматерапия, теплолечение, аэрозольтерапия, массаж, синглетная кислородотерапия, магнитотерапия).

Эффективность санаторного этапа зависела от адекватности лечебно-реабилитационных мероприятий, возраста и адаптационных возможностей организма. Критериями оценки санаторного этапа были: уменьшение

количества жалоб или их отсутствие, нормализация вегетативной регуляции организма, улучшение показателей неспецифической резистентности.

Результат: значительное улучшение отмечено у 6,8%, улучшение -83,8%, состояние осталось без перемен у 9, 4% наблюдаемых. Необходимо отметить благоприятные сдвиги в течение сопутствующих заболеваний. В современных эпидемиологических условиях детские противотуберкулезные санатории становятся учреждениями не только для лечения больных с локальными формами туберкулеза, но и для активной его профилактики у инфицированных с бронхолегочными заболеваниями неспецифической этиологии.

Список литературы.

1. Орел В.И., Лозовская М.Э., Карасев Г.Г., Быкова В.В. Особенности медико-социальной помощи детям старшего возраста в условиях туберкулезного санатория // Российский педиатрический журнал; 2016; № 19 (2): 92–96.

2. Солохина Л.В., Дьяченко О.А., Яринчук Е.И. Изучение качества жизни детей, больных туберкулезом // Дальневосточный медицинский журнал; 2010; №1: 134–137.

3. Лозовская М.Э., Осипова М.А., Суслова Г.А., Быкова В.В., Карасев Г.Г., Быкова А.И. Новое в организации санаторно-реабилитационной помощи детям и подросткам с туберкулезной инфекцией // Туберкулез и болезни легких; 2017; №1: 22–26.

Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О., Снисаренко Е.Д.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Бронхиальная астма (БА) является одной из актуальных проблем современной пульмонологии. Основной причиной несвоевременной диагностики обострений заболевания являются врачебные ошибки на амбулаторном (догоспитальном) этапе лечения. Организационные мероприятия, имеющие целью прогнозирование наступления обострения БА, в значительной мере могут улучшить контроль данной патологии [1, 2, 3].

Одной из задач нашего исследования явилось дальнейшее изучение факторов, способствующих обострению заболевания, для разработки модели прогнозирования периодов течения БА (обострения и вне обострения).

Для этого была сформирована выборка из 215 больных БА. Мужчин было 90 (41,9%), женщин – 125 (58,1%) человек, средний возраст составил 46,8±0,8 года. Легкая степень тяжести диагностирована у 91 (42,3%) пациента, средняя – в 124 случаях (57,7%), обострение бронхиальной астмы – у 110 (51,2%) больных, фаза ремиссии – у 105 (48,8%). Группу вне

обострения БА составили пациенты, которые, как правило, весь предшествовавший год лечились в пульмонологическом лечебно-реабилитационном центре (ПЛРЦ).

Установлено, что два периода БА (обострение/вне обострения) существенно различались по возрасту больных, наличием/отсутствием связи приступов удушья с физической нагрузкой, особенностями течения и лечения заболевания.

Период обострения БА чаще наступал у больных старше 45 лет при длительности болезни более 20 лет. Течение заболевания в предшествующий год перед обострением характеризовалось частым углублением заболевания (более 2-х раз), преимущественно однократной госпитализацией больного, пребыванием больного в стационаре более 10 дней и на амбулаторном лечении свыше 10 дней, 1–2 вызовами скорой медицинской помощи. Усиление симптоматики чаще наступало у больных с инвалидностью по болезни 3-й и 2-й групп. Обострение БА чаще было связано с неправильной организацией лечения и его неадекватным содержанием. Существенно, что подобные пациенты практически не посещали «Астма-школы», а также крайне редко использовали для лечения небулайзеры, а в половине случаев даже о них и не слышали. Для лечения своей болезни преимущественно применяли бета$_2$-агонисты короткого действия, не использовали или неправильно принимали базовые лекарственные препараты – ингаляционные ГКС и бета$_2$-агонисты пролонгированного действия. Больные были мало привержены к постоянной лекарственной терапии, часто были склонны к использованию немедикаментозных и альтернативных методов лечения. Выявленные факторы следует учитывать при прогнозировании периодов течения (обострение / вне обострения) БА.

Отсутствие обострения бронхиальной астмы было связано с одновременным осуществлением комплекса мероприятий, направленных на организацию лечения (регулярное лечение при помощи небулайзеров в ПЛРЦ, посещение «Астма-школ», приобретение индивидуального небулайзера, формирование приверженности к лекарственному лечению), а также правильным его наполнением по содержанию: регулярное применение бета2-агонистов пролонгированного действия и ингаляционных ГКС, отказ от немедикаментозных и альтернативных методов лечения.

Указанные характеристики течения и лечения заболевания обладали статистически значимыми связями с периодами обострения БА. Каждому периоду течения бронхиальной астмы были присущи определенные количественные закономерности в описании корреляционных связей между показателями исследования, что явилось проявлением особенностей совокупности факторов, определяющих эти периоды.

Факторным анализом установлены главные компоненты, определяющие благополучное течение БА. Таковыми явились применение ингаляционных ГКС, использование небулайзеров, игнорирование альтернативных методов лечения, а также высокая приверженность больных к лекарственному

лечению. С другой стороны, применение альтернативных методов лечения, недостаточное и неправильное применение лекарственных методов лечения, низкая приверженность больных к их использованию приводили к обострению бронхиальной астмы.

Учитывая четкую связь показателей, характеризующих течение и особенности лечения заболевания, с периодами (обострение / вне обострения) БА, эти параметры можно использовать для их прогнозирования.

Список литературы.

1. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204-22

2. Волкова, Л. И. Болезни органов дыхания: учебное пособие / Л.И. Волкова, Е.Б. Букреева, В.В. Боярко. – Томск: СибГМУ, 2016. – 152 с.

3. Выхристенко, Л. Р. Бронхиальная астма: учебное пособие / Л. Р. Выхристенко. – Витебск: ВГМУ, 2023. – 82 с.

Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О.

УРОВЕНЬ МОДУЛЯТОРОВ РОСТА TGF-B1, TNF-α, IL-1-БЕТА И ЛИМФОКИНА IL-4 В СУПЕРНАТАНТЕ КУЛЬТУРЫ КЛЕТОК ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Характер нарушений иммунитета на отдельных этапах воспалительного процесса и факторы межклеточного взаимодействия изучены недостаточно полно и трактуются неоднозначно. В этой связи представляет интерес изучение цитокинов, выполняющих функции медиаторов иммунной системы. Они регулируют силу, продолжительность иммунного ответа и характер воспалительного процесса, обеспечивая позитивную и негативную иммунорегуляцию [1, 2, 3].

Существенным "фактором отягощения" цитокин-ассоциированных механизмов прогрессирования хронического неспецифического воспалительного процесса в бронхолегочной системе является перенесенный туберкулез легких (ТБС). Такие модуляторы роста как TNF-α, TGF-β, IL-1β, играют, с одной стороны, существенную патогенетическую роль в прогрессировании ХОБЛ, с другой – проявляют антимикобактериальную активность за счет обеспечения связи между активированными мононуклеарными фагоцитами и Т-лимфоцитами.

Предпринята попытка подойти к проблеме расшифровки патогенетических особенностей течения ХОБЛ у лиц, перенесших

специфический процесс, после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии.

Обследовано 45 больных, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ РК «КРКЦФиП» в 2020-2023 годах и разделенных на две группы. В 1-ю вошли 26 пациентов, завершивших курс противотуберкулезной химиотерапии по поводу различных форм туберкулеза легких (контрольная группа). 2-ю группу составили 19 больных специфическим легочным процессом, развившимся на фоне ХОБЛ и также закончивших полноценный этап приема туберкулостатиков (опытная группа).

Концентрацию цитокинов в культуральной среде определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов (ООО "Цитокины" IL-1b, протеиновый контур – TNF-a, IL-4). Содержание в культуральной среде активной формы TGF-β1 изучали методом иммуноферментного анализа. Оценка результатов осуществлялась фотометрически.

Содержание IL-1β в супернатанте культуры клеток бронхиального эпителия у больных 1-й группы было в 2,8 раза ($p < 0,001$) выше, чем у пациентов опытной группы. Статистически значимое снижение уровня IL-1β во 2-й группе может способствовать повышенному риску реактивации скрытой туберкулезной инфекции.

Зарегистрировано повышение уровня TNF-α в контрольной группе на 52,5% ($p < 0,001$), чем у больных 2-й, что характеризует нарушение защитного цитокинового потенциала при наличии ХОБЛ.

Установлено, что содержание активной формы TGF-β1 в супернатанте культуры клеток бронхиального эпителия у больных опытной группы в 2,6 раза ($p < 0,001$) выше, чем в контрольной, что позволяет утверждать – наличие ХОБЛ у больных ТВС формирует условия повышенного риска развития и прогрессирования фиброза. Результаты наших исследований свидетельствуют, что у больных 2-й группы после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии уровень IL-4 в супернатанте культуры клеток бронхиального эпителия на 65,7% ($p < 0,001$) выше, чем у больных 1-й группы.

Известно, что прежде всего IL-4 синтезируют клетки Th2 – субпопуляция лимфоцитов CD4+, способствующих осуществлению гуморальных иммунных реакций. Нужно упомянуть, что прогрессия фиброза при ТВС также ассоциирована с Th2-типом иммунного ответа, особенностью которого, в частности, является секреция Т-клетками цитокина IL-4; снижение же уровня последнего приводит к резкому снижению уровня TGF-β и уменьшению легочного фиброза. Отсутствие нормализации уровня IL-4 у больных 2-й группы после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии может расцениваться как неблагоприятный прогностический фактор прогрессирования пневмофиброза и нарастания легочной недостаточности у перенесших ТВС легких больных ХОБЛ.

Таким образом, наличие хронического обструктивного заболевания легких у больных специфическим легочным процессом после завершения курса химиотерапии может способствовать как интенсифицированию разрастания соединительной ткани в легких, так и рецидивированию туберкулеза за счет выраженного регионарного (эндобронхиального) дисбаланса цитокинового (факторы роста) гомеостаза, включая повышение уровня TGF-β1.

Список литературы.

1. Иммунология и аллергология (цветной атлас) / Под ред. А.А. Воробьева, А.С. Быкова, А.В. Караулова. – М.: Практическая медицина, 2006. – С. 50-57.

2. Чучалин А.Г. Пульмонология. – М: Белая книга, 2003. – С. 42-44. 13.Ярилин А.А. Контактные межклеточные взаимодействия при иммунном ответе // Мед. Иммунология. – 1999. – Т. 1, № 1-2. – С. 37-46.

3. Ярилин А.А. Основы иммунологии. – М.: Медицина, 1999. – С. 112-120.

Гришина Т.А., Перадзе Х.Д.

АСПЕКТЫ НОРОВИРУСОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ДИАРЕИ У ВЗРОСЛЫХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность: в настоящее время норовирусная инфекция является причиной спорадических случаев и вспышек острого гастроэнтерита в мире, обусловливая пятую часть всех случаев диареи в различных социальных группах населения. Ежегодно норовирусный острый гастроэнтерит приводит к более 200 тыс. случаев летальных исходов в мире. [1].

В 2024 году в Российской Федерации отмечен значительный рост заболеваемости норовирусной инфекцией. По данным Роспотребнадзора, показатель заболеваемости составил 34,51 на 100 тыс. населения, что в два раза превышает среднемноголетний уровень (17,39 на 100 000) [2,3].

Учитывая высокую заразность, устойчивость к дезинфицирующим средствам и отсутствие специфической профилактики, норовирусная инфекция представляет серьезную угрозу общественному здоровью. Актуальность исследования обусловлена необходимостью разработки эффективных мер профилактики и контроля за распространением данного заболевания.

Цель исследования: охарактеризовать течение норовирусной инфекции у взрослых в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы: ретроспективно нами было проанализировано 435 случаев норовирусов, госпитализированных в первом квартале 2025 года в КИБ им. С. П. Боткина.

Результаты: Результаты исследовании показали, что из проанализированных 435 случаев норовирусов распределение пациентов по возрасту и полу колебалось от 18 до 78 лет; из них 59% мужчины и 41% женщины.

Из 435 случаев заражения норовирусом в январе зафиксировано – 24.1% (N=105), феврале –30,3% (N=132), марте –45,5% (N=198). Среди госпитализированных, зарегистрировано 98 завозных случаев из разных регионов Российской Федерации: Ленинградской области, Москвы, Псковской области, Новгородской области, республики Татарстан, Нижегородской области, Краснодарский край, а также 9 зарубежных случаев из Таиланда, Индии и Вьетнама. Для диагностики использован молекулярно-биологический метод в 100%. В 95% идентифицирована РНК II генотипа (n=42), а в 5% – РНК I гепотипа (n=2).

У 44 больных проведена клиническая оценка норовирусной острой кишечной диареи. Клинически норовирусная инфекция характеризовалась гастроэнтероколитом – у 22,7% (n=10), гастроэнтеритом – у 68,2% (n=30), гастритом – у 9,09% (n=4). Синдром интоксикации наблюдался у 81% больных (n=36). Практически у всех больных (90.9%) отмечался жидкий стул, лихорадка (45,4%), озноб и головную боль (у 68,1%). У 54,5% пациентов он проявился болями в животе (n=22). У трети больных боль в эпигастрии, а также были выражены в левой подвздошной области, в мезогастрии. Учащение стула отмечалось у 100% пациентов, среди которых у большинства из них (77,2%) выражены на 1 день болезни, у (22,7%) – на 2 и 3 дни. Средняя продолжительность диареи составила 3±1 дня. Среди патологических примесей в 100% отмечалась слизь в кале. Средний койко-день составил 4±2 дня. Обращал на себя внимание коморбидный фон пациентов, у трети больных присутствует хронический панкреатит, хронический гастрит, хронический холецистит, у 20% отмечалась патология сердечно-сосудистой системы.

Выводы: Результаты исследования показали, что норовирусная острая кишечная диарея встречается как на территории Российской Федерации, так и за ее пределами. У подавляющего числа пациентов с острым норовирусным гастроэнтеритом наблюдались боли в эпигастральной области, диарея, стул с патологической примесью, кратковременная лихорадка и интоксикация. Полученные данные показывают необходимость разработки и внедрения в клиническую практику универсальных тест –систем для дифференциальной диагностики с другими гастроэнтеритами вирусной и бактериальной этиологии.

Список литературы.

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2024. – 382 с.

2. Анализ инфекционной и паразитарной заболеваемости в РФ: обзор за 2024 год // Сайт «FoodSmi» – URL: https://foodsmi.com/statistika-i-issledovaniya-/analiz-infektsionnoy-i-parazitarnoy-zabolevaemosti-v-rf

3. Е. Г. Климовицкая, С. Н. Ешмолов, М. Н. Кузьмина, И. Г. Ситников: Норовирусная инфекция у детей: анализ собственных наблюдений // научно-практический рецензируемый журнал «Детские инфекции» – URL: https://detinf.elpub.ru/jour/article/view/968

Гудков Р.В.[1], Соловьев А.И.[1], Козлов К.В.[1], Романенко А.В.[1], Лыонг Тхи Мо[2], Мальцев О.В.[1]

ПЕРЕНОСЧИКИ ТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЬЕТНАМА

[1] Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург;
[2] Южное отделение совместного Российско-Вьетнамского Тропического научно-исследовательского и технологического центра, Хошимин

Кровососущие комары семейства *Culicidae* – широко распространены на планете и насчитывают более 3500 видов. Взрослая особь морфологически состоит из головы с одной парой усиков, щупиков и колюще-сосущего ротового аппарата, груди с одной парой крыльев и трех пар ног и узкого сегментированного брюшка. В процессе развития комары проходят полное превращение, от стадии яйца через стадии личинки, куколки в имаго. Необходимость в кровососании самками обусловлена достаточной потребностью в белке для созревания яиц. Самки питаются кровью на теле млекопитающих, птиц, рептилий, земноводных и других животных. В связи с потребностью в прокормителе, самки комаров служат переносчиками множества трансмиссивных инфекционных и паразитарных заболеваний человека. Основные рода комаров различаются между собой способностью к специфической инокуляции, т.е. переносу различных инфекционных агентов. Так, например, комары рода *Anopheles* служат специфическими переносчиками возбудителей малярии, вухириериоза, бругиоза. Двукрылые рода *Aedes* распространяют вирусы лихорадки денге, чикунгунья, Зика, Рифт-Валли, вирус желтой лихорадки и другие тропические инфекций. Кровососущие переносчики рода *Culex* играют ведущую роль в передаче таких социально значимых заболеваний, как, японский энцефалит, лихорадка Западного Нила. Передаваемые комарами заболевания характеризуются обширным ареалом распространения, при этом тропические и субтропические регионы являются гиперэндемичными по ряду этих опасных инфекций. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2023 году было зарегистрировано 263 млн больных малярии, что на 11 миллионов случаев больше годом ранее. Смертность составила 597 тысяч. Число случаев заболевания лихорадкой денге в мире за этот же год превысило 5 миллионов, одновременно с этим более 5 тысяч человек умерли. Для большинства

заболеваний, передаваемых комарами, не существует вакцин, либо они малоэффективны, либо предназначены для узкого круга потенциальных больных. В связи с этим одним из основных мер по борьбе с трансмиссивными заболеваниями является борьба с переносчиками [1,2,3].

Социалистическая Республика Вьетнам (СРВ) характеризуется благоприятным климатом для круглогодичной передачи возбудителей малярии и лихорадки денге и высокой плотностью населения, что создает удачные условия для антропонозных трансмиссивных заболеваний. Несмотря на проводимую значительную программу по ликвидации малярии в стране, все еще регистрируются случаи этого заболевания. По данным Регионального бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, в настоящее время Вьетнам является одной из 7 стран (Австралия, Камбоджа, Китай, Лаос, Малайзия, Сингапур, Вьетнам), где регистрируется наиболее высокая заболеваемость лихорадкой денге. По данным Министерства здравохранения Вьетнама в 2023 по всей стране регистрировались 171585 случаев этого заболевания, 42 – с летальным исходом.

В рамках международного научного сотрудничества с СРВ настоящая работа проводится на базе Совместного Российско-Вьетнамского Тропического научно-исследовательского и технологического центра по проектам изучения сезонных генетических преобразований возбудителей малярии и лихорадки денге в организме переносчиков в условиях Юго-Восточной Азии. В этой связи мы провели предварительную оценку структуры родового состава переносчиков наиболее актуальных социально значимых трансмиссивных инфекций на территории Вьетнама в период низкой активности комаров, предшествовавший сезону дождей и обследовали на возбудителей малярии и лихорадки денге.

В период с 21 по 30 мая 2025 года в ходе экспедиции совместной научной группы, включавшей сотрудников Военно-медицинской академии и представителей Южного отделения Тропоцентра проводился сбор членистоногих в провинции Кхань Хоа коммуне Суои Кат (12°17'22" с.ш. 108°48'43" в.д.), расположенной в сельхозяйственной низменности окруженной горами до 2051 метров. Местами сбора комаров служили дома жителей коммуны, расположенные на полях, также дома артели лесорубов. Отлов имаго кровососущих комаров проводился на улице и в помещениях в вечернее, ночное и утреннее время при помощи сачков, эксгаустеров и световых ловушек с аттрактантом.

На территории коммуны было собрано всего 387 кровососущих двукрылых. В структуре пойманных переносчиков 51,9% приходится на комаров рода *Culex*, на комаров рода *Anopheles* – 33,3%, комаров рода *Aedes* – 7%, на комаров рода *Mansonia* – 1,6%. Так же были идентифицированы 24 комара не имеющих медицинское значение рода *Armigeres*. Генетические маркеры *Plasmodium spp*. методом ПЦР были выявлены в 6 комарах рода *Anopheles*. Изучение видового состава малярийных плазмодиев показало, что все 6 комаров были заражены *P. falciparum*. В отличие от малярийных

плазмодиев, возбудителей лихорадки денге в комарах рода *Aedes* методом ПЦР обнаружено не было.

Анализ собранного материала в провинции Кхань Хоа показал, что в начале дождливого сезона среди комаров-переносчиков возбудителей трансмиссивных заболеваний преобладают комары рода *Culex* 51,9%, на долю комаров рода *Anopheles* приходится треть, зараженность которых *P. falciparum* составляет 4,6%. Однако следует учитывать, что представленные данные характеризуют лишь в ограниченный период эпидемического сезона и не могут служить окончательным отражением годового распределения структуры родового состава комаров-переносчиков и их зараженность возбудителями трансмиссивных инфекций.

Список литературы.

1. Малярийные комары и борьба с ними на территории Российской Федерации: Методические указания. – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2000. – 56 с.

2. Silver J. B., (2007). Mosquito ecology, Field sampling methods. Springer P.O. Box 17, 3300 AA Dordrecht, The Netherlands. ISBN 978-1-4020-6665-8 (HB) / ISBN 978-1-4020-6666-5 (e-book).

3. Янишевская, К. И. Молекулярно-генетическая идентификация комаров Anopheles gambiae complex – переносчиков тропической малярии в условиях Западной Африки / К. И. Янишевская, Р. В. Гудков // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2021. – Т. 40, № S1-3. – С. 381-385. – EDN RAAMDX.

Гурина Е.С., Глебова Н.А., Манько Д.Е., Гутт А.М.

УРОВЕНЬ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В ГОРОДЕ КРАСНОДАРЕ

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Национальный календарь прививок представляет собой нормативный документ, регламентирующий порядок проведения вакцинации в рамках профилактики инфекционных заболеваний. Этот календарь разрабатывается компетентными органами в области здравоохранения и содержит перечень обязательных и рекомендованных прививок, а также сроки их проведения в зависимости от возраста и состояния здоровья [1]. В условиях глобализации экономики, увеличения миграции населения, роста объемов международных сообщений возрастает тенденция к глобализации распространения инфекционных болезней. Инструментом, применяемым для борьбы с инфекционными болезнями, является иммунопрофилактика. Иммунопрофилактика позволила достичь ликвидации оспы и полиомиелита во многих странах, включая Российскую Федерацию. Это существенно снизило уровень заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний, обеспечив эффективную защиту населения в очагах

инфекционных болезней, в том числе особо опасных, и ограничило распространение ряда бактериальных и вирусных инфекций. С начала 2006 года, благодаря реализации программ дополнительной иммунизации против вирусного гепатита В, кори, краснухи, гриппа и полиомиелита, к началу 2020 года удалось достичь снижения заболеваемости вирусным гепатитом В в 15 раз (с 8,6 на 100 тыс. населения в 2005 году до 0,57 на 100 тыс. в 2019 году) и краснухой более чем в 3000 раз (со 100 на 100 тыс. населения в 2005 году до 0,03 на 100 тыс. в 2019 году). Тенденция снижения заболеваемости этими инфекциями продолжается и в 2020 году [2,3].

Цель исследования. Оценить охват вакцинацией детей города Краснодара перед поступлением в образовательные учреждения.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное одномоментное исследование 175 историй развития (форма 112/у) детей школьного и дошкольного возраста, из которых получены сведения о проведении профилактических прививок и сроках их проведения.

Результаты и обсуждение. В исследовательскую группу вошло 175 детей в возрасте до трех и семи лет. Перед поступлением в дошкольное образовательное учреждение, детям необходимо пройти ряд обязательных вакцинаций, которые обеспечивают защиту от различных инфекционных заболеваний. Вакцинация должна включать полный курс иммунизации против вирусного гепатита В, гемофильной инфекции типа b, кори, краснухи и эпидемического паротита. Кроме того, требуется вакцинация против микобактерий туберкулеза (БЦЖ-М), а также против дифтерии, столбняка и коклюша (АКДС) с последовательностью V1-V3 и R1. Важно также обеспечить защиту от пневмококковой инфекции. При поступлении в школу к вышеуказанным прививкам добавляется ревакцинация против кори, краснухи и эпидемического паротита, вторая ревакцинация против дифтериии и столбняка. В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты об охвате вакцинацией детей перед поступлением в детский сад. Установлено, что 75% детей имеют полный тур вакцинации от гепатита В. В родильном доме защиту от туберкулеза (вакцинация БЦЖ-М) получили 92% детей. Стоит отметить, что к началу посещения организованного коллектива (детского сада) только 33,8% детей имеют необходимый объем вакцинации и и R1 от коклюша, дифтерии и столбняка, полный тур вакцинации (V1, V2, V3) от указанных инфекций выполнен у 55,4%. К моменту поступления в дошкольное образовательное учреждение защита от полиомиелита предусматривает выполнение 3-х вакцинаций и 2-х ревакцинаций. Исследование показало, что только 21,5% детей имеют полный набор необходимого количества прививок для защиты от полиомиелита; неполный тур с получением R1 ИПВ выявлен у 33,8%; V1, V2, V3 ИПВ получили 57% детей. Вакцинация против кори, краснухи и эпидемического паротита была проведена 61,5% детей. Полный курс вакцинации против гемофильной инфекции получен 32,3% детьми, против пневмококковой инфекции – 31%. В период посещения детского сада,

проведение и контроль за вакцинацией осуществляется врачом-педиатром в дошкольном образовательном учреждении. К моменту поступления в школу ребенку необходимо провести ревакцинацию от кори, краснухи, эпидемического паротита, а также вторую ревакцинацию против дифтерии и столбняка. Анализ охвата вакцинацией детей перед поступлением в школьное учреждение показал, что охват вакцинации от гепатита В и БЦЖ-М остался на прежнем уровне – 75% и 92% соответственно. К поступлению в школу R2 АДСМ выполнена у 29% детей, при этом отмечено увеличение числа детей, получивших R1 АДСМ до 57%, получивших полный курс V1, V2, V3 АКДС – до 61,5%. Положительная динамика отмечена в охвате вакцинации против кори, краснухи и эпидемического паротита, охват вакцинацией увеличился до 67,7% детей, необходимую ревакцинация от указанных инфекций получили 52% детей. Так же увеличилось число детей, получивших защиту от гемофильной инфекции до 35,4% детей, охват вакцинацией против пневмококковой инфекции остался прежним (31%). Некоторые дети получили вакцинацию от инфекций, не являющимися обязательными в национальном календаре прививок. В частности, вакцинация против менингококковой и ротавирусной инфекции была проведена 6% детей, против ветряной оспы – 12%.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования установлен недостаточный охват вакцинацией у детей перед поступлением в образовательные учреждения. На данную ситуацию влияет распространенное в последнее время антивакцинальное настроение родителей. Для улучшения защиты детей от инфекционных заболеваний необходимо совершенствовать информированность населения о пользе вакцинации.

Список литературы.

1. Таточенко В. К., Озерецковский Н. А. Иммунопрофилактика 2020. (Справочник). Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2020. – 19(6). – 100 с. – Текст: непосредственный.

2. Российская Федерация. Распоряжение правительства «Стратегия развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года» : Распоряжение правительства № 2390-р: [принят Государственной думой 18 сентября 2020 года]. – Москва. – 13 с. – Текст: непосредственный.

3. Каунина Д.В., Васильева Т.П., Русских С.В. Результаты валидации авторской методики «Уровень приверженности вакцинации» // Здоровье населения и среда обитания. 2023. Т. 31. № 8. С. 17–28.

Гусева Т.М., Воробьева И.В., Коноплева В.И.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ КАЛЕНДУЛЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, Рязань

Современные растительные препараты по выраженности действия и клиническим эффектам соответствуют официальным лекарственным препаратам. Фитопрепараты содержат биологически активные вещества, обеспечивающие широкий спектр их активности. Препараты, изготовленные из лекарственных растений, применяются в лечении различных патологий с минимальным риском возникновения побочных эффектов. Календула лекарственная (Calendula officinalis L.) – лекарственное растение, традиционно применяемое не только в народной, но и официальной медицине. Препараты календулы, обладая выраженными противовоспалительным, антибактериальным и регенерирующим свойствами, нашли применение в гастроэнтерологии, хирургии, стоматологии, гинекологии, проктологии, офтальмологии, дерматологии. Календула лекарственная (Calendula officinalis L.) – растение, содержащее в большом количестве активные вещества: флаваноиды, сложные эфиры, каратиноиды, летучие масла, фенольные и жирные кислоты. Фармацевтическая промышленность из цветков календулы получает спиртоводные и масляные извлечения, входящие в состав препаратов с противовоспалительными и антибактериальными свойствами.

Цель исследования – оценка антибактериальной активности препаратов, полученных различными методами из календулы лекарственной (Calendula officinalis L.).

Методика. Объектами исследования являлись различные по получению препараты календулы лекарственной: водное извлечение (настой), фиточай, мазь, спиртовая настойка, гидролат. Антимикробная активность оценивалась в соответствии с методикой, принятой при подобных исследованиях, в отношении тестовых бактериальных культур – основных возбудителей гнойных и воспалительных процессов: Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Proteus vulgaris, Escherichia coli [1, 2].

Результаты. Все изучаемые препараты календулы эффективны в отношении S. aureus. Устойчивость к препаратам календулы на основе водных извлечений в опыте проявили P. vulgaris и E. coli. Настой цветов календулы неэффективен в отношении синегнойной палочки, но фиточай и гидролат оказали ингибирующее действие на данный возбудитель.

Выводы. Фитопрепараты на основе календулы лекарственной, полученные различными методами, показали свою бактерицидную эффективность, особенно выраженную у мази и спиртовой настойки. Данные

исследования являются перспективными в плане дальнейшего расширения возможностей применения календулы лекарственной.

Список литературы.

1. Афанасьева, П.В. Определение антимикробной активности извлечений цветков календулы лекарственной / П.В. Афанасьева, А.В. Куркина, В.А. Куркин, А.В. Лямин, А.В. Жестков. – DOI: 10.19163/2307-9266-2016-4-2(15)-60-70. – Текст: электронный // Фармация и фармакология. – 2016 – Т.4 – № 2 (15) – С. 60-70. – URL: https://journals.eco-vector.com/2307-9266/issue/view/5618 (дата обращения: 15.09.2025).

2. Воскресенская, М.Л. Фармакотерапевтическая эффективность календулы лекарственной / М.Л. Воскресенская, А.Н. Плеханов, А.Г. Мондодоев, С.В. Цыремпилов. – Текст: электронный // Вестник Бурятского государственного университета. – 2017 – Вып. 1 – С. 73-78. URL: – https://cyberleninka.ru/article/n/farmakoterapevticheskaya-effektivnost-kalenduly-lekarstvennoi// (дата обращения: 15.09.2025).

Давлианидзе Т.А., Еремина О.Ю., Олифер В.В.

МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КОМНАТНОЙ МУХИ В УСЛОВИЯХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ УГРОЗЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХОЛЕРЫ

Институт дезинфектологии Федерального научного центра гигиены имени Ф.Ф. Эрисмана, Москва

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приводит данные, что за период с 1 января 2025 года по 25 мая 2025 года в 26 странах трех регионов ВОЗ было зарегистрировано в общей сложности 211678 случаев заболевания холерой и 2754 случая смерти, при этом наибольшее число зафиксировано в Африканском регионе, за которым следуют Восточно-Средиземноморский регион и Регион Юго-Восточной Азии [5]. Известно более 200 серогрупп вибриона холеры Vibrio cholerae Pacini, но только две вызывают пандемии холеры у людей – O1 и O139 [3]. Синантропные насекомые, и в первую очередь, комнатная муха Musca domestica L. (Diptera: Muscidae), являются механическими переносчиками возбудителей кишечных инфекций. При оценке векторного потенциала M. domestica в Индии Р. Фотедар [4] показал, что из десяти исследованных пулов мух шесть (60%) оказались положительными на V. cholerae. Из этих шести пулов в трех (50%) обнаружен V. cholerae Ogawa T2 El Tor и в одном (17,5%) V. cholerae non-O1. Важнейшую роль в борьбе с холерой и сокращении смертности от нее играет многосторонний подход, предусматривающий сочетание таких мер, как эпиднадзор, мероприятия по улучшению водоснабжения, санитарии и гигиены, санитарная работа среди населения, своевременное лечение больных и применение оральных вакцин против холеры [1, 2]. Использование инсектицидов для снижения численности комнатной мухи и других видов

синантропных мух – важная составляющая интегрированной системы мероприятий против холеры.

Целью настоящего исследования было изучение энтомотоксикологических и биологических параметров культур M. domestica, имеющих высокую резистентность к пиретроидам, неоникотиноидам и фенилпиразолам и составление рекомендаций к схемам ротации инсектицидов при борьбе с ними.

Изучение уровней резистентности комнатной мухи, контактного и кишечного действия инсектицидов проводили по методам, изложенным в Руководстве Р 4.2.3676-20. Исследования проводили на имаго природных популяций M. domestica, сбор которых был осуществлен в разных точках Европейской части России (Московская и Калужская области), в сравнении с лабораторной чувствительной культурой S-НИИД, культивируемой в лаборатории Института дезинфектологии.

Наши исследования показали, что все культуры M. domestica, полученные из выборок природных популяций, высокорезистентны к контактному действию пиретроидов (циперметрин 75-900×), фенилпиразолов (фипронил 5–75*), неоникотиноидов (тиаметоксам и клотианидин 95–333*), толерантны к ФОС (хлопирифос 0,6–3,7*), чувствительны к пирролам (хлорфенапир 0,25–1,25*) и оксадиазинам (индоксакарб 0,24–1,46*). Показана сниженная чувствительность имаго комнатных мух природных культур к обработкам препаратами в аэрозольной упаковке – после непродолжительного нокдаун-эффекта большое количество подопытных насекомых восстанавливало жизненные функции (выживало до 90% имаго в зависимости от культуры). Эффективной была рецептура, в состав которой, кроме пиретроидов, был введен хлорфенапир. При скармливании отравленных приманок показана высокая устойчивость M. domestica к фипронилу (ПР 6,3–76,7*), тиаметоксаму (ПР 80–104*) и чувствительность к индоксакарбу (ПР 0,22–0,54*) и хлорфенапиру (ПР 1,8–2,8*). Показано значительное замедление действия промышленно производимых приманок на имаго мух резистентных культур.

В России сохраняются риски завоза инфекции, связанные с активизацией эпидемического процесса в странах Азии, Африки и регионе Карибского бассейна. Последствия возможного эпидемического осложнения по холере в ДНР, ЛНР, Запорожской и Херсонской областях усугубляются чрезвычайными ситуациями, приводящими к нарушению инфраструктуры, перебоям водоснабжения и др.

У комнатных мух из 4-х природных популяций установлена высокая резистентность к контактному и кишечному действию пиретроидов, фенилпиразолов, неоникотиноидов и чувствительность к новым для медицинской дезинсекции инсектицидам хлорфенапиру и индоксакарбу. Рассчитаны диагностические концентрации наиболее массово применяющихся инсектицидов для использования в системе мониторинга за резистентностью комнатной мухи на территории России. Предложено ввести

в схемы ротации, разработанные для имаго и личинок комнатных мух средства, содержащие в качестве действующего вещества индоксакарб и хлорфенапир, а также более широко использовать регуляторы развития насекомых в противоличиночных мероприятиях.

Список литературы.

1. Москвитина Э.А., Янович Е.Г., Кругликов В.Д., Титова С.В., Куриленко М.Л. и соавт. Прогноз по холере на 2019 г. на основании анализа эпидемиологической обстановки в мире, СНГ и России в 2009–2018 гг. // Проблемы особо опасных инфекций. – 2019. – № 1. – С. 64-73. DOI: 10.21055/0370-1069-2019-1-64-73.

2. Носков А.К., Кругликов В.Д., Москвитина Э.А., Миронова Л.В., Монахова Е.В. и соавт. Холера: анализ и оценка эпидемиологической обстановки в мире и России. Прогноз на 2023 г. // Проблемы особо опасных инфекций. – 2023. – № 1. – С. 56-66. https://doi.org/10.21055/0370-1069-2023-1-56-66

3. Broza M., Gancz H., Halpern M., Kashi Y. Adult non-biting midges: possible windborne carriers of Vibrio cholerae non-O1 non-O139 // Environ. Microbiol. – 2005. – Vol. 7. – № 4. – P. 576-585. doi: 10.1111/j.1462-2920.2005.00745.x.

4. Fotedar R. Vector potential of houseflies (Musca domestica) in the transmission of Vibrio cholerae in India // Acta Trop. – 2001. – Vol. 78. – № 1. – P. 31-34. doi: 10.1016/s0001-706x(00)00162-5.

5. WHO Multi-country outbreak of cholera, external situation report № 27 – 17 June 2025 [Электронный ресурс] (https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report--27--17-june-2025 (дата обращения 23.06.2025).

Давыдов В.В., Жаворонок С.В., Бабенко А.С., Борисовец Д.С.

ИЗУЧЕНИЕ РИСКОВ ЗАВОЗА ВИРУСА ГЕПАТИТА Е (ВГЕ) НА ТЕРРИТОРИЮ БЕЛАРУСИ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Географическое расположение Республики Беларусь в центре Европейского континента, развитие миграционных процессов, вызванных трудовой миграцией, потоками беженцев в Европейские государства из стран Средней Азии, Ближнего Востока и Северной Африки, а также приездом граждан иностранных государств на учебу, обуславливает актуальность изучения рисков завоза ВГЕ на территорию Республики Беларусь. Изначально гепатит Е (ГЕ) в развитых странах рассматривался как заболевание туристов, возвращающихся из эндемичных по ГЕ территорий. Случаи завоза ВГЕ уже давно описаны во многих странах Европы из Индии и Саудовской Аравии [1, 2], Бангладеш, Сомали и стран Ближнего Востока [3], а также из Турции [4]. В этих исследованиях описаны единичные случаи завоза возбудителя заболевания, относящегося к 1-му генотипу вируса.

Однако, циркуляция ВГЕ на территориях, не считавшихся ранее эндемичными, связанная с ВГЕ 3-го генотипа, также возможна благодаря миграции диких животных, экспорту и импорту продуктов питания, содержащих свинину, а также благодаря поездкам людей, являющихся источником инфекции.

Для оценки вероятности завоза ВГЕ и его циркуляции на территории Беларуси обследовано 1458 иностранных граждан, временно пребывающих на территории республики на наличие анти-ВГЕ IgG и анти-ВГЕ IgM. В группе иностранцев были граждане из 50 государств. Все иностранцы были разделены на 7 групп: «Индия», «Туркменистан», «Ливан», «Иордания», «Палестина», «Иран» и «Другие страны». Средний возраст иностранных граждан Me (Q25–Q75) составлял 23,1 года (20–26). Все исследуемые разделены на 2 возрастные группы: «0-24 года» и «25–34 года».

В результате проведенных исследований установлено, что в крови 77 из 1458 иностранцев, что составляет 5,3% (95% ДИ 4,13–6,43) выявлены анти-ВГЕ IgG, что незначительно выше, чем в группе сравнения, где распространенность антител к ВГЕ составляла 12/311 (3,9%; 95% ДИ 1,72–6,0). Выявленные отличия не были статистически достоверными ($p>0,05$). В группе иностранных граждан до 25 лет серопозитивность анти-ВГЕ IgG составляла 4,1% (95% ДИ 2,88–5,31). В этой возрастной группе граждан Беларуси показатель составлял 2,9% (95% ДИ 0,10–5,62). В возрастной группе 25–34 года встречаемость анамнестических антител к ВГЕ у иностранных студентов составляла 8,1% (95% ДИ 5,65–10,90). У белорусских граждан этого возраста распространенность анти-ВГЕ IgG составляла 4,7% (95% ДИ 1,51–7,84).

Распространенность маркеров недавней инфекции ВГЕ, которыми являются иммуноглобулины класса М, характеризовалась невысокими показателями. Кровь иностранных граждан, приехавших на учебу в Республику Беларусь, в 16 случаях из 1458, была анти-ВГЕ IgM положительной, что составляет 1,1% (95% ДИ 0,56–1,63). У двух белорусов из 311 также выявлены эти маркеры ГЕ, что эквивалентно 0,6% (95% ДИ 0,25–1,53).

Анализ распространенности иммуноглобулинов М к ВГЕ в разных возрастных группах иностранцев показал, что более молодые люди в возрасте до 25 лет, приехавшие в Беларусь, были на 0,9% чаще серопозитивными по IgM к ВГЕ, чем в возрасте «25–34 года». Серопозитивных лиц из числа белорусских граждан в возрасте до 25 лет выявлено не было. Распространенность анти-ВГЕ IgM в группе белорусов «25–34 года» составляла 1,2%. Несмотря на незначительные величины частот распространенности иммуноглобулинов М в исследуемой группе иностранцев, сам факт наличия антител у приехавших в республику людей, свидетельствующий о недавнем случае их заражения ВГЕ, говорит о высокой вероятности завоза возбудителя из-за пределов Беларуси. Это подтверждается тем, что в результате проведенных исследований выявлен случай заболевания

иностранного гражданина острым ГЕ в безжелтушной форме, который проживал в общежитии для иностранных студентов. Анализ данного случая позволил предположить возможность завоза ВГЕ из стран с высоким уровнем распространения ГЕ 1 генотипа вируса, не характерного для региона Республики Беларусь. Целенаправленный мониторинг иностранных граждан, прибывающих из стран, являющихся территорией риска по ВГЕ 1-го генотипа, позволил в 2022 г. впервые в Беларуси выявить случай острого гепатита Е, обусловленного инфекцией ВГЕ-1 у гражданина, постоянно проживающего в Республике Беларусь – этнического пакистанца, посещавшего Пакистан.

В результате анализа контингента серопозитивных лиц из числа иностранных граждан в разрезе стран их прибытия установлено, что наибольшая частота выявления анти-ВГЕ IgG была отмечена у жителей Индии и Туркменистан. Иностранные граждане из этих стран, наиболее вероятно, представляют группу риска, обуславливающую возможный завоз ВГЕ из эндемичных по ГЕ территорий. Распространенность анамнестических маркеров ГЕ в крови граждан Индии приобретала самые высокие значения из всех изученных групп. Она составляла 17,2% (95% ДИ 10,51–23,91), что статистически достоверно чаще (χ^2=7,31; p = 0,0069), чем у граждан Туркменистана, имеющих в свою очередь самую высокую частоту после Индии, у которых показатель серопозитивности установлен на уровне 8,1% (95% ДИ 5,25–11,03). Уровни распространенности анти-ВГЕ IgG в крови студентов из Индии и Туркменистана достоверно более высокие, чем у граждан Беларуси соответствующего возраста ($p < 0,05$).

Частота анти-ВГЕ IgM в национальных когортах изученных групп иностранных граждан, была зафиксирована на уровне от 0,0% у граждан Ливана и Палестины до 1,7 и 2,0% у граждан Иордании и Туркменистана. Граждане Индии имели незначительную частоту распространенности антител класса М к ВГЕ, что, вероятно, можно объяснить значительным популяционным иммунитетом у этих граждан к ВГЕ, который формируется еще в детском и подростковом возрасте из-за широкого распространения патогена на территории этого государства.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлена возможность завоза ВГЕ в Беларусь из гиперэндемичных по ГЕ территорий. В целях разработки системы эпидемического надзора и контроля за ВГЕ в Беларуси, необходимо внедрение тестов на маркеры ВГЕ при проведении медицинских осмотров и обследовании иностранных граждан, прибывших в республику из государств, являющихся эндемичными по ГЕ. Необходимо дальнейшее изучение эпидемического процесса в когорте иностранных граждан, с целью выявления РНК ВГЕ, ее генотипирования и системного мониторинга рисков завоза возбудителя в республику.

Список литературы.

1. Imported hepatitis E in UK / S.J. Skidmore [и др.] // The Lancet. – 1991. – Т. 337, № 8756. – С. 1541.

2. Hepatitis and Travel Abroad: A Case Report / M. Abid [и др.] // Journal of Travel Medicine. – 1997. – Т. 4, № 4. – С. 187-188.

3. Hepatitis E in the Netherlands: imported and endemic / H.L. Zaaijer [и др.] // The Lancet. – 1993. – Т. 341, № 8848. – С. 826.

4. Hepatitis E Virus Infections in Patients with Acute Hepatitis non-A-D in Sweden / P.J. Hugo Johansson [и др.] // Scandinavian Journal of Infectious Diseases. – 1995. – Т. 27, № 6. – С. 543-546.

Давыдова А.П., Степанова К.Б.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГИМЕНОЛЕПИДОЗУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2024 Г.

Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии, Тюмень

Гименолепидоз (B71.0 по МКБ-10) – антропонозный контактный гельминтоз из группы цестодозов с фекально-оральным механизмом передачи, характеризуется расстройством со стороны пищеварительного тракта и нервной системы. Возбудитель гименолепидоза – цепень карликовый Hymenolepis nana относится к типу Platthelmintes, классу Cestoidea, отряду Cyclophyllidea, семейству Hymenolepididae.

Источником заражения гименолепидозом является человек.

Гименолепидоз является одним из наиболее распространенных гельминтозов в мире, встречается повсеместно, особенно часто в странах с сухим жарким климатом, в районах с неблагополучными социально-экономическими условиями и низким уровнем жизни. Дети болеют в 4-5 раз чаще, чем взрослые. Гименолепидоз с наибольшей частотой регистрируют у детей младшего и среднего школьного возраста. Очаги гименолепидоза могут возникать в детских дошкольных учреждениях и в закрытых детских учреждениях: детских домах, интернатах и др.

Доля гименолепидоза на территории Российской Федерации в структуре гельминтозов составила менее 1% (0,03%). В 2015-2024 гг., за исключением 2020 и 2021 годов – периода пандемии COVID-19, средний многолетний показатель заболеваемости гименолепидозом всего населения составил 0,06 на 100 тыс. населения. Средний многолетний показатель заболеваемости детей до 17 лет зафиксирован на уровне 0,17 на 100 тыс. детского населения. Ретроспективный анализ за 10-летний период показал выраженную тенденцию снижения заболеваемости гименолепидозом (Тсн.=6,7%).

По данным формы № 2 Федерального статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за 2024 год» в Российской Федерации в 2024 году было зарегистрировано 56 случаев гименолипедоза в 25 субъектах. Показатель заболеваемости в 2024 году составил 0,04 на 100 тыс. населения, аналогичный показатель в 2023 году (60 случаев, показатель заболеваемости 0,04 на 100 тыс. населения).

На территории всех Федеральных округов Российской Федерации регистрируются случаи заболевания гименолепидозом: Уральский – 9 случаев (16,1%), Северо-Западный – 8 случаев (14,3%), Южный – 8 случаев (14,3%), Дальневосточный – 8 случаев (14,3%), Центральный – 6 случаев (10,7%), Северо-Кавказский – 6 случаев (10,7%), Сибирский – 6 случаев (10,7%), Приволжский – 5 случаев (8,9%). Согласно полученным данным наибольшее количество случаев было зафиксировано на территории Приморского края – 6 случаев (10,7%), Калужской области – 5 случаев (10%), Республики Дагестан – 4 случая (7%).

Заражению в основном были подвержены дети до 17 лет, зарегистрировано 36 случаев (64,3%). Число случаев инвазии по возрастным группам распределилось следующим образом: дети до 2 лет 1 случай (2,7%), 3-6 лет 7 случаев (19,4%), 7-14 лет 25 случаев (69,4%), 15-17 лет 3 случая (8,5%). Показатель заболеваемости детей до 17 лет в 2024 году составил 0,12 на 100 тыс. детского населения. Пораженность городских жителей 80,4% от общего числа зарегистрированных случаев.

Заболеваемость гименолепидозом за последние годы имеет тенденцию к снижению, но случаи инвазии продолжают регистрироваться на территории всей Российской Федерации. Данный гельминтоз более опасен для детского населения, так как легко и сравнительно быстро происходит заражение, при условии тесного контакта с заболевшим и не соблюдении норм личной и общественной гигиены. А также в силу особенностей жизненного цикла гельминта возникает сложность в своевременной диагностике и подборе высокоинформативных методов.

Список литературы.

1. «Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы)»: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова; г. Санкт-Петербург 2008г.

2. «Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней» Т.1/Н.И. Брико, Г.Г. Онищенко, В.И. Покровский; г. Москва 2019г.

3. Форма №2 Федерального статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за 2024 год»

Давыдова М.А.[1,2], Клещенко Е.И.[1,2], Сахарова В.В.[2], Брюханова Г.Д.[1]

АУДИТ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРЕ

[1]Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Детская краевая клиническая больница, Краснодар

В рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности оценивают эпидемиологическую безопасность. [1] На основании локальной программы по эпидемиологической безопасности, в

детском стационаре ежеквартально проводится аудит отделений со сбором информации, анализа и с предоставлением отчета руководителю.

Для оценки работы отделений по вопросам эпидемиологической безопасности разработаны: «чек-лист по вопросам инфекционной безопасности», «чек-лист гигиеническая обработка рук мылом (кожным антисептиком)», «чек-лист по эпидемиологической безопасности буфетов и столовых» и др.

Пример отчета по эпидемиологической безопасности за 3-й квартал 2025г. Проведена оценка работы в 18 отделениях детского стационара в том числе в 7-ми хирургических, в 2-х соматических и 1 вспомогательных, 7 отделений перинатального центра, одном отделении детского диагностического центра. Опрос по чек листам проведен у 192 сотрудников. По хирургическим отделениям выявлены нарушения: не выполняются требования к гигиенической обработке рук, отмечены неполные знания у медицинского персонала гигиенической обработки рук. Во всех отделениях отмечается наличие инструкций, журналов, приказов, проведение инструктажей, свободный доступ к информации.

За период 14.08.25–18.08.2025 в рамках отчета для «Школы старших медицинских сестер» проведена оценка работы во всех буфетных отделений и пищеблока. установлено, что необходимо обновить маркировку моечной ванны и транспортной таре. Проведено 3 заседания комиссии по инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

1. В июле проведено третье заседание комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи «О профилактике кишечных инфекций. Результаты аудита отделений».

2. В августе проведено четвертое заседание комиссии по профилактике ИСМП «Инфицированная послеоперационная рана тыла правой стопы у пациента травматолого-ортопедического отделения».

3. В сентябре проведено пятое заседание комиссии по профилактике ИСМП «Инфицированная послеоперационная рана левой паховой области у пациента урологического отделения».

За 3-й квартал 2025 г. подготовлены 7 приказов, внесены в реестр приказов по инфекционной безопасности.

По итогам проведенных аудитов эпидемиологической безопасности разрабатываются предложения по устранению выявленных нарушений с установленными сроками.

Список литературы.

1. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №785н №Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Доброхотский О.Н., Тюрин Е.А.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА ПРИ РАБОТЕ С ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии, п. Оболенск

Трудовой кодекс Российской Федерации устанавливает обязанность работодателей проводить системные мероприятия по управлению профессиональными рисками на рабочих местах, связанные с выявлением опасностей, оценкой и снижением уровней профессиональных рисков.

Оценка риска является составной частью анализа риска, который включает в себя также управление риском и информирование о риске. [1]

Так как при работе с патогенными биологическими агентами (ПБА) вероятность причинения вреда здоровью человека осуществляется в результате воздействия опасных биологических факторов, то такие профессиональные риски следует называть биорисками.

Информирование работодателей и персонала о биорисках проводится путем проведения обучения, инструктажей, оформления допуска к работе с ПБА, что законодательно закреплено в санитарных правилах. [2]

Оценка биорисков позволяет предоставить руководству организаций объективные сведения о наиболее типичных точках локализации биологических опасностей и обосновать первоочередные мероприятия по уменьшению величины биорисков.

Оценка профессионального риска может быть априорная (предварительная) и апостериорная (окончательная).

При апостериорной оценке профессионального риска проводится оценка зависимости «экспозиция – ответ», где устанавливаются причинно-следственные связи негативных изменений состояния здоровья работников с уровнем вредных и (или) опасных факторов рабочей среды и трудового процесса и устанавливается степень этой связи.

Для биорисков нерационально проводить оценку воздействия (экспозиции) и оценку зависимости «экспозиция – ответ», так как заражение сотрудников инфекционным заболеванием не всегда зависит от продолжительности контакта с возбудителем и среднесменным уровнем его воздействия. Заражение персонала зависит от многих факторов, в том числе от вирулентности, контагиозности, способа передачи возбудителя, состояния иммунной системы восприимчивого организма.

Для некоторых возбудителей минимальными инфицирующими дозами при ингаляционном заражении являются единичные клетки. [3] Для многих возбудителей минимальные инфицирующие дозы не определены. Поэтому класс условий труда при работе с патогенными микроорганизмами определяют без проведения измерений. [4]

При сборе эпидемиологического анамнеза установление причинно-следственной связи между негативными изменениями состояния здоровья и контактом с ПБА обычно не вызывает затруднений. Также представляется нецелесообразным проведение апостериорной оценки биорисков на основании поставленных диагнозов инфекционных заболеваний, так как основной целью мероприятий по обеспечению биобезопасности является снижение величины биорисков до допустимого уровня, а именно - обеспечение условий для защиты персонала и населения от воздействия ПБА.

Априорная оценка биорисков начинается с проведения гигиенической оценки факторов рабочей среды и трудового процесса в соответствии с методическим документом [1]. Определяется класс условий труда и степень вредности при работе с патогенными микроорганизмами в зависимости от их потенциальной опасности (тяжести заболеваний, которые вызывают эти возбудители).

При выполнении оценки биорисков проводится идентификация (выявление) опасностей. Опасностями при оценке биорисков являются факторы среды и трудового процесса, которые могут быть причиной инфицирования персонала.

Для выявления опасностей собирают всю возможную информацию, касающуюся работ с ПБА.

На основе анализа полученных данных составляют реестр идентифицированных (выявленных) опасностей, которые своевременно актуализируют.

Для биорисков проявлением опасностей (ущербом) является инфекционное заболевание персонала. Для каждой выявленной опасности определяют уровень ущерба, связанного с ее проявлением. Для этого может быть использована шкала ущерба, разработанная в организации методом экспертной оценки на основе установленного ранее класса условий труда и степени вредности при работе с ПБА. Каждому уровню шкалы путем экспертной оценки ставят определенный весовой коэффициент.

Для определения вероятности наступления ущерба от выявленных опасностей при оценке биорисков можно использовать трехуровневую шкалу оценки вероятностей. [5]

Далее проводится количественная оценка биорисков, целью которой является установление уровней риска, категорирование уровней риска и оценка их приемлемости.

Расчет количественных показателей биориска (R) производится с использованием принципиальной формулы [1]:

$R = p \cdot G$

где: p – вероятность наступления ущерба здоровью работника (инфекционное заболевание);

G – тяжесть ущерба (инфекционного заболевания).

Для категорирования уровней биорисков и оценки их приемлемости используется трехуровневая шкала оценки значимости биорисков, разработанная в организации методом.

Определив биориски, которым следует уделить внимание в первую очередь, принимаются решения и действия, направленные на обеспечение биобезопасности и здоровья работников, т.е. производится управление биорисками.

Разрабатываются меры по устранению опасностей и снижению уровней биорисков. При высокой значимости биориска принимаются срочные меры по ее снижению. При умеренной значимости биориска разрабатывается план по ее снижению. При низкой значимости биориска не требуется проведения мероприятий по ее снижению, но проводятся мероприятия по недопущению повышения значимости этого биориска.

Список литературы.

1. Р 2.2.3969-23 «Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников. Организационно-методические основы, принципы и критерии оценки».

2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

3. В.В. Буянов, Н.В.Колесников «Современные средства индивидуальной защиты, применяемые для обеспечения биологической безопасности», Москва., 2012, стр.9.

4. Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».

5. ГОСТ Р 12.0.010-2009 Определение опасностей и оценка рисков.

Ерш А.В., Филатов П.В., Ушкаленко Н.Д., Полтавченко А.Г.

МУЛЬТИПЛЕКСНЫЙ ДОТ-ИММУНОАНАЛИЗ ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОЙ ДЕТЕКЦИИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ И АНТИГЕНА NS1 ВИРУСА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор», р.п. Кольцово, Новосибирская область

Вирус клещевого энцефалита (ВКЭ), входящий в род Orthoflavivirus, представляет собой широко распространенный патоген, вызывающий тяжелые заболевания у людей и животных. Данная инфекция классифицируется как трансмиссивный антропозооноз, заражение которым происходит через укусы инфицированных клещей. Мировая статистика фиксирует около 10000 случаев заражения клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) ежегодно [1,2]. Поскольку клиническая картина заболевания на начальных этапах неспецифична и совпадает с симптомами многих других инфекций, ключевую роль в его диагностике на разных стадиях играют

лабораторные исследования. В настоящее время одним из основных методов выявления ВКЭ является серологическая диагностика, в частности иммуноферментный анализ (ИФА) [3,4].

Целью настоящего исследования была разработка метода на основе дот-иммуноанализа для одновременного обнаружения в сыворотке (плазме) крови человека маркеров клещевого энцефалита: антител класса IgG, класса IgM и раннего вирусного белка NS1. В основе методики лежит специфическое связывание целевого аналита из образца с иммобилизованными на подложке реагентами захвата и детекционными реагентами, конъюгированными с коллоидным золотом. Визуализация результата достигается за счет каталитического осаждения металлического серебра из раствора физического проявителя на частицах золота, выступающих в качестве затравки. Для усиления оптического сигнала полученный осадок серебра переводят в сульфид серебра путем обработки щелочным раствором тиомочевины.

Было установлено, что для определения специфических IgM и IgG к ВКЭ могут быть использованы антивидовые моноклональные антитела к человеческим IgM и IgG.

На первом этапе инкубации IgM и IgG, присутствующие в анализируемом образце, связываются с пространственно разделёнными и иммобилизованными на твердой фазе моноклональными антителами против человеческих IgM и IgG соответственно.

На втором этапе инкубации связавшиеся специфические антитела взаимодействуют с рекомбинантным белком EDIII ВКЭ (фрагмент домена III поверхностного белка Е ВКЭ), конъюгированным с коллоидным золотом.

Детекция белка NS1 ВКЭ проводилась с использованием моноклональных антител к NS1, иммобилизованных на отдельном участке подложки, и конъюгата коллоидного золота с антителами против NS1.

Таким образом, представленный метод позволяет дискретно выявлять иммунный ответ к ВКЭ и проводить диагностику на разных стадиях заболевания.

Сравнительный анализ проводился с использованием массива сывороток, охарактеризованных коммерческими тест-системами АО «Вектор-Бест» (ВектоВКЭ-IgG, ВектоВКЭ-IgM, ВектоВКЭ-антиген), и показал полное совпадение результатов.

Время проведения анализа составляет 70 мин. Разработанный метод может найти применение для скрининга клинических образцов как в местах оказания медицинской помощи, так и в полевых условиях.

Исследование проводилось в рамках выполнения государственного задания.

Список литературы.

1. Cleton N., Godeke G.J., Reimerink J., et al. Spot the Difference-Development of a Syndrome Based Protein Microarray for Specific Serological Detection of Multiple Flavivirus Infections in Travelers. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2015;9:e0003580. doi:10.1371/journal.pntd.0003580.

2. Jarmer J., Zlatkovic J., Tsouchnikas G., et al. Variation of the Specificity of the Human Antibody Responses after Tick-Borne Encephalitis Virus Infection and Vaccination. Journal of Virology. 2014;88(23):13845-13857. doi:10.1128/JVI.02086-14.

3. Guzmán M.G., Kourí G. Dengue diagnosis, advances and challenges. Int J Infect Dis. 2004;8(2):69-80. doi:10.1016/j.ijid.2003.03.003.

4. Weissbach F.H., Hirsch H.H. Comparison of Two Commercial Tick-Borne Encephalitis Virus IgG Enzyme-Linked Immunosorbent Assays. Clin Vaccine Immunol. 2015;22(7):754-760. doi:10.1128/CVI.00096-15.

Ефименко К.Д., Горб Е.А.

ПЕЙЗАЖ САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Микробиологическая лаборатория центра лабораторных технологий диагностического центра Детской городской клинической больницы города Краснодара, Краснодар

Актуальность: среди бактериальных кишечных инфекций сальмонеллёз занимает одно из ведущих мест. Ежегодно во всём мире сальмонеллы вызывают 153 млн случаев диареи и 57 тыс. смертей [1, 2]. В настоящее время в России, как и во многих странах мира, ведущее значение в этиологии инфекций занимает *Salmonella enteritidis* [3]. В Российской Федерации для многолетней динамики заболеваемости сальмонеллёзом характерна общая тенденция к снижению показателя. В 2022 г. уровень заболеваемости сальмонеллезом составил 17,1 на 100 тыс. населения, что ниже среднего многолетнего показателя (далее – СПМ) за период 2010–2019 гг. – 29,1 [7]. В 2022 г. В 22 субъектах страны было зарегистрировано 27 (в 2021 г. – 24) очагов групповой заболеваемости сальмонеллёзом с общим количеством пострадавших 1204 (в 2021 г. – 659) человек. При этиологической расшифровке установлено, что в большинстве очагов выделена *Salmonella enteritidis*.

Цель исследования: изучить пейзаж сальмонелл, выделенных от амбулаторных пациентов на базе МБЛ ЦЛТ ДЦ ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» за 2022-2024 гг.

Материалы и методы: бактериологический, серологический. Проведён анализ и статистическая обработка данных, полученных в МБЛ ЦЛТ ДЦ ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара».

Результаты и обсуждения: По данным МБЛ ЦЛТ ДЦ ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» в 2022 г. поступило 14927 проб, из них положительных – 74 пробы; в 2023 г. – 14177 проб, из них положительных – 107 пробы; в 2024 г. – 12939 проб, из них положительных – 111. Как мы можем видеть, показатель высеваемости с каждым годом растет и увеличился почти в 2 раза с 2022 года

к 2024 году. Среди положительных проб, первое место по высеваемости занимают бактерии рода *Salmonella*, их количество увеличилось с 69 в 2022 г. до 94 в 2024 г.; на втором – *Escherichia coli* и в редких случаях за исследуемый период были выделены бактерии рода *Shigella*. За все три исследуемых года чаще всего выделялась *Salmonella enteritidis*, на втором месте – *Salmonella muenchen*. В 2022 году выделили *Salmonella enteritidis* 31 штамм из 74 положительных проб (41,89%), в 2023 году – *S. Enteritidis* 38 штаммов (35,51%), в 2024 году – *S. Enteritidis* 45 штаммов (40,54%). Таким образом *Salmonella enteritidis* был лидирующим сероваром и в среднем составил 40% от общего числа выделенных штаммов. В 2022 году, по данным референс-центра по мониторингу сальмонеллёзов, на долю трёх основных серотипов (*Enteridis, Typhimurium и Infantis*) приходилось 87, 34% от общего числа изолятов сальмонелл, выделенных от людей в учреждениях Роспотребнадзора, при этом на долю *S. Enteritidis* приходилось 77,98% [4]. Для сальмонеллёза, вызванного Salmonella enteritidis наблюдался характерный сезонный подъём с апреля по ноябрь. В 2022 году с 16 (весной) показатель вырос до 31 в сентябре; в 2023 г. с 20 (весна) до 45 в сентябре; в 2024 г. с 18 (весной) до 56 в сентябре. Одной из причин сезонного подъёма может быть повышение температуры в весенне-летний период времени. В исследованиях, проведённых в разных странах, было установлено, что количество случаев сальмонеллёза увеличивается на 3,4–6,2% с повышением среднемесячной температуры на 1ºС [4-6].

Выводы: бактерии рода *Salmonella* – один из ведущих бактериальных возбудителей кишечных инфекций. *Salmonella enteritidis* занимает ведущее значение среди других серотипов сальмонелл в России, что совпадает с полученными нами данными за 2022–2024 г. Наблюдается значительный рост выделения положительных проб именно в весенне-летний период, что скорее всего связано с благоприятными погодными условиями для развития бактерий, соответствующей температуре и в нашем крае, с начинающимся курортным сезоном.

Список литературы.

1. Crump JA, Sjölund-Karlsson M, Gordon MA, Parry CM. Epidemiology, Clinical Presentation, Laboratory Diagnosis, Antimicrobial Resistance, and Antimicrobial Management of Invasive Salmonella Infections. Clin Microbiol Rev. 2015;28(4):901-937. https://doi.org/10.1128/CMR.00002-15

2. Haselbeck AH, Panzner U, Im J, Baker S, Meyer CG, Marks F. Current perspectives on invasive nontyphoidal Salmonella disease. Curr Opin InfectDis.2017;30(5):498503. https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000398

3. Бактериальные болезни: учебное пособие. Под ред. Н.Д. Ющука. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

4. Davis BPF, Amin J, Graham PL, Beggs PJ. Climate variability and change are drivers of salmonellosis in Australia: 1991 to 2019. Sci Total Environ. 2022;843:156980. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.156980

5. Kynčl J, Špačková M, Fialová A, Kyselý J, Malý M. Influence of air temperature and implemented veterinary measures on the incidence of human salmonellosis in the Czech Republic during 1998-2017. BMC Public Health. 2021;21(1):55. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10122-8

6. Aik J, Heywood AE, Newall AT, Ng LC, Kirk MD, Turner R. Climate variability and salmonellosis in Singapore – A time series analysis. Sci TotalEnviron.2018;639:12611267. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.05.254

7. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году», Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023. 368 с. с. 221-222

Жаворонок С.В., Ефремов С.Д., Давыдов В.В., Бабенко А.С., Жмуровская Л.С., Дубилевич А.В., Задора И.С., Баюр Н.Г.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ Е

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение: несмотря на совершенствование диагностических методов и растущее число выявленных случаев, ВГЕ остаётся недостаточно изученным в клинико-лабораторном аспекте. На территории Беларуси эпидемические вспышки не регистрировались, однако сероэпидемиологические исследования свидетельствуют о скрытой циркуляции вируса. Частота выявления антител к ВГЕ у лиц старше 64 лет достигает 11,4%. В группах риска: охотники, работники свиноферм этот показатель достигает 50% (1). Выявлены аутохтонные и завозные случаи ГЕ. Эндемичным геновариантом ВГЕ для Беларуси является генотип 3. Нуклеотидные последовательности ВГЕ, обнаруженные в организме людей и животных, обладают значительным генетическим полиморфизмом и кластеризуются с референсными последовательностями 3c, 3i, 3f, 3g и 3ra субгенотипов ВГЕ.

Цель: Оценка клинико-лабораторных характеристик течения ВГЕ у госпитализированных пациентов.

Материалы и методы: В исследование включены 53 пациента с подтверждённой ВГЕ-инфекцией (IgM-положительные, отрицательные по HAV, HBV и HCV), госпитализированные в инфекционные стационары Минска в 2016–2025 гг. Оценивались клиническая форма (желтушная или безжелтушная), тяжесть заболевания, длительность госпитализации, а также значения биохимических показателей: аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), общего билирубина, щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТП), ферритина, лактатдегидрогеназы (ЛДГ), С-реактивного белка (СРБ) и мочевины. Статистическая обработка

включала корреляционный анализ Спирмена и непараметрические сравнения между группами.

Результаты: Анализ биохимических данных выявил широкую вариабельность печёночных и внепечёночных маркеров. Среднее значение АЛТ составило 1290,9 МЕ/л, медиана – 792 МЕ/л, с межквартильным размахом в 1606 МЕ/л. Для АСТ среднее значение – 1036,1 МЕ/л, медиана – 634 МЕ/л. Общий билирубин имел медиану 99 мкмоль/л при среднем значении 127,4 мкмоль/л. ЩФ в анализируемой подгруппе (n=24) достигала средних значений 348,2 МЕ/л, а ГГТП – 384,0 МЕ/л (n=49). Отмечены также повышенные уровни ферритина (медиана 571 мкг/л), ЛДГ (медиана 460 МЕ/л) и СРБ (медиана 4 мг/л). Желтушная форма наблюдалась у 12 пациентов (22,6%). У них регистрировались достоверно более высокие уровни АЛТ, АСТ и общего билирубина по сравнению с безжелтушной формой. Корреляция между желтушной формой и билирубином составила $\rho = 0,49$ ($p < 0,001$), для АЛТ и АСТ – также $\rho \approx 0,49$ ($p < 0,001$). ЩФ и ГГТП были выше у пациентов с желтухой ($\rho = 0,53$ и 0,36 соответственно), в то время как ЛДГ, СРБ и мочевина не имели статистически значимых различий. Ферритин продемонстрировал тенденцию к повышению при желтушной форме ($\rho = 0,60$; $p \approx 0,01$), но из-за ограниченного числа наблюдений этот вывод требует уточнения. Тяжесть заболевания (лёгкая, среднетяжёлая, тяжёлая) положительно коррелировала с лабораторными показателями. Наиболее значимая связь выявлена между уровнем общего билирубина и тяжестью ($\rho = 0,63$; $p < 0,001$). АСТ и АЛТ также достоверно повышались при утяжелении состояния ($\rho = 0,51$ и 0,44 соответственно). ЩФ имела умеренную корреляцию ($\rho = 0,47$; $p < 0,05$), в то время как ГГТП и ЛДГ статистически значимых различий не показали. Уровень ферритина был выше при тяжёлом течении ($\rho = 0,60$; $p < 0,05$). Длительность госпитализации достоверно коррелировала с билирубином ($\rho = 0,45$; $p < 0,01$) и мочевиной ($\rho = 0,51$; $p < 0,05$), что может указывать как на выраженность печёночной дисфункции, так и на системные проявления, включая поражение почек. Умеренная положительная связь выявлена также с уровнем ГГТП ($\rho = 0,42$; $p < 0,05$). При этом трансаминазы (АЛТ и АСТ) не имели значимой связи с продолжительностью госпитализации ($\rho \approx 0,0$; $p > 0,5$). СРБ, ЛДГ и креатинин не продемонстрировали статистически значимых корреляций с тяжестью, формой или длительностью лечения.

Выводы:

1. Клинически диагносцированные формы ВГЕ имеют широкий спектр клинико-биохимических проявлений.

2. Желтушные формы гепатита Е ассоциированы с достоверно более высокими уровнями АЛТ, АСТ, билирубина, ЩФ и ГГТП, что отражает наличие выраженного цитолиза и холестатического компонента.

3. Тяжесть заболевания тесно связана с гипербилирубинемией и повышением АЛТ, что делает эти параметры надёжными индикаторами прогноза.

4. Длительность госпитализации зависит прежде всего от уровня общего билирубина и мочевины, что позволяет рассматривать их как возможные прогностические маркеры.

5. Ферритин может быть индикатором тяжёлого течения и системного воспаления при ВГЕ, однако требуется расширение выборки.

Список литературы.

1. Молекулярно-эпидемиологическое исследование случаев острого гепатита Е в Беларуси / В.В. Давыдов [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. –2022. – № 6. – С. 625–636.

Жданов К.В.[1,2], Сухорук А.А.[2]

ГЕПАТИТ D – НА ПУТИ К ЭЛИМИНАЦИИ И ИЗЛЕЧЕНИЮ

[1] Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Хронический гепатит D (ХГD) – наиболее тяжелый вариант хронического вирусного гепатита, характеризующийся высокой (90%) частотой хронизации суперинфекции с развитием цирроза печени у 70% пациентов в течение 5-10 лет, значительно более высоким риском развития печеночной недостаточности и гепатоцеллюлярной карциномы по сравнению с хроническим гепатитом В (ХГВ) [1].

Зависимость вируса гепатита D (ВГD) от вируса гепатита В (ВГВ) в части использования HBsAg для построения оболочки рассматривалась основанием для применения аналогов нуклеозидов, подавляющих репликацию ВГВ (адефовира, энтекавира, тенофовира) с целью лечения ХГD. Однако препараты для лечения ХГВ не продемонстрировали эффективности в связи с отсутствием влияния на синтез HBsAg в клетке за счет ДНК ВГВ, интегрированной в геном гепатоцита [2, 3].

Долгое время препаратом для лечения ХГD в реальной клинической практике оставался пегилированный интерферон альфа (ПэгИФН), применяемый off-label (по незарегистрированному показанию) и характеризующийся низкой эффективностью – по данным рандомизированных контролируемых исследований частота вирусологического ответа через 24 недели после окончания 48 и 96 недель лечения не превышала 31% и 23%, соответственно; увеличение сроков лечения до 96 недель и присоединение тенофовира не приводили к повышению эффективности; более чем у 50% ответивших наблюдались поздние рецидивы, что не позволяло говорить об устойчивом ответе [4].

Основная цель лечения ХГD – снижение вирусной нагрузки (ВН) ВГD для предотвращения прогрессирования заболевания в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Первым и единственным зарегистрированным препаратом с доказанной клинической эффективностью,

позволяющим достичь цели лечения ХГD является Булевертид, препятствующий проникновению ВГD в гепатоцит.

Результаты клинических исследований 2-3 фазы, а также опыт применения в реальной клинической практике демонстрируют высокую эффективность комбинированной терапии Булевиртид + ПэгИФН – вирусологический ответ в виде снижения ВН ВГD > 2 log10 (ВО) через 48 недель лечения был зарегистрирован у 100% пациентов, тогда как в случае использования моно-терапии ПэгИНФ только в 40%; у 80% пациентов наблюдалось исчезновение РНК ВГD. При обследовании через 24 недели после завершения лечения ВО сохранялся у 73% пациентов, получивших комбинированную терапию. Полученные данные свидетельствуют о синергизме препаратов в подавлении распространения ВГD [5].

Обращает на себя внимание и активность комбинированной терапии в отношении ВГВ – снижение уровня HBsAg отмечено у 47% пациентов, исчезновение HBsAg – у 20%, HBsAg-сероконверсия – у 13% пациентов, сохранявшиеся через 24 недели после завершения лечения у 40%, 31%, 23% пациентов, соответственно [1].

При наличии противопоказаний к назначению или непереносимости ПэгИФН, несмотря на более низкую эффективность монотерапии Булевертидом, его назначение также оправдано. При монотерапии булевиртидом в дозе 2 мг в течение 48 недель ВО наблюдался у 60% пациентов, нормализация уровня АЛТ – у 73%. Доказано, что продленная до 96 недель монотерапия повышает частоту ВО и его сохранение по мере лечения, а также повышает частоту достижения авиремии на лечении. Кроме того, наблюдается биохимический и гистологический ответ, почти в 3 раза снижается частота декомпенсации при циррозе печени, непрерывно улучшается качество жизни пациентов [1, 5].

Рандомизированное сравнительное открытое многоцентровое международное исследование 2 фазы с включением 174 пациентов, в т.ч. 59 (34%) – с циррозом печени продемонстрировало возможность перехода с комбинированной терапии на монотерапию с сохранением ВО и биохимического ответа. Предикторами эффективности являлись исходно низкая ВН (менее 5,1 log10), плотность печени менее 11,1 кПА, уровень HBsAg менее 1 log10, а также ранняя, стойкая, длительная авиремия на лечении [1, 5].

Список литературы.

1. Богомолов П. О., Ивашкин В. Т., Буеверов А. О., Сюткин В. Е., Сагалова О. И., Слепцова С. С. и др. Эффективность и безопасность булевиртида в лечении хронического гепатита D – результаты рандомизированных контролируемых исследований. Инфекционные болезни. 2020;18(4):153-162.

2. Ивашкин В. Т., Ющук Н. Д. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В. – М., 2014. – 67 с.

3. Жданов К. В., Лобзин Ю. В., Гусев Д. А., Чирский В. С. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы 2003; 2: 11-16.

4. Wedemeyer H., Yurdaydin C., Hardtke S., Caruntu F. A., Curescu M. G., Yalcin K., et al. Peginterferon alfa-2a plus tenofovir disoproxil fumarate for hepatitis D (HIDIT-II): a randomised, placebo controlled, phase 2 trial. Lancet Infect Dis. 2019;19(3):275-286. DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30663-7

5. Lampertico P., Wedemeyer H., Brunetto M., Bogomolov P., Stepanova T., Zeuzem S., Cornberg M., Buti M., et al. Continued treatment of early non-responder or partial virologic responders with bulevirtide monotherapy in patients with chronic hepatitis D through week 96 leads to improvement in virologic and biochemical responses. J Hepatology. 2023, 78, suppl. 1, S113-4, LBP20.

Жданов К.В.[1,2], Сухорук А.А.[2]

ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ В И С У БЕРЕМЕННЫХ

[1] Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Влияние вирусов гепатита В и С (ВГВ, ВГС) на репродуктивное здоровье женщин является важной областью исследований, охватывающей демографические и клинические аспекты. По разным оценкам, из всех инфицированных ВГВ и ВГС женщины составляют приблизительно 40-50%, из них большинство находятся в репродуктивном возрасте. Зачастую о факте инфицирования женщины впервые узнают во время обследования при постановке на учет в связи с беременностью.

Женщины с хроническим гепатитом В или С (ХГВ, ХГС) имеют повышенный риск осложнений беременности, включая преждевременные роды, низкий вес новорожденного и гестационный диабет. Беременные женщины с ХГВ, ХГС составляют особую группу пациентов с высоким риском передачи инфекции плоду.

При вирусной нагрузке ВГВ у матери меньше $2{,}0\times10^4$ МЕ/мл риск перинатального инфицирования ребенка, получившего стандартные меры профилактики (иммуноглобулин человека против гепатита В одновременно с вакциной для профилактики вирусного гепатита В), не превышает 1%, тогда как при вирусной нагрузке $2{,}0\times10^7$ МЕ/мл и более риск увеличивается до 15%. Доказано, что применение тенофовира у матерей с вирусной нагрузкой более $1{,}0\times10^7$ МЕ/мл позволяет снизить риск инфицирования новорожденных с 20% до 2% [1].

Тактика ведения беременных женщин с хроническим гепатитом В (ХГВ) хорошо известна и описана в клинических рекомендациях [1, 2]:

– всем беременным женщинам с высокой репликативной активностью ВГВ (с уровнем вирусной нагрузки ВГВ выше $2{,}0\times10^5$ МЕ/мл или уровнем HBsAg, превышающим 4log10 МЕ/мл) назначают тенофовир дизопроксил фумарат на 24-28-й неделях беременности;

– беременным женщинам с ХГВ и стадиями фиброза F3-4 по METAVIR рекомендовано назначать противовирусную терапию тенофовиром;

– в случае если женщина начала получать противовирусную терапию до наступления беременности рекомендуется ее продолжать с использованием тенофовира или энтекавира.

– отменять противовирусную терапию после родов не рекомендуется из-за возможности развития обострения ХГВ.

Несмотря на наличие высокоэффективных препаратов для лечения ХГС, тактика ведения беременных женщин до конца остается не ясной [3, 4]. В 2024 году был опубликован систематический обзор и метаанализ 8876 статей из 5 баз данных (PubMed, MEDLINE, EMBASE, Scopus, Web of Science), включающий данные о 225 862 858 беременных женщинах из 227 исследований [5]. Глобальная серопревалентность и виремическая распространенность ВГС среди беременных женщин составила 3,9% (95% ДИ: 2,6–5,4) и 1,3% (95% ДИ: 0,5–2,36) соответственно. Риск передачи ВГС от матери к ребенку составил 8,8% (95% ДИ: 6,1–11,9), причем способ родоразрешения на данный показатель влияния не оказывал. Представляют большой интерес результаты лечения ХГС во время беременности. Были проанализированы шесть исследований, в которые были включены 60 беременных женщин, из них 25 получали софосбувир/ледипасвир, 7 – софосбувир/даклатасвир, 2 – софосбувир/велпатасвир и у 26 схема ПВТ была неизвестна. Устойчивый вирусологический ответ составил 100%. Нежелательных явлений, связанных с лечением и потребовавших его прекращения, среди беременных, матерей или новорожденных не наблюдалось.

Таким образом, ограниченные данные свидетельствуют об эффективности и безопасности применения препаратов прямого противовирусного действия для лечения ХГС у беременных женщин, что при дальнейшем изучении может помочь разработать оптимальную тактику ведения данной категории пациентов. Необходимо отметить, что в настоящее время в нашей стране нет зарегистрированных схем лечения ХГС, которые можно применять в период беременности.

Список литературы.

1. Абдурахманов Д. Т., Бацких С. Н., Жаркова М. С. и др. Хронический гепатит В. Клинические рекомендации. – М., 2024. – 98с.

2. Ивашкин В. Т., Ющук Н. Д. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В. – М., 2014. – 67 с.

3. Жданов К. В., Козлов К. В., Сукачев В. С. и др. Элиминация HCV-инфекции: история с продолжением // Журнал инфектологии. 2018. Т. 10, № 4. С. 6-13.

4. Wei L., Jia J. D., Wang F. S., Niu J. Q., Zhao X. M., Mu S., et al. Efficacy and safety of elbasvir/grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1, 4, or 6 infection from the Asia-Pacific region and Russia: Final results from the randomized C-CORAL study. J. Gastroenterol. Hepatol. 2019; 34(1): 12-21. DOI: 10.1111/jgh.14509

5. Quek J. W. E., Loo J. H., Lim E. Q., Chung H. L., et al. Epidemiology, natural history, and treatment outcomes of pregnant women with HCV infection: a systematic review and meta-analysis of 227 studies and 255,862,858 women. Gastroenterology, Volume 166, Issue 5, Supplement, 18–21 May 2024, Pages S-1564-S-1565.

Жданова И.А., Смычкова Е.В, Осадчая Е.И., Краковец И.В., Картавцева А.В.

РАННИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У НОВОРОЖДЕННЫХ

Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Актуальность. Инфекция, вызванная SARS-CoV-2 у беременных, как и другие вирусные инфекции, может оказывать неблагоприятное воздействие на плод. В начале пандемии новой коронавирусной инфекции (НКВИ) ВОЗ определила беременных женщин, перенесших инфекцию, как группу повышенного риска развития преждевременных родов, задержки роста плода. Неонатологи и педиатры анализируют последствия перенесенной во время беременности НКВИ. Особенно важно изучение перинатальных исходов у женщин, перенесших инфекцию SARS-CoV-2 во 2 триместре беременности, когда происходит рост основных органов плода [1-3].

Цель исследования. Изучить состояние здоровья детей, родившихся от матерей с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 107 амбулаторных карт детей, наблюдавшихся в отделении катамнеза ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» в 2020-2022гг. с подтвержденной инфекцией COVID-19 у матери во время беременности. Среди детей 58 мальчиков (54.2%) и 49 девочек (45,8%). Рождены в срок 11 детей (10,3%), недоношенными – 96 детей (89,7%). У 27 матерей (25%) родоразрешение естественным путем, у 80 (75%) – путем операции кесарева сечения. В зависимости от срока гестации, на котором была выявлена коронавирусная инфекция, дети были разделены на 2 группы: первая группа – COVID-19 в I–II триместре беременности, вторая – в III триместре.

Результаты. В I группе было 9 доношенных детей (15,8%) и 48 (84,2%) недоношенных. Со сроком гестации до 28 недель родились 9 детей (18,8%), со сроком гестации 28-32 недели – 12 детей (25%) и 32-35 недель – 26 детей (54,2%). 15 детей (31,3%) родилось с ЭНМТ и НМТ, 28 детей (58,3%) с массой тела от 1,5 до 2 кг, и только 5 детей (10,4%) с массой тела более 2.5 кг.

Родились со ЗВУР 10 детей (17,5%). 32 ребенка (56,1%) были госпитализированы в реанимационное отделение и нуждались в искусственной вентиляции легких. 7 детей (12,3%) перенесли сепсис, 11 детей (19,3%) – некротический энтероколит, 8 детей (14%) – ВЖК, БЛД -19 детей (39,6%). Церебральная ишемия различной степени диагностирована у 20 детей (41,7%). Ретинопатия новорожденных развилась у 11 детей (22,9%), двоим из них проведена операция лазерной ретинопексии. В I группе у 6 детей (10,5%) диагностированы пороки развития: синдром Олмстеда у одного ребенка, атрезия 12-персной кишки у одного ребенка, мультикистозная трансформация правой почки у одного ребенка, у двоих детей – пилоростеноз. Позднее у 1 ребенка развилась нефробластома слева, еще у одного – туберозный склероз. Во II группе детей, родившихся в сроке до 28 недель гестации, не было. 17 (35,4%) детей рождены в сроке 28-32 недели гестации, со сроком более 32 недель родилось 33 (68,8%) ребенка. 8 (16%) детей родилось с ЭНМТ и НМТ, 37(74%) детей – с массой 1,5-2,5 кг, 5(10%) детей – с массой тела более 2,5 кг. 5 (10%) детей родилось со ЗВУР. У 14 (28%) детей подтвержден перинатальный контакт по COVID-19. 25 (50%) детям потребовалась ИВЛ, 3 (6%) ребенка перенесли сепсис, у 3-х(6%) развился НЭК, у 2-х(4%) – ВЖК, БЛД – у 8 (16%), церебральная ишемия – у 27 (54%), ретинопатия – у 7 (14%), из них 2 ребенка прооперированы. У 5 (10%) детей диагностированы пороки развития: 1- комбинированный порок сердца, 1- синдром Дауна, 1 – гипоспадия, 1 – гипоплазия левой стопы, укорочение левой нижней конечности, 1- синдром гетеротаксии.

Выводы.

1. Коронавирусная инфекция повышает риск преждевременных родов и КС;
2. У детей, рожденных от матерей перенесших COVID-19 в I-II триместре беременности, чаще диагностировали ЗВУР, сепсис, БЛД, НЭК, ретинопатию;
3. Частота рождения детей с ЭНМТ и ОНМТ выше в группе матерей, перенесших COVID-19 в I- II триместре;
4. Врожденные пороки развития выявлялись с одинаковой частотой.

Список литературы.

1. Мальгина Г.Б., Дьякова М.М., Бычкова С.В. и соавторы «Новая коронавирусная инфекция в I триместре беременности: перинатальные и материнские последствия», журнал «Акушерство и гинекология» 2022, №12. стр.90-99

2. Мальгина Г.Б., Дьякова М.М., Бычкова С.В. и соавторы «Новая коронавирусная инфекция в III триместре беременности: перинатальные и материнские последствия», журнал «Акушерство и гинекология» 2023; №4 стр.58-67

3. Мальгина Г.Б., Дьякова М.М., Бычкова С.В и соавторы «Новая коронавирусная инфекция в II триместре беременности: перинатальные и

материнские последствия», журнал «Российский вестник акушера-гинеколога» 2023:23 (6), стр.34-43

Жукова Л.И.[1,2], Гавришкив Я.Г.[2], Бахтина В.А.[1,2], Дубова Л.В.[1,2]

ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Парвовирусная В19-инфекция (В19VI) – острое инфекционное заболевание, вызываемое парвовирусом человека В19 (В19V) [2].

Клиническая симптоматика подробно описана у детей и иммунокомпрометированных пациентов [3], гораздо меньше публикаций по иммуносохранным взрослым пациентам [4].

Цель исследования: клиническая характеристика В19VI у госпитализированных в ГБУЗ СКИБ г. Краснодара взрослых пациентов.

Под наблюдением находились 73 пациента (женщин 54 – 74,0%), мужчин (29 – 26,0%) среднего возраста 33,7±1,2 лет. Госпитализировались пациенты преимущественно с марта по июль, на 4,1±0,4 день болезни, средний койко-день составил 6,3±0,4. Только 22(30,1%) пациентов отмечали контакт с больными ОРИ или сыпью. Сопутствующие заболевания имелись у 43 (58,9%) человек. Ни в одном направительном и предварительном диагнозе не значилась В19VI. Диагноз подтверждали с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). ДНК В19V в крови была обнаружена у 69 (94,5%) из 73 пациентов, ликвора – у 12 (16,4%), при этом у 10 (13,7%) из последних с менингизмом.

Среднетяжелое течение диагностировали 72 (98,6%) больным, тяжелое течение – 1(1,4%).

Без менингита наблюдали 71 (97,3%) пациентов, из них с менингизмом – 12 (16,9%); серозный менингит диагностирован у 2(2,7%). Осложнения отмечены у 43(58,9%) пациентов, наиболее часто анемия (54,0%), реактивный гепатит (28,0%), реже – пневмония (9,0%), острое повреждение почек (7,0%), малый гидроперикард (2,0%).

У пациентов без менингита заболевания начиналось остро (100,0%), беспокоили слабость (100,0%), недомогание (94,4%), ломота в теле (64,8%), суставные боли, снижение аппетита (по 45,1%), вялость, адинамия (38,0%), озноб (35,2%). Фебрильная температура отмечена у 77,5%, субфебрилитет с самого начала или после фебрилитета – у 57,9%. В 87,3% случаев наблюдали гиперемию ротоглотки с болью и першением в горле (78,9%), реже – сухой кашель (23,9%) и заложенность носа (21,1%).

В 70,0% случаев отмечалась сыпь, которая появлялась на 2,7±0,2 день болезни, исчезала на 7,6±0,6 день. По характеру сыпь была пятнисто-папулезной (37,3%), мелкоточечной (25,5%), пятнистой (23,5%),

петехиальной (17,6%), в 29,4% случаях сыпь имела тенденцию к слиянию, в 15,7% – сопровождалась зудом, в 13,7% – была с геморрагическим компонентом. Наиболее частой сыпь локализовалась на верхних (86,3%) и нижних (90,2%) конечностях, туловище (62,7%), реже на шее (37,3%), на лице (33,3%). В 21,6% случаев наблюдали симптом пурпурных «перчаток и носков». Увеличение лимфоузлов отмечалось у 16,9% пациентов, гепатомегалия – у 2,8%.

У большинства больных существенных отклонений в общем анализе крови и мочи не наблюдали. У 75,0% обследованных отмечалось повышение СРБ, у 33,3% – ферритина, индукция ферментов – ЛДГ (54,5%), ГГТП (50,0%), АЛТ (29,8%), АСТ (34,0%), КФК (20,0%). В 75,0% случаев отмечали повышение Д-димера, в 35,4% – фибриногена, в 45,0% – удлинение АЧТВ, и в 40,0% – снижение ПТВ.

Для лечения пациентов использовали препараты с антивирусной активностью (85,9%) – Интерферон альфа-2b (капли назальные) – 31%; Умифеновир – 31%; Кагоцел – 12,7%; Меглюмина акридонацетат (Циклоферон) – 8,5%; Риамиловир (Триазаверин) – 7,0%; Ацикловир – 2,8%; Озельтамивир – 1,4%. Антимикробные препараты назначались 35,2% больным, нестероидные противовспалительные средства – 33,8%, десенсибилизирующие – 33,8%, глюкокортикостериоды – 5,6%.

У двух пациентов с менингитом заболевание протекало в среднетяжелой форме. Наблюдалось повышение температуры, признаки интоксикации и менингеальный синдром. У одного из пациентов отмечались горизонтальный нистагм, забывчивость, тремор рук и ног, снижение способности к продуктивному контакту, критике, оценке собственного состояния и окружающей обстановки, снижение мышечной силы в верхних и нижних конечностях. При анализе спинномозговой жидкости изменения соответствовали серозному менингиту с максимальным цитозом до 176×10^6/л. Экзантемы у пациентов не было. Регресс симптомов наступил через 10 дней. Больные с менингитом получали антибактериальную и противовирусную терапию.

Проведенные наблюдения позволили сделать выводы. B19VI у госпитализированных взрослых пациентов не имеет патогномоничных и опорных симптомов, о чем свидетельствует частота ошибочных направительных и предварительных диагнозов. Наводящими симптомами можно считать повышение температуры, интоксикацию, поражение верхних дыхательных путей и экзантему. Пациенты с такими симптомами должны обследоваться на B19VI, как и пациенты с серозными менингитами.

Учитывая данные о возможности длительного сохранения вируса в крови, помимо ПЦР, необходимо исследовать антитела к B19V IgM и IgG [1,5].

Список литературы.

1. Жукова, Л.И. Верификация диагноза парвовирусной B19 инфекции /Л.И. Жукова, Я.Г. Гавришкив, В.А. Бахтина, Л.В. Дубова //Актуальные

вопросы инфекционной патологии Юга России: материалы XVIII научно-практической конференции. – Краснодар: Новация, 2025. – С.67-68.

2. Ganaie SS and Qiu J (2018) Recent Advances in Replication and Infection of Human Parvovirus B19. Front. Cell. Infect. Microbiol. 8:166. doi: 10.3389/fcimb.2018.00166

3. Luo J, Zhang J, Lai W, Wang S, Zhou L, Shi Y, Ba J, Hu J, Wang Y, Li L and Wu B-Q (2021) Disseminated Human Parvovirus B19 Infection Induced Multiple Organ Dysfunction Syndrome in an Adult Patient With Alcoholic Hepatitis Complicated by Hemolytic Anemia: A Case Report and Literature Review. Front. Immunol. 12:742990. doi: 10.3389/fimmu.2021.742990

4. Zou Q, Chen P, Chen J, Chen D, Xia H, Chen L, Feng H and Feng L (2022) Multisystem Involvement Induced by Human Parvovirus B19 Infection in a Non-immunosuppressed Adult: A Case Report. Front. Med. 9:808205. doi: 10.3389/fmed.2022.808205

5. Kumari S, Thomas R, R K, et al. (August 21, 2024) Ensuring Transfusion Safety: Screening Blood Donors for Human Parvovirus B19. Cureus 16(8): e67359. DOI 10.7759/cureus.67359

Завгородний С.С.[1], Чехвалова Е.В.[2], Манин Е.А.[3], Куличенко А.Н.[3], Жукова Л.И.[4]

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

[1,4]Территориальный отдел управления Роспотребнадзора по Краснодарскому краю в Выселковском, Усть-Лабинском, Кореновском, Динском районах, Краснодарский край, Выселковский район, ст. Выселки
[2]Сочинский филиал Центра гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае, Краснодарский край, Сочи;
[3]Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора, Ставрополь;
[4]Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Территории юга России, в частности Краснодарский край, обладая большим рекреационным потенциалом, ежегодно привлекает большое количество туристов. В свою очередь климатогеографические особенности данного региона способствуют стойкому существованию природных очагов инфекционных болезней. В настоящее время на территории Краснодарского края установлена циркуляция возбудителей геморрагической лихорадки с почечным синдромом, лихорадки Западного Нила, иксодового клещевого боррелиоза, туляремии, лептоспироза, гранулоцитарного анаплазмоза человека, псевдотуберкулёза, кишечного иерсиниоза, а в отдельные годы вирусов Синдбис, Укуниеми, Батаи, Тягиня, Инко, Дхори, Бханджа [1,2,3,4,5,6].

Как и в ряде других регионов в Краснодарском крае можно выделить ряд основных проблем, с которыми сталкиваются специалисты при осуществлении эпидемиологического надзора за природно-очаговыми инфекциями: нехватка квалифицированного персонала, недостаточная инфраструктура, сложность географии региона, ограниченная информированность населения, недостаточная координация между ведомствами, отсутствие систем мониторинга.

Эффективное внедрение современных технологий можно начать с создания единой информационной системы, которая будет собирать данные от различных исполнителей и источников в режиме реального времени, что позволит создать более точную картину распространения инфекций и своевременно реагировать на возможные осложнения эпидемиологической ситуации.

Таким образом, целью нашей работы является создание единой информационной системы, которая объединяет данные из различных источников для более точного анализа эпидемиологической ситуации в регионе, результаты которого будут способствовать последующему принятию решений по вопросам осуществления противоэпидемических мероприятий.

Реализация поставленных задач возможна путём внедрения в практику учреждений, осуществляющих эпидемиологический надзор за ПОИ информационных технологий, позволяющих:

- осуществлять пространственный анализ данных в on-line режиме;
- определять наиболее подходящие места для осуществления мониторинговых исследований (в том числе целенаправленный эпизоотологический мониторинг);
- визуализировать информацию (по конкретному случаю, группе случаев, вспышке) в более удобном для пользователя виде, а также взаимодействовать со специалистами заинтересованных ведомств (возможность удаленного ввода информации, централизация данных при использование единого портала).

В настоящее время всем перечисленным требованиям соответствует, созданный специалистами ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора геопортал «Z-Map», представленный 6 основными разделами (общая информация, эпизоотологические данные, эпидемиологические данные, результаты лабораторных исследований, анализ информации, выборка информации по определенным критериям с последующим формированием отчетов), состоящими из множества таблиц, связанных между собой по средствам первичных и внешних ключей, объединённых системой управления базами данных (СУБД) в единую систему, расположенную на сервере института.

Соответствующие связи между множеством таблиц способствуют нормализации (упорядочению) разнородных данных, что в свою очередь позволяет осуществлять целенаправленный поиск во всем объеме

информации в короткие сроки, не прибегая к дополнительным манипуляциям со стороны пользователя.

Таким образом ключевой особенностью данного «Z-Map» является то, что вся поступающая в него информация, начиная от даты и места командирования и заканчивая результатами лабораторного исследования связана между собой, и конечный пользователь всегда может отследить весь путь движения биологического материала, полученного во время осуществления эпизоотологического мониторинга в природном очаге инфекционной болезни.

Также, представленная в «Z-Map» четкая организация большого количества разнородной информации, позволяет автоматизировать процесс обработки (получения конкретных отчетов) и анализа данных, что также влияет на скорость принятия управленческих решений в части проведения противоэпидемических (профилактических) мероприятий, делая их более оперативными и как следствие, эффективными.

Таким образом, внедрение единой информационной платформы на основе геопортала «Z-Map» представляет собой значительный шаг в совершенствовании эпидемиологического надзора за природно-очаговыми инфекциями на территории Краснодарского края. Этот подход позволяет эффективно объединить данные из различных источников и обеспечивает оперативное принятие решений по вопросам профилактики и контроля заболеваний.

Основные преимущества внедрения такой системы являются: оперативный сбор и хранение информации от различных исполнителей в одном месте, осуществление пространственного анализа данных в режиме реального времени, определение наиболее подходящих места для мониторинговых исследований и улучшение взаимодействия между специалистами, нормализация и структурирование данных.

Внедрение геопортала «Z-Map» является важным шагом к повышению эффективности эпидемиологического надзора за природно-очаговыми инфекциями, а его внедрение в практику будет являться демонстрацией успешного сочетания современных технологий с традиционными методами эпидемиологического надзора, что позволит решать многие из существующих проблем в регионе, тем самым способствуя улучшению здоровья населения не только Краснодарского края, но и обеспечивая более безопасную рекреационную среду для гостей региона.

Список литературы.

1. Антонов А.А., Белова М.В., Бойко Е.А. О результатах мониторинга природно-очаговых вирусных инфекций на территории Краснодарского края и республики Адыгея // Национальные приоритеты России. 2021. №3 (42). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/o-rezultatah-monitoringa-prirodno-ochagovyh-virusnyh-infektsiy-na-territorii-krasnodarskogo-kraya-i-respubliki-adygeya (дата обращения: 14.08.2025).

2. Василенко Н.Ф., Малецкая О.В., Манин Е.А., Прислегина Д.А. Мониторинг природно-очаговых инфекций на юге европейской части России в 2016 году //Здоровье населения и среда обитания. 2017. № 1 (298). С. 30 – 32. URL: https://zniso.fcgie.ru›jour/article/download/318/311 (дата обращения: 14.08.2025).

3. Городин В.Н., Нежурин А.В., Жукова Л.И. Современные аспекты лихорадки Западного Нила //Инфекционные болезни. 2023; 21(1): 140–147. DOI: 10.20953/1729-9225-2023-1-140-147.

4. Ковалевская О.И., Швачкина Н.С., Шубина Г.В., Шавкунова Р.Г., Жукова Л.И. Туляремия в Краснодарском крае //Матер. II Всерос. научно-практич. конф. с межд. Участием «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания». – Москва, ООО «Пре100принт», 2015. – С.77.

5. Жукова Л.И., Рафеенко Г.К. Никишина Т.Ф. Лещева Г.А. Мкртчан М.О. Ванюков А.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика лептоспироза в Краснодарском крае в многолетней динамике //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – №6. – С.15-20.

6. Брюханова Г.Д., Городин В.Н., Романов С.М., Редько А.Н., Носиков Д.В., Гриненко С.В. Проблемы оценки социально-экономического ущерба вследствие эпидемий. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2021. - Т. 20. - № 2. - С. 93-101. https://doi.org / 10.31631/2073-3046-2021-20-2-93-101

Зоткин Н.Н.[1], Безуглая Т.В.[3], Безуглая Е.В.[2]

ДЕТЕКЦИЯ СКРЫТОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

[1] Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург;
[3] Республиканская инфекционная больница, Сыктывкар

Актуальность: Несмотря на революционный прорыв в противовирусной терапии, обусловленный появлением препаратов прямого противовирусного действия (ППППД), обеспечивающих эрадикацию вируса гепатита С (ВГС), в научной литературе продолжают накапливаться данные о персистенции скрытой формы инфекции, характеризующейся низкоуровневой репликацией вируса в гепатоцитах и иммунных клетках крови с концентрацией РНК HCV ниже порога чувствительности стандартных коммерческих ПЦР тест-систем [1-3]. Данная форма инфекции ассоциирована с прогрессированием фиброза печени, риском развития гепатоцеллюлярной карциномой и злокачественных лимфопролиферативных заболеваний, а также рецидивом гепатита С (ГС) [2, 3].

Цель: выявить скрытую ВГС-инфекцию у пациентов, достигших УВО12 после завершения курса терапии препаратами прямого противовирусного действия.

Материалы и методы: в исследование включено 17 образцов плазмы крови от пациентов из «Республиканская инфекционной больницы» г. Сыктывкар, с диагнозом хронический гепатит С, достигших УВО12, после завершения курса терапии ПППД. Средний возраст пациентов составил 53,2 ± 13,6 лет. Из них восемь женщин и девять мужчин. Обнаружение РНК HCV проводили методом ПЦР на коммерческих наборах «АмплиСенс® HCV-FL» (ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва) из образцов плазмы крови и тотальной лейкоцитарной фракции. Плазму крови объёмом 1 мл ультрацентрифугировали на ультрацентрифуге Beckman Coulter Optima XPN-90 с ускорением 110 000 g в течение двух часов при температуре 4 °C. Тотальную лейкоцитарную фракцию получали с помощью реагента «ГЕМОЛИТИК» (ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва), согласно инструкции производителя. Экстракцию вирусной РНК проводили с помощью набора «РИБО-преп» (ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва)

Результаты: во всех проанализированных образцах, как плазмы крови, так и лейкоцитарной фракции, не была обнаружена РНК вируса гепатита С, что в первом приближении свидетельствует об эффективности проведенной терапии и достижении эрадикации вируса в данной когорте пациентов. Необходимы дальнейшие исследования с использованием более чувствительных методов, таких как выделение РНК из фракции мононуклеарных клеток периферической крови, которые являются пермиссивными для HCV [4]. Выявление РНК HCV в ткани печени признано «золотым стандартом» диагностики, однако применение данного метода ограничено в связи с его инвазивным характером и сопутствующими рисками для пациента, детекция вирусной РНК в мононуклеарных клетках периферической крови не входит в стандарты клинико-диагностической лаборатории. Разработка и внедрение диагностических алгоритмов для детекции РНК HCV в мононуклеарах периферической крови представляется перспективной альтернативой инвазивной биопсии печени, обеспечивая минимальный риск для пациента и позволяя осуществлять своевременный мониторинг скрытой формы HCV-инфекции.

Список литературы.

1. Austria, A., & Wu, G. Y. (2018). Occult Hepatitis C Virus Infection: A Review. Journal of clinical and translational hepatology, 6(2), 155–160.

2. Яковлев А., Сулима Д., Ларионов В. и др. Авиремическая низкоуровневая репликация RNA HCV в иммунных клетках крови PBMC/WBC(вторичная оккультная HCV-инфекция) как один из результатов первичной безинтерфероновой DAA-терапии в реальной клинической практике у ПВТнаивных пациентов с хронической виремией RNA HCV (описание серии случаев) // Врач. – 2020; 31 (2): 57–64.

3. Lotfi AA, Mohamed AE, Shalaby NA, et al. Occult hepatitis C virus infection in patients with malignant lymphoproliferative disorders. International Journal of Immunopathology and Pharmacology. 2020;34. doi:10.1177/2058738420961202

4. Songtanin, B., Flores, J., Barba, R., Saba, J., & Nugent, K. (2025). Occult Hepatitis C Virus Infection: A Narrative Review. Journal of viral hepatitis, 32(8), e70051. https://doi.org/10.1111/jvh.70051

5. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Ганченко Р.А. Оценка эффективности затрат на противовирусную терапию хронического вирусного гепатита С (1 генотип) у пациентов с циррозом печени. Инфекционные болезни. 2017. Т. 15. № 1. С. 55-60.

6. Эсауленко Е.В. Клинико-морфологические аспекты хронических вирусных гепатитов. диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. Санкт-Петербург, 1998

Игнатова Е.Н., Тихомиров Д.С., Туполева Т.А., Гапонова Т.В.

ПОЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВГВ И ВГС У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ. ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Национальный медицинский исследовательский центр гематологии, Москва

Аннотация: Увеличение чувствительности тест-систем, введение ограничительной тактики трансфузий, применение лейкоредукции и индивидуального подбора компонентов крови и переход на безвозмездное донорство эффективно повышают безопасность трансфузий [1, 2, 3]. Тем не менее полностью исключить риск передачи вирусных инфекций с донорской кровью не представляется возможным [4]. Пациенты с заболеваниями системы крови, получающие гемокомпонентую терапию, относятся к группе риска.

Цель: проанализировать случаи появления маркеров ВГВ и ВГС на фоне лечения у пациентов, получивших гемотрансфузионную терапию и исключить трансфузионный путь передачи.

Материалы и методы: В ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России за 2013-2024 гг. было зафиксировано 17 случаев появления маркеров ВГВ (n=8) и ВГС (n=9) на фоне лечения основного заболевания. Во всех случаях инициировали расследования [5]. При проведении анализировали спектр вирусных маркеров и трансфузиологический анамнез (трансфузии компонентов донорской крови и доноры, от которых они были заготовлены) пациентов. При необходимости исследовали архивные образцы крови пациентов. Доноры, у которых были последующие донации с отрицательными результатами вирусологических исследований, не могли быть источником инфекции и их исключали из расследования. С донорами, у которых не было последующих донаций, пытались установить контакт и

пригласить на контрольное обследование. При получении отрицательных результатов контрольного обследования донора исключали из расследования. При отсутствии контакта с донором или при его отказе от прохождения такого обследования расследование оставалось незавершенным.

Результаты: В 14 из 17 случаев расследования завершены, трансфузионный путь инфицирования исключен. В 3 из 14 случаев исследование архивных образцов крови пациентов показало факт инфицирования до проведения гемокомпонентой терапии. В остальных 11 случаях у всех доноров были последующие донации с отрицательными результатами вирусологических исследований, следовательно, они не являлись источником инфекции.

В 3 случаях, когда расследования завершить не удалось, не у всех доноров были последующие донации. При этом возникли трудности на этапе контакта с донором/приходом донора на контрольное обследование. Таким образом, в 3 случаях определить источник инфекции не представляется возможным.

Заключение: Обследование пациентов на максимально доступный спектр маркеров ВГВ и ВГС, включая маркёры инфицированности (анти-HBc) и активной вирусной репликации (ДНК ВГВ и РНК ВГС), при госпитализации показало свою эффективность. Постоянная работа с донорским «контингентом», мотивация доноров на повторные донации и приоритетная заготовка компонентов крови от повторных доноров помогает при поиске возможного источника парентеральной инфекции у пациентов после гемокомпонентной терапии.

Список литературы.

1. Чечеткин А.В. Лейкоредукция донорской крови и ее компонентов: современные представления о безопасности и эффективности. Международный научно-исследовательский журнал, 2023; 12(138):1-8. https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.138.46

2. Глазанова Т.В., Шилова Е.Р., Чечеткин А.В., Бубнова Л.Н. Воздействие трансфузий компонентов крови на иммунную систему реципиента. Медицинская иммунология. 2021; 23(6):1307-1318. https://doi.org/10.15789/1563-0625- IOT-2372

3. Гапонова Т.В., Хрущев С.О., Выборных Д.Э., Фирсова Е.О., Булгаков А.В., Ахремцова А.А., Гемджян Э.Г., Савченко В.Г. Доноры крови: социально-демографические и психологические характеристики (по данным исследования доноров ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России). Гематология и трансфузиология. 2018; 63(4):325-333.

4. Туполева Т.А., Романова Т.Ю., Гуляева А.А., Тихомиров Д.С., Игнатова Е.Н., Овчинникова Е.Н., Ярославцева Н.Г., Абакаров Р.Р., Мисько О.Н., Гапонова Т.В., Савченко В.Г. Опасность передачи вирусов гепатитов В и С с кровью доноров. Гематология и трансфузиология. 2017; 62(1):32-36.

5. Романова Т.Ю., Туполева Т.А., Тихомиров Д.С., Ярославцева Н.Г., Игнатова Е.Н., Гуляева А.А., Старкова О.Г., Гапонова Т.В. Проведение эпидемиологического расследования случаев возможного инфицирования реципиента трансфузий компонентов донорской крови вирусом гепатита В и/или С. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2017. 22(5):228-238.

Калганова О.П.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ГЕПАТИТУ А ДО ВКЛЮЧЕНИЯ В ПЛАН ПРИВИВОК

Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, Краснодар

В Российской Федерации гепатит А сохраняет своё социально-экономическое значение, остается распространенным, занимает значительное место в этиологической структуре острых вирусных гепатитов. Рост актуальности проблемы ГА в последнее десятилетие определяет увеличение когорты взрослого населения, не имеющей в крови антител к вирусу.

По данным современной литературы и статистических данных за последние 7 лет (с 2018 по 2024 гг.), выяснилось, что заболеваемость вирусным гепатита А по Российской Федерации и по Краснодарскому краю в период с 2018 по 2022 год значительно снижается, а с 2023 года отмечается значительный рост заболеваемости по Российской Федерации (ИП: в 2022 г. – 1,58; в 2023 г. – 2,42; в 2024 г. – 3,15), по Краснодарскому краю (ИП: в 2022 г. – 0,55; в 2023 г. – 2,07; в 2024 г. – 1,68). Уровень заболеваемости вирусным гепатитом А в Краснодарском крае ниже, чем в Российской Федерации за анализируемый период с 2018 по 2024 гг., тем не менее, тема до сих пор актуальна, поскольку вирус высококонтагиозен, может приводить к тяжелым осложнениям, вплоть до летального исхода, а также запускать аутоиммунные заболевания и вызывать длительные нарушения самочувствия.

Эпидемиологические риски сохраняются из-за цикличности вспышек, устойчивости вируса в окружающей среде и возможности массового заражения через питьевую воду и продукты питания. Характерные эпидемические вспышки поражают группы людей различных возрастных категорий, не имеющих в крови антител к вирусу. Это могут быть как дети, так и взрослые.

Ключевыми мерами профилактики являются вакцинация, соблюдение правил гигиены и использование чистой воды.

В Краснодарском крае ежегодно закупается около 10 000 доз вакцины против вирусного гепатита А и вакцинируется более 10 000 человек. За период с 2018 по 2024 гг. вакцинировано 68 247 человек, в том числе 13 546 детей и 54 701 взрослый.

В Приморско-Ахтарском районе с 2008 году мною было организовано обследование лиц из группы риска по ВГА на наличие антител для включения в план профилактических прививок только, лиц с отрицательным

результатом (не болевших и не привитых ранее). Такой принцип планирования в районе ведется до настоящего времени. Я провела анализ результатов обследования декретированной группы населения Приморско-Ахтарского района на IgG HAV за период с 2022 по 2024 гг. За 3 года проведено 215 исследований из них 140 с положительным результатом (65,1%) и 75 с отрицательным результатом (34,9%). Следовательно, вакцинации против ВГА подлежит 75 человек их 215 поступающих на работу без сведений о профилактических прививках.

В Краснодарском крае за последние 3 года взрослым против ВГА сделано 29 356 прививок. Стоимость 1 дозы вакцины «Альгавак» для взрослых 792,17 рублей. Итого финансовые затраты составили 23 254 942,52 рубля.

В соответствии с предварительным планом профилактических прививок на 2026 год на иммунизацию запланировано против ВГА 9577 взрослых. Для приобретения необходимого объема вакцины потребуется 7 588 988,6 рублей.

Стоимость лабораторного обследования 117 рублей, на обследование 9577 человек потребуется 1 120 509 рублей. Даже если получим 40% отрицательных результатов, план прививок составит 3830 человек (для закупки вакцины потребуется 3 034 011,1 рублей). Экономия финансовых средств составит 3 434 468,5 рублей.

На основании представленных данных можно сделать вывод: обследование лиц группы риска по ВГА до включения в окончательный план профилактических прививок против ВГА на 2026 год позволит сэкономить примерно 3 434 468,5 рублей.

Список литературы.

1. ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России Методические рекомендации от 30 июня 2020 года «Иммунизация взрослых»

2. «Инфекционные болезни и эпидемиология» под редакцией В.И. Покровского, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкина, 2007 г.

3. Статистические отчетные формы: ф.№2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», ф.№5 «Сведения о профилактических прививках»; Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемического благополучия населения Краснодарского края» за 2018-2024 гг.

4. «Инфекционные болезни», под редакцией Н.Д. Ющука и Ю.Я. Венгерова, 2023 г.

Канина И.В., Новак А.И., Евдокимова О.В.

АНАЛИЗ МИКРОБНО-ПАРАЗИТАРНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ГЕОГЕЛЬМИНТОЗАХ

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, Рязань

Рост хронических сочетанных микробно-паразитарных инфекционных заболеваний становится одной из проблем практического здравоохранения. При этом, в качестве возможного фактора риска увеличения микробной нагрузки на иммунную систему человека являются паразитарные инвазии [1]. Колонизация представителями нормофлоры верхних дыхательных путей часто сочетается с дисбиозом кишечного тракта, сопровождающим некоторые геогельминтозы, в том числе и токсокароз. Индигенная микрофлора слизистых оболочек замещается на несвойственные данному биотопу виды микроорганизмов [2,3].

Цель исследования: изучить микробный спектр микробиоценоза верхних дыхательных путей у серопозитивных к Toxocara canis добровольцев.

Материалы и методы исследования. Для исследования сформирована группа здоровых добровольцев (n=85) с положительными результатами к антигенам Toxocara canis в иммуноферментном анализе (Токсокара-IgG-ИФА-БЕСТ, Новосибирск). Все добровольцы ознакомлены с ходом исследования. Первичный посев клинических изолятов осуществляли на высокоселективные питательные среды: желточно-солевой агар, кровяной агар (с добавлением 5% крови крупного рогатого скота), шоколадный агар, коринебакагар, бордетелагар, Сабуро-агар, агар Эндо (ФБУН ГНЦ ПМБ, г. Оболенск). Статистическая обработка данных между опытной и контрольной группами проводилась путем определения критерия Фишера. Достоверными считались различия при $P<0,05$ ($F = 0,00109$) Идентификацию чистых культур проводили по морфологическим, культуральным особенностям, а также с использованием индикаторных бумажных систем производства НПО «Микроген».

Результаты. Средний показатель колонизации слизистой оболочки задней стенки глотки значительно выше такового серонегативных лиц ($p<0,05$). Изменения микробного пейзажа отмечались у 65% обследуемых (n=85), подобная тенденция отсутствовала у серонегативной категории населения. На слизистой оболочке anti-Toxocara IgG + контингента достоверно чаще встречались условно-патогенные Staphylococcus spp., в том числе Staphylococcus aureus ($p<0,05$), β-гемолитические представители рода Streptococcus spp. (87,50±5,85%), среди них с лецитиназной активностью 78,13±7,31%). Была выявлена взаимосвязь между нарастанием титра противотоксокаровых антител и степенью колонизации слизистой оболочки задней стенки глотки как условно-патогенной, так и не характерной флоры для данного биотопа. Грибы рода Candida spp. встречались только у

серопозитивных лиц в 18,75±6,90% случаев, степень контаминации в среднем составила 3,75±0,71 lg КОЕ/г. Резидентная микрофлора характеризовалась интенсивной колонизацией локуса и представлена преимущественно родами Streptococcus spp. и Neisseria spp. (10^9-10^{10} КОЕ/г). Среди факультативной флоры отмечались представители Staphylococcus spp, Corynebacterium spp., Bordetella spp. с интенсивностью колонизации данными группами микроорганизмов от 104 до 107 КОЕ/г соответственно.

Заключение. Замещение индигенной флоры на несвойственную виды патогенов слизистой оболочки дыхательных путей подтверждается наличием патогенного потенциала у выделенных клинических изолятов микроорганизмов, что может служить дополнительными резервуарами факторов патогенности для условно-патогенной микрофлоры.

Список литературы.

1. Гельминты и простейшие – резервуарные хозяева и возбудители гиперпаразитарных сочетанных инфекционных и инвазионных болезней / Д. К. Ерхан, Д. И. Панасюк, С. Д. Панасюк, А. И. Ятусевич. – Кишенев, 1995. – 333 с.

2. Ильясова, Т. В. Микробные ассоциации возбудителей заболеваний дыхательных путей у детей до 17 лет с заболеваниями органов дыхания при сопутствующем дисбиозе кишечника / Т.В. Ильясова//Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2007. – №3. – С. 23-26.

3. Зотина, Г. П. Особенности поражения органов дыхания при паразитарных инвазиях / Г. П. Зотина. – Текст: непосредственный. – Практическая медицина. – 2011 – № 3 – С. 79–80.

Каплицкая М.С., Новак К.Е.

КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение: Лихорадка денге (ЛД) – острая зооантропонозная арбовирусная инфекция, переносчиком которой являются комары вида Aedes aegypti и Aedes Albopictus. В настоящее время ЛД эндемична более чем в 100 странах Африки, Америки, Восточного Средиземноморья, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана [1]. По состоянию на 30 апреля 2024 года в ВОЗ поступили сообщения более чем о 7,6 млн случаев ЛД, включая 3,4 млн подтвержденных, более 16 тыс. тяжелых и более 3 тыс. со смертельным исходом [2]. В России, в том числе и в Санкт-Петербурге, ежегодно регистрируются только завозные случаи заболевания [3].

Цель исследования: проанализировать течение среднетяжелой формы ЛД, осложненной развитием реактивного гепатита и плеврального выпота.

Материалы и методы: Мужчина, 28 лет, 04.04.24 поступил в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им С.П. Боткина» на 6-й день болезни 1-й день сыпи с жалобами на слабость, повышение температуры тела, кашель, жидкий стул, потерю аппетита, высыпания на коже. Ранее пациент отмечал повышение температуры тела и кашель в период с 15.03.24 по 19.03.24, во время пребывания на острове Бали. Также были выявлены множественные укусы комаров. Прилетел в Москву 28.03.24, 29.03.24 в Санкт-Петербург. С 28.03 регистрировалось повышение температуры тела до 39,5°С ежедневно, усиление кашля, головная боль, потеря аппетита. 01.04.24 обратился в поликлинику- был назначен Амоксиклав. На этом фоне появились боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, жидкий стул с частотой 5 раз в сутки. 04.04 (на 6 день лихорадки) стал замечать мелкую сыпь- вызов врача неотложной помощи и госпитализация в инфекционную больницу. На догоспитальном этапе бригадой СМП установлен диагноз: ОРВИ, вирусная пневмония? ДН 0–1. При объективном обследовании: состояние средней степени тяжести, кожные покровы обычной физиологической окраски с гиперпигментацией за счет загара. Макулёзная сыпь преимущественно на коже конечностей со склонностью к слиянию, без кожного зуда. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. На основании анамнеза, жалоб, объективного осмотра назначено обследование на антитела IgM и G вируса денге методом ИФА. При лабораторном обследовании выявлена тромбоцитопения (36×10^9/л), лимфоцитоз ($4{,}04\times10^9$/л), лейкоциты $7{,}07\times10^9$/л, АЛТ 476 Ед/л, АСТ 691 Ед/л, креатинин 142 ммоль/л, КФК 417 Ед/л, ЛДГ 1526 Ед/л, ферритин >5000 мкг/л, альбумин 35 г/л, общий белок 57 г/л, СРБ 16,6 мг/л. Положительные IgA-антитела к вирусу парагриппа 3 типа по ИФА. В динамике наблюдается повышение АЛТ 719 Ед/л, АСТ 872 Ед/л, а также лейкоцитоз ($14{,}91\times10^9$/л). При инструментальном обследовании в ходе проведения УЗИ ОБП: спленомегалия, свободная жидкость в плевральной полости справа. По данным КТ грудной клетки, правосторонний минимальный плевральный выпот.

Результаты: Интерпретация лабораторных анализов: методом ИФА к вирусу денге были выявлены положительные IgM и G от 09.04.24. Лимфоцитоз является следствием присоединения вирусной инфекции – парагриппа 3 типа. Развитие лейкоцитоза – признак осложненного течения заболевания. Повышение уровня АСТ в 21.8 раз, АЛТ в 17.98 раз указывает на развитие реактивного гепатита, что может быть связано как с прямым вирусным воздействием на гепатоциты, так и с иммуноопосредованным повреждением. Снижение альбумина и общего белка указывает на снижение синтетической функции печени. Инструментально у больного выявлен плевральный выпот, который возник в результате воспаления, повышения проницаемости сосудов и пропотевания жидкости из сосудов в плевральную полость. С учетом жалоб, анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, зарегистрирован основной диагноз:

Классическая лихорадка денге (анамнестически, клинически, ИФА+, ПЦР+), средней степени тяжести. Осложнение основного заболевания: Реактивный гепатит. Правосторонний минимальный плевральный выпот. Сопутствующее заболевание: Парагрипп 3 тип (IgA к вирусу ПГ 3 тип), субклиническое течение, выздоровление. С учетом клинического течения заболевания и наличия осложнений было проведено лечение, включающее дезинтоксикационную терапию, симптоматическую, антибактериальную (цефтриаксон, азитромицин), гормональную (дексаметазон), адеметионин, витаминотерапию. Больной выписался в удовлетворительном состоянии.

Заключение: в данном клиническом случае отображены особенности течения классической формы ЛД с осложненным течением и в сочетании с парагриппом. Полученные данные подтверждают необходимость комплексного обследования пациентов с лихорадкой неясного генеза после возвращения из эндемичных регионов, а также важность своевременной диагностики и лечения осложнений лихорадки денге.

Список литературы.

1. World health organization. Денге и тяжелая денге. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

2. World health organization. Dengue – Global situation. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518

3. Новак К.Е., Эсауленко Е.В., Дьячков А.Г., Мусатов В.Б., Дземова А.А. Геоэпидемиология и клинико-лабораторные данные трансмиссивных завозных инфекций в Санкт-Петербурге//Практическая медицина. 2019.Т.17 №8. С. 17-23.

Каплунов К.О.

КЕЙС БЕССИМПТОМНОЙ МОНОИНФЕКЦИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ ПЕГИВИРУСОМ 1 ТИПА

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

HPgV-1 (Human pegivirus type 1, GBV-C – человеческий пегивирус 1 типа, ранее называемый вирусом гепатита G) представляет собой малоизученную инфекцию, принадлежащую к семейству Flaviviridae, роду Pegivirus. Сведения литературы указывают, что HPgV-1 является древним вирусом, хорошо адаптированным к человеческому организму [1]. Распространенность HPgV-1 варьирует от 1 до 4% в популяции и может достигать 10-20% среди лиц с факторами риска: потребление инъекционных наркотиков, переливания крови, хронические вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция [2]. Основные пути инфицирования: парентеральный (трансфузии, инъекции), половой, вертикальный.

HPgV-1 до недавнего времени считался гепатотропным вирусом, однако подтвердить его патогенность для клеток печени не удалось несмотря на то, что его РНК зачастую обнаруживается в тканях печени в случае

возникновения ко-инфекции с вирусом гепатита С [3]. В настоящее время в литературе отсутствуют сведения о значительной патогенности вируса HPgV-1, инфицирование которым не приводит к снижению активности иммунной системы человека.

Изолированная инфекция, ассоциированная с HPgV-1, как правило, протекает бессимптомно, при этом хроническое течение встречается, но крайне редко сопровождается клинически значимым повреждением печени [4]. По состоянию на 2025 год не существует утвержденной этиотропной терапии, направленной на элиминацию HPgV-1. Подходы к курации пациентов, инфицированных GBV-C, предполагают наблюдение в динамике печеночных ферментов, фиброзирования ткани печени, при коинфекции – приоритетная терапия основной нозологии. У большинства пациентов прогноз заболевания благоприятный, в случаях коинфекций с другими хроническими вирусными гепатитами – прогноз определяется ведущей нозологией.

Целью статьи является расширение знаний врачей-клиницистов и эпидемиологов в области редко встречающихся форм вирусных гепатитов.

Материал и методы. Проанализирована первичная медицинская документация пациентки В. 39 лет, поступившей на консультацию. Проведено комплексное изучение материалов амбулаторной карты пациентки, результатов клинико-эпидемиологических, лабораторных (общеклинических, биохимических, молекулярно-генетических) и инструментальных (транзиентная эластография печени) методов исследований пациента.

Результаты и обсуждение. На амбулаторный прием обратилась пациентка В. с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, периодически тяжесть и боли в животе.

Из анамнеза болезни известно, что появление указанных жалоб впервые больная отметила около 2-х лет назад. Самостоятельно обследовалась на вирусные гепатиты, в результатах исследования крови от 26.06.2025: ДНК HBV – отрицательно, РНК HCV – отрицательно, РНК GBV-C – положительно, анти-HAV IgM – отрицательно, анти-HEV суммарные – отрицательно.

Из анамнеза жизни известно, что больная ранее не обращалась за медицинской помощью, отмечала нечастые ОРВИ, перенесла COVID-19 в 2022 г. Гемотрансфузии, оперативные вмешательства, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Аллергологический, онкологический анамнезы не отягощены. Лекарственной непереносимости не выявлено. Из эпидемиологического анамнеза известно, что контакт с больными (лихорадящими) пациентка отрицает. Домашних животных не имеет. Санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. При осмотре обращали на себя внимание проведенные ранее множественные косметологические и стоматологические процедуры: инъекции

ботулотоксина, мезотерапия кожи лица, винирная пластика, перманентные маникюр и педикюр – регулярно.

При первичном объективном исследовании состояние расценивалось как удовлетворительное. Стойко не лихорадит. Кожные покровы обычной окраски, сыпи не было, видимые слизистые оболочки интактны. При аускультации во всех отделах выслушивалось везикулярное дыхание. ЧДД – 16/мин. Перкуторно над легкими – ясный легочный звук. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушивались. Границы абсолютной и относительной сердечной тупости не изменены. ЧСС 80/мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД – 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9 × 8 × 7 см. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области было безболезненным билатерально. Неврологический статус – без особенностей.

Результаты предоставленных исследований:

1. Маркеры вирусных гепатитов A, B, C, E, ВИЧ, сифилис – отрицательно. РНК GBV-C – положительно.
2. ОАК, биохимия крови, ОАМ – без особенностей.
3. Альфа-фетопротеин – 2 МЕ/мл.
4. Транзиентная эластография печени от 26.06.2025: F0-F1 по шкале METAVIR.

Был выставлен клинический диагноз: Бессимптомная моноинфекция, ассоциированная с человеческим пегивирусом 1 типа (B34.8). Пациентке рекомендовано избегать излишние гемоконтактные процедуры, а также учитывая отсутствие данных о вакцинации против ВГВ, рассмотреть возможность вакцинации против ВГВ. Прогноз заболевания – благоприятный.

Выводы. Открытие HPgV-1 в 1995 году расширило представления о флавивирусах и их роли в патологии печени. В отличие от вирусов гепатитов B и C, клиническое значение GBV-C остаётся предметом научной дискуссии. На сегодняшний день отсутствуют данные о существенном фиброзирующем потенциале вируса, однако его персистенция может иметь значение при коинфекциях с другими хроническими вирусными гепатитами.

HPgV-1-инфекция представляет собой инфекционный процесс с низкой патогенностью и не имеет этиотропной терапии при изолированном течении. Основное значение имеет его выявление при диагностике других вирусных гепатитов и у пациентов с ВИЧ-позитивным статусом. Целесообразны дальнейшие исследования по влиянию GBV-C на иммунный ответ и межвирусные взаимодействия.

Список литературы.

1. Lefrère J.J., Roudot-Thoraval F., Loinard M. et al. Natural history of GB virus C/hepatitis G virus infection through follow-up of G-positive blood donors // Blood. – 2000. – № 95(6). – P. 2006–2011.

2. Schroter M., Laufs R., Zollner B. et al. Impact of GBV-C/HGV on the course of hepatitis C virus infection // J Med Virol. – 2003. – № 69(3). – P. 361–366.

3. Stapleton J.T. GB virus type C/Hepatitis G virus // Semin Liver Dis. – 2003. – № 23(2). – P. 137–148.

4. World Health Organization (WHO). Hepatitis G Fact Sheet. Geneva: WHO; 2023.

Клыс У.Е., Ефимов И.А., Позднякова М.Г., Эсауленко Е.В.

ГРИПП В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность: грипп – это острое респираторное вирусное заболевание, для которого на сегодняшний день разработаны и широко применяются эффективные противовирусные препараты, обладающие доказанной клинической эффективностью [1-3]. Помимо этого, существует специально разработанная и успешно реализуемая профилактическая программа, включающая вакцинацию и меры эпидемиологического контроля, что значительно снижает риск массового распространения инфекции. Однако, несмотря на доступность современных методов лечения и профилактики, в 2023 году был зафиксирован значительный рост заболеваемости гриппом. Показатель заболеваемости достиг 166,94 случая на 100 тысяч населения, что в 2,7 раза превышает аналогичный показатель за предыдущий год – 60,80 на 100 тысяч населения в 2022 году [4].

Цель: охарактеризовать клинико-эпидемиологические особенности гриппа в Санкт-Петербурге в сезон 2023–2024 гг.

Материалы и методы: в исследование был включен 201 пациент, госпитализированный в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С. П. Боткина» с диагнозом «Грипп» в сезон 2023–2024 гг. Для статистической обработки данных использовались электронные таблицы «MS Office Excel 2010» и методы описательной статистики.

Результаты: средний возраст пациентов составил 37,85±20,54 лет, 11,94% пациентов были моложе 18 лет. Женщины составляли 57,21% от общей численности, мужчины – 42,79%, что соответствует соотношению 1,34:1.

В течение зимнего сезона зарегистрировано 153 случая заболевания, доминировали вирусы гриппа A H3N2 (51,63%), гриппа B (31,37%), неуточнённый тип гриппа составил 15,69%, а реже всего встречался грипп A H1N1 – 1,31%. Весной наблюдалось 48 случаев, среди которых преобладал грипп B – 85,42%. У 99,01% пациентов отсутствовала вакцинация против

гриппа в текущем сезоне, что подчёркивает низкий охват вакцинацией и повышение риска заболевания.

При поступлении все пациенты предъявляли жалобы на повышение температуры тела и выраженную интоксикацию. Кашель отмечался у 86,07% больных, из них у 34,68% сопровождался отхождением мокроты, преимущественно слизистого характера в 24,28% случаев. Озноб встречался у 27,36%, головная боль – у 23,88%, с наиболее частой локализацией болей в области лба (14,43%). Миалгии отмечались у 33,83%, тошнота и рвота – у 18,37%, фотофобия – у 2,49%. Медианные значения (Me) температуры тела при поступлении составили 38,8°C (Q1:Q3, 38,2:39,2).

Из клинических синдромов ведущими по частоте были пневмония (23,88%), острый бронхит (17,91%) и острый ринит (14,93%).

Лабораторные исследования показали лимфопению у 41,29% пациентов, нейтрофилез – у 35,82%, тромбоцитопению – у 22,89%. Признаки воспаления, выраженные в повышенном уровне С-реактивного белка (СРБ) сверх нормы, были выявлены у 129 пациентов.

Диагноз гриппа был подтверждён в 100% случаев с помощью молекулярно-биологического метода (ПЦР), что обеспечило высокую точность выявления вируса.

По тяжести течения заболевания преобладали среднетяжелые формы (94,57%), тяжелые составили 5,43% (n=11), из которых три завершились летальным исходом. В посмертных заключениях выявлены такие осложнения, как вирусно-бактериальная пневмония, отек легких, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Сопутствующие физиологические состояния и патологии оказали дополнительное влияние на клиническое течение. Среди них: беременность (n=11), гипертоническая болезнь (n=43), сахарный диабет (n=16, включая два впервые выявленных случая и четыре – гестационного сахарного диабета), ВИЧ-инфекция (n=4), гепатиты (n=7, включая хронический вирусный гепатит С в 4 случаях, реактивный гепатит у двух пациентов и токсический у одного).

Важным аспектом стала высокая частота микст-инфекций – выявлено 57 случаев. Наиболее часто гриппозная инфекция сочеталась с респираторно-синцитиальной вирусной инфекцией (n=30), с SARS-CoV-2-инфекцией (n= 7) и парагриппом (n= 20).

Противовирусная терапия была назначена 81,09% пациентов (т=163), из них в 90,18% случаев применялись ингибиторы нейраминидазы. Антибактериальная терапия проводилась у 89,06% больных, чаще всего назначался цефтриаксон (83,2%).

Выводы: в изученной выборке пациентов с гриппом средний возраст составил около 38 лет, при этом значительную часть заболевших составили лица до 18 лет (около 12%). В зимний период доминировал вирус гриппа A H3N2, тогда как весной преобладал грипп B. Практически у всех пациентов (99%) отсутствовала вакцинация в текущем сезоне, что подчёркивает

необходимость повышения охвата иммунизацией. Клиническая картина характеризовалась типичными симптомами гриппа: лихорадка и интоксикационный синдром отмечались у всех пациентов, кашель – у большинства (более 85%), часто с отделением слизистой мокроты. Большинство пациентов перенесли болезнь в среднетяжелой форме; тяжелые случаи были редки, но приводили к летальным исходам преимущественно вследствие осложнений. Выявлен высокий охват этиотропной терапией (81,09%), но низкий охват вакцинацией (0,99%).

Список литературы.

1. Эсауленко Е.В., Басина В.В., Кузнецова У.Е., Позднякова М.Г., Безуглая Е.А., Безуглая Т.В. Эффективность осельтамивира при сезонном и пандемическом гриппе. Клиническая инфектология и паразитология. 2024; 13(1): 5–17. DOI: 10.34883/PI.2024.13.1.029

2. Гладков С.А., Григорьева И.В., Эсауленко Е.В., Цинзерлинг В.А., Дедов В.А. Клинико-морфологические сопоставления в случаях летальных исходов при гриппе в 2009-2011 гг. Журнал инфектологии. 2011. Т. 3. № 4. С. 55-61.

3. Ерофеева М.К., Позднякова М.Г., Максакова В.Л. Применение новых препаратов для профилактики гриппа и других ОРВИ. РМЖ. 2011. Т. 19. № 8. С. 508-512.

4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2024. – 364 с.

Кобец Ю.А.[1], Моренец Т.М.[2], Бобкин Д.Е.[1]

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

[1] Городская поликлиника №8, Краснодар;
[2] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Актуальность. Ботулизм – острая токсикоинфекция, которая развивается в результате воздействия токсина анаэробной бактерии Clostridiumbotulinum и характеризуется блоком нервно-мышечной передачи в результате нарушения экзоцитоза ацетилхолина из терминали аксона [1]. В лечении этой тяжелой инфекции применяют антиботулиническую сыворотку как средство этиотропной терапии, а также препараты с антихолинэстеразным действием как средство терапии патогенетической. Правила выписки больных ботулизмом индивидуальны и определяются динамикой процесса, а наблюдение и лечение пациентов в периоде реконвалесценции, который может быть чрезвычайно длительным [2], не всегда целесообразно осуществлять в условиях стационара.

Цель. В настоящей работе представлены результаты реабилитации двух реконвалесцентов ботулизма средней тяжести на амбулаторном этапе в Городской поликлинике №8 г. Краснодара. Характер течения ботулизма на стационарном этапе описан на основе медицинских карт после выписки больных из ГБУЗ СКИБ.

Результаты. Пациентка Ш.Л.К., 33 лет, заболела через 3 дня после совместного с мужем употребления в пищу соленой скумбрии, госпитализирована поздно, на 7-й день болезни, так как в течение 5 дней лечилась у невролога без положительной динамики. В клинической картине наблюдался гастроинтестинальный (тошнота, снижение аппетита), офтальмоплегический (расплывчатость предметов, диплопия, птоз) синдромы, бульбарные нарушения (дисфония, нарушения глотания, охриплость голоса), миастения (слабость верхних и нижних конечностей). В стационаре пациентка провела 14 дней, из них 4 дня в ОРИТ.

Признаки ботулизма у супруга Ш.С.Н., 30 лет, появились позже, на 6-й день после употребления рыбы, и были аналогичны клинике первой пациентки: нарушения аккомодации, диплопия, першение в горле, трудности с проглатыванием твердой пищи. Госпитализация была более ранней – на 4-й день болезни, длительность пребывания в стационаре также 14 дней, их них 8 дней в ОРИТ.

При выписке из стационара в первом случае сохранялись глазодвигательные нарушения в виде неполного птоза, периодической диплопии, а также бульбарного (снижение глоточного и небного рефлексов, дисфония), астенического (выраженная общая слабость, головокружение) и гастроинтестинального (запор) синдромов, были признаки флебита подкожной вены предплечья; наблюдалось повышение СРБ до 13,18 мг/л и D-димера до 2-х норм. У супруга также отмечались умеренные глазодвигательные нарушения (птоз, диплопия) и бульбарные симптомы (трудности глотания слюны, попёрхивание), а также астенический синдром. У обоих пациентов при выписке сохранялись признаки реактивного панкреатита – повышение амилазы до 174ЕД/л и 154 ЕД/л соответственно.

Больным амбулаторно продолжено наблюдение и лечение: в первом случае прием антихолинэстеразного препарата ипидакрина 20 мг 2 раза в день, антикоагулянта прямого действия апиксабана 5 мг 2 раза в день, ферментных препаратов – панкреатина 10 тыс. ед 3 раза в день, во втором – лечение по той же схеме, но без антикоагулянта. Полная регрессия клинических признаков ботулизма у первой пациентки отмечена на 23-й день амбулаторного лечения со снижением уровня СРБ до 8,78 мг/л и уровня D-димера до 347 нг/мл (норма 250 нг/мл), у второго больного исчезновение клиники и нормализация уровня амилазы – на 14й день амбулаторного лечения. Выписаны пациенты к труду на 45-й и 30-й дни болезни соответственно.

Заключение. Наши наблюдения согласовываются с литературными данными о достаточно длительном периоде реконвалесценции у больных

ботулизмом даже при среднетяжелом течении и свидетельствуют о том, что тяжесть процесса и соответственно время выздоровления в определенной мере зависят от длительности инкубационного периода и своевременности госпитализации. При выписке больных ботулизмом из стационара с признаками неполного выздоровления целесообразно продолжение медикаментозной коррекции с диспансеризацией в КИЗе до полной регрессии клинических и лабораторных признаков инфекции.

Список литературы.

1. Никифоров В.В. Ботулизм. В кн.: Инфекционные болезни: национальное руководство под ред. Ющука Н.Д.,Венгерова Ю.Я. 2-е изд., перераб. и доп. М. ГЭОТАР-Медиа.2018; с. 558-568.

2.Никифоров В.В., Кожевникова А.В. Ботулизм: новые данные о патогенезе, ближайших исходах и отдаленных последствиях болезни. Журнал инфектологии. 2025;17(2):5-20.

Ковалевская О.И., Сотниченко А.С., Ермашова Н.В., Чернявская О.В., Угрюмова Л.А.

ЭНТЕРОКОЛИТ, ВЫЗВАННЫЙ *CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE,* ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК

Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

В настоящее время энтероколит, вызванный *Clostridioides difficile*, заболеваемость которым значительно возросла в конце XX века во многих странах мира, относится к наиболее значимым нозокомиальным инфекциям [1]. Антибактериальная терапия является важным фактором риска развития данного заболевания в связи с сокращением популяции непатогенных анаэробов, обитающих в кишечнике [2,3]. Это приводит к снижению конкуренции за пространство и ресурсы для *C. difficile* и способствует росту численности микроорганизма [2]. Также фактором, способствующим патологическому процессу в кишечнике, при наличии фоновой патологии является неэффективный иммунный ответ хозяина, приводящий к сниженной элиминации *C. difficile* [4,5,6,7]. Обследование и лечение пациентов наиболее полно отражено в клинических рекомендациях МЗ РФ 2024 года [8].

Цель исследования: клинико-эпидемиологическая характеристика случаев энтероколита, вызванного Clostridioides difficile, за период 2024–2025 гг. по данным ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, проходивших лечение с исследуемой нозологией в условиях стационара ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК в 2024–2025 гг.

За период с 01.01.2024 по 30.06.2025 в ГБУЗ «СКИБ» прошли лечение с ЭККД в 57 человек: 36 пациентов с основным диагнозом «Энтероколит, вызванный *Clostridioides difficile*» (ЭККД) и 21 пациент, которым данный диагноз был вынесен в сопутствующую патологию. Среди пациентов второй

группы основной патологией являлись: язвенный колит – 14% (3), сепсис – 14% (3), внебольничная пневмония – 14% (3), острые кишечные инфекции – 14% (3), сальмонеллез – 10% (2), опоясывающий герпес – 10% (2), грипп – 10% (2), коронавирусная инфекция COVID-19 – 10% (2), менингит – 4% (1).

В группе пациентов с основным диагнозом ЭККД установлены некоторые демографические особенности: в группе, где ЭККД основной диагноз преобладали женщины (40 – 70%), а в группе сопутствующего диагноза – мужчины (13 – 62%); средний возраст пациентов составил 53±17 лет.

По данным анамнеза на амбулаторном этапе 14 пациентов (39%) применяли антибактериальные препараты (в 64% случаев (9) в схемах АБТ присутствовали цефалоспорины, в 36% – фторхинолоны (5)). Длительность периода повышения температуры (от субфебрилитета до фебрильных показателей) в среднем составила 5±4 дня (максимально – 18 дней). У 7 пациентов не отмечалось температурной реакции. В среднем частота стула составила 9±5 раз в сутки. Отмечены изменения лабораторных показателей: лейкоцитоз 12,9±6,7×10^9/л, повышение уровня СРБ 60±58 мг/л (от 4,1 до 152,2 мг/л), креатинина 120,5±102 мкмоль/л (развитие ОПП 1 ст. на фоне ЭККД наблюдалось у 2 пациентов, ОПП 2 ст. – у 1 пациента, ОПП 3 ст. – у 2 пациентов, ОПП на фоне ХБП – у 2 пациентов). Токсины типа А выявлены у 7 пациентов (19%), типа В – у 6 пациентов (17%), типов А и В – у 23 пациента (64%). Патологические изменения в копрограмме установлены у всех пациентов (выраженные (лейкоциты в б/к, слизь +++) – у 16 (46%)). Наряду с токсинами *Clostridioides difficile* по данным микробиологических исследований в 5 случаях (14%) выявлялись другие этиологически значимые микроорганизмы: *Klebsiella pneumoniae* – 2, *Enterobacter cloacae* – 1, *Pseudomonas aeruginosa* – 1, *Proteus mirabilis* – 1. Пациентам проводилась специфическая антибактериальная терапия: ванкомицин – 27 (75%), метронидазол – 2 (6%), ванкомицин + метронидазол – 5 (13%). Не получали специфическую АБТ – 2 (6%) (1 пациентка с беременностью, 1 пациент переведен в хирургическое отделение с кишечной непроходимостью). Длительность пребывания пациентов в стационаре составила 8,0±4,0 койко-дней.

Токсины типа А выявлены у 7 пациентов (33%), типа В – у 2 пациентов (10%), типов А и В – у 12 пациента (57%).

Исследование проводилось в клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ «СКИБ» на тест-системе «Экспресс-тест для качественного иммунохроматографического определения *Clostridium difficile* в кале «*Clostridium difficile* – ИМБИАН – ИХА» Toxin A, Toxin B по ТУ 21.20.23-042-39271034-2022». Длительность проведения исследования – 30–40 минут. Чувствительность теста – 100%, специфичность теста – 100%.

Таким образом, наиболее часто энтероколит, вызванный *Clostridioides difficile*, выявлялся у женщин. У трети пациентов с основным диагнозом ЭККД установлен положительный анамнез по приему антибактериальных

препаратов на амбулаторном этапе, среди которых преобладали цефалоспорины. Значимыми клиническими проявлениями заболевания были лихорадка и диарея. По данным лабораторной диагностики выявлялся лейкоцитоз, повышение СРБ, патологические составляющие в копрограмме. В ряде случаев установлены осложнения заболевания в виде ОПП (19%). При этиологической диагностике значительно чаще выявлялись токсины типов А и В (61%) над изолированным обнаружением отдельных типов. В большинстве случаев специфическая терапия проводилась препаратом первой линии (ванкомицин).

Проведенное исследование подчеркивает необходимость настороженности в отношении клостридиальной этиологии при поступлении пациентов с предварительным диагнозом «Острая кишечная инфекция» при наличии преморбидного фона, приема антибактериальных препаратов системного действия без значимого эффекта на догоспитальном этапе, а также при возникновении диареи, усилении интоксикации на фоне улучшения состояния в процессе лечения основной патологии в инфекционном стационаре (грипп, коронавирусная инфекция, сепсис и др.). Своевременная диагностика позволила подтвердить диагноз и на фоне назначения специфической терапии сократить длительность заболевания, сроки стационарного лечения и улучшить прогноз у описанных групп пациентов.

Список литературы.

1. Czepiel J, Drozdz M, Pituch H, Kuijper EJ, Perucki W, Mielimonka A et al. *Clostridium difficile* infection: review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2019;38(7):1211-1221. doi: 10.1007/s10096-019-03539-6

2. Smits W.K., Lyras D., Lacy D.B., Wilcox M.H., Kuijper E.J. *Clostridium difficile* Infection. Nat. Rev. Dis. Primers. 2016;2:16020. doi: 10.1038/nrdp.2016.20.

3. Kesavelu D., Jog P. Current Understanding of Antibiotic-Associated Dysbiosis and Approaches for Its Management. Ther. Adv. Infect. Dis. 2023;10:20499361231154443. doi: 10.1177/20499361231154443.

4. Donlan A.N., Simpson M.E., Petri W.A.J. Type 2 Cytokines IL-4 and IL-5 Reduce Severe Outcomes from *Clostridiodes difficile* Infection. Anaerobe. 2020;66:102275. doi: 10.1016/j.anaerobe.2020.102275.

5. Hernández Del Pino R.E., Barbero A.M., Español L.Á., Morro L.S., Pasquinelli V. The Adaptive Immune Response to *Clostridioides difficile*: A Tricky Balance between Immunoprotection and Immunopathogenesis. J. Leukoc. Biol. 2021;109:195–210. doi: 10.1002/JLB.4VMR0720-201R.

6. Kelly C.P., Kyne L. The Host Immune Response to *Clostridium difficile*. J. Med. Microbiol. 2011;60:1070–1079. doi: 10.1099/jmm.0.030015-0.

7. Nibbering B., Gerding D.N., Kuijper E.J., Zwittink R.D., Smits W.K. Host Immune Responses to *Clostridioides difficile*: Toxins and Beyond. Front. Microbiol. 2021;12:804949. doi: 10.3389/fmicb.2021.804949.

8. Клинические рекомендации МЗ РФ «Энтероколит, вызванный *Clostridioides difficile* (*C. difficile*)» ID:878_1, 2024.

Козлов С.Н., Марков Е.Ю., Николаев В.Б., Миронова Л.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОКСИДА КРЕМНИЯ И ГЕПАРИНА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РАЗРЕШАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ СУБСТРАТНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ГИДРОЛАЗ ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА

Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора, Иркутск

Зимография – это комплекс электрофоретических методик, применяемых для детекции различных ферментов, в том числе и бактериальных, и основанных на введении (инкорпорации) нужных растворимых высокомолекулярных и низкомолекулярных субстратов в матрицу (носитель), в роли которого чаще всего выступает полиакриламидный гель (ПААГ), либо инкубацией в соответствующем растворе субстрата [1], в некоторых частных случаях подразумевается любая визуализация ферментативной активности. Одними из преимуществ зимографии по сравнению с другими методами анализа гидролитических ферментов являются наглядная визуализация в полиакриламидном геле активности целевых ферментов в виде белых полос гидролиза субстрата на фоне окрашенного полиакриламидного геля [2], а также относительная простота выполнения анализа могут позволить относить зимографию к рутинным методам молекулярной биологии. Однако имеющиеся некоторые ограничения метода в виде низкой разрешающей способности и трудности обнаружения неактивных форм гидролитических ферментов накладывают определённые ограничения на повсеместное применения метода для детекции гидролитических ферментов разных биологических объектов.

Цель работы: повышение разрешающей способности субстратного электрофореза для детекции гидролитических ферментов бактерий с помощью диоксида кремния и гепарина.

Материалы и методы. В качестве объекта для исследования взяты 10 лиофилизированных препаратов мочевинных экстрактов (МЭ), наружных мембран (НМ) и культуральных фильтратов (КФ) V. cholerae O1 и O139 серогрупп разной эпидемической значимости и происхождения. Препараты мочевинных экстрактов и наружных мембран получали посредством лизиса живых клеток 4,5М раствором мочевины с последующим дифференциальным центрифугированием. Препараты культуральных фильтратов получали первоначальным суточным выращиванием культур холерного вибриона на щелочном мясо-пептонном агаре с последующим их смыванием физраствором и засеванием во флаконы с мясо-пептонным бульоном в концентрации 108 м.к./мл. После двухчасовой часовой инкубации при комнатной температуре во флаконы с целью стерилизации добавляли

мертиолят натрия в конечной концентрации 0,01%, затем бактериальную суспензию выдерживали на холоду в течение 48 ч. После контроля и подтверждения специфической стерильности суспензию центрифугировали при 10000 об/мин в течение 30 минут. Образовавшийся после центрифугирования супернатант подвергали диализу и лиофилизации. Зимографический анализ проводили в блоках полиакриламидного геля, используя в качестве субстратов коммерческие желатин и коллоидный хитин, импрегнированные в полиакриламидный гель в конечной концентрации 0,1% с добавлением диоксида кремния в конечной концентрации 0,01% в рабочий раствор гелей перед полимеризацией и 0,05% гепарина в исследуемые образцы перед электрофорезом. В качестве эталона для сравнения использовали исходный полиакриламидный гель без добавления диоксида кремния и нативные образцы препаратов бесклеточных фракций V. cholerae без гепарина.

Результаты. Зимографический анализ показал статистически значимые результаты формирования полос хитиназ и протеаз в зависимости от добавления диоксида кремния в полиакриламидный гель и гепарина в исследуемые образцы. Наибольшее количество протеаз и хитиназ (7 полос высокомолекулярных протеаз и хитиназ) наблюдается у препарата КФ V. cholerae И-680, без добавления диоксида кремния у него наблюдалось 5 протеаз и хитиназ, у препарата КФ V. cholerae El Tor И-638 отмечалось 5 белков с протеазной и хитиназной активностью, при добавлении диоксида кремния их число увеличилось до 6. Из препаратов мочевинных экстрактов наиболее активными оказались V. cholerae El Tor И-1263, V. cholerae El Tor И-1300, V. cholerae El Tor И-1369, V. cholerae El Tor 2-01, V. cholerae El Tor 129-05-B, в спектре которых отмечалось 4-5 протеаз и хитиназ, при добавлении диоксида кремния их количество увеличивалось на одну полосу и полосы протеаз и хитиназ становились отчётливее. Из препаратов наружных мембран максимальной активностью отличались препараты НМ V. cholerae El Tor М-878, V. cholerae El Tor И-1263, V. cholerae El Tor И-1407, при применении диоксида кремния количество полос гидролиза коллоидного хитина и желатина увеличивалось до 3. У большинства взятых в исследование препаратов при добавлении гепарина в образцы наблюдалось диффузное увеличение полос гидролиза субстратов, и увеличение количества полос при добавлении диоксида кремния, что можно интерпретировать как усиление активности, что вполне согласуется с данными литературы [3, 4].

Выводы. Таким образом, выявленные нами статистически достоверные различия в виде увеличения количества полос гидролиза при анализе результатов зимографического анализа протеаз и хитиназ бесклеточных фракций холерного вибриона при инкорпорировании диоксида кремния в полиакриламидный гель и добавлении гепарина в образцы указывают на их возможность повышения разрешающей способности метода.

Список литературы.

1. Wechselberger C., Doppler C., Bernhard D. An inexpensive staining alternative for gelatin zymography gels // Methods Protoc. – 2019. – Vol. 2, N 3. – DOI: 10.3390/mps2030061.

2. Wilkesman J., Kurz L. Zymography: methods and protocols // Methods Mol. Biol. – 2017. – New York: Springer Nature. – Vol. 1626. – P. 1–309. – DOI: 10.1007/978-1-4939-7111-4.

3. Yu W.H., Woessner J.F. Heparin-enhanced zymographic detection of matrilysin and collagenases // Anal. Biochem. – 2001. – Vol. 291, N 1. – P. 38–42. – DOI: 10.1006/abio.2001.5099.

4. Sajjadi S.H., Ahmadzadeh H., Goharshadi E. K. Enhanced electrophoretic separation of proteins by tethered SiO2 nanoparticles in an SDS-polyacrylamide gel network // Analyst. – 2019. – Vol. 145, N 2. – P. 415–423. – DOI: 10.1039/c9an01759c.

Комарова А.Я.[1], Жданов К.В.[1,2], Сухорук А.А.[1]

НЕУДАЧИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

[1] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург;
[2] Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург

Проблема лечения пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС) на протяжении последних десятилетий сохраняет свою актуальность. На эффективность лечения с использованием интерферон-содержащих схем противовирусной терапии (ПВТ) оказывали влияние пол пациента, вирусная нагрузка и генотип вируса гепатита С (ВГС), степень выраженности фиброза печени, генотип пациента по IL28B и др. [1, 2].

Внедрение в клиническую практику препаратов прямого противовирусного действия (ППВД) позволило значительно повысить эффективность лечения пациентов с ХГС [3, 4, 5]. Использование современных, в т. ч. пангенотипных, комбинаций позволяет достичь устойчивого вирусологического ответа (УВО) у 90–100% пациентов. Однако, накопление клинического опыта позволило идентифицировать отдельные когорты пациентов, которые могут плохо отвечать на лечение.

Факторами риска неудачи лечения с использованием ППВД являются [4, 5]:

1. ВГС 3 генотипа в сочетании с циррозом печени.

В рамках крупнейшего на сегодняшний день анализа результатов применения в условиях реальной клинической практики в различных географических регионах пангенотипной, панфибротической, однотаблеточной комбинации софосбувир/велпатасвир у более, чем 5,5 тыс. пациентов в 12 клинических когортах, было выявлено, что несмотря на

высокую эффективность ПВТ (более 95%), 50,9% пациентов, не достигших УВО, были инфицированы ВГС 3 генотипа. Кроме того, фактором, достоверно снижавшим вероятность достижения УВО, был компенсированный цирроз печени.

2. Наличие мутаций резистентности ВГС.

Развитие резистентности ВГС к ПППД, включая ингибиторы NS5A, является препятствием для успешного лечения ХГС, когда ПППД используются в неоптимальных комбинациях. Так, в рамках исследования ALLY-3 было показано, что при применении комбинации софосбувир+даклатосвир только 54% пациентов с заменой Y93H достигли УВО по сравнению с 92% пациентов, у которых не было замены. Мутации A30K, L31F, L31I в репликоне ВГС 3а генотипа ассоциированы со снижением чувствительности к даклатасвиру.

3. Декомпенсированный цирроз печени.

У пациентов с декомпенсированным циррозом печени эффективность ПВТ ограничена, в т.ч. безопасностью. Даже эффективная противовирусная терапия может не улучшить прогноз (выживаемость), а лечебная тактика в этой группе должна быть направлена на улучшение прогноза в целом, а не только на достижение УВО.

4. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК).

Частота достижения УВО у пациентов с ГЦК колеблется от 70 до 90% даже при использовании современных препаратов. Наличие ГЦК в 24,5 раза повышает риск неответа на ПВТ. Вместе с тем, доказано, что проведение ПВТ с использованием ПППД достоверно повышает выживаемость в данной группе пациентов.

5. Низкая приверженность к противовирусной терапии.

На приверженность к ПВТ может влиять целый ряд факторов, в том числе ее длительность, некоторые сопутствующие заболевания, социальные факторы, нежелательные явления и др. Результаты анализа реальной клинической практики показывают, что по мере увеличения длительности терапии с 8 до 12 недель число пациентов, демонстрирующих комплаентность, достоверно снижается. 8-недельный курс ПВТ сопровождался приверженностью более 98% пациентов с сахарным диабетом, ВИЧ-инфекцией, циррозом печени, а также среди потребителей инъекционных наркотиков. Во многих случаях пропуски приема препарата происходят по вине пациентов и их можно избежать путем проведения разъяснительных бесед, выдачи памяток, дневников и пр.

6. Межлекарственные взаимодействия.

Межлекарственные взаимодействия могут как повышать, так и снижать концентрацию ПППД, что, в свою очередь, может снижать их противовирусную активность, увеличивать частоту и выраженность нежелательных явлений. Несмотря на то, что современные схемы ПВТ у 70–80% пациентов не имеют потенциальных негативных взаимодействий, при их выявлении необходимо рассмотреть вопрос о замене схемы ПВТ или

препарата, который пациент принимает для лечения сопутствующего заболевания.

Эффективность современной ПВТ ХГС высока, вместе с тем у небольшой доли пациентов случаются неудачи. В будущем число не ответивших на безинтерфероновые комбинации пациентов может увеличиваться в связи с более широким внедрением ПППД в практику в целом, ошибками при выборе длительности и схемы терапии, самолечением и широким использованием пациентами незарегистрированных препаратов сомнительного качества, распространением ВГС с мутациями резистентности, в т.ч. у первичных пациентов, получивших вирус от пациента, ранее получавшего ПППД.

Список литературы.

1. Сысоев К. А., Чухловин А. Б., Шахманов Д. М. и др. Профиль цитокинов и хемокинов в плазме крови пациентов с хроническим гепатитом С // Инфекция и иммунитет, 2013. № 1. С. 49-58. DOI: 10.15789/2220-7619-2013-1-49-58

2. Эсауленко Е. В., Сухорук А. А., Герасимова О. А. Опыт противовирусной терапии хронического гепатита С до и после трансплантации печени. Практическая медицина. 2014. № 7 (83). С. 27 – 30

3. Абдурахманов Д. Т., Морозов В. Г., Никитин И. Г. и др. Безопасность и эффективность телапревира в лечении хронического гепатита С у больных российской популяции, включенных в исследование по программе раннего доступа // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – № 1. – С. 39-46.

4. Wei L., Jia J. D., Wang F. S., Niu J. Q., Zhao X. M., Mu S. et al. Efficacy and safety of elbasvir/grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1, 4, or 6 infection from the Asia-Pacific region and Russia: Final results from the randomized C-CORAL study. J. Gastroenterol. Hepatol. 2019; 34(1): 12-21. DOI: 10.1111/jgh.14509.

5. AASLD HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. www.hcvguidelines.org Updated: 2024

Копышева Е.Н.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Хронический гепатит С (ХГС) продолжает оставаться одной из актуальнейших проблем здравоохранения, являясь социально значимой инфекцией с достаточно высокими показателями летальности в исходе этого заболевания С момента открытия вируса гепатита С в 1989 году и до 2013 года для лечения ХГС использовали препараты интерферона в сочетании с

рибавирином, но эффективность и безопасность такого лечения была низкой [1, 2, 3].

С появлением препаратов прямого противовирусного действия (ППППД) следует ожидать положительных результатов в решении проблемы достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) и элиминации вируса гепатита С (ВГС). Кроме того, высокий профиль безопасности этих препаратов обеспечивает приверженность к лечению со стороны пациентов, а также упрощает процесс наблюдения за нежелательными явлениями [4, 5].

По данным бразильских авторов, изучивших приверженность к лечению с использованием ППППД 1248 пациентов, 8,2% не соблюдали режим лечения. Возраст и пол не оказывали существенного влияния на приверженность; 10,2% пациентов из государственной системы здравоохранения и 3,7% пациентов из частной медицинской практики не соблюдали режим лечения; из пула пациентов с ко-инфекцией ВИЧ 15,9% отказались от лечения (у лиц без ко-инфекции наблюдалось 7,0% случаев несоблюдения режима лечения).

Метаанализ результатов лечения 2149 пациентов выявил, что общий средний уровень приверженности составил 99,4%. В течение периода лечения приверженность снижалась (недели 0–4: 100%; недели 5–8: 98,3%; и недели 9–12: 97,1%). Частота УВО в популяции пациентов, включенных в исследование, составила 97,7% и оставалась высокой у пациентов, не соблюдавших режим лечения. Психические расстройства были связаны с менее чем 80% приверженностью, а более короткая продолжительность лечения была связана с более 80% приверженностью. Из 2902 пациентов, включенных в анализ перерывов в лечении, у 33 (1,1%) перерыв в лечении составил более одного дня, при частоте УВО 93,9% (31/33) [6].

Результаты исследований по приверженности к лечению ХГС должны убедить врачей, назначающих препараты, в том, что недостаточная приверженность к лечению или перерыв в лечении не снижает показатели УВО даже при самой короткой продолжительности лечения. Это может быть особенно полезным при рассмотрении лечения ХГС у пациентов с высоким риском несоблюдения режима лечения.

Список литературы.

1. Эсауленко Е. В., Сухорук А. А., Герасимова О. А., Жеребцов Ф. К. Естественное течение хронического гепатита С после трансплантации печени. Инфекционные болезни. 2014. Т. 12. № 1. С. 22-26

2. Эсауленко Е. В., Герасимова О. А., Сухорук А. А., Хомченко И. В. Опыт противовирусной терапии хронического гепатита С после трансплантации печени. Инфекционные болезни. 2012. Т. 10. № 2. С. 84-87.

3. Сысоев К. А., Чухловин А. Б., Шахманов Д. М., Жданов К. В., Тотолян Арег А. Профиль цитокинов и хемокинов в плазме крови пациентов с хроническим гепатитом С // Инфекция и иммунитет, 2013. № 1. С. 49-58. DOI: 10.15789/2220-7619-2013-1-49-58

4. Абдурахманов Д. Т., Морозов В. Г., Никитин И. Г. и др. Безопасность и эффективность телапревира в лечении хронического гепатита С у больных

российской популяции, включенных в исследование по программе раннего доступа // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. № 1.С. 39-46.

5. Wei L., Jia J. D., Wang F.S., Niu J.Q., Zhao X.M., Mu S., et al. Efficacy and safety of elbasvir/grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1, 4, or 6 infection from the Asia-Pacific region and Russia: Final results from the randomized C-CORAL study. J. Gastroenterol. Hepatol. 2019; 34(1): 12-21. DOI: 10.1111/jgh.14509

6. Zamor P. J., Brown A., Dylla D. E., Dillon J. F., Luetkemeyer A. F., et al. High Sustained Virologic Response Rates of Glecaprevir/Pibrentasvir in Patients With Dosing Interruption or Suboptimal Adherence. American Journal of Gastroenterology, 2021; 116(9), 1896-1904.https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001332

Корчагина Е.О., Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Снисаренко Е.Д.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-РАДИОНУКЛИДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт
им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Саркоидоз до настоящего времени остается заболеванием с неизвестной этиологией, сложно прогнозируемым течением и характеризуется разнообразием диагностических и лечебных подходов в ведении пациентов. Как подчеркивается в ряде научных работ, пусть и немногочисленных, радионуклидные исследования являются основой для выявления поражения других органов и систем, за исключением кожи, когда сразу возможна патоморфологическая верификация по данным биопсии [1, 2, 3, 4].

Проведена оценка использования радионуклидных методов в комплексной диагностике саркоидоза органов дыхания. Обследован 121 больной с различными формами данного заболевания. Все пациенты разделены на 2 группы: 62 заболевших с впервые выявленным саркоидозом и 59 – с рецидивирующим процессом. Для исследования регионарного кровотока применялся РФП МАА Тс-99м, для определения функции ВГЛУ – РФП 99mTc-технетрил. Регистрация данных осуществлялась на сцинтилляционной гамма-камере Sigma-410 фирмы «Siemens».

Проведенное в два этапа (перед началом терапии и после окончания) исследование регионарного кровотока легких выявило нарушение кровообращения у подавляющего большинства больных саркоидозом органов дыхания. У впервые выявленных нарушения диагностировались в 95,2% случаев, при рецидивирующем саркоидозе – в 93,2%. При сравнительном анализе распространенности патологического процесса в ткани легких информативность радионуклидных методов превалировала над клинико-рентгенологическими. У 46,8% впервые выявленных и у 75,8% больных

рецидивирующим саркоидозом выявлены функциональные изменения, которые рентгенологически не определялись. Особенно это касалось пневмосклеротических изменений. Соответствие рентгенологических и радионуклидных показателей в диагностике пневмосклероза наблюдалось только при обширном поражении легочной ткани. Нарушение регионарного кровотока легких имело прямую корреляционную связь с показателями функции внешнего дыхания. В большей степени эта зависимость отмечалась у больных рецидивирующим саркоидозом. Однако снижение показателей легочного кровотока не всегда подтверждалось снижением функции внешнего дыхания, то есть радионуклидное исследование в функциональном плане являлось более информативным. Радионуклидное обследование изменений лимфатических узлов средостения выявило функциональные нарушения у 96,8% впервые выявленных и у 88,1% страдающих рецидивирующим саркоидозом органов дыхания, что превышало информативность клинико-рентгенологического и бронхологического метода исследования. Мониторинг лечения, проведенный радионуклидными тестами доказал, что нормализация легочного кровотока характерна только для впервые выявленных больных саркоидозом, при рецидивирующем процессе у большинства пациентов кровоток не изменяется и даже снижается. Функция внутригрудных лимфоузлов быстрее компенсируется у впервые выявленных больных. Восстановление происходит в 2,3 раза чаще, а ухудшается в 5,3 реже, чем при рецидивирующем саркоидозе. Включение в схему терапии кортикостероидных препаратов оказало выраженный клинический эффект у всех наблюдаемых. Наибольшая результативность отмечалась у пациентов с рецидивирующим процессом. Нестероидная терапия была эффективна только у впервые выявленных пациентов.

Список литературы.

1. Визель А.А., Визель И.Ю., Амиров Н.Б. Эпидемиология саркоидоза в Российской Федерации // Вестник современной клинической медицины. 2017 Т.10, №.5. С. 66–73.

2. Клинические рекомендации. Саркоидоз. Год утверждение 2025. 73 с.

3. Тихонович Э.Л., Везикова Н.Н., Маркелова О.А., Малышева И.Е. Эпидемиология, особенности клиники, диагностики и лечения саркоидоза в Карелии // Учен. зап. Петрозавод. гос. ун-та. Сер.: Естественные и технические науки. 2015 Т.6, №.151. С. 67-71.

4. Чучалин, А. Г. Пульмонология: национальное руководство: краткое издание / А. Г. Чучалин, В. Н. Абросимов, С. Н. Авдеев ; под ред. А. Г. Чучалина. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 768 с.

Кравченко И.Э., Максимова Ю.С., Фаткуллин Б.Ш.

ИНФЕКЦИИ И ИНСУЛЬТ: ОТ ТРИГГЕРНЫХ МЕХАНИЗМОВ К СТРАТЕГИЯМ ПРОФИЛАКТИКИ

Казанский государственный медицинский университет, Казань;
Республиканская клиническая инфекционная больница
им. проф. А.Ф. Агафонова, Казань

Инсульт входит в тройку лидеров заболеваний, приводящих к инвалидности и смерти. В общей популяции соотношение ишемических инсультов (ИИ) к геморрагическим инсультам (ИИ) составляет 4:1. Показатели смертности выше при ГИ (3:1) [1]. Выделяют немодифицируемые факторы риска (ФР) инсульта (возраст, пол) и модифицируемые ФР: долгосрочные (сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия, хронические инфекции и др.) и краткосрочные ФР или триггеры (острые инфекции, сепсис, стресс) [2].

Цель исследования. Анализ клинических случаев инфекционных заболеваний, осложненных развитием инсультов, и оценка роли долгосрочных и краткосрочных факторов риска.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) и включало клиническое наблюдение и анализ медицинских карт пациентов с инфекционными заболеваниями, осложненными, развитием инсульта за период 2024 г. Оценивали демографические показатели, долгосрочные и краткосрочные ФР, типы инсульта, лабораторные показатели (СРБ, D-димер, тромбоциты) и исходы заболевания.

Результаты исследования. В 2024 году в РКИБ пролечено 11692 пациентов, из них 472 (4,3%) в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). В исследование включены 26 пациентов (0,22% от числа госпитализированных и 5,5% от числа больных ОРИТ), у которых на фоне инфекционной патологии развился инсульт. ИИ диагностирован у 58% пациентов, ГИ – у 42%, соотношение ИИ:ГИ – 1,4:1. Преобладали пациенты пожилого и старческого возраста – 73% случаев, $p<0,05$. Соотношение мужчин и женщин – 1:1,2, $p>0,05$. Долгосрочные ФР имели 25 (96%) пациентов: артериальная гипертензия – у 80% (ИИ/ГИ – 14/7 чел.), перенесенное ОНМК – 35% (8/1), хронические инфекции (в т.ч. ВИЧ, ХВГС) – 19% (2/3), СД 2 типа – 15% (4/0), онкологические и генетические заболевания – 8% (1/1). Краткосрочные ФР (острые инфекции) у всех пациентов: COVID-19 – у 69% (ИИ/ГИ – 10/8), грипп –11% (2/1), ГЛПС –8% (1/1), ВИЧ (стадия 4В) – 8% (1/1), сепсис – 4% (1/0). Лабораторные предикторы инсульта имелись в 100% случаев: СРБ (2–274 мг/л), D-димеры (143 – >80000 нг/мл) и тромбоциты (10×10×9– 439×10×9/л). У пациентов с летальными исходами (n=10, 38%) триггерами явились COVID-19 – у 50% (ИИ/ГИ 2/3 чел.), грипп – 20% (1/1), ГЛПС – 10% (1/0), сепсис – 20% (1/1).

Соотношение ИИ:ГИ – 1:1 указывает на более высокую смертность при ИИ на фоне инфекции по сравнению с общей популяцией – ~1:3.

Представляем анализ случаев инфекционных заболеваний с развитием инсультов и летальными исходами. Пациент1 – женщина, 74 года. COVID-19, пневмония, сепсис, ГИ. Фактор риска – Cancer молочной железы, триггеры – COVID-19, сепсис. СРБ 183,1 мг/л, Д-димер >80 000 нг/мл, Tr 9×10^9/л. Exitus. letalis – на 6 день болезни (д.б.). Молниеносное течение COVID-19 с развитием цитокинового шторма, коагулопатией и тромбоцитопенией привело к геморрагическому инсульту у пожилой пациентки с онкологическим анамнезом. Пациент 2 – женщина 77 лет. Грипп А, пневмония Klebsiella pneumoniae, сепсис, ГИ. Факторы риска – СД, гипертоническая болезнь, триггеры – грипп А, Klebsiella pneumoniae. Д-димер 3749 нг/мл, СРБ – 121,69 мг/л, Tr – 16×10^9/л. Ex. letalis на 9 д.б. Грипп и тяжелая бактериальная пневмония явились триггерами развития ИИ у пациентки с множеством долгосрочных ФР, что способствовало дестабилизации течения имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний. Пациент 3 – мужчина, 37 лет. ГЛПС, хантавирусный легочной синдром, острое повреждение почек, ИИ. Долгосрочных ФР нет, триггер – ГЛПС. Д-димер 7770 нг/мл, СРБ-71 мг/л, Tr -11×10^9/л. Ex. letalis на 7 д.б. Данный случай демонстрирует развитие ИИ у молодого пациента при отсутствии долгосрочных ФР на фоне вирусной инфекции, вызвавшей тяжелый системный воспалительный ответ, ДВС-синдром и острое повреждение почек. Ключевые предикторы – выраженная тромбоцитопения и высокий уровень Д-димера. Пациент 4 – мужчина, 46 лет – ВИЧ-инфекция, 4В стадия на фоне АРВТ, сепсис Staphylococcus aureus, ГИ. ФР – ВИЧ-инфекция, ХГС, цирроз печени, триггер – сепсис. СРБ 274,8 мг/л, Д-димер 15214 нг/мл, Tr – 69×10^9/л. Переведен из наркодиспансера в тяжелом состоянии, обусловленным развитием сепсиса. Ex. letalis – 4 день госпитализации. У пациента с комплексом долгосрочных ФР триггером инсульта послужил бактериальный сепсис. Развитие геморрагического инсульта, вероятно, обусловлено септическим эндокардитом, ДВС-синдромом и исходной коагулопатией на фоне цирроза печени.

Патогенез инсультов при острых инфекциях обусловлен развитием системного воспаления, эндотелиальной дисфункции, коагулопатии, при хронических инфекциях – развитием васкулопатии и атерогенеза вследствие хронического воспаления [2, 3].

Профилактика инсультов включает вакцинацию, лечение хронических инфекций, применение антикоагулянтов у пациентов с ФР на ранних сроках заболевания. В многоцентровом исследовании 2024 года продемонстрирована эффективность перорального ингибитора фактора Ха амидина гидрохлорида (Димолегин) у госпитализированных пациентов COVID-19 средней тяжести, что потенциально расширяет возможности профилактики тромботических событий, включая инсульт [2, 3, 4].

Выводы. Инфекционные заболевания являются значимым и независимым ФР развития инсультов. Особенности инфекционно-ассоциированных инсультов: преобладание лиц пожилого возраста, наличие коморбидной патологии и хронических инфекций; триггеры – острые инфекции; высокая летальность при ИИ по сравнению с общей популяцией. У пациентов с криптогенным инсультом следует уделять особое внимание недавно перенесенным инфекциям и хроническим инфекциям. Важное значение имеет профилактика развития инсультов у пациентов с коморбидными состояниями и инфекционной патологией.

Список литературы.

1. Мачинский, Н.А. Плотникова, В.Е. Ульянкин, С.П. Кемайкин, А.Г. Рыбаков Сравнительная характеристика показателей смертности и летальности от ишемического и геморрагического инсультов в России. Медицинские науки. Патологическая анатомия. № 3 (51), 2019. DOI 10.21685/2072-3032-2019-3-10.

2. Кольцова Е.А., Петрова Е.А., Борщ Ю.В. Обзор факторов риска инсульта. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122 (12 вып. 2):12–19. https://doi.org/10.17116/jnevro2022122122123.

3. Sebastian S, Stein LK, Dhamoon MS. Infection as a Stroke Trigger. Stroke. 2019 Aug;50(8):2216-2218. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31242826/

4. Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д., Шульдяков А.А., и др. Эффективность и безопасность нового селективного перорального ингибитора фактора Ха амидина гидрохлорида в профилактике тромбоэмболических осложнений у госпитализированных пациентов с COVID-19: результаты многоцентрового проспективного рандомизированного контролируемого исследования. Флебология. 2024;18(2):154–162.

Криволуцкая Т.А.[1], Макаров А.Б.[2], Белозёрова В.А.[1]

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЕЗЁНКИ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

[1] филиал №2 1477 Военно-морского клинического госпиталя, Петропавловск-Камчатский;
[2] Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Традиционно известно, что заболевания селезёнки встречаются редко, что обосновывает недостаточное внимание врачей к этому «забытому» паренхиматозному органу брюшной полости в организме человека [1, 2]. Поражения селезёнки характеризуются медленным ростом, длительным бессимптомным течением, а также отсутствием общепринятой классификации и четкого протокола морфологической верификации. С развитием современных медицинских технологий инструментальной диагностики, в большинстве случаев случайно обнаруживаются объёмные образования органа кроветворения, что приводит к возникновению

необходимости в конкретизации чётких критериев заболевания, что обуславливает исследовательский интерес к анализу клинических случаев пациентов с патологией селезёнки [3].

Клинический случай. Во время прохождения диспансерного обследования при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у мужчины К. 40 лет выявлено гипоэхогенное объёмное образование ворот селезёнки размером 69×60 мм, неоднородной ячеистой структуры вертикальной направленности. Пациент больным себя не считает, жалоб на состояние здоровья не предъявляет, на диспансерном учёте не состоит. В эпидемиологическом анамнезе установлено, что пациент дома держит домашних животных (кот и собака).

При объективном осмотре состояние пациента удовлетворительное, по органам и системам видимых изменений не выявлено. Для уточнения диагноза проведена компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием, выявлено увеличение селезёнки в размерах за счёт объёмного образования в нижнедорсальном отделе селезенки с не выраженной капсулой диаметром 61 мм и неоднородной плотности за счёт наличия диффузных «коралловых» обызвествлений. Заключение врача-рентгенолога: КТ – картина объёмного образования селезёнки мезенхимального ряда. В общеклиническом анализе крови: гемоглобин – 160 г/л; эритроциты – 5,81 × 10^{12}/л; лейкоциты – 9,19×10^{9}/л; тромбоциты 285×10^{9}/л; базофилы – 0; эозинофилы – 1; палочкоядерные – 3; сегментоядерные – 57; лимфоциты – 32; моноциты – 7; СОЭ – 30 мм/ч. Пациенту проведено биохимическое исследование крови: АЛТ – 23 ед/л; АСТ – 15 ед/л; общий билирубин – 9,6 мкмоль/л; глюкоза – 4,6 ммоль/л; мочевина – 5,0 ммоль/л; общий белок – 78 г/л; амилаза – 57 ед/л. При серологическом обследовании выявлены anti-echinococcus IgG (+) с положительным коэффициентом позитивности (КП) -1,35.

Учитывая результаты инструментального обследования и серологического исследования крови, данные эпидемиологического анамнеза и объективного статуса пациент госпитализирован в хирургическое отделение для обследования с целью уточнения диагноза. При повторной компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастом выявлено: на нижней границе сохраняется увеличение селезёнки до 125×65×65 мм с нечеткими контурами, без капсулы и обызвествлений. Заключение рентгенолога: КТ-признаки спленомегалии, крупного неоднородного образования селезёнки, вероятно доброкачественного характера – обызвествленная гемангиома. По результатам общеклинического анализа крови установлено нарастание скорости оседания эритроцитов до 52 мм/ч., других изменений не выявлено. Также определено повышение содержания СРБ до 26 мг/мл. Изменений в биохимическом анализе крови и протеинограмме не выявлено. С диагностической целью пациенту проведена ректороманоскопия, патологии не установлено. ЭКГ в пределах физиологической нормы. Антител к антигенам описторхиса, трихинелл, токсокара, эхинококка, аскарид не

обнаружено. Содержание IgE – 24,68 кЕ/л (норма 20 до 100 кЕ/л). Взят образец крови на онкомаркёры и anti-echinococcus IgG. Пациент выписан из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Гемангиома селезёнки. Рекомендации по выписке: наблюдение хирурга по месту жительства, контроль УЗИ органов брюшной полости через 3 и 6 месяцев; КТ органов брюшной полости через 6 месяцев [4].

Согласно данным литературных источников, мы не единственные, кто столкнулся со сложностями в диагностике на дооперационном этапе при заболеваниях селезёнки. Так, Аралова М.В. и соавт. (2023г.) в своей научной работе описали и проанализировали клинический случай ошибочной постановки диагноза до получения результатов гистологического исследования макропрепарата после спленэктомии. Исследователи заключили, что современные инструментальные и лабораторные методы не позволяют безоперационным способом морфологически идентифицировать характер образования, что обуславливает необходимость хирургического удаления селезёнки, как единственно верного способа достоверной диагностики, который будет являться окончательным этапом лечения при доброкачественных образованиях или позволит не пропустить злокачественную опухоль и кисты паразитов (альвеококков и эхинококков), своевременно установить диагноз и принять правильную тактику ведения пациента, которая повысит шансы на благоприятный исход [5].

Заключение. Таким образом, перед врачами, участвующих в диспансеризации, в случае обнаружения образования селезенки и трудности постановки правильного диагноза на поликлиническом этапе ставится важная задача своевременного направления пациента для обследования в условиях специализированных отделений стационара и дальнейшего адекватного диспансерного наблюдения в случае подтверждения диагноза.

Список литературы.

1. Зеля О.П., Завойкин В.Д., Тумольская Н.И. Диагностика, лечение и диспансерное наблюдение больных альвеолярным эхинококкозом (материал для подготовки лекции). Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2023; 12(3): 137–145.

2. Ионкин Д.А., Икрамов Р.З., Вишневский В.А., Степанова Ю.А., Жаворонкова О.И., Чжао А.В. Эхинококкоз селезёнки: особенности диагностики и хирургического лечения. Анналы хирургической гепатологии. 2017; 22(1): 88-99.

3. Чекини А.К., Новиков Д.В., Автурханов Т.М., Мкртумян Р.А., Новикова А.О. Опыт хирургического лечения гемангиомы селезенки. Клинический случай. Современная Онкология. 2023; 25(2): 250–252.

4. Аралова М.В., Алимкина Ю.Н., Черных А.В., Остроушко А.П., Брежнева В.С. Трудности диагностики объемных образований селезенки на примере клинического случая. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2023; 16(3): 256-260.

5. Криволуцкая Т.А., Лемещенко А.В., Макаров А.Б. Сложности диагностики заболевания селезенки: описание клинического случая. Тихоокеанский медицинский журнал. 2025; 2(100): 78-81.

Крылова А.Ю., Тихомиров Д.С., Солдатова Т.А., Мисько О.Н., Никитина А.А., Старкова О.Г., Туполева Т.А.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ДОНОРОВ КОСТНОГО МОЗГА ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Национальный медицинский исследовательский центр гематологии, Москва

Введение: Трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) является эффективным методом лечения заболеваний системы крови. В случае невозможности выполнения заготовки ГСК от родственного донора костного мозга (ДКМ) поиск потенциального донора осуществляется в Федеральном регистре (ФР). При вступлении в ФР тестирование потенциального ДКМ на маркеры социально значимых (далее парентеральных) инфекций (ВИЧ, гепатиты В и С) не предусмотрено. В ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России такое исследование проводится на этапе подбора ДКМ из ФР, а также на этапе обследования ДКМ перед донацией ГСК. Перед заготовкой ГСК проводится исследование крови ДКМ на маркеры герпесвирусных инфекций.

Цель исследования: Определить частоту выявления маркеров парентеральных и герпесвирусных инфекций у потенциальных ДКМ из ФР, прошедших обследование и заготовку ГСК в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России в 2015-2024 гг.

Материалы и методы: В исследование включены результаты тестирования 959 ДКМ из ФР. Все образцы крови были исследованы на маркеры вируса гепатита В (ВГВ), вируса гепатита С (ВГС), вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и сифилиса. Образцы крови 220 ДКМ, у которых была выполнена донация ГСК, были протестированы на маркеры латентной (анамнестические IgG) и острой (IgM+ДНК) фаз герпесвирусных инфекций.

Результаты: Маркеры парентеральных инфекций обнаружены у 46 (4,79%) ДКМ. Чаще всего выявлялись суммарные антитела к ядерному антигену ВГВ (а-НВс) – у 30 (3,75%) ДКМ, у 18 (1,87%) из них также выявлены антитела к е-антигену, и у 1 (0,10%) – а-НВс-IgM. ДНК ВГВ не была выявлена ни в одном из случаев. Антитела к ВГС обнаружены у 4 (0,47%) ДКМ, у 1 (0,10%) выявлена вирусная РНК. Маркеры ВИЧ (Ag/At комплекс и РНК) обнаружены у 1 (0,10%) ДКМ. Специфические антитела к возбудителю сифилиса выявлены у 2 (0,21%) ДКМ.

Маркеры герпесвирусов обнаружены у 140 из 220 протестированных ДКМ (63,63%). Анамнестические антитела к вирусу простого герпеса (HSV),

цитомегаловирусу (CMV) и к ядерному антигену вируса Эпштейна-Барр (EBV) выявились в 52-56% случаев.

Из маркеров острой фазы герпесвирусной инфекции чаще выявлялись маркеры EBV – у 21 (9,54%) ДКМ. Антитела IgM к вирусному капсидному антигену и IgG к раннему антигену EBV выявлены у 19 (8,63%) ДКМ, у 2 (0,91%) обнаружена ДНК вируса. Антитела IgM к HSV были выявлены у 8 (3,63%) ДКМ. Иммуноглобулины IgM к CMV обнаружены у 2 (0,91%) ДКМ.

Заключение. Наиболее частым маркером парентеральных инфекций у ДКМ оказались a-HBc (3,75%), следовательно, обследование потенциальных ДКМ на данный маркер перед вступлением в ФР является крайне актуальным. Частота выявления анамнестических антител к герпесвирусам у ДКМ оказалась ниже, чем в общей популяции (56% против 95% [4-5]). Маркеры активной фазы герпесвирусной инфекции обнаружены у ~10% ДКМ, чаще всего выявлялись маркеры активной EBV-инфекции (до 9,54% случаев). Выявление маркеров социально значимых инфекций или маркеров активной фазы герпесвирусных инфекций является веской причиной для отказа от заготовки ГСК и поиска альтернативного ДКМ.

Список литературы.

1. Гапонова Т.В. Стратегия формирования регистра доноров костного мозга с использованием инфраструктуры службы крови. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ФГБУ “НМИЦ гематологии” Минздрава России, Москва, 2022 г.

2. Ljungman P. Viral Infections in Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients. Allogeneic Stem Cell Transplantation. 2009 Nov 27:505–32. doi: 10.1007/978-1-59745-478-0_29. PMCID: PMC7120500.

3. Gessoni G, Beggio S, Barin P, Favarato M, Galli C, Valverde S, Nata MB, Salvadego MM, Marchiori G. Significance of anti-HBc only in blood donors: a serological and virological study after hepatitis B vaccination. Blood Transfus. 2014 Jan;12 Suppl 1(Suppl 1):s63-8. doi: 10.2450/2013.0227-12. Epub 2013 Feb 21. PMID: 23522882; PMCID: PMC3934214.

4. Соломай Т.В., Семененко Т.А., Тутельян А.В., Боброва М.В. Эпидемиологические особенности инфекции, вызванной вирусом Эпштейна–Барр // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2021. – Т. 98. – №6. – С. 685-696. doi: 10.36233/0372-9311-139

5. Клинические рекомендации «Врожденная цитомегаловирусная инфекция», 2023 г.

6. Баратова Д.А., Нурлыханов Е.Б., Баратова М.А., Баратова Д.А., Нурлыханов Е.Б. Иммуногенетические показатели и распространенность носительства вируса Эпштейна – Барр, цитомегаловируса у потенциальных доноров гемопоэтических стволовых клеток // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №5.

Курмаева Д.Ю.[1,2], Рыбалкин С.Б .[1,2], Лесина О.Н.[1,2], Агейкин А.В.[1,2], Чулкова О.М.[1,2], Леонова А.В.[1,]

СЛУЧАЙ ИНВАЗИВНОГО МУКОРМИКОЗА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

[1] Медицинский институт, Пензенский государственный университет, Пенза;
[2] Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи, Пенза

Мукормикоз – это опасное грибковое заболевание, вызванное грибами рода Mucor и другими зоомицетами. Пандемия COVID-19 привела к увеличению случаев мукормикоза. Это связано с тем, что многие пациенты получали стероиды и другие иммуносупрессивные препараты, что способствовало развитию инфекции. Больная М. 62 года, в октябре 2021 года находилась на стационарном лечении в инфекционном отделении Пензенского областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи (ПОКЦСВМП) по поводу новой коронавирусной инфекции, двусторонней пневмонии, средней степени тяжести, ДН 1 ст. на фоне сахарного диабета, 2 типа и гипертонической болезни. Через 2 дня после выписки из стационара у больной появились новые симптомы: головная боль, заложенность носа, отхождение слизи зеленоватого цвета, онемение лица и снижение зрения слева. Только лишь через полтора месяца после появления этих симптомов и ухудшении состояния, пациентка обратилась в ЛОР-отделение и была госпитализирована с диагнозом «Хронический гнойный полисинусит, обострение». Осложнением основного заболевания являлся реактивный отек левого глаза. При КТ-исследовании лицевого отдела черепа выявлены признаки полисинусита и костная деструкцию лобной, решетчатой, носовых костей. В феврале 2022 г. была проведена радикальная ЛОР-операция на лобной пазухе. При проведении КТ в динамике отрицательная динамика: признаки полисинусита с наличием костно-деструктивного процесса с вовлечением лобной, решетчатой, носовых, левой небной, клиновидной костей, левой верхней челюсти, с распространением на основание черепа, состояние после операции на лобных пазухах. Ввиду сложного случая, больная М. в начале марта 2022 г. была направлена на стационарное лечение в Первый МГМУ им. И.М. Сеченова с диагнозом «Послеоперационный дефект верхней челюсти. Хронический остеомиелит верхней челюсти, костей средней зоны лица, проведена костная пластика верхней челюсти». В результате микробиологического исследования биоптата, у пациентки был обнаружен несептированный мицелий, характерный для грибов порядка Mukorales, что указывало на развитие мукормикоза. Через месяц пациентка обратилась в приемное отделение ПОКЦСВМП г. Пенза с жалобами на онемение над верхней губой и верхней десной, а также отмечались отек и заложенность носа. Отмечались изменения в биохимическом анализе крови: С-реактивный белок 44,49 мг/л, Д-димер 425

нг/мл и специфический маркер прокальцитонин 1,29 нг/мл, остальные показатели крови были в пределах нормы. Исходя из данных анамнеза заболевания, жалоб, объективного статуса, лабораторных обследований выставлен диагноз «Инвазивный мукормикоз». Больная была госпитализирована в инфекционное отделение, в процессе лечения получала Амфотерицин В липосомальный из расчёта 5 мг/кг 1 раз в день в течение 2 недель, в соответствии с общей характеристикой лекарственного препарата. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии, с положительной динамикой и с рекомендациями. Таким образом, анамнез пациентки демонстрирует сложный и многогранный клинический случай с сочетанием COVID-19 и последующими ЛОР-осложнениями на фоне имеющихся хронических заболеваний. Важно учитывать несколько ключевых аспектов для того чтобы выявить как можно скорее данное жизнеугрожающее заболевания, а именно: учитывать факторы риска развития инвазивных микозов (длительная нейтропения, длительное (более 3 нед.) использование системных глюкокортикоидов, использование препаратов, вызывающих значительный иммуносупрессивный эффект, реакция «трансплантат против хозяина»), сопутствующие заболевания (сахарный диабет 2 типа, онкология, иммунодефициты и т.д.), проведение визуализационных методов обследования (КТ, МРТ), взятие биопсии пораженных тканей с последующим гистологическим анализом, осуществлять дифференциальную диагностику, поскольку важно отличать мукормикоз от других грибковых инфекций, таких как аспергиллез. Эти аспекты диагностики помогают своевременно выявить мукормикоз и начать необходимое лечение, что критически важно для улучшения прогноза и снижения риска серьезных осложнений.

Список литературы.

1. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. 2-е изд. перераб. и доп. -М.: Ви Джи Групп, 2008. – 336 с.

2. Аравийский РА., Климко Н.Н, Васильева Н.В. Диагностика микозов. СПб: Издательский дом "СПб М АПО"; 2004.

3. RibesJA., Vanover-Sams C.L., Baker DA. Zygomycetes in human disease. Clin Microbiol Rev 2000; 13: 236-301.

Лагун Л.В.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель

Введение. На протяжении многих лет инфекции мочевыводящих путей (ИМП) при беременности является насущной проблемой как для акушеров-гинекологов, так и для терапевтов. Такая ситуация связана, во-первых, с нарастающей распространенностью данной экстрагенитальной патологии в связи с наличием специфических факторов, предрасполагающих к ее развитию, во-вторых, с высоким риском возникновения разнообразных

осложнений беременности, родов и послеродового периода, и, наконец, с трудностью формирования диагностического алгоритма при беременности и выбора комплекса лечебных мероприятий. Основным методом лечения ИМП у беременных является антибактериальная терапия, при назначении которой необходимо учитывать антибиотикочувствительность уропатогенов, выделенных у конкретной пациентки, и информацию о чувствительности основных возбудителей ИМП в данном регионе. Однако с учетом изменения антибиотикорезистентности микроорганизмов – актуальность изучаемой проблемы увеличивается [1, 2].

Чаще всего причиной инфекции мочевыводящих путей служат микроорганизмы, проникающие в мочеполовую систему, вызывая там воспалительный процесс. Наиболее частыми возбудителями ИМП являются бактерии (энтеробактерии, стафилококки и другие), микоплазмы, хламидии, вирусы, реже – грибы [1, 3]. В последние годы появилась тенденция к недооценке этого фактора, и как следствие – нерациональное применение антибактериальных средств. Это приводит к широкому распространению устойчивых форм микроорганизмов, персистированию инфекции в организме в виде L-форм, что способствует затяжному течению заболевания и хронизации процесса.

Цель исследования. Изучить видовой спектр возбудителей инфекции мочевыводящих путей у беременных в современных условиях.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 107 медицинских карт беременных с ИМП (цистит, пиелонефрит) за период 2021–2023 гг. Сроки беременности от 12 до 34 недель. Пациентки находились на стационарном лечении в урологическом, акушерско-обсервационном, гинекологическом отделениях, а также в отделении патологии беременных Гомельской областной клинической больницы.

Проводился анализ результатов микробиологического исследования (посев) мочи в данной группе пациентов. Изучался видовой состав выделенных штаммов уропатогенов. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием статистического модуля программы Microsoft Office Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что положительные результаты микробиологического исследования мочи беременных с учетом выделения возбудителя заболевания в этиологически значимом количестве для условно-патогенных микроорганизмов составили 85,1% (в 91 случае), отрицательные – 14,9% (в 16 случаях). В анализируемой группе пациенток с инфекциями мочевыводящих путей не было выявлено смешанной инфекции.

В видовом спектре этиологических агентов инфекции мочевыводящих путей, выделенных из мочи беременных пациенток, доминируют энтеробактерии (эшерихия, клебсиелла, протей) –71штамм (78,0%). Среди энтеробактерий ведущим возбудителем является E. coli, удельный вес которых в спектре всех выделенных микроорганизмов составил 63,7% (n=58).

Штаммы Klebsiella pneumoniae составили 8,8%, а Proteus spp. – 5,5%. Кроме энтеробактерий, 14,3% (n=13) клинических изолятов составили грамположительные кокки – стафилококки, с преобладанием штаммов Staphylococcus aureus (12,1%). В 7,7% (n=7) случаев из мочи беременных с ИМП были выделены неферментирующие грамотрицательные палочки – штаммы Pseudomonas aeruginosa.

Выводы. Таким образом, микробный спектр возбудителей инфекций мочевыделительной системы у беременных в современных условиях в основном представлен энтеробактериями, стафилококками и неферментирующими грамотрицательными палочками. Среди выделенных изолятов доминируют грамотрицательные палочки (энтеробактерии и P.aeruginosa) с преобладанием штаммов E. coli (63,7%). Стафилококки составляют 1/7 от всего числа случаев, причем большая часть из них представлена штаммами S. aureus (12,1%), остальные являются сапрофитами или условно-патогенными микроорганизмами.

Список литературы.

1. Пересада, О.А. Инфекции мочевыводящих путей у беременных: современные подходы к диагностике и лечению / О.А. Пересада // Медицинские новости. – 2012. – № 8. – С. 13–20.

2. Лагун, Л.В. Алгоритм рациональной антибактериальной терапии пиелонефритов и его микробиологическое обоснование / Л.В. Лагун, Д.В. Тапальский // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – № 4. – С. 62–69.

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

Левченко К.В.[1], Мицура В.М.[1,2], Бондаренко В.Н.[1]

ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*, В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

[1] Гомельский государственный медицинский университет, Гомель;
[2] Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Гомель

Введение. Пациенты с туберкулезом (ТБ) органов дыхания, длительно получающие лечение в условиях противотуберкулезного стационара, ввиду иммуносупрессии, а также повторных госпитализаций, нередко имеют бактериальные осложнения. Зачастую микробный пейзаж мокроты представлен бактериями, резистентными к антибактериальным препаратам, а также грибами [1]. У пациентов с ТБ органов дыхания отмечается высокая доля коинфекции *K. pneumoniae*. Значительная часть выделенных штаммов характеризуется лекарственной устойчивостью к нескольким лекарственным препаратам. Знание вероятной этиологии бактериальных осложнений, с учетом клинических данных и лабораторных показателей значительно повышает эффективность эмпирической антибактериальной терапии. [2].

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторных данных пациентов с коинфекцией *K. pneumoniae* и ТБ, чувствительность выделенных штаммов *K. pneumoniae* к антибиотикам.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев коинфекции *K. pneumoniae* и ТБ за 2023 год у пациентов, проходивших лечение в учреждении «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». Группа исследования составила 40 человек: 8 женщин и 32 мужчины. Медиана возраста пациентов составила 56 [47,8-63,3] лет (минимальный возраст – 35 лет, максимальный – 73 года). 19 пациентов (47,5%; 31,5–63,9) получали лечение по поводу лекарственно-чувствительного туберкулеза, 21 пациент (52,5%; 36,1–68,5) – индивидуальные схемы лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза. Инфильтративный ТБ был диагностирован у 26 пациентов (65,0%; 48,3-79,4), диссеминированный ТБ – у 5 пациентов (12,5%; 4,2-26,8), генерализованный – у 5 пациентов (12,5%; 4,2-26,8), казеозная пневмония – у 3 человек (7,5%; 1,6-20,4), фиброзно-кавернозный ТБ выявлен у 1 пациента (2,5%; 0,1-13,2) анализируемой группы.

Была изучена гендерно-возрастная структура пациентов, клинико-лабораторные данные, структура сопутствующих заболеваний, профиль чувствительности *K. pneumoniae* к АБ.

Микробиологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов (ПВБ) было выполнено с использованием автоматического микробиологического анализатора VITEK 2 Compact (BioMerieux, Франция). У всех пациентов получен рост бактерий в диагностически значимых количествах (10^6-10^7 КОЕ/мл). Была определена чувствительность выделенных штаммов *K. pneumoniae* к противомикробным лекарственным средствам. Чувствительность оценивалась в виде значений минимальных ингибирующих концентраций, интерпретация результатов в категориальные значения (S – чувствителен, I – чувствителен при увеличенной экспозиции антибиотика, R – устойчив) проводилась в соответствии с критериями Европейского комитета по определению чувствительности к противомикробным лекарственным средствам (EUCAST), v. 13.0.

Для статистического анализа результатов определялись медиана (Me) и межквартильный интервал [Q25–Q75]. Для относительных значений определялся 95% доверительный интервал (%; min-max) методом Клоппера-Пирсона. Значимость различий относительных долей признаков рассчитана с помощью критерия $\chi 2$ Пирсона. Обработка полученных данных производилась при помощи программного пакета «Statistica 12.5». Статистически значимыми считали различия при уровне вероятности 95% и более ($p<0,05$).

Результаты. В исследуемой группе отягощенный преморбидный фон отмечался у 33 человек (82,5%; 67,2–92,7). Среди сопутствующих заболеваний у большинства пациентов встречались болезни системы кровообращения, суммарная частота которых составила 80,0% (64,4–90,9).

ВИЧ-ассоциированный ТБ отмечался у 22,5% человек (10,8–38,5) исследуемой группы. Хроническим алкоголизмом страдали 27,5% пациентов (14,6–43,9). Остальные заболевания имелись в анамнезе значительно реже. В общем анализе крови 18 (45,0%; 29,3–61,5) пациентов отмечался умеренный лейкоцитоз (медиана лейкоцитов – 8,9 [7,2-11,1], медиана нейтрофилов – 70 [61,0-79,2], медиана лимфоцитов – 21,0 [14,5-34,3]). С-реактивный белок был повышен у 38 (95,0%; 83,1–99,4) пациентов, медиана составила 21,0 [14,8-30,8]. Медиана сроков выявления возбудителя в биоматериалах пациентов анализируемой группы была равна 3,0 [1,0-6,7] месяцам от момента госпитализации. По завершении интенсивной фазы химиотерапии для дальнейшего амбулаторного лечения выписаны 37 пациентов (82,5%; 67,2–92,7), летальный исход наблюдался в 5 (12,5%; 4,2–26,8) случаях, 2 пациента (5,0%; 0,6–16,9) самовольно покинули стационар.

Была проанализирована антибиотикорезистентность выделенных штаммов *K. pneumoniae* (n=40) к АБ. У 16 изолятов *K. pneumoniae* (61,5%; 40,6-79,8) выявлена резистентность к амоксициллину/клавулановой кислоте, у 22 изолятов (62,9%; 44,9-78,5) – к левофлоксацину, у 3 штаммов (75,0%; 19,4-99,4) – к цефуроксиму, у 4 изолятов (28,6%; 8,4-58,1) – к цефтазидиму, у 11 штаммов (42,3%; 23,4-63,1) – к имипенему, у 7 изолятов (28,0%; 12,1-49,4) –к меропенему, у 3 изолятов (30,0%; 6,7-65,2) –к гентамицину и тобрамицину, у 4 изолятов (40,0%; 12,2-73,8) –к ципрофлоксацину и триметоприму/сульфаметаксазолу, у 2 штаммов (22,2%; 2,8-60,0) – к цефотаксиму, у 9 штаммов (42,9%; 21,8-66,0) – к пиперациллину/тазобактаму, у 7 штаммов (31,8%; 13,9-54,9) – к цефтриаксону, у 4 изолятов (28,6%; 8,4-58,1) – к цефепиму, у 13 штаммов (46,4%; 27,5-66,1) – к ампициллину/сульбактаму, у 4 штаммов (28,6%; 8,4-58,1) – к тетрациклину, у 10 штаммов (76,9%; 46,2-95,0) – к тикарциллину. Отмечена чувствительность в 100% всех выделенных штаммов к колистину и фосфомицину, тигециклину, амикацину.

Заключение

Полученные изоляты *K. pneumoniae* из биоматериала пациентов с ТБ характеризуются высоким уровнем устойчивости к антибактериальным лекарственным препаратам, используемым для лечения ТБ: прежде всего, респираторным фторхинолонам, а также карбапенемам, аминопенициллинам. Выявлена чувствительность в 100% к препаратам резерва: колистину, фосфомицину, тигециклину, амикацину, что позволяет рекомендовать данные АБ для включения в схему лечения пациентов с коинфекцией *K. pneumoniae* и ТБ.

Список литературы.

1. Pujiaty S. C. Bacterial and fungal infections in pulmonary tuberculosis patients and the drug sensitivity test patterns / S. C. Pujiaty, S. BY. Magdalena, S. Parluhutan et al. // Afr J Infect Dis. – 2024. – Vol. 19. – iss. 1. – P. 21-28. doi: 10.21010/Ajidv19i1.3

2. Liu J. Clinical and Microbiological Characteristics of *Klebsiella pneumoniae* Co-Infections in Pulmonary Tuberculosis: A Retrospective Study / J. Liu Y. Zhang, J. Cai et al. // Infect Drug Resist. – 2023. – Vol. 16. – P. 7175-7185. doi: 10.2147/IDR.S421587

Литвинова А.Е.[1], Мицура В.М.[1,2]

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЯЖЕСТЬ И ИСХОДЫ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

[1] Гомельский государственный медицинский университет, Гомель;
[2] Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Гомель

Введение. Цирроз печени (ЦП) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно от осложнений цирроза умирает более одного миллиона человек, что составляет значимую долю общей смертности от заболеваний печени. В последние десятилетия возрастает роль метаболического синдрома (МС) как фактора, усугубляющего течение хронических заболеваний печени, включая вирус-ассоциированные формы цирроза.

Согласно Международной федерации диабета, критериями метаболического синдрома являются абдоминальное ожирение и 2 любых из следующих 4 факторов: уровень триглицеридов ≥1,7 ммоль/л, сниженный уровень ЛПВП (<1,03 ммоль/л у мужчин, <1,29 ммоль/л у женщин), систолическое АД ≥ 130 мм.рт.ст., уровень глюкозы натощак ≥ 5,6 ммоль/л или ранее диагностированный сахарный диабет 2 типа. [1] Метаболический синдром способствует развитию неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), которая может спрогрессировать до цирроза. Более того, наличие метаболического синдрома у пациентов с хроническими вирусными гепатитами (ВГВ, ВГС) усиливает фиброгенез и ускоряет развитие цирроза. Согласно эпидемиологическим данным, распространенность метаболического синдрома среди пациентов с хроническими вирусными гепатитами достигает 20–30%, что является значительным фактором риска неблагоприятного прогноза. [2]

В условиях пандемии COVID-19 стало очевидным, что у пациентов с циррозами имеются более высокая вероятность госпитализации, развития осложнений (в том числе печеночной энцефалопатии, кровотечений), а также повышенная смертность по сравнению с пациентами без цирроза. Вирус SARS-CoV-2 способен усугублять портальную гипертензию и приводить к прогрессированию печеночной дисфункции. [3] Поэтому необходимо более тщательное изучение взаимодействия метаболического синдрома и вирус-ассоциированных циррозов печени.

Цель исследования: оценить влияние метаболического синдрома на клинические характеристики, тяжесть и исходы у пациентов с вирус-ассоциированными циррозами печени.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование на основе историй болезни 180 пациентов с циррозами печени, госпитализированных в Гомельскую городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи в 2022–2023 годах. Метаболический синдром диагностировался на основании международных критериев. Медиана возраста пациентов составила 54 года. Статистическая обработка полученной информации проводилась с помощью пакета Microsoft Excel 2016 и программы STATISTICA v 12.0. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($p<0,05$).

Результаты. Из 180 пациентов с циррозами печени 22 человека имели вирусную этиологию, 40 – смешанную (вирусную + токсико-алиментарную), 88 – неуточненную, 29 – токсико-алиментарную, 1 – алкогольную.

Распространенность метаболического синдрома среди всех пациентов составила 34,4% (62 человека), среди них 54,8% женщин и 45,2% мужчин. Распределение пациентов с метаболическим синдромом по классам тяжести Чайлд-Пью показало, что 87% пациентов с метаболическим синдромом относятся к классу тяжести С, что свидетельствует о более тяжёлом течении заболевания, по сравнению с 68% пациентов без метаболического синдрома с классом тяжести С в этой группе пациентов ($p = 0.048$). Класс тяжести В преобладал в группе без метаболического синдрома (32% против 13% в группе с метаболическим синдромом). Пациентов с классом тяжести А выявлено не было.

В группе пациентов с вирусными ЦП метаболический синдром выявлен у 10 пациентов (45,5%), у пациентов со смешанными циррозами – у 17 пациентов (42,5%), что превышает его распространенность в общей популяции. Распределение по классам тяжести по Чайлд-Пью выглядит следующим образом: класс тяжести С наблюдался у 74% пациентов, В – у 26%, пациенты с классом тяжести А отсутствовали. У пациентов с метаболическим синдромом чаще наступала декомпенсация заболевания: асцит отмечен у 93% пациентов с метаболическим синдромом и у 70% без метаболического синдрома ($p=0.041$), печеночная энцефалопатия – у 67% и 45% соответственно ($p=0.057$). Показатели лабораторных маркеров фиброза и функции печени (АСТ, АЛТ, о. билирубин, альбумин) были статистически достоверно хуже в группе у пациентов с метаболическим синдромом ($p<0.05$). Летальные исходы отмечались у 73% пациентов с метаболическим синдромом, тогда как среди пациентов без него смертность составила 50% ($p = 0.035$). Причиной смерти 54% пациентов стали осложнения инфекции COVID-19 (острый респираторный дистресс синдром, острая сердечно-легочная недостаточность, присоединение бактериальной инфекции, тромбоэмболия легочной артерии), 22% пациентов умерли от осложнений ЦП (кровотечение из ВРВ пищевода, энцефалопатия, кома, гепатоцеллюлярная

карцинома), у 5% пациентов смерть наступила от синдрома полиорганной недостаточности, у 19% причина смерти не установлена (отказ от вскрытия).

Выводы. Пациенты с метаболическим синдромом и циррозом печени имеют повышенный риск тяжелого течения инфекции COVID-19 и декомпенсации цирроза печени. Высокая летальность у пациентов с метаболическим синдромом и вирус-ассоциированным циррозом печени в эпоху COVID-19 подчёркивает необходимость ранней диагностики метаболического синдрома и внедрения комплексной терапии, включающей коррекцию метаболических параметров наряду с поддержанием функции печени, а также своевременную профилактику коронавирусной инфекции.

Особое внимание стоит уделять пациентам с неуточнённой этиологией цирроза, у которых метаболический синдром может оставаться нераспознанным фактором риска прогрессирования болезни. Недостаток данных и отказы от вскрытия ограничивают возможность точной оценки причин смертности, что подчеркивает необходимость более тщательного мониторинга и сбора клинической информации.

Список литературы.

1. Alberti K.G.M.M. [et al.]. Harmonizing the metabolic syndrome //Circulation. 2009. Vol. 120. № 16. P. 1640-1645.

2. Moon A.M., Singal A.G., Tapper E.B. Contemporary Epidemiology of Chronic Liver Disease and Cirrhosis // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2020. Vol. 18. № 12. P. 2650-2666. DOI: 10.1016/j.cgh.2019.07.060.

3. Li R [et al.]. Liver injury in COVID-19 patients with metabolic syndrome-a narrative review. Ann Palliat Med. 2021 Jul;10(7):8264-8270. doi: 10.21037/apm-21-1398.

Лялина Л.В.[1,2], Антонова Ю.В.[1,3], Касаткин Е.В.[3], Задоркина Т.Г.[4]

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СКРИНИНГА НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ГРУППАХ РИСКА ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

[1] Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург;
[2] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург;
[3] Кожно-венерологический диспансер №8, Санкт-Петербург;
[4] Центр специализированных видов медицинской помощи Калининградской области, Калининград

Заболевания, ассоциированные с вирусом папилломы человека (ВПЧ), относятся к актуальным проблемам, имеющим важное медицинское и социальное значение, в связи с их высокой распространенностью, генетической вариабельностью вируса и доказанной ролью в этиопатогенезе ряда злокачественных новообразований, включая рак шейки матки (РШМ) и

других локализаций аногенитальной и орофарингеальной области у мужчин и женщин. Всемирная организация здравоохранения разработала глобальную программу элиминации рака шейки матки, в которой основное место отводится совершенствованию систем скрининга, вакцинации против ВПЧ в целевых группах населения и лечению пациентов. Многолетний опыт вакцинопрофилактики папилломавирусной инфекции в странах с высокими показателями охвата прививками показал эффективность для снижения распространенности типов вируса, входящих в вакцины и некоторых близкородственных типов, заболеваемости аногенитальными бородавками, предраковыми поражениями и РШМ в более отдаленной перспективе.

Цель исследования: оценка эффективности вакцинации против папилломавирусной инфекции в группах риска по инфекциям, передаваемым половым путем, и результатов скрининга на вирус папилломы человека.

Материалы и методы. Для обоснования актуальности проблемы и оценки эффективности вакцинопрофилактики заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, проведен анализ результатов вакцинации против папилломавирусной инфекции (2007-2024 гг.), заболеваемости аногенитальными бородавками и РШМ (2005-2024 гг.) в регионах Северо-Западного федерального округа. Вакцинация против ВПЧ пациентов групп риска по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), и мониторинг ее эффективности организованы на базе кожно-венерологического диспансера (КВД) в Санкт-Петербурге в 2024-2025 гг. В исследование включены 59 человек в возрасте от 18 до 45 лет с диагнозом аногенитальные (венерические) бородавки, из них 58% составили женщины и 42% – мужчины. Пациенты получили терапию, согласно современным клиническим рекомендациям (Дерматовенерология, 2024). По окончании курса лечения пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли получившие вакцинацию против папилломавирусной инфекции, во вторую группу – не привитые против ВПЧ. Третью группу составили 20 пациентов, обратившихся в КВД для профилактического обследования и вакцинированные против ВПЧ. Как привитые, так и непривитые пациенты прошли анкетирование, клиническое и лабораторное обследование до начала терапии, перед вакцинацией, а также через 1, 3 и 6 месяцев после иммунизации с использованием четырехвалентной вакцины против ВПЧ 6, 11, 16, 18 типов. Лабораторная диагностика с целью идентификации 14 генотипов ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР) проводилась методом ПЦР в режиме реального времени с помощью отечественных тест-систем. Анализ результатов реализации региональной программы скрининга на ВПЧ ВКР и цервикального скрининга для раннего выявления рака шейки матки в Калининградской области проведен за период 2020-2024 гг. В работу включены данные обследования 51536 женщин в возрасте 30-49 лет. Методы исследования: ретроспективный эпидемиологический анализ, клинический и цитологический методы, ПЦР, методы статистики.

Результаты исследования. Вакцинация против папилломавирусной инфекции в регионах Северо-Западного федерального округа в 2007-2024 гг. характеризуется низкими показателями охвата прививками. Заболеваемость аногенитальными бородавками в Санкт-Петербурге до 2024 года не имела статистически значимой тенденции к снижению. Динамика и уровень заболеваемости РШМ на территориях округа имеют региональные особенности. В Калининградской области до 2019 года показатели заболеваемости имели тенденцию к росту и были выше, чем в округе и РФ в целом. Наблюдалась тенденция к росту заболеваемости среди женщин в возрастной группе 30-39 лет, что явилось основанием для разработки и реализации региональной программы скрининга на ВПЧ и цервикального скрининга при поддержке Министерства здравоохранения Калининградской области. В 2020-2024 гг. выявлено 4879 пациенток с ВПЧ-инфекцией (9,5% от числа обследованных женщин). Цитологический скрининг осуществлялся независимо от результатов ВПЧ-тестирования, выявлено активно значительное число случаев предраковых заболеваний и 71 случай рака шейки матки на ранних стадиях развития опухолевого процесса.

Результаты изучения эффективности вакцинации против папилломавирусной инфекции пациентов дерматовенерологического профиля показали, что до начала лечения аногенитальных бородавок у непривитых обнаружен ВПЧ ВКР в 89% случаев и 53% пациентов, которые в дальнейшем были привиты на основе информированного согласия (микст-инфекция ВПЧ высокого и низкого канцерогенного риска). Среди непривитых частота выявления ВПЧ ВКР через 1 месяц составила 43% и 40% через 3 месяца от начала исследования, через 6 месяцев ВПЧ ВКР в этой группе не был обнаружен. Рецидив аногенитальных бородавок диагностирован через 1 месяц у 25% невакцинированных пациентов с положительным эффектом после повторного курса медикаментозной терапии. Вакцинированные пациенты не имели рецидивов заболевания аногенитальными бородавками в течение всего периода наблюдения, отмечалась элиминация ВПЧ ВКР в течение 1 месяца после начала вакцинации. Среди 20 пациентов, обратившихся с целью профилактического обследования, ВПЧ ВКР идентифицирован в 25% случаев. Пациенты этой группы не получали специфического лечения, через 1 и 3 месяца после вакцинации ВПЧ ВКР не выявлен.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности использования как системы скрининга, так и вакцинации для раннего выявления и профилактики заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека. В условиях низких показателей охвата прививками необходима оценка эффективности вакцинации в группах привитых и непривитых против папилломавирусной инфекции. Полученные в ходе исследования результаты показали эффективность вакцинации против ВПЧ, что подтверждается не только снижением заболеваемости, но и частоты рецидивов аногенитальных бородавок в группе привитых, по сравнению с

непривитыми, более быстрой элиминацией ВПЧ ВКР, отсутствием поствакцинальных осложнений. Полученные данные позволяют рекомендовать вакцинацию против ВПЧ среди пациентов дерматовенерологического профиля. Особенности этой инфекции диктуют необходимость мультидисциплинарного подхода при развитии системы эпидемиологического надзора и оценке клинической, эпидемиологической и иммунологической эффективности вакцинопрофилактики.

Список литературы.

1. ВПЧ-ассоциированные поражения в Российской Федерации: оценка состояния проблемы / Н.И. Брико, П.Д. Лопухов, А.Д. Каприн, Е.Г. Новикова, О.И. Трушина, А.А. Халдин, Д.Р. Исаева, А.И. Скворцова // Современная онкология. – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 45-50.

2. Зараченцева Н.В. Возможности адъювантной вакцинации против вируса папилломы человека у женщин после эксцизионного лечения по поводу цервикальной интраэпителиальной неоплазии умеренной и тяжелой степени (CIN II+) / Н.В. Зароченцева, В.Н. Набиева, Л.К. Джиджихия // Вопросы практической кольпоскопии. Генитальные инфекции. – 2024. – Выпуск 1. – С. 6-16.

3. Оптимизация скрининга рака шейки матки на основе результатов расширенного ВПЧ-теста / О.Б. Кулешова, В.Г. Акимкин, Э.А. Домонова, А.Н. Герасимов // Медицинский алфавит. – 2024. – №.31. – С.14-19.

4. Распространенность папилломавирусов человека высокого и низкого онкогенного риска на территории Российской Федерации / Файзулоев Е.Б., Каира А.Н., Узбеков Т.Р., Поромов А.А., Волынская Е.А., Свитич О.А., Зверев В.В. // Молекулярная генетика, микробиология и вирусология. – 2021. – Т. 39, № 4. – С. 39-47.

5. Human papillomavirus infection: Epidemiology, biology, host interactions, cancer development, prevention, and therapeutics / J Wolf, LF Kist, SB Pereira [et al.] // Rev Med Virol. – 2024. – e2537. https:// doi.org/10.1002/rmv.2537.

Матыцина А.Ф., Меняйло А.И.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ (MIS-C)

Инфекционная больница №2, Сочи

В медицинской практике врач-инфекционист часто сталкивается с междисциплинарной патологией, так уж повелось, что высокая лихорадка является первой причиной обращения к врачу-инфекционисту, но высокая температура тела не всегда свидетельствует об остром инфекционном заболевании, а нередко является осложнением перенесенной инфекционной патологии.

Одним из таких осложнений является мультисистемный воспалительный синдром у детей (MIS-C) – это редкое осложнение, которое возникает после

инфекции COVID-19. Обычно заболевание развивается у детей школьного возраста, чаще всего у 8–9-летних, но также встречается у младенцев и молодых людей.

Мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с SARS-CoV-2, или Кавасаки-подобная болезнь, является аналогом «цитокинового шторма» у взрослых. В англоязычной литературе наиболее часто используется термин «multisystem inflammatory syndrome in children» (MIS-C).

Целью работы является предоставление клинического случая пациента с MIS-C.

Пациент Н. 6 лет 2 месяца, заболел остро 24.02.2025, с появления жалоб на повышение температуры до 39,1°С, головная боль, инъекция сосудов склер, редкий сухой кашель, отсутствие аппетита, слабость, боли в икроножных мышцах, боли в животе. Из анамнеза заболевания следовало, что заболел остро с 24.02.2025, когда появились жалобы на головную боль, покраснение глаз. 27.02.2025 повышение температуры до 38,0°С. Обращение к педиатру в поликлинику, назначен антибактериальный препарат (цефексим) – 7 суток – без эффекта, на фоне приема которого мать ребенка отметила появление мелкоточечной сыпи на ногах, которая купировалась самостоятельно в течение суток.

06.03.2025 в связи с сохранением высокой температуры тела до 39°С, госпитализирован в инфекционное отделение многопрофильного стационара с рабочим диагнозом: Лихорадка неясной этиологии. Синдром экзантемы.

В стационаре продолжена антибактериальная терапия, проводилась инфузионная терапия. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1-й, нормально протекавшей, беременности, срочных физиологических родов на сроке 40 недель, масса тела при рождении 3400 г. ОРИ болеет не более 4 раз в год. На диспансерном учете не состоит. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность, со слов матери, не отягощена. Привит согласно национальному календарю прививок.

Объективно: при осмотре отмечалась бледность кожных покровов, гиперемия зева, единичные петехии на голенях, передней поверхности живота. Склерит. Менингеальные знаки отрицательные. В позе Ромберга устойчив, отмечается шаткость походки. При аускультации легких дыхание проводится по всем отделам, жесткое, хрипов нет, перкуторно – звук легочный по всем отделам. При перкуссии и аускультации сердца: перкуторно границы сердца не изменены, ясные, тахикардия. Желудочно-кишечный тракт и мочеполовая система без особенностей.

На основании объективного осмотра, данных анамнеза заболевания и жизни, не складывалось впечатление о наличии тяжелого осложнения, что еще раз говорит о трудности в диагностике данного синдрома. Но всегда в помощь медицинскому работнику является лабораторная, инструментальная диагностики, наличие современной бактериологической лаборатории и возможность обследовать пациента на острые инфекции, включая перенесенные бактериальные и вирусные инфекции.

Лабораторно мы получили следующие результаты: в клиническом анализе крови лейкоцитоз $18{,}9\times10^9$, нейтрофилез 79,7% (абс. 15,1), тромбоциты 526×10^{12}, анемия легкой степени гемоглобин 110 г/л, СОЭ 35 мм/ч; в биохимическом анализе крови: повышение СРБ до 122 мг/л, ЛДГ 201,4 ЕД/л, ферритин 593 мг/л; АСТ 80 Ед/л, АСТ 44 Ед/л.

Пациент обследован как лихорадящий пациент по стандарту. ИФА (кровь) – выявлены антитела IgM, IgG к микоплазме пневмония, выявлены антитела IgM, IgG к коронавирусной инфекции; ПЦР(зев) ОРИ-скрин респираторные вирусы отрицательный результат, на грипп – выявлена РНК вируса гриппа В, ПЦР(кровь) на герпетические инфекции (герпетическая инфекция 1.2.6 типа, ВЭБ-инфекция, цитомегаловирус, бактериальные: staph. aureus, st. pneumoniae, H. Influensa – не обнаружено; ПЦР ОКИ – скрин на кишечные инфекции отрицательный результат. Бактериологические исследования – посев (зев, кровь, моча) возбудители не выявлены.

При инструментальном обследовании: КТ органов грудной клетки, брюшной полости, головного мозга: КТ-признаков патологических изменений головного мозга не выявлено. Картина мезоданенита, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Проведена люмбальная пункция: клинический анализ ликвора и ПЦР на бактерильные, вирусные инфекции ничего не выявил. ЭКГ: синусовая тахикардия. ЭОС не отклонена.

Пациент получал противовирусную и антибактериальную терапию. Эффекта от данной терапии не получено.

На основании клинической картины (фебрильная лихорадка в течение 17-ти суток в сочетании с явлениями конъюнктивита, экзантемой), лабораторных данных (лейкоцитоз, повышение СОЭ и СРБ) и отсутствия эффекта от антибактериального лечения –ребенку установлен диагноз MIS-C. С целью диагностики поражений сердечно-сосудистой системы выполнена Д-ЭхоКГ (выявлена дилатация правой коронарной артерии). Назначены лекарственные средства на основе ВВИГ (2 г/кг в виде единой непрерывной инфузии) и ацетилсалициловой кислоты (30 мг/кг/сут в 4 приема – на период лихорадки, с последующим переходом на дозу 5 мг/кг/сут в один прием).

На фоне проводимого лечения состояние стабилизировалось, температура снизилась до субфебрильной (нормализовалась в течение 48 часов), ребенок стал более активным, улучшился аппетит. Сыпь угасла в течение 3-х суток, явления конъюнктивита – в течение 5-ти суток. С 14-х суток в ОАК: тромбоцитоз (541×10^9/л, зафиксирован на 15-е сутки заболевания), длительно сохранялась повышенная СОЭ (максимум – 44 мм/ч после введения ВВИГ, с постепенным снижением до 7 мм/ч на 30-е сутки от начала заболевания). Ребенок выписан домой на 44 сутки от начала заболевания в удовлетворительном состоянии. Рекомендован прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 5 мг/кг/сут до 8 недель, наблюдение врача – детского кардиоревматолога, контроль ОАК, ЭКГ, ЭхоКГ в динамике.

Заключение: описанный случай свидетельствует о том, что MIS-C протекает под маской различных инфекционных заболеваний.

Практикующим врачам различных специальностей (педиатрам, кардиологам, ревматологам) необходимо помнить, что выраженные интоксикационные и воспалительные синдромы с повышением уровня лабораторных показателей воспаления, развившиеся в поздние сроки респираторной инфекции или уже после перенесенного заболевания, могут быть проявлением MIS-C. В связи с этим, в подобных случаях необходимо оперативно проводить обследование пациента на COVID-19 и при обнаружении маркеров данной инфекции незамедлительно начинать патогенетическую терапию. Принимая во внимание недостаточную изученность патогенеза и неизвестность последствий МВС, ассоциированного с SARS-CoV-2, за пациентами необходим длительный катамнестический мониторинг.

Список литературы.

1. Вариативность иммунных нарушений в патогенезе COVID-19 и методы их ранней дифференциальной иммунодиагностики: учеб. пособие / сост.: И.В. Нестерова, Г.А. Чудилова, В.Н. Городин, В.А. Матушкина, В.Н. Чапурина, Л.В. Ломтатидзе ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ.– Краснодар: 2024. 124 с.

2. Кантемирова М. Г., Новикова Ю.Ю., Овсянников Д.Ю., Курбанова С.Х., Глазырина А.А., Коровина О.А., Рахалина А.А., Романова Ю.В., Ртищев А.Ю., Харькин А.В., Петряйкина Е.Е. Детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): актуальная информация и клиническое наблюдение // Педиатрическая фармакология. – 2020. – № 17 (3). – С. 219–229.

3. Лобзин Ю.В., Вильниц А.А., Костик М.М., Бехтерева М.К., Усков А.Н., Скрипченко Н.В., Бабаченко И.В., Иванов Д.О., Александрович Ю.С., Константинова Ю.Е., Дондурей Е.А., Конев А.И., Карасев В.В. Педиатрический мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с новой коронавирусной инфекцией: нерешённые проблемы // Журнал инфектологии. – 2021. – № 13 (1). – С. 13–20.

4. Мазанкова Л.Н., Османов И.М., Самитова Э.Р. и др. Диагностика и лечение детского мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19: клиническое наблюдение // Практика педиатра. – 2021. – № 2. – С. 4–9.

5. Тамразова О.Б., Османов И.М., Стадникова А.С. и др. Поражение кожи при мультисистемном воспалительном синдроме, ассоциированном с COVID-19, у детей // Педиатрия. – 2020. – № 99 (6). – С. 259–265.

6. Мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с SARS-CoV-2 у ребенка ~ https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Mulytisistemnyy_vospalitelynyy_sindromassociirovannyy_sSARS-CoV_urebenka/?ysclid= mgw2emir4j296934468

Махмудова Л.Б., Саидова Ш.У., Абдиев Ф.Т.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБИОТИКОВ *BACILLUS LICHENIFORMIS* ПРИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗАХ

Научно-исследовательский институт микробиологии, вирусологии, инфекционных и паразитарных заболеваний имени Л.М. Исаева при Самаркандском государственном медицинском университете, Самарканд

Бактерия Bacillus Licheniformis выделяет рибосомально синтезируемые пептиды, нерибосомально синтезируемые пептиды и непептидные вещества с широким спектром противомикробной активности, охватывающим грамположительные, грамотрицательные бактерии, вирусы и грибы. Усиление неспецифического иммунитета связано с активацией макрофагов и высвобождением из них провоспалительных цитокинов, повышением барьерной функции слизистой оболочки кишечника, выделением витаминов и аминокислот (включая незаменимые). Пробиотик выделяет в просвет кишечника все основные пищеварительные ферменты: амилазы, липазы, протеазы, пектиназы и целлюлазы. В целях оценки эффективности действия препаратов нового поколения при паразитарных патологиях были проведены клинические наблюдения с использованием препарата «Бактохолд». Международное некоммерческое название – *Bacillus Licheniformis*. Внесён в Государственный центр экспертизы и стандартизации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Агентства по развитию фармацевтической отрасли при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №7 от 09.04.2021, регистрационный номер DV/X 08330/09/20, DV/X 08399/10/20.

Цель исследования. Оценка эффективности препаратов пробиотиков нового поколения Bacillus Licheniformis при паразитарных патологиях .

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 15 пациентов, получавших курс стационарного лечения в клинике института.

Всем пациентам до и после начала лечения были проведены лабораторные анализы: копрологическое исследование, общий анализ крови, биохимический анализ крови, а также инструментальные – УЗИ.

Оценивалось общее состояние пациента, жалобы, наличие сопутствующих заболеваний.

Наличие признаков дисбиотических расстройств проводилось по критериям обнаружения йодофильной микрофлоры, больших количеств внутриклеточного крахмала и переваренной клетчатки.

Препарат назначался в возрастной дозировке курсом от 7 до 10 дней.

Уровень статистической значимости был принят как $p < 0,05$.

Результаты.

Было установлено, что применение препарата привело к нормализации показателей копрограммы, отмечалось также повышение уровня

гемоглобина, улучшению общего состояния больных, нормализации стула, снижению интенсивности болей в эпигастральной области.

Переносимость препарата была хорошей, побочных явлений не отмечалось.

Заключение.

Таким образом, перспективным представляется включение препарата нового поколения «Бактохолд» в комплексную терапию паразитарных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Список литературы.

1. LXXXV Международная научно-практическая конференция «European Research: Innovation in Science, Education and Technology/Европейские научные исследования: инновации в науке, образовании и технологиях» Moscow, september 06-07, 2024 . Пробиотики – Bacillus Licheniformis в терапии дисбиоза. Стр. 19-22. 2024 г.

2. World J Gastrointest Pathophysiol 2017 August 15; Oral spore-based probiotic supplementation was associated with reduced incidence of post-prandial dietary endotoxin, triglycerides, and disease risk biomarkers . 8(3) : 117-126.

3. Intestinal Research 2014; A Double-Blind, Randomized, Active Drug Comparative, Parallel-Group, Multi-Center Clinical Study to Evaluate the Safety and Efficacy of Probiotics (Bacillus licheniformis, Zhengchangsheng® capsule) in Patients with Diarrhea. 12(3):236-244

4. Advances in Medical Sciences Volume 63, Issue 1, March 2018; The protective effects of Bacillus licheniformis preparation on gastrointestinal disorders and inflammation induced by radiotherapy in pediatric patients with central nervous system tumor. Pages 134-139.

Мельников О.А., Болехан В.Н., Краевой С.А.

МОНИТОРИНГ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ КАК ЭЛЕМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ

Центр стратегического планирования и управления
медико-биологическими рисками здоровью, Москва

В соответствии с Положением о Федеральном медико-биологическом агентстве ФМБА России осуществляет функции по медико-санитарному обеспечению работников отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда. Эта деятельность требует особого отношения и непрерывного мониторинга биологических рисков здоровью работников этих предприятий и обслуживаемого населения. Комплексный подход к исследованию эпидемий и пандемий социально значимых и особо опасных инфекционных заболеваний позволяет выявить закономерности возникновения биологических угроз обслуживаемому контингенту и избежать ошибок при принятии управленческих решений в настоящем и будущем.

В разных эпидемических ситуациях управленческие решения могут отличаться. Это зависит от множества факторов, однако, определяющими являются источник инфекции, механизм передачи возбудителя, характер проявлений эпидемического процесса, а также условия, влияющие на динамику эпидемического процесса и эффективность управляющего воздействия. При всем многообразии эпидемических ситуаций управленческие решения реализуются по трем направлениям – предупреждению, локализации или ликвидации эпидемического процесса, а их достижение должно основываться на достоверных данных оперативного мониторинга биологических рисков (МБР).

Объектами мониторинга, в зависимости от степени сопряженности биологических рисков, являются: вновь возникающие инфекции, вызванные высоко вирулентными вирусами (в т.ч. коронавирусами); возвращающиеся инфекции (вирусы Зика, Эбола); естественные эпидемические процессы, обусловленные циркуляцией возбудителей респираторных, алиментарных, гемоконтактных антропонозных инфекций (ОРВИ, грипп, ОКИ, ИППП, ВИЧ, гепатиты, туберкулез); оппортунистические и внутрибольничные (включая антибиотикорезистентные) инфекции; осложнения бактериальной природы после перенесенных заболеваний и вследствие снижения иммунитета; природно-очаговые, зоонозные и особо опасные неантропонозные инфекции; биологические аварии и биологические диверсии (терроризм), в т. ч. сопряженные с выходом в окружающую среду генетически модифицированных патогенных биологических агентов.

Важность получения достоверной и надежной информации об объектах МБР в режиме реального времени, ее своевременной обработки, хранения, анализа, прогнозирования и оценки влияет на выработку и принятие оптимальных управленческих решений всеми участвующими должностными лицами по воздействию на эпидемические процессы (организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий).

Для решения задач по выявлению биологических угроз (опасностей) в ФМБА России создана многоуровневая система управления, встроенная в функционирующую с января 2022 г. ведомственную сеть мониторинга биологических рисков. Она представляет собой развернутую географически и функционально распределенную сеть организаций и учреждений, подведомственных ФМБА России, состоящую из медицинских организаций – 177, организаций, осуществляющих микробиологические исследования – 56, учреждений службы крови – 17, территориальных органов – 63 и др. учреждений ФМБА России – 5. Всего на сегодняшний день сеть мониторинга биологических рисков включает 318 подведомственных ФМБА России организаций, в том числе 6 референс-центров, созданных при ведущих научно-исследовательских и медицинских организациях ФМБА России, 2 из которых имеют статус федеральных.

Первичная оценка информации и принятие решений происходит на уровне подведомственных медицинских организаций, территориальных органов и центров гигиены и эпидемиологии ФМБА России. На следующем уровне происходит принятие решений окружными медицинскими центрами, располагающими силами и средствами (включая сводные медицинские отряды) регионального значения.

С 1 января 2022 г. в Федеральном медико-биологическом агентстве создан Федеральный информационно-аналитический центр мониторинга медико-биологических рисков ФМБА России (далее – Центр), являющийся координационным органом сети МБР. Центр агрегирует, систематизирует, структурирует данные, поступающие от участников сети МБР. Основным инструментом Центра является разработанная и внедренная в ФГБУ «ЦСП» ФМБА России информационная система, которая используется для сбора и обработки данных о биологических угрозах. Ежедневно проводится анализ актуальной информации об эпидемической заболеваемости, новых, редких, возвращающихся и спонтанных инфекциях, об изменении свойств и форм патогенов, инфекциях, связанных с оказанием медицинской помощи, распространении резистентности к лекарственным препаратам, иммунодефицитных состояниях организма человека, авариях и террористических актах на объектах, где проводятся работы с использованием патогенов. При необходимости в соответствии с установленными критериями Центр направляет информацию о выявленных предполагаемых биологических угрозах (опасностях) в референс-центры сети мониторинга биологических рисков, которые осуществляют ее верификацию, в том числе с исследованием образцов биоматериалов.

После завершения верификации информации референс-центры направляют в Центр доклад о выявлении биологической угрозы и верифицированную информацию о ней. Центр осуществляет проверку материалов, поступивших из референс-центров, и в срок, не превышающий одного рабочего дня с даты завершения анализа, прогнозирования и оценки биологических рисков, направляет доклад в центральный аппарат ФМБА России о выявлении биологической угрозы (опасности) для последующего размещения в государственной информационной системе по обеспечению биологической безопасности (ГИС ББ), оператором которой является Минздрав России.

С целью отработки механизмов, направленных на совершенствование системы управления сетью МБР, в ФМБА России регулярно проводятся командно-штабные учения и тренировки, должностным лицам организаций и учреждений ФМБА России оказывается методическая помощь по проведению мониторинга биологических рисков. Для улучшения качества внутрикорпоративной коммуникации в системе управления сети разработан и находится на апробации словарь терминов и определений сети МБР ФМБА России. Целевая направленность функционирования сети МБР, регламентированная соответствующими нормативными правовыми

документами, определяет режим непрерывной работы механизма, реализующего задачи мониторинга биологических рисков в интересах обеспечения биологической безопасности контингента, обслуживаемого ФМБА России. Кроме того, географическое распределение организаций и территорий, обслуживаемых ФМБА России, охватывающее многие часовые пояса, обусловливает необходимость обеспечения круглосуточного сбора и обработки информации о биологических угрозах (опасностях). Потребителями информации Центра являются руководящий состав ФМБА России, заинтересованные ведомства, ГИС ББ.

Своевременное информирование и представление потребителям результатов анализа, прогнозирования и оценки биологических рисков является важной составляющей в системе управления эпидемическими процессами в ФМБА России при организации работы по предотвращению и нейтрализации угроз (опасностей) здоровью обслуживаемого контингента.

Список литературы.

1. Рябова М.А. Международные подходы к сбору и обработке государственной статистики / М. А. Рябова, Н. А. Голубев, А. В. Поликарпов // Врач и информационные технологии. – 2025. – № 1. – С. 30-41. – DOI 10.25881/18110193_2025_1_30. – EDN AUYHYK.

2. Свиридова, В. С. Управление здравоохранением на основе данных / В. С. Свиридова // Экономические стратегии. – 2024. – Т. 26, № 6(198). – С. 98-103. – DOI 10.33917/es-6.198.2024.98-103. – EDN CRHHHR.

3. Черкасов С.Н. Организационные технологии мониторинга здоровья населения в Российской Федерации / С. Н. Черкасов, А. В. Федяева, Д. О. Мешков [и др.] // Судебная медицина. – 2022. – Т. 8, № 3. – С. 57-66. – DOI 10.17816/fm712. – EDN XOBPIR.

4. Болехан В.Н., Мельников О.А., Краевой С.А. Развитие сети мониторинга биологических рисков для обеспечения РХБ-безопасности территорий, обслуживаемых Федеральным медико-биологическим агентством. Многопрофильная клиника XXI века. Инновации и передовой опыт: материалы XIV международной науч. конф., Санкт-Петербург, 24-25 апреля 2025 г. – СПб., 2025. – С. 25-28 (242 с.)

5. Мельников О.А., Болехан В.Н., Краевой С.А. Принципы функционирования сети мониторинга биологических рисков на территориях и в организациях, обслуживаемых ФМБА России. Медицина экстремальных ситуаций. 2025;27(3):283–294. https://doi.org/10.47183/mes.2025-264

Мирзова А.У.[1], Жданов К.В.[1,2], Харит С.М.[1]

ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ПКВ13 НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕРОТИПОВОЙ ЗАМЕНЫ

[1] Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Streptococcus pneumoniae остаётся одной из наиболее значимых бактериальных причин инфекционной заболеваемости у детей, вызывая широкий спектр заболеваний – от рецидивирующих отитов до инвазивных пневмококковых инфекций [1, 2]. Введение пневмококковых конъюгированных вакцин, включая 13-валентную (ПКВ13), существенно снизило частоту инвазивных инфекций, однако проблема серотиповой замены остаётся актуальной [3, 4]. В условиях высокой распространённости невакцинных серотипов в последние годы наблюдается рост заболеваемости неинвазивными формами пневмококковых инфекций, в том числе острыми респираторными инфекциями (ОРИ) у детей [5].

Цель – ценить клиническую эффективность 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакцины (ПКВ13) в профилактике респираторных инфекций у детей в условиях серотиповой замены.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование, включившее 455 детей, наблюдавшихся в Санкт-Петербурге (когорта 2014 г.р. – n=134; когорта 2022 г.р. – n=321). Анализировали частоту ОРИ, отитов и пневмоний в зависимости от вакцинации ПКВ13, посещения детских дошкольных учреждений (ДОУ) и фоновых заболеваний. Статистическая обработка выполнена с использованием критериев Манна–Уитни и χ^2 при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты. Вакцинация ПКВ13 достоверно снижала частоту ОРИ на первом году жизни (1,12 ± 1,43 у привитых против 1,58 ± 1,38 у непривитых; $p=0,030$). Значимых различий по частоте отитов и пневмоний не выявлено ($p>0,05$). Посещение ДОУ повышало риск ОРИ в 2,1 раза ($p<0,001$). У привитых детей 2022 года рождения отмечено увеличение заболеваемости ОРИ по сравнению с когортой 2014 года (2,02 ± 1,83 против 1,12 ± 1,43; $p<0,001$), что, вероятно, связано с серотиповой заменой и ростом доли невакцинных штаммов. Частота инвазивных инфекций оставалась низкой. Рост заболеваемости у привитых детей последних лет отражает влияние социальных факторов и циркуляцию новых серотипов Streptococcus pneumoniae.

Выводы. ПКВ13 сохраняет эффективность в снижении частоты ОРИ у детей, однако в условиях серотиповой замены наблюдается рост доли невакцинных штаммов и увеличение неинвазивных инфекций. Необходим регулярный мониторинг циркулирующих серотипов пневмококка и переход

на вакцины с расширенным покрытием (ПКВ15, ПКВ20). Дети, посещающие ДОУ, требуют целевых профилактических мер, включая вакцинацию против других респираторных патогенов.

Список литературы.

1. Fortanier A.C. et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 5: CD001480.

2. Лобзин Ю. В. Избранные вопросы терапии инфекционных больных. СПб.: Фолиант. 2005. 909 с.

3. Авдеев С. Н., Алыева М. Х., Баранов А. А., Бикмиева А. В., Брико Н. И. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23. DOI: 10.17116/profmed 2023260923

4. Hanquet G. et al. Serotype Replacement after Introduction of 10-Valent and 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccines in 10 Countries, Europe. Emerg Infect Dis. 2022; 28(1): 137-138.

5. Исаева Г. Ш. и др. Региональные особенности серотипового состава *Streptococcus pneumoniae* у детей дошкольного возраста. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2023; 22(3): 26–35.

Моренец Т.М.[1,2], Городин В.Н.[1], Ванюков А.А.[2], Журавлёва Е.В.[2], Сергиенко Е.С.[2], Савицкая И.М.[2], Подсадняя А.А.[2], Кобылянская Н.В.[3]

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА БОТУЛИЗМА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;
[3] Городская больница г. Анапы, Анапа

Ботулизм – достаточно редкая, но в то же время стабильная инфекция, актуальность которой не снижается [1]. Это касается и территории Краснодарского края, где за пятилетние периоды 2013-2017 гг. и 2018-2021 гг. в ГБУЗ СКИБ госпитализировано 30 и 15 пациентов с ботулизмом соответственно, в то время как за двухлетний период 2023-2024 гг. и первый квартал 2025г. – 27 человек. Клинико-эпидемиологические данные являются основными методами диагностики ботулизма, а «золотым стандартом» среди лабораторных тестов по-прежнему остается реакция нейтрализации ботулотоксина на лабораторных животных [2].

Цель исследования – анализ эффективности клинико-эпидемиологической диагностики ботулизма у 71 пациентов, госпитализированных в инфекционные стационары края в 2013-2025 гг., и лабораторного подтверждения диагноза реакцией нейтрализации ботулотоксина в лаборатории ГБУЗ СКИБ у 52 больных.

За период 2013-2025 гг. наблюдались двое больных с легким (2,8%), 29 (40,8%) – со среднетяжелым и 40 (56,4%) – с тяжелым и крайне тяжелым течением болезни.

Легкое течение ботулизма у двух пациентов манифестировалось кратковременной офтальмоплегией (1), диспепсией и миастенией (1).

Среди 69 больных со среднетяжелым и тяжелым течением инфекции незначительно преобладали (55%) женщины, возраст заболевших составил от 25 до 80 лет. Сопутствующие заболевания отмечены у 64% среднетяжелых(ГБ, патология ж. к. т. и почек, ожирение) и у 95% тяжелобольных с аналогичной коморбидной структурой, но более выраженной сердечно-сосудистой патологией: ГБ 2-3 с ХСН+ ожирением 2-3 ст.; при летальных исходах у лиц в возрасте 49-77-79 лет – ГБ 3, ХСН 2 с токсической миокардиодистрофией, нарушениями ритма сердца; ГБ 3, ХСН с дилятацией предсердий, дегенеративным пороком АК с тяжелой недостаточностью+ ожирением II ст., у пациента 25 лет – ожирение II-III с экцентрической гипертрофией миокарда, церебральным и кардиальным атеросклерозом с кальцинированными бляшками.

Основной фактор передачи ботулизма (48% при среднетяжелом и 57,5% при тяжелом течении) – овощные продукты: консервированные огурцы, овощные салаты, консервированные баклажаны, сладкий перец, у 17-23% – вяленая и копченая рыба, у 20-13% – консервированные и маринованные грибы; в отдельных случаях – мясные +рыбные консервы. Три человека в Абхазии заболели после употребления копченой колбасы +копченой форели [3]. Преобладала групповая заболеваемость в 19-и семейных и «дружеских» очагах.

Инкубационный период при среднетяжелом течении составил 3,15±2,5 и в одном случае 14 дней, при тяжелом течении у трети больных от 1 до 12 часов, у остальных 1,37+0,78 дней. Превалировало острое начало болезни с гастроинтестинального синдрома у 69-70% больных с максимальной частотой (75% при среднетяжелом и 82% при тяжелом течении) в первый день болезни; офтальмоплегия наблюдалась практически у всех пациентов с частотой 71% в первые 2 дня заболевания при среднетяжелом (39% в первый день) и 90% при тяжелом (52,5% в первый день) течении. Бульбарные нарушения возникли у 65% больных средней тяжести с первого, второго и 3-5-го дней у 32, 37 и 32% соответственно, при тяжелом течении – в первые три дня почти у всех (92,5%) заболевших с максимумом (40%) на второй день. Миастенический синдром отмечен у трети больных средней тяжести чаще со второго (60%) и 3-4-го (30%) дня, при тяжелом течении – у 90% с максимумом (58%) в первые 3 дня, у остальных– в период с 4-го по 9-й дни болезни.

При среднетяжелом течении 72% больных были жителями г. Краснодара, 40% из них первично обращались в СМП г. Краснодара, 16% – в городские поликлиники (ГП) и частные клиники города, 16% госпитализированы по самообращению. Среди тяжелобольных преобладали

сельские жители (65%), которые в большинстве (60%) направлены в краевые МО из 13 районов края.

При среднетяжелом течении диагноз ботулизма установлен либо заподозрен у 83% в первый день обращения, что соответствовало первым 2м дням болезни у 46%, 3-4 дням у 33% и 5-9 дням – у 21% пациентов. Противоботулиническая сыворотка (ПБС) введена 27 пациентам (93%) в первый день госпитализации, что соответствовало первым трем дням болезни у 59,5% и более поздним 4-9 дням заболевания у остальных.

При тяжелом течении (40 больных) диагноз установлен лишь у 42,5% в первый, у 27,5% во второй и 25% больных на 4-8-й дни, в общей сложности у 70% в первые 2 дня обращения. Среди тяжелобольных выявлен 21 человек (52,5%), у которых диагноз установлен в первые 2 дня обращения в 95,2% случаев с максимумом (76%) в первый день, что соответствовало первым двум дням заболевания у 62% и 3-4-му дню – у остальных 38% больных. ПБС в этой группе введена в первые 2 дня госпитализации (76% в первый и 24% во второй), в среднем на 1,23±0,42, что у 86% соответствовало первым трем дням болезни.

У больных со среднетяжелым и 47% (19 человек) с тяжелым течением были затруднения с первичным правильным диагнозом. Наличие диспепсии у трети больных каждой группы приводило к предварительным диагнозам «БКИ», «острого гастроэнтерита», «пищевого отравления», «обострения хронического панкреатита» при наличии одновременно с диспепсией бульбарных симптомов, открытию больничного листа по поводу «острого гастрита», отказам в госпитализации больному со рвотой и офтальмоплегией, пациенту 74 лет с диспепсией при нахождении его супруги в больнице с бульбарными симптомами. Наличие офтальмоплегии, бульбарных симптомов потребовало исключения неврологической патологии. При среднетяжелом течении невролог частной клиники 6 дней лечил пациента с диплопией, нарушениями глотания и миастенией амбулаторно. Пять человек 60-75 лет с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией и три молодых пациента 26-37 лет обследованы методами КТ и МРТ ГМ для исключения ОНМК, что позволило остановиться на диагнозе ботулизма в первый, второй и третий дни с момента обращения. У 13 человек с тяжелым течением дифференциальный диагноз также включал в основном с неврологическую патологию (чаще всего ОНМК, миастения, проявления паралитического синдрома) у 23% на амбулаторном этапе у невролога, у 38,5% в течение 3-4 дней в ККБ, причем в 1 случае с отказом в госпитализации, у 15,4% в течение 4-8 дней в БСМП, у 23% в течение 3-5 дней в ЦРБ.

В итоге в группе из 19 тяжелобольных с затруднениями в диагнозе последний установлен лишь у 47% в первые 3 дня обращения, с 4-го по 8-й дни – у 53%; это соответствовало у трети пациентов первым трем дням болезни, более чем у половины (53%) – 4-5-му, у 16% – 7-9-му дням заболевания. ПБС введена на 2,89±1,77 дни госпитализации, у 68% в первые 3 дня, что у трети соответствовало таким же срокам болезни. Введение ПБС

остальным 32% на 4-8 дни лечения у половины больных соответствовало 4-5-му, у 21% – 7-9 дням заболевания.

Осложнения при среднетяжелом течении отмечены у трех (10%) больных в виде реактивного панкреатита и реактивного гепатита, при тяжелом течении – у 33 человек (82,5%): ОДН – 55%, пневмонии – 37,5%, реактивный панкреатит – 42,5; сепсис – 22,5%, ОССН – 7,5%; в одном случае – развитие ТЭЛА и в одном – динамической тонкокишечной непроходимости. Средний койко-день при течении средней тяжести составил 7,67±4,14; 22 человека (76%) переводились в ОРИТ на 1 койко-день для введения ПБС. При тяжелом течении 36 человек провели в стационаре 19,05±9,43, 4 пациента – 90±14,33 (от 73 до 144) дней. В ОРИТ госпитализировано 97,5% больных, 56,4% из них находились на ИВЛ.

У пяти пациентов с тяжелым течением отмечен летальный исход в сроки от 3-7 до 27-31-88 дней с момента госпитализации в инфекционное отделение.

В реакции нейтрализации ботулотоксина положительный результат отмечен у 16 (30,8%) из 52-х обследованных больных. У 15 человек тест поставлен с сывороткой крови, у одного человека ботулотоксин обнаружен в употребленных продуктах. Диагноз подтвержден у 2 больных с легким течением инфекции на 1-2-й дни болезни, у 7 человек (24%) при среднетяжелом течении со 2-го по 6-ой, у 7 человек (43,7%) с тяжелым течением (из них 3 с летальным исходом) на 2-5-й дни болезни.

Таким образом, на территории Краснодарского края преобладают тяжелые и среднетяжелые формы ботулизма, а ведущими факторами передачи являются овощные продукты. Предиктором тяжелого течения у части больных является выраженность сопутствующей, прежде всего сердечно-сосудистой, патологии, длительность инкубационного периода, а также степень выраженности и быстрота развития паралитического синдрома.

Преобладание при среднетяжелом течении городских, а при тяжелом течении ботулизма – сельских жителей связано у половины тяжелобольных с длительностью проведения дифференциального диагноза ботулизма как в краевых, городских и районных «промежуточных» стационарах, так и в амбулаторной сети, что при более поздней госпитализации в инфекционные отделения приводит и к более позднему введению ПБС, несмотря на более раннее и полное развертывание клиники при тяжелом течении.

Эффективность реакции нейтрализации ботулотоксина, продемонстрированная у трети больных, согласуется с литературными данными [4-цит. по Щербаковой Н.И.] Положительная серология у больных с легким течением, а также возрастание её частоты параллельно тяжести болезни свидетельствует о целесообразности использования теста в диагностике всех подозрительных по ботулизму лиц, что рекомендуется последними клиническими рекомендациями [5].

Список литературы.

1. Никифоров В.В. Ботулизм. Эко-вектор, Санкт-Петербург, 2024: 528 с.

2. Ерусланов Б.В., Светоч Э.А., Мицевич И.П. Ботулизм: характеристика возбудителя и лабораторные методы его диагностики. Бактериология. 2018; 3(4): 47–59. DOI: 10.20953/2500-1027-2018-4-47-59

3. Гончалова Ж.А, Мурашова Е.А., Городин В.Н., Пронин М.Г., Аслоньянц А.М. Случай групповой заболеваемости ботулизмом. Мат-лы XVIII научно-практ. конф. «Акт. вопросы инф. патологии юга России». Краснодар, 22-23 мая 2025г.: 42-44.

4. Щербакова Н.И., Хрущева Н.А., Павлова Е.М., Касаткина Л.Ф., Галкина О.И. Поздняя диагностика миастенического синдрома при пищевом ботулизме А с самоизлечением. Неврологический журнал 2016; 21 (4): 194–201. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/1560-9545-2016-21-4-194-201.

5. Ботулизм у взрослых. Версия: Клинические рекомендации РФ 2025 (Россия).

Муравьева Н.В., Баранова М.М., Белов Б.С.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПНЕВМОКОККОВЫХ ВАКЦИН У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой, Москва

Актуальность. Хорошо известно, что больные ревматическими заболеваниями (РЗ) имеют повышенный риск развития инфекций нижних дыхательных путей (НДП) и ЛОР-органов, что обусловлено аутоиммунным процессом и/или иммуносупрессивной терапией. Наиболее эффективным методом профилактики указанных инфекций является вакцинация. Однако многие врачи по-прежнему рассматривают РЗ как противопоказание для вакцинации, сохраняя, как и ряд пациентов, настороженность в отношении ее безопасности.

Цель исследования – оценить безопасность пневмококковых вакцин у больных РЗ.

Материал и методы. В открытое проспективное исследование включены 359 больных РЗ: 136 – ревматоидным артритом, 98 – системной красной волчанкой, 65 – анкилозирующим спондилитом, 40 – псориатическим артритом, 10 – системным васкулитом, 5 – системной склеродермией, 4 – болезнью Шегрена, 1 – полимиозитом. Возраст пациентов варьировал от 18 до 79 лет. На момент вакцинации активность РЗ отмечена у подавляющего большинства (90,5%) больных. Только 34 пациента находились в медикаментозной ремиссии. 254 больных вакцинированы 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакциной (ППВ-23), 105 – 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакциной (ПКВ-13). Вакцинацию проводили на фоне продолжающейся противоревматической терапии. ППВ-23 или ПКВ-13 вводили в количестве одной дозы (0,5 мл) внутримышечно в дельтовидную мышцу плеча.

Результаты. Местные реакции (боль и/или покраснение и/или припухлость в месте введения вакцины) зарегистрированы у 97 (27%) больных, подавляющее большинство из них носили легкий или умеренный характер и разрешились самостоятельно в течение 1-2 дней. Только у 8 пациентов отмечено развитие феномена Артюса, проявления которого были купированы в течение 3-7 дней на фоне одно- или двукратного приема нестероидных противовоспалительных и/или антигистаминных препаратов и/или местного применения глюкокортикоидных мазей. Системные реакции наблюдались у 16 (4,5%) больных: фебрильная лихорадка в течение 3-х дней – у 2, краткосрочный субфебрилитет – у 7, общая слабость в день вакцинации – у 3, диарея – у 3, поствакцинальный артрит коленного сустава без повышения уровня острофазовых показателей на 5 день после вакцинации – у 1. Фебрильная лихорадка купирована приемом парацетамола, поствакцинальный артрит – внутрисуставным введением 1 мл бетаметазона. Пациентам с субфебрилитетом, общей слабостью и диареей дополнительные лечебные вмешательства не потребовались. Документировано 2 случая обострения РЗ через 3 недели после введения ППВ-23: одно – в виде артритов коленных суставов с повышением уровня острофазовых показателей, второе – в виде рецидива хронического иридоциклита. В обоих случаях потребовалось назначение глюкокортикоидов – соответственно в виде перорального метилпреднизолона в дозе 8 мг в сутки и ретробульбарных инъекций бетаметазона. Оба обострения были купированы в короткие сроки. Формирования «новых» аутоиммунных феноменов не зарегистрировано.

Заключение. У больных РЗ пневмококковые вакцины (и ППВ-23, и ПКВ-13) обладают оптимальным профилем безопасности. Вакцинацию следует широко рекомендовать пациентам ревматологического профиля.

Список литературы.

1. Белов Б.С., Буханова Д.В., Тарасова Г.М., Муравьева Н.В. Проблема инфекций нижних дыхательных путей в ревматологии: актуальность и пути решения. Эффективная фармакотерапия, 2020, 16 (6): 58-66. doi: 10.33978/2307-3586-2020-16-6-58-66.

2. Белов Б.С., Тарасова Г.М., Муравьева Н.В. Вакцинация в ревматологии – 2019 (по материалам рекомендаций EULAR). Научно-практическая ревматология. 2019; 57 (6): 618-625. doi: 10.14412/1995-4484-2019-618-625.

3. Белов Б.С., Муравьева Н.В., Насонов Е.Л. Вакцинация при ревматических заболеваниях: актуальные вопросы (по материалам рекомендаций ACR). Научно-практическая ревматология. 2023; 61 (2): 151-157. doi: 10.47360/1995-4484-2023-151-157.

Мякоткина Г.В.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ЧАСТЫХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СОЧЕТАНИИ С ВЕГЕТО-СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДЛОЖЕННОЙ ТЕРАПИИ

Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, Луганск

Современная медицинская практика показывает, что у больных хронической патологией гепатобилиарной системы (ХПГБС) на фоне частых острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) с вегето-сенсорной полинейропатией (ВСП), проживающих в промышленном регионе Донбасса, наблюдаются определенные нарушения иммунобиологического гомеостаза [1, 2, 4].

Целью исследования было изучить состояние показателей интерферонового статуса у больных хронической патологией гепатобилиарной системы на фоне частых острых респираторных вирусных инфекций с вегето-сенсорной полинейропатией в динамике лечения.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 96 мужчин с ХПГБС на фоне частых ОРВИ с ВСП, распределенных на 2 группы (основная – 47 человек и сопоставления – 49 больных). Пациенты обеих групп получали общепринятую терапию с учетом клинических рекомендаций лечения Российской Федерации [1, 2, 4]. Основная группа дополнительно получала гепатопротектор на основе фосфолипидов и глицирризиновой кислоты (фосфоглив), а также иммуномодулятор эрбисол.

Для реализации цели исследования, помимо обязательного лабораторного обследования, у всех больных до и после лечения изучали показатели интерферонового статуса: активность сывороточного интерферона (СИФ) и концентрацию α-интерферона (α–ИФН) и γ-интерферона (γ–ИФН) в сыворотке крови [3].

Результаты и обсуждение. До начала лечения было установлено наличие однотипных нарушений интерферонового статуса, которые характеризовались снижением активности СИФ в 1,9-2,04 раза и концентрации α-ИФН, γ-ИФН в среднем в 1,4 раза.

После завершения лечения активность СИФ у больных основной группы составляла в среднем 2,78±0,07 МЕ/мл при норме (2,85±0,05) МЕ/мл; $P<0,05$), концентрация α-ИФН в сыворотке крови – 21,6±0,6 пг/мл при норме (22±0,6 пг/мл; $P<0,05$), уровень γ-ИФН – 18,3±0,5 пг/мл при значениях нормы (18,6±0,5 пг/мл; $P<0,1$). Применение только общепринятой терапии у пациентов группы сопоставления также оказывало положительное влияние на СИФ обследованных больных, однако не обеспечивало полного восстановления изученных показателей. Так, после завершения лечения

больных ХПГБС на фоне частых ОРВИ и ВСП в группе сопоставления активность СИФ составила в среднем 2,04±0,05 МЕ/мл, что было в 1,39 раза меньше нормы (P<0,01) и в 1,36 раза ниже соответствующего показателя в основной группе (P<0,01). Концентрация α-ИФН в сыворотке крови больных группы сопоставления на момент завершения лечения составляла 18,3±0,5 пг/мл, что было ниже нормы в 1,2 раза (P<0,05) и меньше концентрации α-ИФН у больных основной группы в среднем в 1,18 раза (P<0,05). Уровень γ-ИФН в сыворотке крови пациентов группы сопоставления в этот период обследования составлял в среднем 15,6±0,3 пг/мл, что было в 1,2 раза ниже нормы (P<0,05) и в 1,17 раза меньше аналогичного показателя в основной группе (P<0,05).

Заключение. Исходя из полученных результатов, включение комбинации препаратов фосфоглива и эрбисола в комплекс лечения больных ХПГБС на фоне частых ОРВИ с ВСП способствует полноценной нормализации изученных показателей интерферонового статуса.

Список литературы.

1. Вегето-сенсорная полинейропатия (клинический случай) / В.А. Куташов, Н.Е. Ирхин, О.А. Шматко, И.С. Протасов // Вселенная мозга. – 2021. – Т. 3, № 2 (9). – С. 55-57.

2. Микрометод определения интерферонового статуса человека в пробах цельной крови / И.В. Дзюблик, Л.Д. Кривохатская, Е.П Трофименко, Е.В. Ковалюк // Лабораторная диагностика. – 2001. – №1. – С. 34-37.

3. Сельков С.А. Грипп и острые респираторные вирусные инфекции / С.А. Сельков // Инфекция и иммунитет. – 2019. – Т. 9, № 1. – С. 216.

4. Соцкая Я.А. Показатели системного воспаления у больных внегоспитальной пневмонией на фоне хронической патологии гепатобилиарной системы / Я.А. Соцкая, Е.В. Долгополова, К.А. Саламех // Современные проблемы науки и образования. – 2024. – № 2. – С. 20.

Николенко В.В., Белкина Е.В., Прелоус И.Н., Воробьева Н.Н.

ОПЫТ СОЧЕТАННОЙ КОРРЕКЦИИ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ И ЦИНКА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера, Пермь

Опубликованные исследования отмечают, что возрастающая энергетическая потребность белков в ходе новой коронавирусной инфекции (НКВИ, COVID-19) а также содержание цинка (Zn), витаминов C и D, селена, влияют на тяжесть и течение заболевания [1]. Важность цинка для многих инфекционных заболеваний известна давно, так как его функции заключаются в каталитической, структурной и регуляторной работе нашего организма [2], однако картина изменений концентрации Zn у больных с COVID-19, а также влияние его восполнения на последующее восстановление

макроорганизма изучена недостаточно. В данный момент для коррекции нутритивного дефицита у пациентов с НКВИ используют различные энтеральные смеси [3]. Вопросы же одновременной коррекции макронутриентов и микронутриентов требуют дополнительных изучений.

В связи с этим, целью исследования явилось изучение эффективности сочетанной коррекции дефицита цинка и макронутриентов у пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы: На базе краевой клинической инфекционной больницы г. Перми в 2021-2023 гг. проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 641 пациента, госпитализированных с НКВИ. У всех обследованных выявление РНК SARS-CoV-2 проводилось в носоглоточных мазках методом ПЦР с применением метода амплификации нуклеиновых кислот. Лабораторные методы включали определение цинка в сыворотке крови, а также макроэлементов – альбумина и трансферрина, абсолютного количества лимфоцитов, интерлейкина -6 (ИЛ-6), С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина. Из 641 пациента у 215 (33,0±1,9%) выявлен дефицит макроэлементов и цинка, в связи с чем методом конвертов сформированы 2 группы. В 1 группе 43 пациентам проводилась коррекция нутритивного статуса сипинговой смесью «Суппортан» по 100,0 3 раза в день per os, курсом 14-21 день, а также препаратом цинка по 25,0 мг per os курсом 10-14 дней. Во 2 группе – 43 чел., дополнительная коррекция микро- и макроэлементами не осуществлялась, терапия проводилась согласно действующим клиническим рекомендациям. Пациенты наблюдались в стационаре и в последующие 2 месяца после выписки. Оценивалось течение заболевания, длительность синдрома интоксикации, возникшие в ходе заболевания осложнения, летальные исходы в обеих группах, а также наличие астеновегетативного синдрома в реконвалесценции. Результаты исследования были обработаны с применением статистического пакета Statistica 10,0.

Результаты: НКВИ в обеих группах характеризовалась стандартным развитием клинического симптомокомплекса. На момент госпитализации в обеих группах показатели цинка статистически не отличались, в 1 группе соответствовали 10,1 (9,4;10,3) мкмоль/л, во 2 – 10,3 (9,6;10,6) мкмоль/л. Также у всех больных, на фоне прогрессирования инфекции, выявлены не высокие показатели основных представителей белкового пула в 1 и 2 группах – альбумина 30,1 (26,7;33,5) г/л и 30,3 (27;33,6) г/л соответственно, трансферрина – 1,9 (1,9;2,0) г/л и 2,0 (1,9;2,1) г/л, что указывало на формирующийся нутритивный дефицит при COVID-19.

На фоне проведения коррекции сиппинговой смесью и препаратом цинка у 39 пациентов (90,6±4,5%) первой группы к 4 (3;5) дню терапии отмечалось уменьшение симптомов интоксикации – снижение температуры тела до нормальных показателей, исчезновение головной боли, усталости, сниженного аппетита, а также улучшение по катаральному синдрому (снижение интенсивности кашля, частота дыхательных движений менее 22 в минуту, $SpO2 \geq 93\%$). Во 2 группе стабилизация течения инфекции и

улучшение самочувствия формировалось медленнее – к 5 (4;6) дню (p=0,012) и у 32 чел. (74,4±6,7%) p=0,046. В группе 1 на фоне проведения коррекции нутритивного статуса определялись следующие результаты: к 14 суткам исследования зафиксировано достоверное увеличение уровня цинка в плазме крови – 12,0 (10,8;13,6) мкмоль/л, к 21 стукам показатели данного микроэлемента оставались в пределах нормы составляли 12,9 (11,0;13,2) мкмоль/л. В первой группе на 21 день отмечена коррекция гипоальбуминемии до референсных значений – 35,5 (35,0; 36,9) г/л и показателей трансферрина – 2,1 (2,0;2,1) г/л. Во второй группе показатели Zn к концу 2 и 3 недели не восстановились до нормы (10,1 (9,8;11,1) и 10,4 (9,5;11,0) мкмоль/л, соответственно, также к 21 дню заболевания показатели белкового пула макроорганизма сохранялись на цифрах ниже нормы (альбумин – 30,9 (30,0;34,1) г/л, трансферрин – 1,9 (1,9;2,0) г/л).

При исследовании рентгенографии и/или КТ легких на 10-14 день терапии в 1 группе регистрировалось уменьшение в объеме видимых ранее зон консолидации, а также уменьшение зон «матового стекла» у 40 чел. (93,0±3,9%). Ухудшение клинического состояния наблюдалось лишь у 3 чел. (6,9±3,9%) в связи с чем от 2 до 4 дней они наблюдались в ОИТ. Во 2 группе на 10-14 день уменьшение поражения легочной ткани определялось достоверно реже – у 33 чел. (76,7±6,4%) p=0,033. Ухудшение состояния с наблюдением в ОИТ от 2 до 8 дней зарегистрировано у 7 пациентов (16,2±5,6%) p=0,176. У пациентов обеих групп в ОИТ показатели цинка и альбумина были менее 9 мкмоль/л и 26 г/л соответственно, тяжесть течения и летальные исходы коррелировали с дефицитом данных нутриентов r=0,502 p=0,011 и r=0,614 p=0,007.

При амбулаторном наблюдении в течение 2 месяцев за пациентами 1 группы, астения определялась лишь у 14 чел. (32,5±7,1%). Пациенты предъявляли жалобы на слабость, вялость, ощущения психического дискомфорта и снижение работоспособности, депрессий и тревожных расстройств не выявлено. Во 2 группе аналогичные жалобы выявлены статистически чаще – у 26 чел. (60,4±7,5%) (p=0,008), что указывало на более благоприятное течение реконвалесценции у пациентов с восстановленными показателями цинка и белков.

Заключение: проведенная коррекции дефицита основных представителей белкового пула, и цинка в процессе терапии больных с COVID-19 уменьшает длительность синдрома интоксикации, ускоряет процесс восстановления тканей после инфекционного заболевания, а также улучшает физическое состояние пациента в период ранней реконвалесценции.

Список литературы.

1. Гречко А.В., Евдокимов Е.А., Котенко О.Н. и соавт. Нутритивная поддержка пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19. Клиническое питание и метаболизм. 2020. 1(2). 56-91.

2. Николенко В.В., Прелоус И.Н., Белкина Е.В. и соавт. Динамика основных маркеров белкового обмена и микроэлементов у пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Пермский медицинский журнал. 2024.1.42-49.

3. Практическое руководство по налаживанию питания для лиц с инфекцией SARS-CoV-2 и другие заявления от экспертов Европейской ассоциации клинического питания и метаболизма Rocco Barazzoni, Stephan CBischoff, Zeljko Krznaric, Matthias Pirlich, Pierre Singer; одобрен Советом ESPEN.

Носиков Д.В.[1,2], Городин В.Н.[1,2], Бахтина В.А.[1,2], Ванюков А.А.[1,2]

ГОТОВНОСТЬ К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ КРИЗИСАМ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Современная эпидемиологическая ситуация по различным инфекционным заболеваниям остается напряженной [1, 2]. Наличие природных очагов инфекционных заболеваний, возрастающие туристические, миграционные и транспортные потоки, выявление новых патогенов и новых вариантов известных ранее патогенов существенно увеличивают риски ухудшения эпидситуации. В рамках обеспечения готовности к кризисам, важным разделом работы является кадровое обеспечение. Ситуация с кадровым ресурсом в отечественном здравоохранении продолжает оставаться сложной, ввиду выраженного дефицита врачебного и сестринского персонала [3]. Так же наблюдается дефицит младшего медицинского персонала, сохраняется «текучесть кадров», в результате которой происходит потеря обученных кадров. Это вызывает необходимость увеличения внимания к системе обучения медицинского персонала и подготовке сотрудников к работе в условиях штатной деятельности медицинских организаций, а также к работе в условиях эпидемиологических кризисов, в т.ч. к работе в условиях строгого противоэпидемического режима (далее – СПЭР). Возникает необходимость подготовки новых кадров за счет внешнего обучения в образовательных организациях (на циклах повышения квалификации) и участия в иных образовательных мероприятиях, а также постоянного обучения внутри медицинских организаций.

В рамках организации и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях, в соответствии с санитарными правилами и рядом других регламентирующих документов, должны быть разработаны и внедрены СОП, которые являются в настоящее время одним из инструментов по обучению персонала технике и алгоритму выполнения тех или иных манипуляций или рабочих процессов. Помимо СОП, в системе обучения применяются порядки, инструкции,

алгоритмы, чек-листы, а также иные методические материалы и наглядные пособия.

Процесс перехода на работу в условиях СПЭР является сложным и многокомпонентным, направленным на перепрофилирование структурного подразделения или всего учреждения, с изменением маршрутизации «чистых» и «грязных» потоков, организации дополнительных потоков (при организации сортировочных пунктов или помещений для осмотра поступающих пациентов вне приемного отделения, организации санитарных пропускников, реанимационных палат, помещений для обеззараживания выделений пациентов), необходимости проведения дополнительных мероприятий (перевода пациентов из перепрофилируемого отделения, дезинфекционных мероприятий, передаче информации по схеме оповещения, взаимодействие с диспетчерами и эвакуационными бригадами СМП и пр.), применения медицинского имущества не используемого в условиях штатной деятельности структурного подразделения (СИЗ более высокого уровня защиты, рации, укладки для забора материала, укладки для специфической профилактики и пр.). При возникновении чрезвычайной ситуации эпидемиологического характера в рабочее время, в организации развертывания госпитальной базы принимают участие административный персонал, заведующие структурными подразделениями, старшие медицинские сестры, врачи-эпидемиологи. В условиях нерабочего времени вся нагрузка ложится на дежурный медицинский персонал, которому необходимо в сжатые сроки организовать первоначальные мероприятия по развертыванию специализированных медицинских формирований госпитальной базы (в первую очередь инфекционного госпиталя) для больного или лица подозрительного на Болезнь (далее – Болезнь).

С учетом многозадачности процесса перепрофилирования структурного подразделения, особенно в нерабочее время дежурным персоналом, удобным и эффективным инструментом становятся чек-листы. Чек-листы необходимо разработать на основе оперативной документации, утвержденной по учреждению. Вариантами чек-листов являются: перечень действий персонала структурного подразделения в случае выявления в отделении случая Болезни; перечень действий персонала приемного отделения в случае получения информации о транспортировке пациента с Болезнью бригадой СМП; перечень действий персонала структурного подразделения по перепрофилированию подразделения под госпитальную базу.

В чек-листе перепрофилирования отделения необходимо отразить: действия по подготовке отделения к приему пациента с Болезнью (перевод других пациентов, проведение заключительной дезинфекции, привлечение дежурного персонала из других подразделений, перекрытие вентиляции и канализации в случае необходимости); действия по подготовке необходимого медицинского имущества (средств связи, лекарственных препаратов, расходных материалов для забора, упаковки и транспортировки биоматериала, изделий медицинского назначения для проведения

манипуляций и иных процедур, оборудования и расходных материалов к нему, емкостей для приготовления рабочих растворов, емкостей для сбора выделений и медицинских отходов, уборочного инвентаря, средств индивидуальной защиты, постельного белья, предметов для бытового обеспечения пациента).

Для удобства применения, в чек-листе целесообразно сформировать отдельные разделы по подготовке и оснащению соответствующих блоков помещений с указанием перечня имущества, которое должно быть в данные помещения доставлено: боксы для приема пациентов, реанимационная палата, санитарные пропускники на вход, санитарные пропускники на выход, пункт санитарной обработки транспорта.

Список литературы.

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: Государственный доклад. – Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. – 424 с. – 300 экз. – ISBN 978–5–7508–2350–5. Текст: электронный. – URL: https://rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/b8a/u6lsxjabw032jkdf837nlaezxu3ue09m/GD_SEB.pdf (дата обращения: 24.09.2025).

2. Брюханова Г.Д., Городин В.Н., Носиков Д.В., Шестакова И.В., Нежурин А.В. Эмерджентный подход к формированию стратегии противоэпидемической готовности организаций здравоохранения в условиях новой эпидемиологической реальности // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2021. – Т. 26. – №6. – С. 294-307. doi: 10.17816/EID108277. – URL: https://rjeid.com/1560-9529/article/view/108277 (дата обращения: 24.09.2025).

3. Исаев, А.К. Дефицит кадров в здравоохранении и образовании остается острой проблемой. / А.К. Исаев. – Текст: электронный // Российская газета. – URL: https://rg.ru/2025/03/11/kadry-dlia-medicinskih-i-obrazovatelnyh-organizacij.html (дата обращения: 24.09.2025).

Панько Е.С.[1], Жаворонок С.В.[2], Соловчук А.М.[3]

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИГЕНАЦИИ И ВЕНТИЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЯМИ И ГИПОКСИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

[1] Брестская областная клиническая больница, Брест;
[2] Белорусский государственный медицинский университет, Минск;
[3] Брестский государственный технический университет, Брест

В ходе пандемии COVID-19 предложено большое количество клинико-демографических факторов риска (возраст, пол, ожирение, сопутствующие заболевания, кашель, слабость и др., рентгенологических предикторов (степень, шкала, % поражения легких по КТ) и биологических маркеров (соотношения нейтрофилов/лимфоцитов, IL-6, CRP, D-димеры, КК, LDH,

пируват, лимфопения и др.) [1] с использованием которых разработаны и апробированы многочисленные шкалы, алгоритмы и модели для оценки тяжести и прогноза исходов инфекционного процесса у пациентов с SARS-Cov2.

Оценка пациентов с респираторными симптомами или подозрением на инфекцию при сортировке является сложной задачей. Изменения основных показателей жизнедеятельности (частота дыхания, насыщение кислородом и температура), регистрируемые при поступлении в стационар, не всегда коррелируют с тяжелым прогнозом, а кажущееся стабильное состояние пациента может скрывать обширное поражение легких, временно компенсируемое функциональными резервами дыхательной системы. Эти проблемы широко наблюдались среди пациентов с COVID-19, для которых отсутствие надежных прогностических инструментов ограничивало роль сортировки [2]. Возможность оценки клиницистами функциональной вентиляционной составляющей ГОДН может облегчить стратификацию пациентов с COVID-19 имеющих высокий риск развития ОРДС для дальнейшей их маршрутизации на госпитальном и реабилитационном этапе с целью предупреждения смертности и улучшения функциональных результатов после выздоровления.

Целью исследования является выявление наиболее эффективных функциональных маркеров для создания инструментов (алгоритмов, моделей) оценки тяжести и прогноза течения ГОДН.

Материал и методика. Исследование выполнено с использованием базы данных 487 COVID-19 пациентов госпитализированных в специализированное инфекционное отделение Брестской областной клинической больницы с декабря 2020 г. по май 2022 г., с подтвержденным ПЦР- тестом диагнозом COVID-19, которым кроме стандартных клинико-лабораторных методов дополнительно проведено исследование функции внешнего дыхания портативным спирометром МАС2-БМ, РБ и измерения силы респираторных мышц аппаратом MicroRPM, CareFusion, Великобритания, с одновременной регистрацией данных пульсоксиметрии в течение первых трех суток стационарного лечения.

Способность отдельных функциональных переменных прогнозировать тяжесть течения была оценена с построением моделей лог- регрессии с биноминальным распределением. Дискриминация модели оценивалась по чувствительности и специфичности для порогового значения каждой переменной соответствующего максимальному значению индекса Юдена, с построением кривой рабочей характеристики приемника (ROC) и определением площади под ней (AUC).

Результаты.

Модели, построенные на интегральных маркерах гипоксии ROX и SpO2/FiO2 обладали лучшими классификационными качествами (AUC 0,7) по сравнению с моделями на показателях силы дыхательных мышц (MIP, MEP), при этом точность была в пользу показателя ROX (65%). Сочетание

отношения SpO2/FiO2 и маркера слабости диафрагмы MIP позволило повысить точность прогноза до 71%, а построение комплексной модели на двух индексах гипоксии SpO2/FiO2 и ROX, сочетающихся с показателем силы диафрагмы MIP, позволило увеличить как точность (73%), так и площадь под ROC (AUC 0,8), что указывает на её очень хорошие классификационные качества. По результатам ROC-анализа отличными биноминальными качествами (AUC 0,9) обладала модель, построенная на маркере гипоксии SpO2/FiO2 и интегральном показателе вентиляции MVV/MV, со специфичностью – 84%, точностью – 82% и наибольшей чувствительностью – 89% по сравнению со всеми другими моделями, построенными на различных комбинациях измеренных показателей спирометрии и гипоксии. С использованием установленных в данной модели пороговых значений показателей оксигенации и вентиляционного резерва [3], а также с учетом Приказа МЗ РБ №841 от 22.06.2022 разработан и апробирован алгоритм определения тяжести ГОДН/ОРДС с оценкой направленности вентиляционно-перфузионной (V/Q) диссоциации:

1. ГОДН без ОРДС и снижения вентиляционного резерва: значения SpO2 ≥ 95%, SpO2/FiO2 >315, ЧД ≤ 22 в мин., ROX >14 и ВР ≥ 4

2. ГОДН без ОРДС, снижение вентиляционного резерва: значения SpO2 ≥ 95%, SpO2/FiO2 >315, ЧД ≤ 22 в мин., ROX >14 и ВР <4

3. Легкий ОРДС с относительно компенсированным вентиляционным резервом (контроль PaO2/FiO2): значения SpO2 94-89%, SpO2/FiO2 314-235, ЧД 23-29 в мин., ROX 14-8 и ВР ≥ 4

4. Легкий ОРДС, снижение вентиляционного резерва (контроль PaO2/FiO2): значения SpO2 94-89%, SpO2/FiO2 314-235, ЧД 23-29 в мин., ROX 14-8 и ВР <4

5. Выраженный ОРДС с относительно компенсированным вентиляционным резервом (контроль PaO2/FiO2): значения SpO2 ≤88%, SpO2/FiO2 ≤235, ЧД 23-29 в мин., ROX <8 и ВР ≥ 4

6. Выраженный ОРДС, снижение вентиляционного резерва (PaO2/FiO2, консультация реаниматолога): значения SpO2 ≤88%, SpO2/FiO2 ≤235, ЧД ≥ 30 в мин., ROX 8-4 и ВР <4.

Выводы. Проведенный анализ результатов спирометрии у пациентов с SARS-CoV-2 выявил, что в комплексной оценке тяжести пациентов в острую фазу инфекционного процесса вызванного SARS-CoV-2 целесообразно наряду с маркерами гипоксии исследовать показатели функцию внешнего дыхания, отражающие степень нарушения вентиляционной компоненты вентиляционно-перфузионной диссоциации, являющейся одним из главных факторов тяжести дыхательной недостаточности и SARS.

Список литературы.

1. JA Garcia-Gordillo, Camiro-Zúñiga A. COVID-IRS: A novel predictive score for risk of invasive mechanical ventilation in patients with COVID-19. 2021;16(4) doi:10.1371/journal.pone.0248357

2. Zaboli A, Ausserhofer D, Pfeifer N, et al. The ROX index can be a useful tool for the triage evaluation of COVID-19 patients with dyspnoea. J Adv Nurs. 2021;77(8):3361-3369. doi:10.1111/jan.14848

3. Предикторы длительности стационарного лечения острой фазы инфекционного процесса, вызванного COVID-19 / Е. С. Панько, С. В. Жаворонок, А. М. Соловчук, С. С. Панько, С, В. Панько // Журнал инфектологии. – 2023. – Т. 15, № 1. – С. 86–92.

Перадзе Х.Д., Нгуба М.М.А., Ал Хадж А.М., Самиева М.Т.

РОЛЬ СИНАНТРОПНЫХ ПТИЦ И НАСЕКОМЫХ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА В МИРЕ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность: лихорадка Западного Нила природно-антропоургическая вирусная инфекционная болезнь. За последние годы в США, Канаде, на африканском, евро-азиатском континентах, в том числе и Российской Федерации регистрируется рост заболеваемости лихорадки Западного Нила (ЛЗН). В распространении данного вируса большую роль играет миграция птиц и насекомых. Возбудитель передается в основном комарами и клещами. Эпидемический и эндемический характер в различных регионах подчеркивает его эмерджентный статус. У перелетных птиц вирус сохраняется в крови до 6 недель, что способствует его переносу на тысячи километров. В дельте Волги, Западной Сибири маркеры ВЗН выявлены у голенастых птиц, что поддерживает активность природных очагов [1,3,4]. Высокие показатели численности кровососущих членистоногих в сезон дождей имеют значение для интенсивного проявления эпидемического процесса.

Цель: установить значение синантропных птиц и насекомых в распространении лихорадки Западного Нила

Материалы и методы: В основу работы положены материалы о заболеваемости 10 историй болезни пациентов из африканского континента и Российской Федерации с подтверждённым диагнозом ЛЗН, которые проходили лечение в период с 2023 по 2024 год. Пациенты были госпитализированы в Государственной больнице им. Дамиана в Бате (Экваториальная Гвинея) и СПб ГБУЗ «КИБ им. С. П. Боткина». Среди исследованных: 5 (50%) случаев из Экваториальной Гвинеи, 1 (10%) случай из Конго, 1 (10%) – из Камеруна, 1 (10%) – из Эфиопии и 2 (20%) случая привезенных в Россию (Санкт-Петербург) из курорта Греции.

Результаты: В исследования выявлено значительное преобладание среди пациентов мужчин, что составляет 80%, в то время как доля женщин отмечалась лишь 20%. Возраст больных составил от 24 до 89 года, средний показатель 52.2 ± 22.9 года. Госпитализация больных происходила на поздних

сроках заболевания, с 5 по 30 день болезни. Количество койко-дней составило от 5 до 30 дней в среднем 13.8 ± 7.2 дня. Анализ путей заражения показал, что 30% пациентов из Камеруна заразились в лесопарках в результате укуса комаров рода Aedes и Culex pipiens, из Конго – Culex quinquefasciatus, из Экваториальной Гвинеи – Culex neavei, Culex tritaeniorhynchus и Aedes albopictus. У 30% заражение происходило через употребление в пищу инфицированных Камерунских дроздов и ворон, однако у 40% случаев причина заражения осталась неустановленной. Среди больных 50,0% городские жители и 50,0% сельские.

Обращает внимание сезонность заболеваемости: 80% пациентов заразились в сезон дождей и 20% в сухой сезон.

Лабораторные исследования показали, что у 4 пациентов диагноз подтверждался с помощью положительной ПЦР ЛЗН в крови, а 50% имели положительные результаты IgM, в то время как 40% (4 пациента) показали положительные результаты IgG.

Выводы: таким образом, ЛЗН имеет широкую распространенность во многих странах мира. Сезон дождей остается критическим периодом для распространения инфекции ЛЗН в эндемичных регионах. Массовая миграция синантропных птиц и насекомых указывает на глобализацию рисков и важность эпиднадзора в неэндемичных зонах. Полученные данные подчеркивают важность мониторинга и контроля за популяцией комаров и других переносчиков вируса. Эпидемический процесс на разных территориях мира имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий.

Список литературы.

1. Батурин А.А. Антонов В.А. и др. Роль птиц как потенциальных резервуаров вируса западного нила. Ж. Проблемы особо опасных инфекций. С.18-19.

2. Mencattelli G, Ndione MHD, Rosà R, Marini G, Diagne CT, et al. Epidemiology of West Nile virus in Africa: An underestimated threat. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(1)2022.

3. Путинцева Е. В. Лихорадка Западного Нила: анализ эпидемиологической ситуации в Российской Федерации в 2023 г., прогноз на 2024 г. Ж. Проблемы особо опасных инфекций 2024. С.89–101.

4. Пономарева Д. Н., Тимшина Д. И. Лихорадка Западного Нила: литературный обзор. Энигма 32 (2021): 124–129.

Первишко О.В., Фирсова В.Н., Назаретян В.Г., Левин П.В., Фирсов Н.А.

СЫВОРОТОЧНЫЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО HCV ИНФЕКЦИИ

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. За последние десятилетия наблюдается изменения в представлении медицинского сообщества о механизмах передачи и реализации хронической HCV-инфекции у детей с вертикальным механизмом заражения [1]. Наличие хронического вирусного гепатита С у матери (ХВГС) во время беременности может протекать без наличия клинико – лабораторной активности, объясняется это гестационным иммуноопосредованным цитокиновым механизмом [2]. Формирование хронической инфекции зависит от вирусной нагрузки у матери, вида вскармливания ребенка и особенности иммунного ответа. Немаловажную роль в образовании хронического процесса играет дисбаланс Т-хелперов 1 и 2 порядка. Для элиминации вируса актуальным является клеточно-опосредованный иммунитет, который регулируется цитокинами. Известно, что интерлейкин-6 (IL-6), интерлейкин-1 (IL-1) и фактор некроза опухоли (TNF-α) подавляют синтез альбумина в печени [3]. Высокие уровни IL-6 при снижении альбумина свидетельствуют об активности процесса в гепатоцитах. По данным зарубежных авторов, особое внимание представляют провоспалительные цитокины IL-1β и IL-18, уровень которого при HCV-гепатите коррелирует с гистологической активностью печени [4]. Эти цитокины напрямую влияют на формирование вариантов течения HCV-инфекции.

Цель исследования. Изучить уровни сывороточных провоспалительных цитокинов IL-1β, IL-6, IL-18, TNF-α у детей раннего возраста с перинатальным контактом с HCV-инфекцией.

Материалы и методы. По результатам исследования были сформированы 2 основных группы и группа контроля. В I-ю группу были включены 59 детей, рожденных от матерей с положительными результатами ИФА на антитела IgM/IgG HCV- инфекции, средний возраст которых составил 18±5 месяцев. Диагноз «перинатальный контакт» устанавливали при положительных anti-HCV IgG в ИФА в раннем неонатальном периоде. Во II-ой группе наблюдалось 28 пациентов, которые сформировали ХВГС, возраст которых составил 11±4 месяца. Для подтверждения хронической инфекции проводили ПЦР для количественного определения РНК HCV. В группу контроля вошли 30 условно здоровых детей сопоставимых по возрасту и полу. Уровень цитокинов IL-1β, IL-6, IL-18, TNF-α в сыворотке крови определяли методом ИФА. Статистическую обработку проводили с использованием программы IBM SPSS Statistics 10. Для сравнения групп применяли t-критерий Стьюдента и критерий Уэлча. Для оценки ассоциаций

использовали логистическую регрессию. Различия считали статистически значимыми при p<0,05.

Результаты. Дети из II-ой группы наблюдения имели бессимптомное, безжелтушное течение с низкой вирусной нагрузкой (<5000 МЕ/мл), при этом, уровни трансаминаз (АЛТ и АСТ) не превышали более 1,5 раза от показателей верхней границы возрастной нормы. При изучении цитокинового профиля в сыворотки крови наблюдаемых групп были выявлены следующие особенности. У детей с перинатальным контактом выявлен дисбаланс цитокинов: уровень IL-6 был достоверно выше, чем у детей контрольной группы (2,278 пг/мл против 0,868 пг/мл, p=0,003). Концентрации IL-1β и TNF-α значимо не отличались. При этом, уровень IL-18 был достоверно ниже, чем в группе контроля (60,025 пг/мл против 93,414 пг/мл, p <0,05). Оценка значимости IL-18 у детей с перинатальным контактом по HCV инфекции с применением метода логистической регрессии показала, что при увеличении концентрации данного цитокина на 1 пг/мл вероятность формирования перинатального контакта уменьшалась в 1,290 раза (ОШ 0,775; 95% ДИ 10,614-0,977; p=0,031). Следовательно, низкий уровень IL-18 может быть маркером высокого риска реализации перинатального контакта по HCV инфекции, в хроническую форму патологии. У детей с установленным ХВГС отмечено достоверное повышение всех исследуемых цитокинов в сравнении с группой контроля и с группой перинатального контакта: уровень IL-6 был выше в 18,2 раза, чем в группе контроля, уровень TNF-α – в 14,3 раза. Пациенты 2 группы имели превышение уровней IL-1β в 7 раз (p2-p3<0,001), TNF-α в 14,3 раза (p2-p3<0,001) в сравнении с детьми контрольной группы. Достоверно более высокие значения отмечены в концентрации IL-18-185,835 (170,159 – 201,511) пг/мл, что 1,98 раз больше, чем у здоровых пациентов (p2-p3<0,05).

Выводы. У детей раннего возраста, имеющих перинатальный контакт по HCV, было выявлено увеличение уровня IL-6 и снижение IL-18 в сыворотке крови, что может свидетельствоваться о дисбалансе цитокиновой регуляции воспалительного ответа. В целом, другие провоспалительные маркеры, в частности, IL-1β, TNF-α, находились на уровне здоровых пациентов. В процессе анализа результатов у пациентов с подтвержденным клинико-лабораторным диагнозом ХВГС отмечалось увеличение всех исследуемых цитокинов (IL-1β, IL-6, IL-18, TNF-α). Следовательно, определение сывороточных уровней IL-6, IL-18 и их мониторинг у детей с перинатальным контактом по HCV инфекции может быть использован для прогноза реализации хронического течения патологии.

Список литературы.

1. Chigbu DI, Loonawat R, Sehgal M, Patel D, Jain P. Hepatitis C Virus Infection: Host–Virus Interaction and Mechanisms of Viral Persistence. Cells. 2019; 8(4):376.

2. Wherry EJ, Blattman JN, Murali-Krishna K, et al. Viral persistence alters CD8 T-cell immunodominance and tissue distribution and results in distinct stages of functional impairment. J Virol. 2003; 77(8):4911-27.

3. Gounden V, Vashisht R, Jialal I. Hypoalbuminemia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

4. Sharma A, Chakraborti A, Das A, Dhiman RK, Chawla Y. Elevation of interleukin-18 in chronic hepatitis C: implications for hepatitis C virus pathogenesis. Immunology. 2009; 128(1):e514-22.

Первишко О.В.[1], Маталаева С.Ю.[1], Бондаренко С.А.[1], Шатилова Л.В.[2], Лищишина Д.Ю.[3]

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Детская городская поликлиника №8 города Краснодара, Краснодар;
[3] Детская городская поликлиника №4 города Краснодара, Краснодар

Введение. Туберкулёз – глобальная проблема общественного здравоохранения, так как занимает второе место в структуре смертности от инфекционных заболеваний. Согласно оценкам ВОЗ ежегодно около 7,5 миллионов детей во всём мире инфицируется M. tuberculosis, при этом у 1,1 миллиона детей развивается туберкулёзная инфекция, что составляет 12% от общего числа случаев заболеваний туберкулёзом среди всех возрастных групп [1]. Экономические затраты на проведение противотуберкулезных мероприятий в мире в 2022 г. составили 5792 млрд. долларов США, а в Российской Федерации (2021 г.) – 106,6 млрд. рублей [2]

В Российской Федерации вакцина Бацилла Кальметта-Герена (БЦЖ) занимает ведущее место в области борьбы и профилактики туберкулеза среди детского населения [3]. Ряд исследований продемонстрировал, что вакцинация новорожденных БЦЖ/БЦЖ-М эффективна для предотвращения развития тяжелых форм туберкулезной инфекции (туберкулезного менингита, милиарного туберкулеза), но защитный эффект ослабевает у детей в возрасте 5 лет и старше. Протективное действие вакцинации в целом оценивается по снижению заболеваемости туберкулезом и риска развития генерализованных форм [4,5].

Цель исследования. Изучить особенности течения туберкулезной инфекции у детей школьного возраста в зависимости от вакцинального статуса.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 87 историй болезней детей из очага инфекции туберкулезом в возрасте от 7 до 17 лет, находящихся на санаторно-курортном лечении в ФГБУ ДПТС «Пионер» МЗ РФ г. Сочи в период 2024-2025 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: в I группу вошли 65 детей (74,7%), из них 24 мальчиков (27,6%) и 41 девочка

(47,1%) вакцинированных БЦЖ/БЦЖ-М на первом году жизни. При объективном осмотре у каждого 5 пациента отсутствовал поствакцинальный рубчик. Во II группе было 22 ребенка (25,3%), 8 мальчиков (9,2%) и 14 девочек (16,1%), которые не имели документально подтвержденных данных о наличии вакцинопрофилактики против туберкулёза и на момент осмотра не имели поствакцинального рубчика. При поступлении в лечебное учреждение всем пациентам была проведена иммунодиагностика с постановкой внутрикожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (белок CFP10-ESAT6 0,2 мкг). Диагноз установлен на основании клинико-эпидемиологических, рентгенологических и лабораторных данных.

Результаты. На момент объективного осмотра пациентов состояние было удовлетворительным, жалобы отсутствовали. При проведении иммунодиагностики с постановкой внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном отрицательная проба была выявлена у 6 детей (6,9%), положительная проба – у 57 детей (65,5%), гиперергическая реакция – у 24 детей (27,6%). Поствакцинальный рубец 4-9 мм был определен у 25 пациентов (28,7%), малые кожные знаки выявлены (рубец 1-3 мм) у 36 детей (41,4%), рубец отсутствовал, но вакцинация документально подтверждена у 4 пациентов (4,6%). Все обследуемые имели контакт с больным туберкулезом, из них у большинства детей (73-83,9%) наблюдался семейный контакт, с дальними родственниками – у 10 детей (12,6%), внутри организованного контакта – у 4 детей (4,6%).

По результатам ретроспективного анализа лабораторно-инструментальных методов исследования риск развития латентной туберкулезной инфекции (χ^2=24,08; p≤0,01) был выше в группе вакцинированных детей (60 – 69,0%), по сравнению со второй группой наблюдаемых детей (8 – 9,2%). Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе обызвествления выявлен у 20 пациентов (23,0%), при этом достоверно чаще встречается у детей, не имеющих вакцинацию БЦЖ/ БЦЖ-М (15-17,2%; χ^2=14,6; p≤0,001). Первичный туберкулезный комплекс в фазе обызвествления достоверно чаще можно выявить у не вакцинированных детей (χ^2=8,58; p≤0,01). Инфильтративная форма туберкулеза была выявлена у 3 пациентов (1-1,2% и 2-2,3%; χ^2=2,82; p≤0,094 соответственно).

Выводы. По результатам проведенного исследования, у вакцинированных детей, имеющих контакт с туберкулезной инфекцией, чаще можно выявить благоприятное течение последней в виде развития латентной формы. БЦЖ вакцина, в случае контакта с инфекцией, снижает риск развития осложненного течения заболевания с развитием генерализованных форм. По мере угасания поствакцинального иммунитета нарастает частота заболеваемости, что требует совершенствования мероприятий, направленных на профилактику и выявление туберкулезной инфекции у детей в школьном возрасте.

Список литературы.

1. Туберкулез // Всемирная организация здравоохранения URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis (дата обращения: 28.01.2025).

2. Редько А.Н., Михайлова Ю.В., Стерликов С.А., Михайлов А.Ю., Панкова Я.Ю. Трудовые потери вследствие туберкулеза в России В 2010-2022 гг. // Туберкулез и болезни легких. - 2025. Т. 103. № 2. С. 80-87. https://doi.org /10.58838/2075-1230-2025-103-2-80-87

3. Асташкевич П. Н., Французевич Л. Я., Краснова Т. Н. Новые вакцины против туберкулеза //Практическая пульмонология. – 2023. – №. 2. – С. 75-84.

4. Martinez L, Cords O, Liu Q, et al. Infant BCG vaccination and risk of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis throughout the life course: a systematic review and individual participant data meta-analysis// Lancet Glob Health. – 2022; 10(9):e1307-e1316. doi:10.1016/S2214-109X(22)00283-2.

5. Cai S, Luo Q, Zhou G, et al. Effect of Bacillus Calmette-Guérin vaccination against Mycobacterium tuberculosis infection in children: an updated systematic review and meta-analysis// Int J Infect Dis. – 2025;156:107909. doi:10.1016/j.ijid.2025.107909.

Первишко О.В.[1], Маталаева С.Ю.[1], Фирсова В.Н.[1], Шашель В.А.[1], Подпорина Л.А.[2], Еприкян А.Г.[1]

ЧАСТОТА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ВИТАМИНА D

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Детская городская поликлиника №3 города Краснодара, Краснодар

Введение. Острая респираторная инфекция является одной из частой причин обращений детей к врачу-педиатру на амбулаторном этапе. По данным разных авторов, частота встречаемости варьирует в зависимости от сезона и возраста детей. Дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 8–10 эпизодов ОРВИ в год, в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1-2-м году посещения – на 10–15% выше, чем у неорганизованных детей [1,2]. На сегодняшний день достаточный уровень концентрации витамина D в сыворотке крови детей рассматривают как один из факторов, который способствует противоинфекционной защите. Имеются исследования, доказывающие, что дефицит витамина D приводит к рецидивирующему течению респираторных инфекций, а также наблюдается у детей с хроническими заболеваниями, такими как, заболевания обмена веществ, ожирение, сердечно-сосудистой патологией и аутоиммунными заболеваниями [2,3]. Это можно объяснить взаимодействием с рецепторами витамина D, которые могут располагаться в иммунных клетках человека, приводя к изменению экспрессии генов и синтезу белков противовирусной защиты [4].

Цель исследования. Изучить частоту респираторных инфекций у детей школьного возраста в зависимости от уровня витамина D.

Материал и методы. В проведенном исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте от 6 до 12 лет включительно, обратившихся с признаками ОРВИ на 2–3 сутки заболевания в детскую городскую поликлинику №3 г. Краснодара. Из них 27 (45%) мальчиков и 33 (55%) девочки, средний возраст которых составил 8,5±2,3 и 9,0±1,9 лет, соответственно. Ретроспективно был проанализирован уровень витамина D у наблюдаемых детей и частота респираторно-вирусных инфекций за 6-месячный период наблюдения. Согласно Национальной программе «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации 2018 года, все дети были поделены на 4 группы. В I группу вошли 24 (40%) ребенка с дефицитом витамина D (0-20 нг/мл), во II группе 15 (25%) детей имели недостаточный уровень витамина D (20-30 нг/мл), в III группе находились 19 (31,7%) пациентов с оптимальным уровнем (30-50 нг/мл) и в IV группе было 2 ребенка с повышенным показателем витамина D (более 100 нг/мл). В связи с самостоятельным применением родителями препаратов витамина D и малым числом пациентов, данная группа в сравнительный анализ не была включена. Сбор данных, анализ и обработка полученного материала был проведен с помощью MS Excel, IBM SPSS Statistics 19.0, различия были достоверно значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. По результатам проведенного исследования было выявлено, что в структуре заболеваемости преобладали острый фарингит, назофарингит, ларингит и неуточненные инфекции верхних дыхательных путей. Анализ уровня витамина D выявил дефицит у 42% и недостаточность у 25% обследованных детей, что в совокупности составляет 67%. Была установлена достоверная связь между дефицитом витамина D в I группе детей и частотой заболеваемости ОРВИ в осенне-зимний период. Пациенты болели респираторными инфекциями три и более раз достоверно чаще, чем дети с оптимальным содержанием витамина D (OR=3,2; ДИ 0,56–0,98; p=0,045). Обращает на себя внимание, что детей I группы болели респираторной инфекции продолжительнее и у 15 пациентов (25%) наблюдались осложнения, которые требовали коррекции проводимой терапии. В III группе детей осложнения выявлялись в 6,7% случаев (χ^2=6,24, $p \leq 0,05$).

Выводы. У детей, наблюдающихся на амбулаторно-поликлиническом этапе, выявляется крайне высокая распространенность дефицита (40%) и недостаточность (25%) витамина D. Дефицит витамина D является значимым фактором риска повторных эпизодов острых респираторных инфекций в осенне-зимний период. Для детей с дефицитом витамина D характерно более длительное течение респираторной инфекцией и выше риск развития осложнений в виде трахеита (18–30%), бронхита (4–6,7%) и пневмонии (2-3,3%). Полученные результаты обосновывают целесообразность включения оценки уровня витамина D в стандартное обследование часто болеющих детей и профилактический прием препаратов витамина D в качестве

эффективного средства неспецифической профилактики респираторных инфекций в педиатрической практике.

Список литературы.

1. Amrein K., Scherkl M., Hoffmann M. et. all. Vitamin D Deficiency: An Update on the Current Global Status // Eur J Clin Nutr. 2020. 74(11):1498-1513. DOI: 10.1038/S41430-020-0558-Y

2. Локшина Э.Э. Зайцева О.В. Роль витамина D в профилактике и лечении острых респираторных инфекций у детей // PEDIATRICS. CONSLIUM MEDICUM. 2022; №4; С.310-316.

3. Johnson C.R., Thacher T.D. Vitamin D: immune function, inflammation, infections and auto-immunity // . https://doi.org/10.1080/20469047.2023.2171759

4. Горелов А.В., Малявин А.Г, Бабак С.Л., Зайцев А.А. [и др.] Заключение совета экспертов «Роль витамина D в профилактике острый респираторных инфекций у детей» // Инфекционные болезни. 2023. Т. 21. №1. С. 162–170.

Побежимова М.А.[1,2], Плужникова О.В.[1], Ситник Т.Н.[1,2]

ОСОБЕННОСТИ ЦИРКУЛЯЦИИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ БУЗ ВО «ВОКЦПИБС»

[1] Воронежский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, Воронеж;
[2] Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), остаются одной из наиболее серьезных проблем современной медицинской практики. Несмотря на прогресс медицинских технологий и развитие методов инфекционного контроля, ИСМП продолжают оказывать значительное влияние на показатели общественного здоровья, экономику системы здравоохранения и качество жизни пациентов.

Вопросы эпидемиологического надзора, профилактики и контроля инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, широко освещаются в отечественной и зарубежной литературе [1-2]. В настоящее время разработаны национальные и международные рекомендации, регламентирующие систему мероприятий по предупреждению их распространения. Однако эпидемиологическая ситуация отличается высокой динамичностью и выраженной региональной спецификой, обусловленной профилем лечебных учреждений, особенностями циркулирующих штаммов микроорганизмов и организацией профилактических мероприятий на местах.

Формирование выраженного иммунодефицита на фоне прогрессирования ВИЧ-инфекции создает предпосылки для развития широкого спектра инфекционных осложнений бактериальной, вирусной и

грибковой этиологии. Особую значимость приобретает микробиологический мониторинг возбудителей инфекционной патологии, позволяющий как идентифицировать этиологически значимые микроорганизмы, так и определить их антимикробную резистентность, что значимо для выбора дальнейшей тактики лечения [3].

Цель исследования – провести анализ этиологии возбудителей инфекционной патологии у пациентов стационара БУЗ ВО «ВОКЦПиБС» в период 2022-2024 гг.

Материалы и методы: использованы данные лаборатории бактериологических исследований БУЗ ВО «ВОКЦПиБС», осуществляющей централизованные исследования для медицинских организаций Воронежской области и собственных нужд. Идентификация возбудителей и определение их антибиотикочувствительности проведена на анализаторе бактериологическом VITEK MS-масс-спектрометр MALDI-TOF и анализаторе VITEK™ 2.

При исследовании материала, полученного от пациентов БУЗ ВО «ВОКЦПиБС», определяли следующие категории возбудителей (в т.ч. резистентные): Staphyloccocus spp., Streptococcus spp. и другие граммположительные кокки, Enterococcus spp., Enterobacteriaceae spp., неферментируемые граммотрицательные палочки, Corynebacterium, Candida spp. и другие дрожжи, Haemophilus и прочие микроорганизмы.

В период 2022 – 2024гг. от пациентов, проходивших лечение в стационаре БУЗ ВО «ВОКЦПиБС», выделено 1278 культур микроорганизмов, из которых 222 (17,4%) были резистентными. Статистическая обработка данных проведена с использованием LibreOffice 6.3 Calc.

Результаты и обсуждение. В динамике за анализируемые 3 года было выделено: в 2022 г. – 478 культур микроорганизмов., в т.ч. 87 (18,2%) резистентных; 2023г. – 404 культуры, (83 (20,5%) резистентных); 2024 г. – 396 (52 (13,1%) резистентных).

Анализ этиологической структуры флоры от поступивших пациентов показал, что наиболее часто регистрировались три основные группы микроорганизмов: *Staphyloccocus spp*. (198), *Enterobacteriaceae spp.* (255), *Candida spp.* (621). Среди *Staphyloccocus spp*. преимущественно выделелялись *S.aureus* (61,1%) и *S.epidermidis* (17,7%). В группе *Enterobacteriaceae spp*. – *Kl. pneumoniae* (51,0%), *E.coli* (27,5%). Среди *Candida spp.* абсолютным лидером по выявляемости является *Candida albicans*, составив 59,9%.

За 3 года резистентные штаммы преимущественно среди Staphyloccocus spp., Enterobacteriaceae spp. и составляли 18,7% и 30,6% соответственно.

За анализируемый период в БУЗ ВО «ВОКЦПиБС» поступило 4374 пациента, при госпитализации были установлены 783 случая бактериальной пневмонии, что составило 17,9% от общего числа поступивших пациентов. В 2022 году стационар работал как препрофилированный госпиталь для больных COVID-19, в том числе для сочетанной инфекции ВИЧ+COVID-19. В 2023-2024 году принимались профильные пациенты с ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами. У поступивших профильных

пациентов с ВИЧ-инфекцией (n=1116) наиболее частым ассоциированным диагнозом также являлась бактериальная пневмония (187 случаев – 16,8%), опередив пневмоцистную пневмонию (8,8%).

Материал от каждого поступившего пациента направлялся на бактериологическое исследование с целью определения устойчивости к антимикробным препаратам (АМП): в 2022 году резистентная флора составила 19,5%; в 2023 г. – 17,7%; в 2024 г. – 10,9%.

Выводы. Проведенный анализ этиологической структуры возбудителей инфекционной патологии в стационаре БУЗ ВО «ВОКЦПиБС» за период 2022-2024 гг. выявил преобладание Staphyloccocus spp., Enterobacteriaceae spp. и Candida spp. в качестве основных этиологических агентов. Отмечено снижение общего количества выделенных культур микроорганизмов к 2024 году, но при этом сохраняется значительная доля резистентных штаммов, особенно среди Staphyloccocus spp. и Enterobacteriaceae spp. Выявление бактериальной пневмонии в качестве наиболее частой оппортунистической инфекции у поступивших пациентов с ВИЧ подчеркивает актуальность рисков распространения ИСМП от пациентов с полирезистентной микрофлорой, и демонстрирует их значимое место в структуре заболеваемости пациентов специализированного стационара. Выявленная этиологическая структура возбудителей и динамика резистентности подчеркивают необходимость постоянного мониторинга и совершенствования стратегий инфекционного контроля, особенно у пациентов с иммунодефицитными состояниями.

Список литературы.

1. Абрамов, Ю.Е., Орлова О.А., Акимкин В.Г. Меры профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в родовспомогательных учреждениях в отечественной и международной практике // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2021. – Т. 11, № 1. – С. 71-76.

2. Морозов А.М., Морозова А.Д., Беляк М.А. [и др.] Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2022. – Т. 16, № 4. – С. 107-116.

3. Криворучко И.В., Каширина Л.А., Притулина Ю.Г. Микробиологическое исследование микрофлоры мокроты пациентов с внебольничной пневмонией, вызванной вирусом SARS-COV-2 // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2021. – Т. 26, № 4. – С. 20-24.

Позднякова М.Г.[1], Безуглая Т.В.[2]

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ: ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург;
[2] Республиканская инфекционная больница, Сыктывкар

Актуальность: острые респираторные инфекции (ОРИ) – нозологическая группа, занимает, по данным настоящей статистики до 90% от всех инфекционных заболеваний. Ежегодно в России регистрируется более 30 млн случаев ОРВИ. В число сезонных возбудителей ОРВИ входят множество одновременно циркулирующих возбудителей вирусной этиологии, поражающие верхние дыхательные пути: вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы, коронавирусы, метапневмовирус, респираторно-синцитиальная инфекция, аденовирусы, бокавирусы. При гетерогенности возбудителей ОРВИ актуальным становится усовершенствование методов профилактики респираторных вирусных инфекций. Цель: изучить структуру заболевших контактных лиц в очагах ОРВИ, при проведении неспецифической профилактики противовирусным препаратом Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и влияние препарата на скорость разрешения симптомов ОРВИ у заболевших из их числа. Материалы и методы: изначально в наблюдении включено 400 лиц (по 200 в каждой группе), в возрасте от 18 до 59 лет при среднем возрасте 21,9 лет. Для последующего анализа эффективности профилактики с оценкой первичных и вторичных критериев эффективности. Большинство контактов с источниками инфекции в двух сравниваемых группах произошло в студенческой группе высшего учебного заведения, – 146 (73,0%) и 150 (75,0%) в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и группе контроля, соответственно. Статистически значимых различий в распределении контактных лиц по эпидемиологическим очагам между сравниваемыми группами выявлено не было. Особый интерес представляли лица из числа включенных в профилактику ОРВИ и заболевшие на фоне ее проведения, общая численность таких пациентов составила 47, в возрасте от 18 до 28 лет, средний возраст заболевших составил 21,5 лет. Статистически значимых различий по полу и возрасту в сравниваемых группах выявлено не было. В структуре контактов с источниками инфекции преобладали контакты на территории высшего учебного заведения и в общежитии. Распределение заболевших контактных по численности: 15 заболевших в группе принимавших препарат и 32 в контрольной группе. В структуре заболеваемости ОРВИ в обеих сравниваемых группах наибольшую долю заняли ОРВИ: 93,3% ($p<0,5$) и 96,9% ($p<0,5$) в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и контроля, соответственно. Этиологическое распределение было следующее: заболеваемость парагриппом среди всех

инфекций была наиболее высокой: 8 (53,3) и 19 (59,4) (p<0,8). На втором месте по частоте выявления был аденовирус 5 (33,3) и 10 (31,2) (p<1,0). Регистрировались единичные случаи выявления: вирус гриппа A/H1N1 и РС – вирус. Статистически значимых межгрупповых различий в этиологии ОРВИ среди заболевших выявлено так же не было. Результаты: Результат оценки эффективности по вторичным критериям эффективности применения препарата Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты показало, что: 1. длительность повышенной температуры тела (≥37°С) у больных ОРВИ, в группах, получавших с целью профилактики Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и группе контроля, в часах соответственно: 94,24±63,17 и 106,40±58,92 (p<0,392). Продолжительность повышенной температуры тела у больных ОРВИ/гриппом была в среднем на 12 часов меньше в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты, чем в контрольной группе, при этом статистически значимого межгруппового различия в этом показателе выявлено не было. Нормализация температуры тела (до значений <37°С) произошла в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты на 4-й день заболевания ОРВИ и в группе контроля – на 5-й день заболевания. На протяжении всего периода наблюдения за заболевшими лицами средняя максимальная суточная температура тела статистически значимо не отличалась между группами и в другие дни заболевания.

Прием Имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты для профилактики ОРВИ/гриппа способствует нормализации температуры тела на 1 сутки раньше, чем плацебо. 2.частота встречаемости симптомов интоксикации, катаральных и других симптомов заболевания в сравниваемых группах: среди симптомов интоксикации на момент начала исследования наиболее распространенными симптомами в обеих группах были головная боль (73,33% и 87,50% в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и плацебо, соответственно), слабость (73,33% – 84,38%), озноб (86,67% – 68,75%) и снижение аппетита (66,67% – 65,63%). Среди катаральных симптомов наиболее часто встречающимися симптомами были ринит (80,0% – 93,75% в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и плацебо, соответственно), кашель (66,67% – 87,75%), ларингит (80,0% – 68,75%) и фарингит (100,0% – 90,63%). Среди локальных симптомов заболевания наиболее распространенным симптомом было увеличение лимфатических узлов (66,67% – 68,75% в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и плацебо, соответственно). Статистически значимых различий в частоте встречаемости вышеперечисленных симптомов между сравниваемыми группами на момент начала исследования выявлено не было (p>0,05). Такие же симптомы, как головная боль, ринит и фарингит достоверно исчезали более быстрыми темпами в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты. К третьему визиту частота встречаемости головной боли в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты была статистически значимо в 2 раза меньше в сравнении с группой плацебо

(p=0,038). Частота встречаемости ринита и фарингита к четвертому визиту так же снизилась и стала статистически значимо в 2,2 раза и в 2,3 раза меньше, соответственно, в группе Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты по сравнению с контролем (p=0,022 и p=0,012, соответственно). Выводы: применение препарата Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты при проведении неспецифической профилактики оказал положительное влияние на скорость разрешения симптомов ОРВИ у заболевших из их числа, продемонстрировал эффективность в достоверно более быстром купировании симптомов интоксикации (головная боль) и катаральных симптомов (ринит, фарингит).

Список литературы.

1. Полибин Р. В., Салтыкова Т. С., Поздняков А. А. и др. Оценка эпидемиологической эффективности четырехвалентной инактивированной расщепленной вакцины против гриппа в эпидсезон 2023–2024 годов. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2024; 23(6):104-113. DOI: 10.31631/2073-3046-2024-23-6-104-113

2. Заплатников А.Л., Геппе Н.А., Блохин Б.М. и др. Острые респираторные вирусные инфекции: фокус на тяжесть течения. Блиц-обзор. РМЖ. Мать и дитя. 2024;7(3):270-275. DOI: 10.32364/2618-8430-2024-7-3-11

3. Малахов А.Б., Кондюрина Е.Г. Обоснование выбора противовирусной терапии ОРВИ в педиатрии (мета-анализ клинических исследований эффективности имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты у детей разных возрастных групп). Вопросы практической педиатрии. 2020; 15(3): 106–114. DOI: 10.20953/1817-7646-2020-3-106-114.

Прийма Е.Н., Толкмит М.С., Ишбулатова А.М.

ГЕПАТИТ В – ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

За последние два десятилетия проведение профилактических мероприятий позволило снизить заболеваемость вирусным гепатитом В (ВГВ), однако эта проблема остается актуальной [1]. По состоянию на 2024 год число хронически инфицированных составляет около 257 миллионов человек и ежегодно диагностируются новые случаи заражения [2, 3, 4]. По статистике Роспотребнадзора, в нашей стране в 2023 году было выявлено 5,7 тысяч острого гепатита В (ОГВ) и почти 59 тысяч – хронического (ХГВ) [5].

Несмотря на успехи профилактики, остаётся актуальным исследование взаимосвязи сопутствующих заболеваний с течением гепатита В. Анализ научной литературы показывает необходимость изучения влияния коморбидной патологии на развитие болезни [5].

Цель исследования: изучить влияние сопутствующих патологий на клиническое течение острого и хронического гепатита В.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 80 медицинских карт стационарного больного из них 19 с хроническим гепатитом В и 61 с острым. Все пациенты проходили лечение в Клинической инфекционной больнице имени С.П. Боткина в период с 2014 по 2024 годы. Для обработки полученных данных применялись статистические методы анализа относительного риска (ОР). Для подсчета результатов использовались программы Excel.

Результаты: В исследуемой группе пациентов с ОГВ средний возраст составил 36,9±11,5 лет. Тяжелое течение наблюдалось у 37,7% (n=23) из которых 9 мужчин и 14 женщин. Средний возраст обследованных с ХГВ составил 56,21±12,21 лет. При остром и хроническом течении заболевания среднетяжелое течение наблюдалось в 42,1% случаев (n=8), тяжелое течение диагностировано у троих (15,7%). Установлено, что в 68,8% случаев (n=42) у пациентов было наличие заболеваний ЖКТ, а именно: эзофагиты (25%), гастриты 60%, дуодениты (15%), синдром раздраженной толстой кишки (1%). Определено, что патологии со стороны ЖКТ ассоциированы с тяжелым течением острой формы гепатита В относительный риск равен 1,62 (ДИ 0,71–3,73), $p<0,05$. У пациентов с указанными патологиями тяжелые проявления встречались в 1,5 раза чаще, чем при среднетяжелом и легком течении ГВ ($p \leq 0,05$, доверительный интервал 1,1–2,9). При анализе влияния патологических изменений на хронический гепатит была обнаружена зависимость тяжести состояния от наличия заболеваний желчевыводящих путей и пищеварительной системы: ОР=2,32 (ДИ 1,071–5,026), $p<0,05$; ОР=4,26 (ДИ 1,575–6,367), $p<0,05$. Также обнаружено негативное воздействие кардиоваскулярных нарушений на течение хронической формы: ОР=2,25 (ДИ 1,035–4,695), $p<0,05$.

Выводы: Острый и хронический гепатит В регистрируется преимущественно у трудоспособного населения, с одинаковой частотой у мужчин и женщин. При остром гепатите В заболевания желудочно-кишечного тракта являются фактором риска тяжелого течения заболевания. Патология билиарной и сердечно-сосудистой систем способствуют более тяжелому течению хронического гепатита В.

Список литературы.

1. Эсауленко Е.В., Прийма Е.Н., Сковорода В.В., Ветров В.В., и др. Иммунологическая эффективность вакцинопрофилактики гепатита В. Журнал инфектологии. 2025. Т. 17. № 2. С. 135-142.

2. Лялина, Л.В. Эсауленко, Е.В. Хорькова Е.В., и др. Результаты реализации программы элиминации вирусного гепатита В на Северо-западе России. Инфекция и иммунитет. 2021. – Т. 11 – № 5. – С. 875-886

3. Эсауленко, Е.В. Лялина Л.В., Семенов А.В. и др. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический выпуск. 2018. – №11. – С. 112.

4. Белов Б.С., Муравьева Н.В., Литвинова М.А., Тарасова Г.М. Коморбидные хронические вирусные инфекции в современной ревматологии:

взгляд на проблему. Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 7. С. 48–54.

5. Зоткин Н.Н., Прийма Е.Н., Сковорода В.В., Эсауленко Е.В. Молекулярно-генетическое разнообразие генома вируса гепатита В в зависимости от стадии хронического течения заболевания. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2024. Т. 16. № 1. С. 108-109.

Ребещенко А.П., Шепоткова А.А., Степанова К.Б.

АССОЦИИРОВАННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРЕМАТОДОЗАМИ (ОПИСТОРХОЗ, КЛОНОРХОЗ) С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии Роспотребнадзора, Тюмень

Международное агентство по изучению рака Всемирной организации здравоохранения (IARC, МАИР) сообщило, что в период с 2012 по 2022 год число новых случаев рака во всём мире увеличилось на 50%, а смертность от рака – примерно на 18%. По оценкам МАИР, в течение следующих 30 лет глобальное бремя рака продолжит расти, и к 2050 году увеличится на 77% и составит более 35 млн. новых случаев. В 2022 году в мире было зарегистрировано около 20 миллионов вновь выявленных случаев злокачественных новообразований (ЗНО) и 9,7 миллионов смертей от рака (2012 г. – 14 миллионов новых случаев рака и 8,2 миллиона смертей от рака). Из общего числа умерших от ЗНО 760 тысяч стали жертвами рака печени, который занимает третье место среди причин смертности от онкологических заболеваний. Согласно оценкам, примерно у 1 из 5 человек в течение жизни разовьётся рак, и 1 из 9 мужчин и 1 из 12 женщин умрёт от этого заболевания. МАИР отнесло клонорхоз (Clonorchis sinensis) и описторхоз (Opisthorchis viverrini) к 1 классу канцерогенной опасности [1,2].

Ежегодно на территории Российской Федерации диагностируется более 600 тыс. новых случаев злокачественных опухолей. Динамика заболеваемости характеризовалась умеренным трендом роста с 373,42 0/0000 в 2013 г. до 461,10 0/0000 в 2023 г. ($(Tnp)^{-}$=1,2%). В структуре ЗНО более 5% составляют заболевания гепатобилиарной системы, в том числе 3,1% – поджелудочной железы (С25), 1,5% – печени и внутрипеченочных желчных протоков (С22), 0,6% – желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков (С23, С24). За последнее время отмечался умеренный рост удельного веса С22 ($(Tnp)^{-}$=2,6%) в структуре всех выявленных ЗНО (1,3% в 2013 г.; 1,5% в 2023 г.). В 2013-2023 гг. отмечался выраженный рост заболеваемости С22 ($(Tnp)^{-}$=3,5%) с 4,7 0/0000 до 7,1 0/0000, умеренный – С25 ($(Tnp)^{-}$=1,9%) с 10,69 0/0000 до 13,48 0/0000. В целом по РФ уровень общей смертности от ЗНО существенно не изменился ($(Tnp)^{-}$=-0,89%) и составил 201,1 0/0000 в 2013 г. и 178,7 0/0000 в 2023 г. В отличие от этого отмечался умеренный

тренд роста летальных исходов от С22 с 6,22 0/0000 в 2013 г. до 7,23 0/0000 в 2023 г. ((Tnp)¯=1,79%), от С25 – 11,23 0/0000 до 13,0 0/0000 ((Tnp)¯=1,81%). Стандартизованная по полу и возрасту 5-летняя распространённость заболевания С22 составила 10,02 0/0000 (Европа-13,6; Азия-17,9); С25 – 14,74 (Европа-16,5; Азия-4,6). 2 В 2023 году зарегистрировано 33847 случаев ЗНО гепатобилиарной системы. Соотношение мужчин/женщин – 51:49. Средний возраст составил 68 лет (м – 66; ж – 71). Самая высокая заболеваемость зафиксирована следи лиц 85 лет и старше (С22 – 32,760/0000; С23, С24 – 15,070/0000; С25 – 64,39 0/0000) [3].

С помощью кластерного анализа все регионы РФ были стратифицированы на 4 кластера по уровню заболеваемости трематодозами. В I кластер были включены 10 регионов, расположенных в зоне природных очагов описторхоза и клонорхоза (Амурская, ЕАО, Новосибирская, Омская, Приморский, Томская, Тюменская, Хабаровский, ХМАО и ЯНАО); во II – регионы с высокой активностью эпидемического процесса клонорхоза и описторхоза (Р. Коми, Курганская, Свердловская, Алтайский край, Кемеровская, Красноярский); в III – регионы, на территории которых имеются природные очаги описторхоза с низким лоймопотенциалом (Воронежская, Астраханская, Волгоградская, Ростовская, Кировская, Оренбургская, Пензенская, Пермский, Башкортостан, Татарстан, Самарская, Удмуртская Республика, Челябинская, Иркутская); в IV – неэндемичные территории (остальные 65 субъектов РФ). Сравнительный анализ выявил существенные различия в частоте онкологических заболеваний органов гепатобилиарной системы между выделенными кластерами. В регионах I и II кластеров (с показателями 27,3 0/0000 (95% ДИ: 26,5 – 28,2 и 30,5 0/0000 (29,5 – 31,4) соответственно) регистрировалась значительно более высокая заболеваемость ЗНО гепатобилиарной системы по сравнению с III и IV (23,90/0000 (23,4 – 24,4) и 20,8 0/0000 (20,5 – 21,2).

В большинстве субъектов, включенных в I кластер относительный риск (ОР) онкозаболеваний гепатобилиарной системы, был выше, чем в субъектах IV кластера (Хабаровский край – ОР=1,44 (95% ДИ:1,30-1,59), Тюменская область – ОР=1,18 (1,07-1,31), Томская область – ОР=1,75 (1,58-1,93), Приморский край – ОР=1,53 (1,41-1,67), Омская область – ОР=1,38 (1,26-1,50), Новосибирская область – ОР=1,43 (1,33-1,53) и Амурская область – ОР=1,19 (1,03-1,38). Отсутствуют различия в уровнях заболеваемости ЗНО в ЕАО (ОР=1,03 (0,73-1,46) и ЯНАО (ОР=0,82 (0,66-1,01) по сравнению с IV кластером. На территории ХМАО (ОР=0,79 (0,70-0,89) уровень заболеваемости раком гепатобилиарной системы был статистически ниже, чем в регионах IV кластера, что можно объяснить переселением населения старше трудоспособного возраста в регионы ЦФО и ЮФО.

Проведенное исследование демонстрирует прямую связь между активностью эпидемического процесса трематодозов и частотой развития онкопатологии гепатобилиарной системы в регионах Российской Федерации.

Результаты подтверждают канцерогенную роль трематодозов, ранее установленную МАИР.

Список литературы.

1. Megan Brooks WHO: Global Cancer Burden Rising Amid Striking Inequities // https://www.medscape.com/viewarticle/global-cancer-burden-rising-amid-striking-inequities-2024a10002an

2. Глобальная онкологическая обсерватория (Global Cancer Observatory, GCO) / https://gco.iarc.who.int/

3. Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна [и др.]− М.: МНИОИ им. П.А. Герцена − филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. − илл. – 276 с. ISBN 978-5-85502-298-8

Рязанова Д.С.[1], Амбалов Ю.М.[2], Донцов Д.В.[1], Коваленко А.П.[2], Рязанова О.А.[3]

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СЕЗОННОГО ГРИППА И COVID-19 В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

[1] Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону;
[2]ООО «ЕвроДон», Ростов-на-Дону;
[3] «МедСкиллс» (Институт профессионального развития медицинских и фармацевтических работников), Ростов-на-Дону

Ежегодная «реинкарнация» так называемого сезонного гриппа, приходящаяся с небольшими отклонениями на конец осени, зиму и начало весны, с приходом в человеческую популяцию новой коронавирусной инфекции стало создавать для практикующих врачей в этот период времени серьезные трудности для дифференциально-диагностического разграничения именно этих двух острых респираторно-вирусных инфекций (1,2). Очевидно, что это связано с их значительной симптоматической общностью (1,3). Решение этой проблемы еще более усложнилось с появлением и интенсивным распространением омикронового штамма SARS-COV-2 и его многочисленных «модификантов», делающих клинику современного Covid-19 еще более похожим на таковую при гриппе и других ОРВИ. Оценивая сложившуюся ситуацию, абсолютное большинство врачей-инфекционистов высказывает мнение, что на сегодняшний день клинических различий сезонного гриппа и Covid-19 просто-напросто нет (2,3).Учитывая вышесказанное, в своей работе мы поставили цель детально провести сравнительное изучение клинических проявлений указанных инфекций и их частоты в первые 48 часов болезни и разработать на этой основе дифференциально-диагностические критерии их разграничения для практического использования врачами амбулаторно-поликлинического звена. Для этого в исследование были включены 83 больных сезонных гриппом и 90

пациентов Covid-19, болевших в это же время. Клинический материал набирали в течение трех следующих один за другим сезонов: 2022/2023 гг., 2023/2024 гг. и 2024/2025 гг. Диагноз гриппа и Covid-19, был верифицирован методами ПЦР и ИХР. Сопоставление клинических проявлений гриппа и Covid-19 по частоте осуществлялось по 18 параметрам, включавших в разных сочетаниях жалобы больных, а также симптомы и синдромы, которые выявлялись при этих заболеваниях. После статистической обработки полученных данных были отобраны 13 из них, которые продемонстрировали достоверные отличия по частоте их встречаемости в сравниваемых группах больных сезонным гриппом и Covid-19,а именно:1) повышение температуры t тела ≥38,1℃ с первых суток заболевания; 2) превышение t на вторые сутки заболевания на 1,4℃ и более по сравнению с первыми сутками ; 3) выраженная общая слабость с первых суток заболевания при нормальной или субфебрильной t; 4) сильные боли в мышцах и (или) суставах с первых суток заболевания при нормальной или субфебрильной t ; 5) заложенность носа (затруднение носового дыхания) с первых суток заболевания при отсутствии насморка и обильных водянистых выделений из носа («сухой» ринит) ; 6) насморк и обильные выделения из носа в первые двое суток заболевания ; 7) боль в горле с первых суток заболевания при нормальной или субфебрильной t ; 8) яркая гиперемия задней стенки слизистой ротоглотки («пылающий зев») с первых суток заболевания ;9) кашель с первых суток заболевания ; 10) кашель с первых суток заболевания в сочетании с болью за грудиной ; 11) выраженная головная боль (в области лба, затылка и глазных яблок) с первых суток заболевания ; 12) рецидив простого герпеса (лабиального и (или) генитального в первые двое суток заболевания ; 13) снижение pH кожи ладонной поверхности правого предплечья в первые двое суток заболевания.

Частоту каждого из указанных клинических признаков первоначально выраженную, как принято в процентах, трансформировали в баллы (путем уменьшения их величины приблизительно в 10 раз). При этом тем, которые касались гриппа, присвоили знак «+», а Covid-19 – «-». Диагностически значимый рубеж (от 95,5% до 100% вероятности) составил ±10 баллов. Предложенный вариант дифференциально-диагностического разграничения сезонного гриппа и Covid-19 фактически является модификацией альтернативного анализа Вальда и будет детально продемонстрирован во время доклада. Сейчас же на примере пациента, обратившегося за врачебной помощью на вторые сутки болезни, вкратце объясним методику верификации дифференцируемых заболеваний. После анализа полученных клинических данных нами был поставлен диагноз гриппа, подтвержденный на следующий день методом ПЦР. Опираясь на разработанные нами дифференциально-диагностические критерии, симптом яркая гиперемия слизистой задней стенки ротоглотки («пылающий зев»), выявленная у больного, была оценена в +9 баллов, что было, однако, недостаточно для достижения диагностического рубежа. Поэтому был использован еще один клинический признак – повышение температура тела в первые сутки болезни ≥38,1℃. У пациента

температура тела превысила 39,2°С, что позволило оценить этот симптом в +7 баллов. Суммировав баллы двух клинических показателей, мы получили сумму, равную 16 баллам, что значительно превысило диагностический рубеж для гриппа.

Таким образом, клинические различия сезонного гриппа и Covid-19 в первые двое суток болезни очевидны, что необходимо иметь в виду практическим врачам для долабораторного разграничения указанных заболеваний.

Список литературы.

1. Грипп в эпоху пандемии COVID-19: руководство для врачей / под ред. Н.Ю. Пшеничной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 192 с.

2. Лазарева Н.Б. Грипп в эпоху Covid-19 : принципы современной фармакотерапии // Медицинский совет. – 2021. – (16). – С. 100-108.

3. Грипп и ОРВИ в XXI веке: руководство для врачей / под ред. Н.Ю. Пшеничной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 304 с.

Рязанова Д.С.[1], Амбалов Ю.М.[2], Донцов Д.В.[1], Коваленко А.П.[2], Рязанова О.А.[3]

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В 2020-2021 ГГ. И 2022-2025 ГГ.

[1] Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону;
[2]ООО «ЕвроДон», Ростов-на-Дону;
[3] «МедСкиллс» (Институт профессионального развития медицинских и фармацевтических работников), Ростов-на-Дону

Среди многочисленных клинических проблем, с которыми столкнулись врачи при ведении больных с COVID-19 в первые два года эпидемии этого заболевания, был и так называемый постковидный синдром, или лонг-ковид (1,2). Последний доставлял пациентам, как будто бы оправившихся от новой коронавирусной инфекции, массу неприятностей, вынуждавших их еще в течение длительного времени обращаться с многочисленными жалобами к специалистам разного клинического профиля (1,3). Практически все проявления постковидного синдрома у перенесших COVID-19 в 2020-2021 гг. были детально изучены с клинических позиций, хотя однозначного мнения о механизмах развития этого загадочного состояния так и не было получено (3). Это так или иначе сказалось на разработке адекватного, научно-обоснованного этиопатогенетического лечения этого заболевания. В феврале 2022 г. внезапно и практически повсеместно появился в человеческой популяции новый, видоизмененный субштамм SARS-COV-2-омикрон, утерявший, как вскоре стало очевидно, способность к репродукции в альвеолоцитах 2-го порядка, но зато приобретший высокую репликативную активность в эпителиальных клетках слизистых верхних дыхательных путей (3). Это немедленно привело к тому, что клиническое течение COVID-19

стало приобретать черты «безобидных» ОРВИ, не сопровождаясь в большинстве случаев повреждением такого жизненно важного органа как легкие. Естественно, это самым благоприятным образом сказалось и на показателе летальности от COVID-19.

К сожалению, клинические проявления новой коронавирусной инфекции, регистрируемой с 2022 г., в отличие от первых двух лет эпидемии, детально не изучались (3). Практически исчезли и какие-либо научные сведения о постковидном синдроме в настоящее время.

В связи с этим, целью работы стало углубленное изучение симптоматики постковидного синдрома у реконвалесцентов COVID-19 с 2022–2025 гг. в сравнении с таковым в 2020–2021 гг. В разработку были включены 194 больных COVID-19 с верифицированным в начальном периоде заболевания методом ОТ-ПЦР диагнозом, в числе которых 104 болели в 2020-2021 гг. (1-я группа) и 90 – в 2022–2025 гг. (2-я группа). Диспансерное наблюдение и регистрацию состояния реконвалесцентов осуществляли через 4,8,12 и 24 недели после перенесенного заболевания. Обе сравниваемые группы пациентов характеризовались следующими параметрами: 1) удельный вес лиц мужского пола составил в первой и второй группах соответственно 56,7±4,9% и 52,2±5,3% ($p>0,05$); 2) относительное число пациентов старше 40 лет также статистически не отличалась друг от друга, оказавшись равным 61,5±4,8% и 54,4±5,2% ($p>0,05$); 3) перенесли болезнь в тяжелой форме 18,3±3,8% и 1,7±1,1%($p<0,05$); 4) получали в процессе лечения COVID-19 иммуносупрессивные средства 98,0±1,3% 1-й группы и 15,5±3,8% – 2-й ($p<0,001\%$) и 4) лечились с использованием специфического противовирусного препарата (Эсперавир) только реконвалесценты из 2-й группы. Клинические проявления постковидного синдрома у перенесших COVID-19 в 2020-2021 гг. характеризовались на протяжении 4-12 недель и более 12 недель: 1) выраженной общей слабостью, соответственно у 45,2±4,9% и 16,3±3,6%; 2) мышечными и/или суставными болями (у 15,5±3,5% и 5,8±2,3%); 3) учащенным сердцебиением (у 24,0±4,2% и 6,7±2,4%); 4) выпадением волос (у 43,3±4,9% и 4,8±2,1%); 5) угнетенным состоянием (у 16,3±3,8% и 5,8±2,3%); 6) бессонницей (у 11,5±3,1% и 2,9±0,8%); 7) одышкой (у 10,6±3,0% и 2,9±0,8%); 8) головной болью и головокружением (у 10,6±3,0% и 1,9±1,3%) и 9) потерей обоняния (16,3±3,6% и 1,9±1,3%). У пациентов же 2-й группы какие-либо жалобы и симптомы регистрировались после перенесенного заболевания, в отличие от реконвалесцентов 1-й группы, только на протяжении 4–12 недель и, как правило, достоверно реже и не так выражено.

Таким образом, постковидный синдром продолжает регистрироваться и у больных COVID-19, вызванной омикроновым штаммом SARS-COV-2, но не так часто и длительно, как в первые два года эпидемии этого заболевания.

Список литературы.

1. Baig A.M. Chronic Covid Syndrome: Need for an appropriate medical terminology for Long-Covid and COVID long – Haulers//Journal of Medical Virology. – 2020. – Vol.93, no.5. -P.2555-2556.

2. Huang C.,Wang Y.Li X.,Ren L. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan,China//Lancent.-2020-Vol.395,iss.10223. – P. 497-506.

3. Грипп в эпоху пандемии COVID -19: руководство для врачей / под ред.Н.Ю. Пшеничной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 192с.

Рязанова Д.С.[1], Амбалов Ю.М.[2], Донцов Д.В.[1], Коваленко А.П.[2], Рязанова О.А.[3]

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАННЕГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 В 2022-2025 ГГ.

[1] Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону;
[2]ООО «ЕвроДон», Ростов-на-Дону;
[3] «МедСкиллс» (Институт профессионального развития медицинских и фармацевтических работников), Ростов-на-Дону

Клинические признаки COVID-19, казалось бы, известны и ребенку, но как показывает реальная жизнь, на сегодняшний день это лишь очередной миф. Одной из явных прорех в наших представлениях о клинике этого заболевания является, как нам кажется, практическое полное отсутствие научных сведений о динамике развития, а также частоте отдельных его симптомов. Без такого рода «базы данных» невозможно проводить ни раннюю клиническую диагностику новой коронавирусной инфекции, ни адекватную, максимально рано назначенную специфическую противовирусную терапию [1].

Целью работы явилось детальное, буквально почасовое изучение у больных COVID-19 симптомов заболевания в их динамическом развитии и с определением частоты встречаемости. Под наблюдение было взято 90 пациентов с COVID-19, обратившихся к нам в первые двое суток заболевания. Мужчин было 52,2%, возраст которых старше 40 лет составил 54,4±5,2%. В результате статистического анализа симптоматики в первые 48 часов болезни были получены следующие данные: 1) повышение температуры тела в первые сутки заболевания ≥38°С отмечалось 25,5±4,6% случаев; 2) повышение температуры тела на вторые сутки болезни ≥1,4 по сравнению с первыми сутками регистрировалось у 80,0±4,2% пациентов; 3) выраженная общая слабость разбитость ("трактор переехал") в первые сутки болезни при нормальной или субфебрильной температуре тела наблюдались у 94,4±2,4% больных; 4) сильные мышечные боли и (или) суставные боли в первые сутки заболевания при нормальной или субфебрильной температуре беспокоили 91,1±3,0% пациентов; 5) заложенность носа в первые сутки

болезни при отсутствии насморка и обильных водянистых выделений из носа ("сухой" ринит) отмечали 45,5±5,2% больных; 6) насморк и обильные выделения из носа в первые двое суток заболевания были у 35,5±5,0% заболевших Covid-19; 7) боли в горле в первые двое суток болезни при нормальной или субфебрильной температуре тела беспокоили 82,2±4,0% пациентов; 8) яркая гиперемия слизистой задней стенки ротоглотки ("пылающий" зев) с первых суток заболевания выявлялась лишь у 6,7±2,6% обследовавшихся лиц; 9) кашель и 10) кашель в сочетании с болями за грудиной в первые сутки болезни отмечались у 21±4,3% и у 10,0±3,2% больных соответственно; 11) сильные головные боли в первые сутки болезни беспокоили лишь 10,0±3,2% пациентов; 12) осиплость голоса регистрировали у 67,8±4,1% больных; 13) потерю обоняния отметили в первые двое суток заболевания 14,4±3,7% пациентов, а 14)изменение вкуса – лишь 7,7±2,8%.

Полученные данные позволили нам разработать алгоритм диагностики COVID-19 по клиническим признакам, который на 88,9% совпал с результатами верификации заболевания методом ПЦР.

Список литературы.

1. Wolter N, Jaasat W.,Walaza S. et al.Early assessment of the clinical sereverity of the SARS-COV-2 omicron variant in South Africa: a data linkage study// The Lancet. – 2022 – T.399, 10323 – C.437-446.

Савченко А.А.[1], Водянина Д.А.[1], Бахтина В.А.[1,2], Ванюков А.А.,[1,2] Журавлева Е.В.[1], Савицкая И.М.[1], Рыцарев Ю.О.[1], Михайлюк Э.И.[1]

ОБЗОР СЛУЧАЕВ ЛИСТЕРИОЗА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГБУЗ «СКИБ» В 2015-2025 ГГ.

[1] Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;
[2] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

В Краснодарском крае имеется широкий спектр зоонозных инфекций. Одной из таких инфекция является листериоз.

Листериоз имеет практически повсеместное распространение, характеризуется многообразием источников возбудителя, механизмов передачи; полиморфизмом клинических проявлений, а также высокой летальностью, которая достигает 15–17% (особенно у новорожденных и лиц с иммунодефицитами). Вследствие многообразия клинических проявлений различные формы листериоза не имеют патогномоничной клинической симптоматики, а лабораторные методы исследования, позволяющие установить диагноз, налажены не везде, что затрудняет раннюю верификацию листериоза. [1, 2]

За 10 лет в период с 2015 года по 2025 год на стационарном лечении в ГБУЗ «СКИБ» с диагнозом «листериоз» находилось 10 пациентов. Из них 8 мужчин (80%) и 2 женщины (20%). У всех пациентов диагноз был подтвержден выделением культуры возбудителя в крови и/или

спинномозговой жидкости: 40% – посев крови и посев спинномозговой жидкости, 30% – посев крови, 30% – посев спинномозговой жидкости. У 80% так же был взят ПЦР спинномозговой жидкости на *L. monocytogenes*. Из них у половины он был положительным. Средний возраст пациентов 57 лет (56,6). Минимальный возраст – 38 лет, максимальный – 65 лет.

В основном, пациенты поступали в ГБУЗ СКИБ переводом из другого стационара (70%), бригадой скорой медицинской помощи из дома доставлено 30%. 70% поступили сразу с приемного отделения в отделение реаниматологии и интенсивной терапии. 30% были госпитализированы в профильное отделение. На 1–4 сутки поступили – 50% пациентов, на 2-3 неделе заболевания – 50% пациентов. В среднем больные были госпитализированы на 8 день от начала заболевания (8,3).

У всех пациентов был отягощенный коморбидный фон. Имели место быть: прием ГКС, на фоне сопутствующей патологии. (НЯК, ХОБЛ, Коронавирусная инфекция COVID-19). Иммунодефицит, связанный с сопутствующей патологией. (ВИЧ-инфекция 4В, фаза прогрессии без АРВТ; Хронический лимфоцитарный лейкоз, стадия С по Binet от 2020г. Состояние после 1 курса циторедуктивной терапии. Панцитопения; Состояние после спленэктомии; Сахарный диабет 2 типа; Ожирение). Согласно эпидемиологическому анамнезу 60% проживали в благоустроенных квартирах, 40% в частном доме, при этом 20% содержали дома домашних животных (собак, кошек), и 20% накануне отмечали переохлаждение. Нарушение сознания отмечались у 30% пациентов, у 10% – моторная афазия. У всех пациентов отмечалась фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация, которая проявлялась головной болью, общей слабостью, потливостью. У 70% отмечался менингеальный синдром, который проявлялся головной болью, не купирующийся приемом НПВС, тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, менингеальными знаками. У 50% присутствовала очаговая симптоматика. У 10% отмечался респираторный синдром в виде кашля с отхождением мокроты, одышкой при физической нагрузке. У всех госпитализированных пациентов была генерализованная форма листериоза. Из них с поражением нервной системе в виде менингита и менингоэнцефалита – 70%. Согласно лабораторным данным в общем анализе крови у 20% при поступлении отмечался лейкоцитоз (лейкоциты 13,25–13,9×10^9/л), у 10% лейкопения (лейкоциты – 2,22×10^9/л), нормоцитоз – 70% пациентов. Анемия отмечалась у 50% (гемоглобин 88-119 г/л), при этом снижение эритроцитов у этих пациентов были только в половине случаев (2,39–3,95×10^{12}/л). У 10% пациентов отмечалась тромбоцитопения (84×10^9/л; по Фонио 112×10^9/л). В биохимическом анализе крови при поступлении СРБ был повышен у 90% пациентов (22,6–176,5 мг/л). Люмбальная пункция проводилась 90% пациентам. В общем анализе спинномозговой жидкости минимальный цитоз состоял 20,6×10^6 клеток, максимальный – 4095×10^6 клеток. Характер цитоза у 45% – лимфоцитарный, у 55% – нейтрофильный. Причем двоим пациентам с лимфоцитарным цитозом люмбальная функция

была проведена на 3-й день болезни, двоим на 2-3 неделе заболевания. Пациентам с нейтрофильным цитозом: троим на 2-4-й день болезни, двоим на 2–3 неделе заболевания.

Срок госпитализации пациентов широко варьируется: от 3 дней до 109 дней, что связано со многими факторами, такими как тяжесть состояния пациента при поступлении, день болезни, коморбидный фон и другие. В среднем срок госпитализации – 37 дней (37,3).

По результатам стационарного лечения 20% пациентов выписаны с улучшением под амбулаторное наблюдение терапевта по месту жительства. 30% – переведены на долечивание в стационар по месту жительства (после получения отрицательных посевов крови и спинномозговой жидкости на листериоз). 50% – Ex. letalis.

Вариабельность клинической картины листериоза, тяжелый коморбидный фон у пациентов, наличие ведущего неврологического синдрома в виде очаговой симптоматики, нарушения сознания, зачастую, приводит к первичной госпитализации пациентов в многопрофильные стационары.

Высокий процент летальности связан с низким уровнем выявления легких и среднетяжелых форм листериоза, что в свою очередь свидетельствует о низком уровне настороженности в отношении листериоза среди врачей первичного звена и многопрофильных стационаров.

Список литературы.

1. Акад. РАН Н.Д. Ющук, акад. РАЕН Ю.Я. Венгеров. Национальное руководство «Инфекционные болезни».

2. Дмитровский А.М., Зубова Н.В., Мусабекова И.Н., Карбузова А.Т. Проявления первично-генерализованной формы листериоза //Вестник КазНМУ. – 2010. – №5-2.

Саламех К.А., Соцкая Я.А.

АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТОЧНОЙ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ И ЕЕ ИЗОФЕРМЕНТНЫЙ СПЕКТР У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, Луганск

В последние десятилетия заболеваемость острыми тонзиллофарингитами (ОТФ) неуклонно возрастает, особенно среди лиц молодого наиболее трудоспособного возраста, что связано с загрязнением окружающей среды, хроническими стрессовыми состояниями в условиях продолжающихся боевых действий [4]. Особенно увеличилось количество случаев ОТФ на фоне неалкогольного стеатогепатита (НАСГ), что вызывает определенные трудности в лечении больных с данной сочетанной патологией.

Целью нашего исследования было изучить активность сывороточной лактатдегидрогеназы и ее изоферментный спектр у больных острым тонзиллофарингитом на фоне неалкогольного стеатогепатита при применении общепринятой терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением было 41 больной с диагнозом ОТФ на фоне НАСГ в возрасте от 18 до 45 лет. Диагнозы были выставлены согласно клиническим рекомендациям Российской Федерации.

Все пациенты получали общепринятое лечение, которое включало антибактериальную терапию, десенсибилизирующую терапию, местные антисептики, гепатопротекторы, симптоматическую терапию [1, 2].

Для реализации цели исследования наряду с общепринятым обследованием всем больным проводили изучение общей активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и ее изоферментный спектр (ЛДГ1-5) электрофоретическим средством с помощью электрофорезного устройства в геле (ПЭФ-3) с использованием камеры горизонтального электрофореза. Фракционирование ЛДГ осуществлялось в 1,5% гели агарозы, что обеспечивает оптимальные результаты распределения фракций, в частности четкое выделение ЛДГ5. Вычисляли уровень анодных «аэробных» фракций изоферментов ЛДГ1+2, промежуточной (ЛДГ3) и катодных «анаэробных» фракций ЛДГ4+5 [3]

Результаты.

До начала лечения у больных ОТФ на фоне НАСГ имело место повышение общей активности ЛДГ в среднем в 1,26 раза. Это повышение общей активности ЛДГ сопровождалось определенными сдвигами изоферментного спектра этого фермента. Так, сумма "аэробных" (анодных) фракций ЛДГ1+2 до начала лечения была снижена в группе обследованных больных в 1,1 раза). Относительная активность "промежуточной" фракции ЛДГ – фермента ЛДГ3 до начала лечения больных ОТФ на фоне НАСГ была повышена в среднем в 1,51 раза относительно нормы. Содержание суммы "анаэробных" (катодных) фракций – изоферментов ЛДГ4+5 до начала лечения было повышено относительно нормы в группе больных – в среднем в 3,46 раза.

На момент завершения основного курса общепринятого лечения больных ОТФ на фоне НАСГ, общая активность ЛДГ в сыворотке крови снизилась в среднем в 1,14 раза и поэтому активность ЛДГобщ. была выше нормы в 1,1 раза. У обследованных пациентов было отмечено также увеличение активности суммы "аэробных" изоферментов ЛДГ1+2, но на момент завершения лечения в относительном значении активность "аэробных" изоферментов ЛДГ1+2 была ниже нормы в среднем в 1,14 раза. Активность "промежуточного" фермента ЛДГ3 в группе обследованных больных снизилась лишь в 1,13 раза, что было в среднем в 1,34 раза выше нормы.

Сумма "анаэробных" (катодных) фракций ЛДГ4+5 в ходе лечения пациентов с ОТФ на фоне НАСГ снизилась в 1,67 раза, что в то же время было в 1,62 раза выше соответствующего показателя нормы.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что применение только общепринятых средств лечения больных ОТФ на фоне НАСГ не обеспечивает в большинстве случаев полной нормализации общей активности сывороточной ЛДГ и ее изоферментного спектра, что может свидетельствовать о сохранении превалирования в организме больных анаэробного типа гликолиза, то есть, о существенных нарушениях со стороны энергетического метаболизма.

Список литературы.

1. Бровко Ю.И. Оценка показателей перекисного окисления липидов у больных неалкогольным стеатогепатитом с сопутствующим хроническим некалькулезным холециститом и ожирением под влиянием предложенной терапии / Ю.И. Бровко, Я.А. Соцкая, К.А. Саламех // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2025. – Т. 24, №1. – С. 21-27.

2. Владимирова Т.Ю. Современные аспекты лечения острого тонзиллофарингита / Т.Ю. Владимирова, Л.А. Лазарева, А.Б. Мартынова // Медицинский совет. – 2024. – Т. 18, № 18. – С. 49-55.

3. Герман Н.Г. Электрофоретическое разделение изоферментов лактатдегидрогеназы в геле агарозы / Н.Г. Герман, В.С. Гудуман, Н.И. Мадак // Лабораторное дело. – 1982. – № 9. – С. 33-35

4. Саламех К.А. Клинические и этиологические особенности острого тонзиллофарингита в Луганской Народной Республики / К.А. Саламех, Я.А. Соцкая, М.Ф. Солнцев // Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии. – 2022. – № 2 (170). – С. 215-221.

Сахаров А.В.[1,2], Киёк О.В.[2], Гузман Е.А.[1,2]

УГЛУБЛЁННАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ГРАЖДАН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗА 2023-2024 ГГ.

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Центр общественного здоровья и медицинской профилактики, Краснодар

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) выявила необходимость комплексного подхода к наблюдению за лицами с перенесённой инфекцией, особенно в отношении возможных отдалённых последствий (post-COVID) [2]. В Российской Федерации с июля 2021 года введена процедура углубленной диспансеризации (далее – УД) для граждан, перенесших COVID-19, как самостоятельная мера или дополнительно к профилактическим медицинским осмотрам (ПМО)/диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН), не ранее чем через 60 календарных дней после выздоровления [5].

Углубленная диспансеризация направлена на раннее выявление осложнений, развитие хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска и определение путей дальнейшего контроля и реабилитации [1].

Цель. Описать методологию УД, обобщить статистические результаты (по формам №131/о и оперативным данным) за 2023-2024 год,ы проанализировать полученные данные.

Результаты и обсуждения. Углублённая диспансеризация (УД) граждан, перенёсших COVID-19, внедрена в России с 2021 года и является важнейшим инструментом раннего выявления осложнений, профилактики хронических неинфекционных заболеваний и организации медицинской реабилитации. Проведен анализ формы №131/о и оперативным данным за 2023-2024 годы.

I этап углублённой диспансеризации в 2023 году план составил 280 121 чел., фактически прошли – 274 752 (98%). В 2024 году план вырос до 331 187 чел., фактически обследовано – 303 366 (91,6%). При этом в 2024 г. для группы «иные граждане» факт превысил план (147,7%). В 2023 г. на II этап направлено 54 862 чел., фактически прошли 38 636 (70% от направленных). В 2024 г. направлено 52 512 чел., прошли около 45 тыс. (85% от направленных). Таким образом, охват II этапом вырос по доле завершивших среди направленных (с 70% до 85%).

В 2023 г. на диспансерное наблюдение впервые взято 46,5 тыс. чел., на реабилитацию направлено около 33,7 тыс. (1,5–2% от прошедших ПМО/УД). В 2024 г. число направленных на реабилитацию составило 35 тыс., что составляет около 10–12% от прошедших I этап. Это указывает на рост настороженности врачей и более активное использование реабилитационных маршрутов.

В 2023 г. запланировано 657 746 чел., приглашены – 535 789 (81,5%), завершили – 444 220 (82,9% от приглашённых). В 2024 г. план вырос до 1 284 563 чел., приглашены – 979 291 (76,2%), завершили – 685 777 (70% от приглашённых). Таким образом, при росте плана почти вдвое охват снизился, а завершение среди приглашённых упало с 82,9% до 70%.

Первичные результаты демонстрируют значимый вклад УД в выявление постковидных нарушений: каждый третий обследованный имеет хотя бы одно отклонение. Преобладают биохимические сдвиги, что указывает на метаболические, воспалительные и гепаторенальные изменения после COVID-19.

Немаловажную роль занимает второй этап диспансеризации, который позволяет диагностировать структурные изменения в сердце, лёгких и сосудистой системе. Например, применение КТ лёгких часто выявляет фибротические изменения, а ЭХО-КГ – кардиальные дисфункции.

Заключение. Углубленная диспансеризация граждан, перенесших COVID-19, уже показала свою важность как инструмент вторичной профилактики и раннего выявления осложнений. В 2023–2024 гг. углублённая диспансеризация в Краснодарском крае охватила сотни тысяч граждан, перенёсших COVID-19. В 2023 г. показатели были ближе к

плановым (98%), в 2024 г. при росте планов охват снизился до 91,6%. Эффективность II этапа возросла, а направление на реабилитацию стало значительно более частым. Система проактивного приглашения нуждается в совершенствовании. Результаты подчёркивают необходимость дальнейшего развития программ профилактики, реабилитации и повышения охвата населения.

Список литературы.

1. Белова Е. Б., Будникова Н. В., Шаклеина А. Ю., Ушакова С. Е. Опыт проведения углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // Вестник ИвГМА. 2021. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-provedeniya-uglublennoy-dispanserizatsii-grazhdan-perebolevshih-novoy-koronavirusnoy-infektsiey-covid-19 (дата обращения: 15.10.2025).

2. Grishechkina IA, Lobanov AA, Andronov SV, Rachin AP, Fesyun AD, Ivanova EP, Masiero S, Maccarone MC. Long-term outcomes of different rehabilitation programs in patients with long COVID syndrome: a cohort prospective study. Eur J Transl Myol. 2023 Apr 13;33(2):11063. doi: 10.4081/ejtm.2023.11063. PMID: 37052043; PMCID: PMC10388602.

3. Кутумова О.Ю., Тихонова Н.В., Шубкин М.В. Современные тенденции диспансеризации в условиях постпандемии: оценка эффективности, факторы риска и перспективы совершенствования (региональный аспект) //МвК. 2025. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-tendentsii-dispanserizatsii-v-usloviyah-postpandemii-otsenka-effektivnosti-faktory-riska-i-perspektivy (дата обращения: 15.10.2025).

4. Аникин Д.А. Углубленная диспансеризация пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 / Д.А. Аникин, И.В. Демко, А.Е. Цупинин, и др. //Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27. – № 7. – С. 16-22.

5. Мишина И. Е., Чистякова Ю. В., Пчелинцева Е. В., Митряева И. В., Фокичева С. О., Березина Е. В., Бендин Д. С. Эффективность медицинской реабилитации больных после новой коронавирусной инфекции в условиях дневного стационара //Вестник восстановительной медицины. 2022. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-meditsinskoy-reabilitatsii-bolnyh-posle-novoy-koronavirusnoy-infektsii-v-usloviyah-dnevnogo-statsionara (дата обращения: 15.10.2025).

Сергевнин В.И.[1], Кудрявцева Л.Г.[2]

ВОПРОСЫ ПРЕДЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

[1] Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера, Пермь;
[2] Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
имени С.Г. Суханова, Пермь

Одним из разделов эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями является предэпидемическая диагностика. Согласно Б.Л. Черкасскому [1], суть предэпидемической диагностики заключается в своевременном обнаружении предпосылок и предвестников осложнения эпидемиологической ситуации. Определено, что понятие «осложнение эпидемиологической ситуации» означает «увеличение числа случаев заболевания по сравнению со среднемноголетним контрольным уровнем». Предпосылками осложнения эпидемиологической ситуации предложено считать «биологические, природные и социальные условия, которые определяют возможность осложнения эпидемиологической ситуации». Предвестники – это признаки уже начавшейся активизации взаимодействия сочленов паразитарной системы, способной перерасти в манифестный эпидемический процесс». В настоящее время остаются недостаточно ясными вопросы предвестников роста заболеваемости внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями (ГСИ), а также методики выявления факта осложнения эпидемиологической ситуации.

Цель работы – обобщить результаты собственных наблюдений относительно основных предвестников осложнения эпидемиологической ситуации по внутрибольничным ГСИ и предложить практически ориентированную методику выявления роста заболеваемости.

Материалы и методы. Обобщены результаты собственных наблюдений относительно предвестников ГСИ. Апробирована методика выявления активизации эпидемического процесса ГСИ по материалам кардиохирургического стационара. При этом случаи ГСИ у оперированных взрослых пациентов выявляли активно на основе экспертизы историй болезни с использованием стандартных определений случаев за 2018-2023 гг. Контрольным (ординарным) уровнем считали заболеваемость, не превышающую верхнюю границу медианы месячных показателей за 2018-2022 гг. С ординаром сравнивали текущую помесячную заболеваемость в 2023 г.

Результаты. Результаты наблюдений свидетельствуют, что к предвестникам роста заболеваемости ГСИ следует отнести: увеличение количества носительства условно-патогенных микроорганизмов среди пациентов [2]; снижение фенотипического и генетического разнообразия микроорганизмов [3]; появление или увеличение у микроорганизмов

факторов вирулентности [4]; формирование у микроорганизмов резистентности к антибиотикам и дезинфицирующим средствам [5].

В качестве обобщающего примера роли предвестников роста заболеваемости ГСИ можно привести результаты расследования вспышки синегнойной инфекции среди. новорожденных, находившихся в ОРИТ акушерского стационара [4]. С января по июнь были выявлены 42 ребенка, инфицированных *Pseudomonas aeruginosa*. Увеличение числа детей, выделяющих синегнойную палочку, началось в апреле. При этом если в январе-марте носительство не сопровождалось какими-либо клиническими проявлениями, то в апреле диагноз «пневмония» был поставлен одному ребенку, в мае – трем, в июне – уже четырем детям. В результате генетического типирования 36 культур P. aeruginosa, изолированных от новорожденных и из больничной среды, было установлено, что 91% штаммов имели идентичные электрофоретические RAPD-профили и являлись близкородственными. Частота и степень формирования биопленок у *P. aeruginosa*, выделенных от новорожденных и из больничной среды в апреле и июне. Одним из факторов риска заболеваемости синегнойной инфекцией оказалась микробная контаминация места соединения эндотрахеальной трубки и аспирационной трубки электроотсасывателя при процедуре искусственной вентиляции легких за счет рук персонала.

Апробация методики выявления активизации эпидемического процесса ГСИ по материалам кардиохирургического стационара показала, что среднемесячный медианный показатель заболеваемости ГСИ взрослых пациентов за 2018-2022 гг. составил 16,1, верхняя доверительная граница медианы – 23,2 на 1000 оперированных больных. В анализируемом 2023 г. превышение фактической заболеваемости ГСИ над ординаром было обнаружено в июле. Рост заболеваемости произошел за счет увеличения количества случаев инфекции области хирургического вмешательства вследствие нарушения стандартной процедуры перевязки операционной раны оперированных пациентов. В частности, имело место использование одного стерильного пинцета вместо двух, не соблюдалась последовательность обработки послеоперационной раны. Эти нарушения стали возможны в результате подмены основных перевязочных медицинских сестер на исполняющие обязанности и отсутствие на перевязках сердечно-сосудистых хирургов в связи с увеличением количества внеплановых отпусков в летнее время.

Выводы

1. Основными предвестниками роста заболеваемости внутрибольничными ГСИ являются: увеличение количества носительства условно-патогенных микроорганизмов среди пациентов; снижение фенотипического и генетического разнообразия микроорганизмов; появление или увеличение у микроорганизмов факторов вирулентности; формирование у микроорганизмов резистентности к антибиотикам и дезинфицирующим средствам.

2. Выявление активизации эпидемического процесса внутрибольничных ГСИ возможно по результатам сравнения текущего уровня заболеваемости с ординаром, рассчитанным на основе медианы месячных показателей предшествующего многолетнего периода.

Список литературы.

1. Черкасский Б.Л. Эпидемиологический диагноз. Л., Медицина. 1990. 208 с.

2. Предэпидемическая диагностика заболеваемости внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями / В.И. Сергевнин, Н.М. Ключарёва. //Здоровье населения и среда обитания – 2018. – Т. 298, № 1. – С. 27-29.

3. Групповая заболеваемость гнойно-септическими инфекциями клебсиеллезной этиологии пациентов кардиохирургического стационара / В.И. Сергевнин, Л.Г. Кудрявцева Л.Г., О.Г. Пегушина и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. –2020. – Т. 19, № 1. – С. 90-98.

4. Вспышка синегнойной инфекции среди новорожденных в отделении реанимации и интенсивной терапии / Н.И. Маркович., В.И. Сергевнин, Е.В. Сармометов и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2010. – Т. 52, № 3. – С. 5-10.

5. Приобретенная устойчивость возбудителей внутрибольничных гнойно-септических инфекций к дезинфицирующим и антисептическим средствам / В.И. Сергевнин, Т.В. Клюкина, Э.О. Волкова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2013, № 1. – С. 41-46.

Симонов Р.О., Галиева А.Т., Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т.

СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Уфа;
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

COVID-19, так же как ВИЧ-инфекция имеют тенденцию к широкому распространению среди различных масс населения стран мира. COVID-19 классифицируется как системное заболевание с нарушением функции иммунной системы, поражением внутренних органов: легких, сердца, почек, печени, селезенки. Осложнения после перенесенной коронавирусной инфекции могут быть даже у тех, кто перенес ее легко или без симптомов и в долгосрочной перспективе. Частота повреждения печени у пациентов с перенесенным COVID-19 по данным различных исследований варьируется от 14 до 53% [2]. К безусловным факторам риска тяжелого течения коронавирусной инфекции относят хронические заболевания печени.

Нарушение врожденного иммунного статуса печени может играть решающую роль в исходе коронавирусной инфекции и ее последствий. Повышенный риск заболеваемостью коронавирусной инфекцией представляют ВИЧ-положительные пациенты с пониженным иммунитетом и оппортунистическими заболеваниями.

Патологические состояния различной природы способны к взаимному отягощению и существенно влияют на основное заболевание и тяжесть его течения. Все возбудители обладают способностью к системным поражениям с явлениями полиморфизма, что может суммировать повреждающий эффект при их сочетанном воздействии. Известно, что вирусные гепатиты являются основной причиной формирования фиброза печени и перехода его в цирроз. Сочетание ВИЧ-инфекции и ХГС значительно усугубляет течение вирусного гепатита С и ускоряет процесс фиброзирования печени, в свою очередь высокая вирусная нагрузка РНК ВГС увеличивает прогрессирование ВИЧ-инфекции. Своевременная диагностика, клинический мониторинг состояния пациентов с сочетанными инфекциями на фоне COVID-19 имеют решающее значение.

Целью исследования, проведенного на базе Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и ИЗ г. Уфа среди ВИЧ-инфицированных пациентов с ХГС была оценка клинико-лабораторных данных и состояние печени пациентов с сочетанной ВИЧ-инфекцией и ХГС с различными субтипами вируса гепатита С (1,2,3) и 3 субклинической стадией ВИЧ-инфекции после перенесенной коронавирусной инфекции. В исследовании участвовали 65 человек в возрасте от 20 до 53 лет: 23 ВИЧ-инфицированных пациента с ХГС в качестве контрольной группы , 22 ВИЧ- инфицированных пациента с ХГС и перенесенным COVID-19; 20 человек с ХГС и перенесенным COVID-19. Исследование проводилось на двух этапах- до и после терапии ХГС. ВИЧ-инфицированные пациенты (1 и 2 группы) получали АРТ. Были проанализированы демографические характеристики, клинические особенности течения заболевания, анамнестические данные, результаты лабораторных и инструментальных (фиброэластометрии) методов обследования. Диагноз ВИЧ-инфекции подтверждался в ПЦР и ИФА тестах. Для характеристики течения ВИЧ-инфекции определялись показатели иммунного статуса -CD4- лимфоциты и вирусная нагрузка ВИЧ. Всем пациентам проводили исследование сыворотки крови на анти-HCV (методом ИФА), плазмы крови на РНК и генотипы HCV (методом ПЦР), клинический и биохимический анализ крови. Диагноз COVID-19 (SARS-CoV-2), подтверждался ПЦР тестированием мазка из носоглотки. Оценивались лабораторные показатели биохимического анализа крови: АЛТ, АСТ, ГГТ, ХЭ, ЩФ, с-реактивный белок, показатели общего белка, общего билирубина.

В группе ВИЧ-инфицированных с ХГС и перенесенным ковидом до начала терапии ХГС наблюдалось пониженное содержание CD4+ и CD8+лимфоцитов кл/мкл. Соотношение CD4+/CD8+) здесь на этапах исследования был понижен: 1,4% и 2,2%, что отражает прогрессирование патологических процессов и дисфункции иммунитета, а в группе ХГС с

перенесенным ковидом без ВИЧ – в пределах нормы – 2,8% и 2,4%. Показатель соотношения CD3+CD4+ и CD3+CD8+ во всех группах находился в границах нормальных значений. Важным фактором поражения печени было определение выраженности фиброза печени при сочетанной ВИЧ- инфекции и ХГС после перенесенного COVID-19 на двух этапах исследования (до и после ХГС- терапии). Во 2 группе исследования (ВИЧ-инфекция с ХГС после перенесенного ковида) отмечается наибольшее повреждение печени – фиброзные изменения F3 – 50%, цирроз F4 – 45,4%, и даже на втором этапе после терапии ХГС сохраняется высокая степень повреждений печени (F3 – 45,4%, цирроз – F4 – 40,9% случаев), что выше чем в других группах исследования в 1,3 и 3-4 раза. Биохимические показатели АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, общего билирубина регистрировались выше нормальных значений, ХЭ и ОБ ниже нормы. Показатель АСТ был выше нормы во 2 группе в 6,6 раз по сравнению с 1 группой ВИЧ-инфицированных, что свидетельствует о нарушении обменных процессов в печени, нарушении общего метаболизма и прогрессировании инфекционного процесса.

Взаимодействие CARS-CoV-2 и социально значимых инфекций- ВИЧ-инфекции и гепатита В, С, их патогенетические особенности, клинические проявления сочетанной инфекции являются в настоящее время актуальной темой исследования практической медицины. Стремительное распространение SARS CoV-2 и ее мутированных форм по странам мира свидетельствуют о том, что в скором времени количество больных с сочетанной инфекцией увеличится, как и опасность заражения и последствий инфекции новым коронавирусом ВИЧ-инфицированных.

Список литературы.

1. Сандлер Ю.Г., Винницкая Е.В., Хайменова Т.Ю., Бордин Д.С. Клинические аспекты повреждения печени при COVID -19// Эффективная фармотерапия, 2020, Т.16, №15, С.18.

2. Lippi G., Plebani M. Laboratory abnormalities in patients with COVID -19 infection/ Clin.Chem.Lab. Med., 2020, 58, 1131-1134.

3. Mirzaei H., Mc Far Land W., Karamouzian M., Sharifi H. COVID -19 among people living with HIV-F systematic review./AIDS Benav,2020,25, P.1-8.

4. Матянс И.А., Ивахненко Е.В., Грохотова А.В. Клинические особенности течения новой короновирусной инфекции у ВИЧ-позитивного пациента на фоне хронического гепатита С/ РМЖ, Медицинское обозрение, 2022, 6 (11), С.656-659.

5. Мусин А.Г., Муталова Э.Г., Нигматуллина А.Э., Константинова Е.Е., Мусина Ф.С., Насибуллин И.М. Современные аспекты механизмов фиброгенеза в печени./ Медицинский вестник Башкортостана, 2014, №3, С.95-99.

Ситникова А.Л.[1], Зинич Л.С.[1], Василенко К.А.[1], Тихонов С.Н.[1], Юсупова З.С.[1], Пеньковская Н.А.[2], Туров В.М.[3]

ОПЫТ РЕАГИРОВАНИЯ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ УГРОЗЫ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022-2024 ГГ.

[1] ПЧС Республики Крым Роспотребнадзора, Симферополь;
[2] МУ Роспотребнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Симферополь;
[3]Управление Роспотребнадзора по Херсонской области, Геническ

Цель работы – проанализировать и использовать в дальнейшей работе опыт реагирования на биологические угрозы и ЧС на примере Херсонской области в 2022-2024 гг.

Материалы и методы: ретроспективный анализ данных инфекционной заболеваемости в Херсонской области (за 20 лет), результаты микробиологических исследований, полученных при исследовании: 2022 г. днепровская вода из Северо-Крымского канала – 100 проб воды; 2023 г. проб из объектов окружающей среды (далее ООС) (вода, донные отложения, песок, мелкие млекопитающие и др.) и людей Херсонской области – 361 проба ООС и 19 проб от людей; 2024 г. пробы от людей с ОКИ и вода (морская, сточная, питьевая, речная и др.) – 1613 проб воды из 72 точек и 562 пробы от 196 людей.

Результаты и обсуждение.

По ретроспективным данным в Херсонской области зафиксированы вспышки инфекционных и паразитарных заболеваний: брюшной тиф (2003 г.), трихинеллез (2002 г.), туляремия (2019 г.). Практически ежегодно регистрировались заболевания людей лептоспирозом, лихорадкой Западного Нила, вирусным гепатитом А, дирофиляриозом, инфекционным клещевым боррелиозом, кишечным иерсиниозом, псевдотуберкулезом, лихорадкой Ку и др. Что связано с наличием стойких природных очагов данных инфекций. Также Херсонская область неблагополучна по сибирской язве – на территории располагались сибиреязвенные захоронения. Вспышки холеры в Херсонской области были связаны с заносом токсигенных штаммов: 1991г. – 10 больных, 19 вибриононосителей, 1993 г. – 1 больной, 1994 г. – 68 больных, 49 вибриононосителей, 1995 г. – 10 больных, 21 вибриононоситель. V. cholerae не O1/не O139 ежегодно выделялись в Херсонской области, наибольшая высеваемость отмечался в июле-августе [1, 2, 3].

Работа по мониторингу возможных эпидемических осложнений и биологических угроз, исходящих от приграничной с Крымом Херсонской области начата в 2022 г. при этом микробиологические исследования проводились в 2022 г. по исследованию днепровской воды, поступающей с территории Украины в Крым по Северо-Крымскому каналу, в 2023 г. вследствие разрушения дамбы Каховской ГЭС (06.06.2023) исследовались пробы из ООС (вода, донные отложения, песок, мелкие млекопитающие и

др.). В 2024 г. в ответ на возможные биологические угрозы, проведена оценка готовности медицинских организаций, даны рекомендации по оперативному реагированию на случай эпидемического осложнения, организован и расширен мониторинг за холерой и кишечными инфекциями. Силами и средствами противочумной станции в течение 127 дней проводились микробиологические исследования проб клинического материала и водных объектов окружающей среды.

Всего за 2022-2024 гг. проведено около 30 000 исследований. Клинический материал исследовался в среднем на 12 возбудителей, проб из ООС на 21. Результаты исследований: 2022 г. – эпидемически значимых микробиологических находок не было; 2023 г. – из ООС эпидемически значимые холерные вибрионы не обнаружены, в донных отложениях выявлены маркеры возбудителей вирусных кишечных инфекций. От больных с кишечными инфекциями в 48% проб – обнаружены возбудители вирусных (астро-, рото-, норовирусы) и бактериальных (сальмонеллы и шигеллы) кишечных инфекций; 2024 г. – из ООС изолировано 5 культур нетоксигенных V. cholerae O1 (ctx -, tcp -), 220 культур холерных вибрионов не O1/не O139 серогруппы, высеваемость 14%. От людей – 2 культуры V. cholerae O1 от одного ребенка с диагнозом ОГЭК (13.07.2024, г. Геническ). Маркеры вирусных и бактериальных инфекций выявленные в ООС были тождественны возбудителям ОКИ у людей (норовирусы, ротовирусы, астровирусы, аденовирусы, шигеллы, сальмонеллы, кампилобактер и др.).

Целенаправленная лабораторная диагностика позволила провести своевременные противоэпидемические мероприятия и эпидемическая ситуация, в целом по Херсонской области, оставалась стабильной, контролируемой и заболеваемость людей ОКИ была в рамках сезонного подъема за предыдущие годы.

Выводы. Сложившаяся экологическая, политическая ситуация требует быстрого и нестандартного подхода к реагированию на биологические угрозы – постоянной повышенной настороженности медицинских организаций и учреждений Роспотребнадзора для минимизации рисков эпидемических осложнений. На данный момент одной из задач является мониторинг за холерными вибрионами O1 и не O1/не O139, так как в Херсонской области создались благоприятные климатические и экологические условия для их выживания и размножения, а также сохраняется риск несанкционированной контаминации водных объектов.

Список литературы.

1. Кирьякова Л.С. Эпидемиологические и экологические особенности 7-ой пандемии холеры в Украине : дис... канд. мед. наук: 14.02.02 / Крымский гос. медицинский ун-т им. С.И .Георгиевского. – Симф., 2006. – 150 л. – Библиогр.: л. 132-150.

2. Лептоспирозы в Украине / [Сурмашева Е. В., Видайко Н. Б., Кондратенко В. Н. и др.]. // Журнал практикующего врача. – 2009. – №1. – С. 11-13.

3. Об энзоотичности территории Украины по туляремии, лептоспирозу, другим особо опасным природно-очаговым инфекциям и меры их профилактики на 1999-2003 гг.: служебное письмо / [сост. Некрасова Л. С., Компанцев М. П., Нестеренко Л. П. и др.] // Министерство охраны здоровья. – Киев, 1999. – 95 с.

Сквородa В.В.[1,2], Эсауленко Е.В.[1,2], Иванов А.Р.[1,2], Pierina D'Angelo[3], Jesús Ramírez[3], Doneyla Sánchez[3], Oriana Uzcategui[3], Gladys Amel[3]

СЕРО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ В БОЛИВАРИА́НСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ВЕНЕСУЭЛА

[1]Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург;
[2]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург;
[3]Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, Caracas, Venezuela

Введение: Гепатиты А и Е (ГА и ГЕ) объединены в группу энтеральных гепатитов с фекально-оральным механизмом передачи. Вирусы гепатитов А и Е (ВГА и ВГЕ) передаются преимущественно через контаминированную воду, продукты питания, а также при контакте с инфицированным человеком; в случае с ГЕ возможна передачи от животных [1-3]. Данные заболевания представляют собой социально-экономическую проблему для общественного здравоохранения, имея глобальное распространение, особенно в странах с жарким климатом и низким или средним уровнем дохода, где недостаточно развита инфраструктура в сферах водоснабжения, санитарии, гигиены и здравоохранения [2-4]. К числу таких стран относится Боливарианская Республика Венесуэла (БРВ). В настоящее время существует мало исследований, посвящённых распространённости ГА и ГЕ на её территории, в связи с чем составление полной картины эпидемиологической обстановки остаётся затруднительным.

Цель исследования: оценить распространенность серологических маркеров гепатитов А и Е в Боливарианской Республике Венесуэла и ее территориях.

Материалы и методы: в ходе проведенного исследования было обследовано 1142 человека, относящихся к условно-здоровым (n=1097) и лицам с симптоматическими и клиническими проявлениями, схожими с гепатитами (n=47), проживающим в БРВ. Клинический материал был во всех штатах, входящих в состав республики, однако штаты Кохедес, Трухильо и Ла-Гуайра были исключены из выборки из-за отсутствия репрезентативности.

У всех участников отбирались образцы плазмы крови, которые исследовали на наличие антител класса G к вирусам гепатитов А и Е методом ИФА с использованием отечественных тест-систем «Вектогеп A-IgG» (АО

«Вектор-Бест») и «ДС-ИФА-Анти-HEV-G» (НПО «Диагностические тест-системы») согласно инструкциям производителей.

Результаты:

В ходе проведенного исследования была составлена эпидемиологическая характеристика ГА и ГЕ в БРВ. Распространенность anti-HAV IgG у населения БРВ составила 72,2±2,4%. Поскольку в БРВ вакцинопрофилактика ГА не включена в национальный календарь профилактических прививок и не проводится по эпидемическим показаниям, серопревалентность отражает кумулятивную частоту встречаемости постинфекционных антител.

Анализ возрастных групп выявил, что распространенность anti-HAV IgG увеличивалась с возрастом. Серопревалентность среди детей 1–7 лет составила 39,5 ± 12,5%, с тенденцией к постепенному увеличению во всех возрастных группах до 94,7 ± 7,8% у лиц старше 60 лет. Установлена статистически значимая прямая зависимость между возрастом и распространенностью anti-HAV IgG ($\rho = +0,98$; $p < 0,001$).

Эндемичность БРВ по ГА оценивается как средняя, что характеризуется высокой пораженностью взрослого населения, включая индикаторную группу лиц до 30 лет (59,0 ± 3,9%). При детальном анализе зафиксирован переход от высокой к средней эндемичности, обусловленный серопревалентностью anti-HAV IgG более 90% у лиц 50–59 лет и старше 60 лет (89,7±7,0% и 94,7±7,8% соответственно) на фоне низкой пораженности детей до 7 лет.

Территориальное распределение anti-HAV IgG характеризуется выраженной гетерогенностью и варьирует между штатами от 0% до 90,4%. Наибольшая серопревалентность anti-HAV IgG зарегистрирована в штатах Лара, Фалькон и Апур (90,4 ±5,1%; 87,2 ± 8,1% и 83,3±13,7% соответственно), что превышает средний показатель по БРВ. Наименьшие значения отмечены в штатах Монагас и Тачира (33,3±27,0% и 0,0% соответственно).

Общая серопревалентность anti-HEV IgG составила 3,2±1,1%, что характеризует БРВ как территорию с низкой эндемичностью по ГЕ, существенно отличающейся от ситуации по ГА. Анализ возрастной динамики anti-HEV IgG выявил два пика серопревалентности: среди детей 8–14 лет (5,6±3,8%) и лиц старше 60 лет (13,3±6,7%).

К территориям с наиболее высокими показателями anti-HEV IgG относительно среднего по стране отнесены штаты Сукре (6,9±5,4%), Боливариано-де-Миранда (7,1±5,7%), Миранда (6,6±4,1%) и Лара (5,6±3,7%), где уровень инфицирования предположительно наиболее интенсивен. В штатах Апур, Арагуа, Ансоатеги, Мерида, Боливар и др. anti-HEV IgG не выявлялись.

Заключение: Энтеральные гепатиты в БРВ имеют принципиально разные тенденции. Эпидемический процесс ГА характеризуется переходом от высокой к средней эндемичности с общей серопревалентностью anti-HAV IgG –72,2%. Установлена сильная прямая зависимость между возрастом и распространенностью антител, что указывает на высокий риск инфицирования во взрослом возрасте. Эпидемиологическая ситуация по ГЕ в

БРВ классифицируется как низкоэндемичная, не имеющая выраженных закономерностей в возрастном и географическом распределении.

Список литературы.

1. Khounvisith V. Seroprevalence of antibodies against hepatitis A and E among the general population in 5 provinces, Lao People's Democratic Republic: Variation according to location/ V. Khounvisith, S. Virachith, N. Innoula [et al.] // PLoS One. – 2025. – Vol. 20, № 8. – Art. № e0329384. – DOI: 10.1371/journal.pone.0329384.

2. Эсауленко Е. В. Эпидемиологические и молекулярно-генетические особенности энтеральных вирусных гепатитов в России на современном этапе / Е. В. Эсауленко, А. А. Сухорук, А. Д. Бушманова, Т. Ингабире, Ю. В. Останкова // Альманах клинической медицины. – 2018. – Т. 46, № 1. – С. 50–58. – DOI: 10.18786/2072-0505-2018-46-1-50-5.

3. Бумбали С. Распространенность энтеральных гепатитов в Гвинейской Республике у детей и взрослых / С. Бумбали, М. Ю. Буцкая, В. В. Сковорода, Е. В. Эсауленко // Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы: сборник трудов XIV Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского, Москва, 28–30 марта 2022 года. – Москва : ООО "Медицинское Маркетинговое Агентство", 2022. – С. 33–34.

4. Михайлов М. И. Современная стратегия контроля вирусного гепатита А в Российской Федерации / М. И. Михайлов, К. К. Кюрегян // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2021. – Т. 98, № 2. – С. 190–197. – DOI: https://doi.org/10.36233/0372-9311-103.

Скляр Л.Ф., Репина И.Б., Феклисова Л.В., Соловьева Н.П., Ушакова А.Ю.

ОСОБЕННОСТИ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. НОВЫЕ ВЫЗОВЫ

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Актуальность краснушной инфекции в Московской области определяется несколькими факторами: ростом показателей заболеваемости в 2024 году (70 больных), регистрацией случаев краснухи, имеющих не только завозной (5 случаев), импортированный (1 больной) характер, но и у 64 больных с местным распространением инфекции. 97,1% зарегистрированных случаев краснухи подтверждено лабораторно, остальные – клинико-эпидемиологически. Вакцинальный статус заболевших распределился следующим образом: 30 (42,9%) были не привиты против краснухи, 38 (54,2%) больных не имели сведений о вакцинации и двое (2,9%) – вакцинированы однократно против краснухи. В возрастной группе заболевших превалируют лица старше 17 лет. Проведенные исследования показателей серопревалентности по краснухе в индикаторных возрастных

группах выявили наличие иммунитета у 95,3% лиц. Вместе с этим в возрастной когорте 40-49 лет доля серонегативных составила 7,6%, у детей 3-4 лет – 6,0%, что превышает рекомендуемый показатель ВОЗ 5%. Среди лиц 50-59 лет отмечено минимальное число серонегативных лиц (3,8%). Представленные результаты обследования свидетельствуют с большей долей вероятности о постинфекционном иммунитете в старшей возрастной группе и о наличии лиц в возрасте 40-49 лет, которые могли не быть иммунизированы по возрасту с введением плановой вакцинации против краснухи в 2002 году в Национальный календарь вакцинации. С учетом полученных результатов исследования серонегативным лицам была проведена вакцинация. Привитость против краснухи в регионе за 2024 год составила: в возрастной группе 1 год 95,8%, в 6 летнем возрасте 96,4%, девушек 18-25 лет 98,2%.

Важным фактором зашиты от краснухи является наличие протективного уровня антител (IgG) для беременных женщин, его показатель регламентируется действующими Санитарными правилами (СанПин 3.3686-21), составляет 25 МЕ/мл [1]. В других странах для женщин, планирующих беременность, у которых титры IgG менее 16 МЕ/мл, рекомендуется вакцинация против краснухи [2].

На территории РФ за длительный период наблюдения два подозрительных случая на краснуху были зарегистрированы у беременных женщин (29 и 35 лет) в 2023 году. Эпидемиологический анализ, отсутствие контакта с инфекционными больными и клинических проявлений, наличие высокоавидных противокраснушных IgG – антител позволило снять диагноз краснухи у одной пациентки. Другой пациентке при обнаружении IgM против краснухи было рекомендовано повторное исследование, но женщина прервала беременность, отказавшись от дообследования [3]. Эти случаи демонстрируют важность не только тщательного лабораторного обследования беременных женщин на краснуху, но и разъяснительную работу среди них специалистов различного профиля.

Беременные женщины в Московской области оказались уязвимой группой, инфицирование вирусом краснухи в первом триместре беременности привело к заболеванию женщины и рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи. Несмотря на проводимую разъяснительную работу о риске рождения ребенка с СВК, женщина отказалась от прерывания беременности. При рождении у ребенка диагностирован СВК на основании врожденных аномалий развития ЦНС (микроцефалия), сердечно-сосудистой (ВПС: двустворчатый аортальный клапан с недостаточностью 1 степени, стеноз легочной артерии), легких (рентген картина перибронховаскулярных изменений), органов зрения (ангиопатия сетчатки обоих глаз). Лабораторное исследование крови, ликвора методом ПЦР подтвердило наличие вируса краснухи, методом ИФА определялись антитела IgM и IgG высокой степени авидности, что отражает динамику циркуляции противокраснушных антител у новорожденного в случае его инфицирования в антенатальном периоде. Патогенетическими

составляющими формирования пороков развития при краснухе является подавление сборки внутриклеточного актина, что препятствует митозу и ограничивает развитие клеток-предшественников, а высокий уровень цитокинов и интерферона в инфицированных клетках также могут способствовать формированию врожденных дефектов [4]. Множественность пороков развития, отсутствие специфической противовирусной терапии при СВК определяют неблагоприятный прогноз.

Таким образом, на основании представленных данных складывающейся эпидемиологической ситуации с краснушной инфекцией в регионе актуальным является расследование каждого случая заболевания и лабораторное подтверждение предполагаемых единичных случаев и во время вспышек, определение характеристики вируса для мониторинга регионального пути распространения и передачи вируса. Важным является проведения подчищающей иммунизации, снятие необоснованных медицинских отводов от вакцинации против краснухи.

Список литературы.

1. СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (с изменениями на 25 мая 2022 года).

2. Iwata A, Kurasawa K, Kubota K, Odagami M, Aoki S, Okuda M, Miyagi E. Factors Predicting Rubella Vaccination and Antibody in Pregnant Women in Japan: A Report from Pregnant Women Health Initiative. Vaccines (Basel). 2022 Apr 19;10(5):638. doi: 10.3390/vaccines10050638. PMID: 35632393; PMCID: PMC9147004. – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35632393/ (дата обращения 14.09.2025).-Режим доступа: Научная электронная библиотека PubMed. – Текст: электронный.

3. Баркинхоева, Л.А., Тураева, Н .В., Цвиркун, О .В., Герасимова, А.Г. Надзор за краснухой в Российской Федерации в условиях эпидемиологического благополучия/Л.А. Баркинхоева, Н.В. Тураева, Н.В. Цвиркун, О.В. Герасимова// Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы: материалы XV Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням имени академика В.И.Покровского, 27-29 марта. 2023 г.- Москва, 2023.- С. 20-21.

4. Shukla S, Maraqa NF. Congenital Rubella. 2023 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. URL: PMID: 29939656. (дата обращения 14.09.2025).-Режим доступа: Научная электронная библиотека PubMed. – Текст: электронный.

Скляр Л.Ф., Феклисова Л.В., Ушакова А.Ю., Соловьёва Н.П., Репина И.Б.

СЛУЧАЙ ХОЛЕРЫ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского, Москва

В настоящее время сохраняются риски завоза холеры на территорию Российской Федерации (РФ), что обусловлено активностью эпидемического процесса в эндемичных странах Юго-Восточной Азии, Восточного Средиземноморья и Африки [1]. Наиболее уязвимой категорией населения РФ являются лица, посещающие эти страны с туристическими, деловыми и коммерческими целями.

Холера представляет собой особо опасное инфекционное заболевание, относящееся к группе острых кишечных антропонозных инфекций, с водным, пищевым и контактным путями распространения. Возбудителями заболевания являются токсигенные штаммы Vibrio cholerae O1 и O139 серогрупп, склонные к эпидемическому распространению [2]. Холера характеризуется быстрым развитием обезвоживания организма вследствие потерь жидкости и электролитов с водянистым стулом и рвотой вплоть до гиповолемического шока и летального исхода при отсутствии своевременной терапии. К клиническим сигнальным признакам холеры относятся: инкубационный период – от нескольких часов до 5 суток; острое начало заболевания с обильной водянистой диареи без патологических примесей, без запаха или с запахом рыбы; отсутствие болей в животе и гипертермии; обильная, спонтанная, повторная рвота, не приносящая облегчения; признаки дегидратации I-IV степени. Эпидемиологическими сигнальными признаками холеры являются: контакт с больными холерой; факт нахождения больного в местности, неблагополучной по холере, или контакта с лицами, прибывшими из данной местности в сроки, укладывающиеся в инкубационный период холеры (1–5 дней); употребление бутилированной воды и воды из открытых водоемов.

Целью работы явился анализ особенностей течения завозного случая холеры, зарегистрированного на территории Московской области в 2025 году.

В инфекционное отделение ГБУЗ МО «Домодедовская больница» (ГБУЗ МО «ДБ») 23.04.2025 в 1 сутки заболевания поступил пациент, 40 лет, с жалобами на выраженную общую слабость, многократный водянистый стул, тошноту, рвоту, головокружение, предобморочное состояние. Заболел остро 22.04.25 с внезапного появления частого жидкого стула без патологических примесей, в дальнейшем – присоединением тошноты и многократной рвоты. По вызову пациента бригады скорой медицинской помощи (СМП) был госпитализирован в инфекционное отделение ГБУЗ МО «ДБ». На этапе транспортировки был установлен периферический венозный катетер, внутривенно введено 1400 мл полиионных солевых растворов. При сборе эпидемиологического анамнеза выяснилось, что пациент выезжал за пределы

РФ: с 11.04.2025 по 20.04.2025 – находился в Индии и Непале, проживал в отеле и хостеле. Контакт с инфекционными больными отрицал. В путешествии питался в местных кафе, пил бутилированную и проточную фильтрованную воду. 21.04.2025 вылетел из Индии (аэропорта г. Дели) в г. Москва.

При поступлении в ГБУЗ МО «ДБ» 23.04.2025 состояние пациента средней степени тяжести, ближе к тяжелому за счет признаков дегидратации II степени: вялый, адинамичный, выражена жажда, бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, сухость слизистой полости рта, снижен тургор тканей, гипотония (АД 105/70 мм рт. ст.), ЧСС до 85 уд. в мин, температура тела 36,5 С; живот безболезненный при глубокой пальпации, урчит по ходу кишечника, стул многократный водянистый (более 15 раз/сутки, объемом 800 мл), без патологических примесей, диурез снижен. Учитывая клинические проявления, данные эпидемиологического анамнеза, у пациента заподозрена холера, в связи с чем развернут оперативный план проведения первичных противоэпидемических мероприятий (МУ 3.4.2552-09) и назначено лабораторное обследование (МУК 4.2.3745-22). При исследовании кала методом ПЦР от 23.04.2025 обнаружена ДНК токсигенного штамма V. cholerae O1. Взят бактериологический анализ фекалий на возбудителя холеры (трехкратно, с интервалом 3 часа). В отделении проводилась инфузионная терапия с использованием полиионных солевых раствором, 5% глюкозы (общим объемом 2600 мл/сутки), оральная регидратация (в т.ч. регидрон до 1000 мл в сутки), диетотерапия (механически и химически щадящая, безмолочная диета), этиотропная терапия (доксициклин 100 мг 2 раза в сутки внутрь), сорбционная, пробиотическая терапия.

На фоне лечения состояние пациента улучшилось: на 3 сутки госпитализации – появился аппетит, исчезли головокружение, цианоз кожных покровов, уменьшились кратность (до 3 раз/сутки) и объем стула (не более 300 мл), появились каловые примеси, нормализовался диурез. По результатам бактериологического анализа кала от 25.03.25 (трехкратно) – обнаружен холерный вибрион – вибрион 01, биовар *V. cholerae*, серотип Огава (чувствительный к Левомицетину и Цефалоспоринам, не чувствительный – к Доксициклину и Ципрофлоксацину), в связи с чем, проведена коррекция этиотропной терапии (назначен Левомицетин (перорально) – по 0,5 г 4 раза в сутки курсом 5 дней). На 5 сутки госпитализации признаки обезвоживания купированы, регидратационная терапия отменена. С 8 суток (30.04.25) – стул оформленный 2 раза/сутки, АД 120/80 мм рт. ст. В контрольных бактериологических анализах кала (от 01.04.2025, 02.04.2025, 03.04.2025) холерный вибрион не обнаружен. На 13 день госпитализации (12 койко-дней) пациент в удовлетворительном состоянии выписан домой с выздоровлением с заключительным клиническим диагнозом: *A00.0 Холера, вызванная холерным вибрионом 01, биовар cholerae, серотип Огава, острое течение, средней степени тяжести. Осложнение: Дегидратация 1–2 степени*.

Таким образом, наличие сигнальных признаков холеры в клинической картине заболевания, эпидемиологические данные позволили своевременно заподозрить холеру, провести её ускоренную диагностику с развертыванием комплексного плана противоэпидемических мероприятий в соответствии с нормативной базой и назначить своевременную адекватную терапию, что способствовало благополучному исходу и нераспространению заболевания на другие территории субъекта РФ.

Список литературы.

1. Кругликов В.Д., Гаевская Н.Е., Монахова Е.В. и др. Анализ особенностей эпидемиологической ситуации по холере в 2024 г в мире, в Российской Федерации и прогноз ее развития на 2025 г. // Проблемы особо опасных инфекций. – 2025. – №1. – С.35-47. DOI: 10.21055/0370-1069-2025-1-35-47.

2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (с изменениями на 25 мая 2022 года). Глава XXV. Профилактика холеры.

3. МУК 4.2.3745-22 «Методы лабораторной диагностики холеры».

4. МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

Слепцова С.С., Самойлова С.А., Заморщикова О.М.

ГЕПАТИТ D В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ): ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Якутск

Актуальность представленной проблемы обусловлена высокой распространенностью хронического гепатита D (ХГD) в Республике Саха (Якутия). Частота выявления anti-HDV среди HBsAg позитивных лиц достигает 35%, в эпидемический процесс наиболее вовлечены лица трудоспособного возраста (47,3 года), преимущественно коренной национальности. Распространению инфекции в 29,4% случаев способствует внутрисемейное заражение.

При этом ХГD в регионе является ведущей причиной цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, а также доминирует среди всех причин выполнения трансплантаций печени (85%). У 55,4% пациентов с ХГД выявляется 1-й генотип, ассоциирующийся с прогрессирующим течением, быстрым развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [Слепцова С.С., Михайлов М.И., 2024]. На сегодняшний день в лечение лиц с ХГD внедрена противовирусная терапия препаратом Мирклудекс Б, которая признана прорывным методом лечения этой серьезной патологии.

В проводимых ранее рандомизированных многоцентровых исследованиях 2-й и 3-й фазы (в т.ч. с участием пациентов из Республики Саха (Якутия) в рамках исследования MYR202) и в дальнейших исследованиях реальной практики продемонстрировано достижение всех рекомендуемых целей лечения ХГD (в режиме монотерапии и комбинированной терапии с пегИФН-α2а), включая вирусологический и биохимический ответ, высокий уровень безопасности и хорошую переносимость.

Под нашим наблюдением находилось 130 больных с диагнозом «Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом, в фазе репликации». Преобладали такие лица трудоспособного возраста (средний возраст 48 лет), коренной национальности (94%). Пациентам было назначено лечение в режиме монотерапии (Мирклудекс Б по 2мг подкожно 1 раз в день) 116 пациентам и комбинированной терапии с пегИФН-α2а – 14 чел. Оценка эффективности оценена спустя 48 недель от начала противовирусного лечения – это оценка вирусологического ответа (снижения уровня HDV РНК >2 log10 от исходного уровня до неопределяемого), биохимического ответа (снижения или нормализации уровня аланинаминотрансферазы), безопасности и переносимости лечения (нежелательных явлений, в том числе связанных с отменой лечения), динамики показателей функции печени у пациентов с циррозом печени.

В группе исследуемых 98 чел. получали противовирусную терапию более 48 недель, 30 пациентов – свыше 96 недели и 2 чел. – 144 недели. В данной группе частота вирусологического ответа составила 53% (70 чел.), биохимического ответа 62% (81 чел.), снижение степени фиброза наблюдалось у 51% (67 чел.). Неопределяемый уровень вирусной нагрузки был обнаружен в 13,8% случаев (18 чел.). Из 18 человек 83,3% получали монотерапию. При этом основная масса (61%) не имели установленного диагноза цирроза печени. Среди лиц, давших устойчивый вирусологический ответ у 72% авиремия наблюдалась в сроке до 48 недель.

В течение всего периода лечения не было зарегистрировано случаев серьезных нежелательных явлений, а также не наблюдалось прогрессирования заболевания.

Полученные результаты подтверждают необходимость раннего начала лечения, что существенно повышает вероятность достижения авиремии. Данные исследований реальной клинической практики свидетельствуют о безопасности и хорошей переносимости противовирусного лечения. Необходимо дальнейшее изучение эффективности препарата булевиртид среди населения республики.

***Слись С.С.*[1,2]**

WEB-ПРИЛОЖЕНИЕ «ОРВИ-СТАТИСТИКА»

[1] Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области, Ростов-на-Дону;
[2] Ростовский-на-Дону противочумный институт Роспотребнадзора, Ростов-на-Дону

В условиях постоянно меняющейся эпидемиологической обстановки, своевременное и точное прогнозирование заболеваемости острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) и гриппом приобретает особую значимость. Традиционные методы прогнозирования, основанные на статистическом анализе исторических данных, зачастую оказываются недостаточно эффективными из-за сложной и динамичной природы распространения этих заболеваний. В связи с этим, всё большее внимание уделяется применению методов машинного обучения (МО) для повышения точности и надежности прогнозов. Использование МО в прогнозировании ОРВИ и гриппа позволяет учитывать множество факторов, влияющих на распространение инфекции, таких как климатические условия, плотность населения, миграционные потоки, уровень вакцинации.

Алгоритмы МО способны выявлять сложные нелинейные зависимости между этими факторами и заболеваемостью, что позволяет создавать более точные и адаптивные модели. Одним из перспективных направлений является использование рекуррентных нейронных сетей (РНС) для анализа временных рядов заболеваемости. РНС способны учитывать последовательность данных во времени, что позволяет выявлять тенденции и закономерности, которые могут быть невидимы при использовании традиционных статистических методов. Кроме того, применение ансамблевых методов, таких как случайный лес и градиентный бустинг. Однако, применение МО в прогнозировании ОРВИ и гриппа сталкивается с рядом проблем. Одной из основных проблем является доступность и качество данных. Для обучения эффективных моделей необходимо большое количество качественных данных за длительный период времени. Кроме того, необходимо учитывать возможность смещения данных и наличие выбросов, которые могут негативно повлиять на точность прогноза. Тем не менее, перспективы применения МО в данной области весьма обнадеживающие, и дальнейшие исследования и разработки в этой области позволят значительно улучшить качество прогнозирования заболеваемости ОРВИ и гриппом.

Алгоритм МО, предложенный американским математиком Лео Брейманом, Random Forest (случайный лес) представляет собой метод, заключающийся в построении модели, которая позволит предсказать значение некоторой зависимой переменной (как непрерывной, так и дискретной) по значениям набора независимых переменных. МО предлагает

инструменты для детального анализа эпидемиологических данных и представляет собой класс методов ИИ, основанных на обучении за счёт использования решений множества сходных задач. Для создания таких методов применяются различные математические и статистические подходы, численные методы, методы оптимизации, теория вероятностей, теория графов, а также техники работы с данными в цифровой форме [1,2,3].

Объектом моделирования является еженедельная заболеваемости ОРВИ и гриппом в г. Ростове-на-Дону за период с 2008 по 2024 гг. В качестве предикторов используются исторические данные о заболеваемости, метеорологические параметры (температура).

Разработанное Web-приложение «ОРВИ-СТАТИСТИКА» предназначено для быстрого анализа заболеваемости населения ОРВИ и гриппом, с градацией по возрасту (дети 0-2 лет, 3-6 лет, 7-14 лет и старше 15 лет) по каждой календарной неделе года.

Программа обладает обширным функционалом, во вкладке "Настройки", реализована гибкая ролевая модель, позволяющая разграничивать права доступа пользователей. Предусмотрены три основные роли: "администратор", "пользователь" и "только чтение информации".

Администратор, как обладатель наивысших привилегий, наделен полным контролем над базой данных. Это включает в себя возможность корректировки существующих записей, добавления новых данных, в частности информации, касающейся ОРВИ и гриппа. Таким образом, администратор несет ответственность за поддержание актуальности и достоверности информации в системе.

Роль "Пользователь" предполагает ограниченный доступ к функционалу. В зависимости от конкретных настроек пользователь может иметь возможность просматривать, вносить данные о заболеваемости ОРВИ и гриппом по своему региону, но не имеет права удалять или корректировать внесенные данные о заболеваемости.

Роль "Только чтение информации" предоставляет лишь возможность просмотра данных. Подобная ролевая модель позволяет эффективно управлять доступом к информации и обеспечивать безопасность данных в программе.

Приложение поддерживает сегментирование данных и доступа к ним по регионам в зависимости от роли и настроек пользователя.

Для наглядности отображения статистической и аналитической информации предусмотрен режим отображения данных на комбинированном графике, сгруппированных по годам и по эпидемическим периодам (с 23 недели текущего года по 23 неделю следующего года), в сравнении с предыдущим сезоном. На графиках есть возможность показать долгосрочный прогноз полученный с помощью МО.

С использованием программы возможно составление справки-отчета, автоматически сгенерированной Web-приложением, содержащие ключевые показатели заболеваемости, а также пользователи могут получать

еженедельные прогнозы заболеваемости ОРВИ и гриппа и визуализировать тренды заболеваемости.

Функция прогнозирования, реализуется на базе современных алгоритмов МО, обеспечивая возможность построения краткосрочных (до нескольких недель) и долгосрочных (до года) прогнозов заболеваемости.

Для более точного понимания динамики заболеваемости приложение «ОРВИ-СТАТИСТИКА» использует статистические методы, основанные на 17-летнем периоде наблюдений. Ключевым элементом является расчет медианы заболеваемости за многолетний период, а также рассчитаны ее доверительные границы.

Программа создана в виде кроссплатформенного web-приложения. Работает в любых браузерах с поддержкой Java Script, в том числе на смартфонах, телевизорах и т.д. Для ограничения доступа используется беспарольная аутентификация magic link на базе электронной почты. Основной язык программирования Java Script, в части работы с моделями данных и прогнозированием Python.

Внесение данных о заболеваемости возможно как в ручном режиме, так и посредством импорта из таблицы Excel по каждой возрастной группе. После внесения данных в ручном режиме приходит уведомление, в телеграмм-канале в виде таблицы.

Приложение «ОРВИ-СТАТИСТИКА» является универсальной программой, использовать которую можно не только для анализа заболеваемости ОРВИ и гриппа, а также других нозологии (сальмонеллез, дизентерия, корь, краснуха и др.).

Будущие исследования в области применения МО для прогнозирования ОРВИ и гриппа должны быть направлены на разработку более сложных и адаптивных моделей, способных учитывать динамику эпидемиологической обстановки в режиме реального времени. Это потребует интеграции данных из различных источников, таких как данные о погоде, данные о мобильности населения, а также разработки методов обработки и анализа больших объемов данных (Big Data).

Использование МО представляет собой перспективный подход к повышению точности и надежности прогнозирования заболеваемости ОРВИ и гриппом. Несмотря на существующие проблемы, дальнейшие исследования и разработки в этой области позволят значительно улучшить качество прогнозирования и принять более эффективные меры по предотвращению распространения этих заболеваний.

Список литературы.

1. Чистяков С.П. Случайные леса: обзор // Труды Карельского научного центра РАН. – 2013. – № 1. – С. 117–136.

2. Breiman L. Random Forest // Machine Learning. – 2001. – Vol. 45, no. 1. – P. 5–32.

3. Бакаев В.В., Гашенко Т.Ю., Марданлы С.С., Жигалева О.Н. Применение искусственного интеллекта для укрепления и развития системы

эпидемиологического контроля (обзор литературы). Эпидемиология и инфекционные болезни. 2024; 29(3): 126-134. DOI: https://doi.org/10.51620/3034-1981-2024-29-3-126-134.

Соловьёва Н.П.[1], Скляр Л.Ф.1, Репина И.Б.[1], Ушакова А.Ю.[1], Прокопец Н.В.[2]

СЛУЧАИ ЛИХОРАДКИ ЧИКУНГУНЬЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

[1] Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва;
[2] Раменская больница, Раменское

Лихорадка чикунгунья относится к вирусным инфекциям, передающаяся человеку через укусы комаров. По данным ВОЗ отмечен рост числа случаев и географического распространения заболевания. Это связано с расширением ареала переносчиков (Ae. aegypti и Ae. albopictus) из-за глобального потепления и урбанизации, увеличением международных путешествий и торговли, а также недостаточными мерами по контролю за популяцией комаров во многих странах. Для заболевания характерны крупные вспышки с последующими периодами затишья. После масштабной вспышки 2013-2015 гг. вирус прочно закрепился в Западном полушарии [1]. На территории России не зарегистрированы случаи автохтонной (местной) передачи лихорадки чикунгунья, что связано с отсутствием массовой популяции комаров Ae. aegypti и слишком холодным для устойчивой циркуляции вируса климатом на большей части страны.

Инкубационный период при заболевании 3-7 дней (от 1 до 12 дней). Для клинической картины характерны лихорадка до 40,0 °С, выраженные артралгии как один из основных симптомов, которые могут приводить к обездвиженности, макулопапулезная сыпь, миалгии, головная боль, боль в спине, лимфаденопатия, конъюнктивит. Тяжелое течение заболевания встречается у новорожденных, при этом заражение происходит интранатально, а также пожилых (>65 лет) и лиц с коморбидностью (артериальная гипертензия, диабет, сердечно-сосудистыми заболеваниями) [2]. При тяжелом течении встречаются менингоэнцефалит, синдром Гийена-Барре, миокардит, аритмии, увеит, ретинит, редко выраженный геморрагический синдром, почечная недостаточность. Описаны случаи хронического течения с повреждением суставов и формирования хронического артрита. Лабораторная верификация заключается в обнаружении РНК вируса в крови, выявлении антител классов IgM и IgG с последующей сероконверсией. В настоящее время не существует этиотропной терапии с доказанным противовирусным эффектом. Лечение лихорадки чикунгунья неспецифическое и заключается в применении НПВП, дезинтоксикационной терапии, ГКС при тяжелых рефрактерных артралгиях [3].

В инфекционное отделение ГБУЗ МО «Раменская больница» 28.08.2025 поступило 2 пациента на 4-е сутки заболевания с жалобами на озноб, повышение температуры до 39,5°С, боли в суставах и мышцах, умеренно выраженную головную боль, в дебюте заболевания однократно разжиженный стул. Из эпидемиологического анамнеза известно, что 27.08.2025 вернулись из Шри-Ланка, где в период пребывания, в течение двух недель, отмечали факт укусов комаров. По данным осмотра у обоих пациентов отмечена гепатомегалия, отсутствие деформации и воспалительных изменений суставов. При этом у одного из них отмечалась диффузная гиперемия кожи, у второго на коже обеих голеней мелкоточечная и петехиальная сыпь. Диагноз подтвержден обнаружением РНК вируса Чикунгунья в образцах крови. Одновременно проведено исследование на другие лихорадки (Денге, Зика), малярию, кишечную группу инфекций – результат отрицательный По данным исследования в клиническом анализе крови изменений, типичных для вирусных лихорадок не выявлено. В биохимическом анализе крови незначительное повышение уровня аминотрансфераз (АЛТ и АСТ не более 1,5 N). В коагулограмме зафиксировано повышение уровня Д-димера, который нормализовался к моменту выписки. Проведена дезинтоксикационная терапия, введение НПВП (диклофенак), ГКС в малых дозах коротким курсом. На фоне проведенного лечения состояние с выраженной положительной динамикой в течение 3-х дней с купированием интоксикационного, артралгического, астенического синдромов. Оба пациента выписаны в удовлетворительном состоянии.

Случаи чикунгунья в Московской области – наглядный пример типичной эпидемиологической ситуации с завозом тропических лихорадок. Высокая настороженность врачей первичного звена, грамотная дифференциальная диагностика и четкое соблюдение алгоритма – ключевые меры для обеспечения эпидемиологического благополучия. Таким образом, у пациентов с лихорадкой и артралгией, вернувшихся из тропиков, необходимо исключать не только малярию, лихорадку денге, но и лихорадку чикунгунья.

Список литературы.

1. Del Valle, S. Y. Chikungunya challenge / S. Y. Del Valle, B. H. McMahon, J. Asher [et al.] // BMC Infect. Dis. – 2018. – № 18. – P. 245. – URL: https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-018-3124-7#citeas. – Дата публикации: 30.05.2018. DOI: 10.1186/s12879-018-3124-7

2. Лихорадка Чикунгунья у ребенка после посещения Таиланда / М.А. Сайфуллин, Н.Н. Зверева, Е.Ю. Пылаева, С.В. Сметанина, В.Ф. Ларичев, Л.С. Карань, А.М. Бутенко. // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2020. – № 99 (6). С. 271–275.

3. Gérardin, P. Neurocognitive Outcome of Children Exposed to Perinatal Mother-to-Child Chikungunya Virus Infection: The CHIMERE Cohort Study on Reunion Island / S. Sampériz, D. Ramful, B. Boumahni, M. Bintner, J-L. Alessandri, A. M. Powers [et al.] // PLoS Neglected Tropical Diseases. – 2014. – Vol. 8,

№7 – P. 1-14. – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25033077/. – DOI: 10.1371/journal.pntd.0002996

Соцкая Я.А., Волова А.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ НА ТЕРРИТОРИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, Луганск

Актуальность. Проблема ветряной оспы определяется высокой контагиозностью, широким распространением данного заболевания, риском развития осложнений [1, 2].

Целью работы было изучение нетипичных случаев протекания ветряной оспы.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 92 ребёнка с ветряной оспой в возрасте от 1 до 17 лет. Изучение всех случаев проходило амбулаторно в пгт. Новосветловка Луганская Народная Республика. Мальчики среди обследованных составили 34 (36,9%), девочки – 58 (63,1%). Диагноз ветряной оспы был выставлен на основе анамнестических, эпидемиологических, клинических результатов ПЦР (качественный состав) из носоглотки [3]. Пациенты разделены на группы по возрасту, полу, наличием высыпаний везикулярных на ладонях и стопах – 31 (33,6%), пациенты, у которых зарегистрированный второй случай за жизнь ветряной оспы – 26 (28,2%), а также пациенты с зарегистрированными случаями ветряной оспы третий раз за жизнь – 12 (13,0%).

Результаты. Во время изучения все пациенты обследованы методом ПЦР (мазок из носоглотки качественным методом) у 100% пациентов выделена Varicella zoster.

Группа детей с нетипичным характером высыпаний не только на теле, волосистой части головы, слизистых, но и на ладонях и стопах 31 (33,6%) были обследованы экспресс методом тест полосками РЭД для выявления Энтеровирусов, у данной группы результаты экспресс диагностики был отрицателен в 100%.

У группы детей с нетипичным характером высыпаний лечение проходило амбулаторно, из них 40% детей с легким течением в возрасте от 1 года до 9 лет, и 60% со средней степенью тяжести в возрасте от 10 до 17 лет.

У группы детей зарегистрированными случаями ветряной оспы третий раз за жизнь (12(13,0%)) течение заболевания проходило в лёгкой форме, без повышения температуры тела.

В группе детей, у которых зарегистрированный второй случай за жизнь ветряной оспы (26 (28,2%)) в 70% течение заболевания проходило в лёгкой форме, у 30% – средней степени.

Выводы. В ходе изучения случаев ветряной оспы лёгкой и средней степени тяжести на территории Луганской Народной Республики было выявлено, что у 33,6% имела место не только на теле, волосистой части головы, слизистых, но и на ладонях и стопах. Нетипичный характер сыпи, может быть, обусловлен изменчивостью вируса, что требует дальнейшего изучения заболевания. Учитывая 28,2% заболевших ветряной оспой второй раз за жизнь и 13,0% заболевших в третий раз, необходимо рассмотреть вопрос о включении вакцинации от ветряной оспы в календарь профилактических прививок.

Список литературы.

1. СанПИН 3.3686-21 «Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая. 2021.

2. Скрипченко Е. Ю. Современный взгляд на особенности течения ветряной оспы у детей и возможности специфической профилактики / Е.Ю. Скрипченко, Г.П. Иванова, Н.В. Скрипченко и др. // Практическая медицина. – 2021. – Т. 19, № 2. – С. 8-13.

3. Харченко Г.А. Ветряная оспа: клиника, лечение, профилактика / Г.А. Харченко, О.Г. Кимирилова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2017. – №2. – С. 72–75.

Сухорук А.А.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ – ЛЕЧИТЬ ДО ИЛИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ?

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Пациенты с хроническим гепатитом С (ХГС) с исходом цирроз печени требуют особого подхода к назначению противовирусной терапии (ПВТ). До появления препаратов прямого противовирусного действия терапевтические возможности были существенно ограничены в связи с противопоказаниями к назначению пегилированного интерферона и рибавирина, широким спектром нежелательных явлений, а эффективность лечения оставалась низкой (30 – 60%) и зависела от генотипа вируса гепатита С (ВГС) [1, 2, 3].

В настоящее время в Российской Федерации доступны для применения у пациентов с циррозом печени следующие безинтерфероновые схемы ПВТ: Глекапревир + Пибрентасвир, Софосбувир + Велпатасвир, Софосбувир + Даклатасвир, Софосбувир + Ледипасвир, Гразопревир + Элбасвир, Дасабувир; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир.

Декомпенсированный цирроз печени – прямое показание к выполнению трансплантации печени. Однако, выполнение трансплантации на фоне активной репликации ВГС приводит к инфицированию трансплантата, развитию возвратной ВГС-инфекции и быстрому прогрессированию фибротических изменений в трансплантате [2, 3].

Проведение ПВТ до трансплантации не только позволяет стабилизировать функцию и отсрочить выполнение операции, но и является мерой профилактики развития возвратной ВГС-инфекции в трансплантате [2, 4, 5, 6].

В соответствии с инструкциями по медицинскому применению лекарственных препаратов пациентам с декомпенсированным циррозом печени (класс С по Child-Pugh) возможно назначение следующих схем ПВТ:

- Софосбувир + Велтапасвир + Рибавирин в течение 12 недель (пангенотипная схема; для пациентов с опытом лечения препаратами, ингибирующими NS5A, длительность лечения следует увеличить до 24 недель);
- Софосбувир + Даклатасвир + Рибавирин в течение 24 недель (применяется у пациентов, инфицированных ВГС 1, 2, 3, 4 генотипов; возможно применение у пациентов с предшествующей неэффективностью терапии пегилированным интерфероном в сочетании с Рибавирином и Софосбувиром и/или препаратами, ингибирующими NS3/4A; при непереносимости Рибавирина возможно применение схемы без его включения);
- Софосбувир + Ледипасвир +Рибавирин в течение 12 недель (применяется у пациентов, инфицированных ВГС 1, 4 – 6 генотипов; при непереносимости Рибаварина возможно назначение Софосбувира в сочетании с Ледипасвиром в течение 24 недель).

Общим правилом назначения Рибавирина является титрование его дозы с начальной 600 мг до максимальной в 1000/1200 мг (1000 мг для пациентов весом <75 кг и 1200 мг для пациентов весом ≥75 кг) при хорошей переносимости.

У всех вышеуказанных схем ПВТ отмечается высокая эффективность (94-96%) и приемлемый профиль безопасности, что имеет особое значение при применении у пациентов с декомпенсированной функцией печени.

Пациентам с декомпенсированным циррозом печени в исходе ХГС без гепатоцеллюлярной карциномы, ожидающим трансплантацию печени, с MELD ≥20 возможно начать лечение до трансплантации, если предполагаемое время ожидания органа превышает 6 месяцев.

Таким образом, представляется оптимальным проведение ПВТ ХГС у пациентов, находящихся в листе ожидания на трансплантацию печени в дотрансплантационном периоде.

Список литературы.

1. Жданов К. В., Козлов К. В., Сукачев В. С. Эволюция противовирусной терапии хронических гепатитов B, C, D // Журнал инфектологии – 2009 – Т. 1, № 4 – С. 23-35

2. Эсауленко Е. В., Сухорук А. А., Герасимова О. А. Опыт противовирусной терапии хронического гепатита С до и после трансплантации печени. Практическая медицина. 2014. № 7 (83). С. 27 – 30

3. Эсауленко Е. В., Герасимова О. А., Сухорук А. А., Хомченко И. В. Опыт противовирусной терапии хронического гепатита С после трансплантации печени. Инфекционные болезни. 2012. Т. 10. № 2. С. 84 – 87.

4. Абдурахманов Д. Т., Морозов В. Г., Никитин И. Г. и др. Безопасность и эффективность телапревира в лечении хронического гепатита С у больных российской популяции, включенных в исследование по программе раннего доступа // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – № 1. – С. 39-46.

5. Чуланов В. П., Исаков В. А., Жданов К. В., Бакулин И. Г., Бурневич Э. З., Латарска-Смуга Д. Промежуточные результаты международного многоцентрового проспективного наблюдательного исследования MOSAIC по оценке эпидемиологии, субъективных и экономических исходов лечения хронического вирусного гепатита С. Инфекционные болезни. 2018;16(1):5-14.

6. Жданов К. В. Элиминация HCV-инфекции: история с продолжением // Журнал инфектологии. 2018. Т. 10, № 4. С. 6-13.

Сухорук А.А.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Хронические вирусные гепатиты являются одной из самых актуальных проблем современной медицины, что обусловлено их значительной распространенностью среди населения и серьезными социально-экономическими последствиями, к которым относятся увеличение смертности и инвалидизации среди населения трудоспособного возраста, а также снижение рождаемости, численности трудоспособного населения, ожидаемой продолжительности жизни граждан.

13 февраля 2001 года в Государственной Думе Российской Федерации впервые прошли парламентские чтения «О государственной политике по предупреждению распространения в Российской Федерации заболеваемости инфекционным гепатитом», на которых было подчеркнуто, что проблема вирусных гепатитов из медицинской переросла в общегосударственную, а распространение вирусных гепатитов представляет реальную угрозу для здоровья нации. Однако, в связи с отсутствием эффективных противовирусных препаратов в то время полное решение проблемы не представлялось возможным [1, 2].

Начиная с 10-х годов XXI века в клиническую практику стали внедряться принципиально новые лекарственные средства – препараты с прямым противовирусным действием, обладающие высокой активностью в отношении вируса гепатита С в сочетании с безопасностью для пациентов, что позволило по-новому отнестись к перспективам борьбы с хроническим гепатитом С (ХГС) [3, 4, 5].

Экономическое бремя ХГС в 2024 г. по оценкам экспертов составило 78,5 млрд руб. с учетом прямых и косвенных затрат [6].

Прямые медицинские затраты составили около 28,3 млрд руб., при этом наибольшую долю в структуре прямых затрат (74,0%) занимали закупки лекарственных препаратов для лечения ХГС, на которые приходилось 20,9 млрд руб. (по данным мониторинга закупок препаратов для лечения гепатита С в России, «Экспертная группа Здравресурс», 2025) [6].

Косвенные экономические затраты в связи ХГС, связанные с потерями ВВП в виде недополученной заработной платы работников и налоговых доходов государства, вследствие инвалидизации и преждевременной смертности населения по оценкам составили 47,5 млрд руб., а прямые немедицинские затраты – 2,7 млрд руб. (адаптированные данные Института прикладных экономических исследований РАНХиГС, 2022). Высокая доля косвенных экономических затрат свидетельствует о значительном потенциале увеличения прямых инвестиций в противодействие указанным заболеваниям, которые могут окупиться за счет снижения косвенных затрат [6].

В целях исполнения п. 9 «д» поручения Президента Российской Федерации от 2 мая 2021 года № 753 «Об обеспечении поэтапной реализации в 2021-2030 годах мероприятий, направленных на борьбу с гепатитом С» была утверждена рабочая группа по разработке программы поэтапной реализации мероприятий по борьбе с гепатитом С в 2021–2030 годах; утверждены клинические рекомендации по лечению хронического вирусного гепатита С, разработан стандарт оказания медицинской помощи по ХГС; утвержден план мероприятий по борьбе с ХГС в Российской Федерации до 2030 года (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 2 ноября 2022 г. № 3306-р). В рамках Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» в настоящее время реализуется Федеральный проект «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания».

Моделирование социально-экономических последствий распространения ХГС, проведенное в последние годы рядом экспертных организаций, продемонстрировало, что предупреждение заражения вирусом гепатита С и значительное увеличение охвата лечением пациентов могут существенно ограничить распространение ХГС, сохранить сотни тысяч человеческих жизней к 2030 году и сократить в перспективе прямые и косвенные экономические затраты [6].

Список литературы.

1. Сысоев К. А., Чухловин А. Б., Шахманов Д. М., Жданов К. В., Тотолян Арег А. Профиль цитокинов и хемокинов в плазме крови пациентов с хроническим гепатитом С // Инфекция и иммунитет, 2013. № 1. С. 49-58. DOI: 10.15789/2220-7619-2013-1-49-58

2. Жданов К. В. Элиминация HCV-инфекции: история с продолжением // Журнал инфектологии. 2018. Т. 10, № 4. С. 6-13.

3. Абдурахманов Д. Т., Морозов В. Г., Никитин И. Г. и др. Безопасность и эффективность телапревира в лечении хронического гепатита С у больных российской популяции, включенных в исследование по программе раннего доступа // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. № 1. С. 39-46.

4. Чуланов В. П., Исаков В. А., Жданов К. В., Бакулин И. Г., Бурневич Э. З. , Латарска-Смуга Д. Промежуточные результаты международного многоцентрового проспективного наблюдательного исследования MOSAIC по оценке эпидемиологии, субъективных и экономических исходов лечения хронического вирусного гепатита С. Инфекционные болезни. 2018;16(1):5-14.

5. Wei L., Jia J. D., Wang F. S., Niu J. Q., Zhao X. M., Mu S., et al. Efficacy and safety of elbasvir/grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1, 4, or 6 infection from the Asia-Pacific region and Russia: Final results from the randomized C-CORAL study. J. Gastroenterol. Hepatol. 2019; 34(1): 12-21. DOI: 10.1111/jgh.14509

6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. 424 с.

Сухорук А.А.[1], Жданов К.В.[1,2]

ТРИ ПОКОЛЕНИЯ ВАКЦИН ПРОТИВ ГЕПАТИТА В

[1] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург;
[2] Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург

Первым поколением препаратов для специфической профилактики гепатита В стала полученная в конце 70-х годов прошлого века из плазмы больных гепатитом В вакцина, содержавшая инактивированные вирусные частицы. Уже в 1981 году она была одобрена для использования в Китае и США, а пик использования пришелся на середину 80-х годов. При постмаркетинговом наблюдении за лицами, привитыми плазменной вакциной, было зарегистрировано нескольких случаев побочных проявлений после иммунизации в виде поражения центральной и периферической нервной системы, что ограничило ее использование [1, 2].

Успешные эксперименты по разработке эукариотических клеточных линий, экспрессирующих белок поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) привели к получению вакцин второго поколения. Первая рекомбинантная вакцина против гепатита В, получившая коммерческое название Engerix-B™, была разработана и внедрена в клиническую практику в 1986 году. Активной субстанцией рекомбинантной вакцины является HBsAg, который получают на дрожжевых клетках или клетках животного происхождения, в которые с помощью плазмид вводится ген HBsAg. В

последствии было разработаны еще шесть вакцин данного типа. Вакцины второго поколения индуцируют образование специфических антител к HBsAg (HBsAb), концентрация которых, равная 10мМЕ/мл, достаточна для создания иммунитета против вируса гепатита. Вакцины против гепатита В второго поколения являются эффективными, широко используются в различных странах для плановой и экстренной профилактики, предотвращая в том числе развитие тяжелых фульминантных форм заболевания [2, 3, 4, 5].

Несмотря на то, что именно с развитием генно-инженерных технологий и широким внедрением в практику вакцин второго поколения, появилась возможность контроля HBV-инфекции, они оказались не лишены ряда недостатков. Рекомбинантные вакцины второго поколения не содержат в своем составе доменов pre-S1 и pre-S2, которые существенным образом влияют на их иммуногенность и протективные свойства. Кроме того, они не запускают каскад иммунологических реакций, приводящих к образованию антител к pre-S1 и pre-S2 антигенам, играющих важную защитную роль. В дополнение к гуморальному ответу, для появления защитного иммунитета требуется также эффективный клеточный ответ со стороны клеток памяти, антигенпрезентирующих клеток и цитотоксических Т-лимфоцитов. Известно, что домены pre-S1 и pre-S2 содержат антигенные детерминанты, специфичные к Т-лимфоцитам, что также играет существенную роль в формировании протективных эффектов вакцины. Все вышеперечисленное явилось предпосылкой к дальнейшему проведению исследований и разработке вакцины третьего поколения, содержащей все три рекомбинантных белка оболочки вируса гепатита В: малый антиген S (HBsAg), средний pre-S2 и большой pre-S1 поверхностные антигены. В ходе клинических исследований вакцины третьего поколения ее повышенная иммуногенность была доказана в ряде контролируемых сравнительных исследований, проведенных с участием детей и взрослых, а также в особых группах пациентов (пациенты с иммуносупрессией, страдающие почечной недостаточностью, а также лица, не отвечающие на вакцины второго поколения), что отражает ее особое значение при использовании у иммунокомпрометированных лиц, а также при необходимости осуществления мер экстренной профилактики гепатита В [2]. Вакцина третьего поколения, широко используемая в мире с 2009 года, в 2022 году была зарегистрирована для медицинского применения в Российской Федерации.

Список литературы.

1. Ивашкин В. Т., Ющук Н. Д. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В. – М., 2014. – 67 с.

2. Эсауленко Е. В. Иммуногенность вакцины против гепатита В третьего поколения (PRE-S1/PRE-S2/S)/ Е. В. Эсауленко, А. А. Сухорук, К. А. Захаров и др. // Инфекция и иммунитет. 2018. – Т. 8. № 1. – С. 71-78.

3. Актуальные инфекции в Гвинейской Республике: эпидемиология, диагностика и иммунитет / под ред. А. Ю. Поповой. СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2017. 288 с.

4. Чистякова Н. В. Презентеизм медицинского персонала и его эпидемические последствия. Методология и технология непрерывного профессионального образования. 2022. № 1 (9). С. 37-41.

5. Эсауленко Е. В., Алексеева М. В., Сухорук А. А., Понятишина М. В., Прийма Е. Н., Бубочкин А. Б. Фульминантный гепатит в реальной клинической практике. Инфекционные болезни. 2017. Т. 15. № 2. С. 70-74.

Теслова О.А.[1], Жаворонок С.В.[1], Скрипко О.А.[2], Горовая М.П.[2]

СМЕНА СХЕМЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

[1] Белорусский государственный медицинский университет, Минск;
[2] Городская клиническая инфекционная больница, Минск

Введение. Антиретровирусная терапия (АРТ) является действенным инструментом контроля над течением ВИЧ-инфекции и способствует увеличению продолжительности жизни людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) [1]. В настоящее время благодаря комбинированной АРТ продолжительность жизни ЛЖВ сравнима с популяционной [2]. С увеличением продолжительности терапии возникает потребность в смене схемы. В соответствии с Национальным клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией [3], показаниями для перехода на другую схему АРТ являются: вирусологическая неудача лечения, индивидуальная непереносимость, взаимодействие с другими лекарственными средствами, развитие тяжелых или длительно сохраняющихся умеренных нежелательных реакций на любой из компонентов схемы, наличие медицинских противопоказаний к применению определенного лекарственного средства, модификация схемы для уменьшения кратности приема и/или для уменьшения последствий долговременного использования, появление новых рекомендованных схем и некоторые другие.

Цель. Изучить особенности АРТ и причины смены схемы у женщин, живущих с ВИЧ (ЖЖВ).

Материалы и методы. В когорту ретроспективного обсервационного исследования на момент публикации включены 524 пациентки, наблюдавшиеся в консультативно-диспансерном отделении по ВИЧ-инфекции Городской клинической инфекционной больницы г. Минска, начиная с 2020 года. На протяжении изучаемого периода, в том числе – ввиду изменения подходов к назначению АРТ, количество ЖЖВ, никогда на протяжении жизни не принимавших АРТ, составило 24 (4,6%).

Статистическая обработка рядов данных произведена с использованием программного обеспечения STATISTICA 10 (StatSoft. Inc, США) и Microsoft

Excel, 2007 (Microsoft Corporation, США). Категориальные переменные представлены с указанием частот (n (%)). При межгрупповом сравнении вычислено отношение шансов (ОШ) и его 95% доверительный интервал [95% ДИ] с указанием вероятности ошибки (p).

Результаты. За анализируемый 25-летний период ЖЖВ в совокупности прожили 4766 человеко-лет. Из них количество лет, прожитых ЖЖВ на АРТ, составило 3075 (64,5%), на протяжении которых зафиксировано 736 смен схем АРТ; таким образом, в среднем смена схемы АРТ у ЖЖВ производилась 1 раз в 4 года.

Из совокупной когорты 363 (69,3%) ЖЖВ продолжают жить, 161 (30,7%) – умерли, из которых 20 (12,4%) женщин – из числа ЖЖВ, не принимавших АРТ (ОШ 12,7 [95% ДИ 4,3-37,9], p<0,0001).

Из 500 женщин на АРТ приверженными лечению были 245 (49,0%). Коэффициент отношения числа смен АРТ на 1 ЖЖВ составляет 1,5 с диапазоном от 0 до 6.

Рейтинг причин смен схем АРТ у ЖЖВ в соответствии с рекомендациями клинического протокола представлен следующим образом:

– индивидуальная непереносимость АРТ – 121 (16,4%);

– появление новых рекомендованных схем – 87 (11,9%);

– вирусологическая и/или иммунологическая неудача лечения – 62 (8,4%);

– взаимодействие с другими лекарственными средствами у коморбидных пациенток – 52 (7,1%);

– развитие нежелательных реакций – 42 (5,7%);

– модификация схемы – 10 (1,4%).

Дополнительными основаниями для смены схемы АРТ у ЖЖВ явились:

– недоступность (отсутствие) лекарственных средств для АРТ – 210 (28,7%);

– после отрыва от АРТ – 98 (13,3%);

– изменения, связанные с диагностированной или планируемой беременностью – 52 (7,1%) случая, из них: диагностированная на фоне АРТ беременность – 21 (40,4%), прегравидарно – 19 (36,5%), в послеродовом периоде в связи с окончанием мероприятий профилактики перинатальной передачи ВИЧ – 12 (23,1%);

– переход на «взрослую» схему АРТ у 18-летней пациентки, живущей с ВИЧ с рождения – 1 (0,1%).

Выводы. На основании полученных данных установлено, что отсутствие АРТ в прошедшем 25-летнем периоде увеличивало шансы смерти ЖЖВ в 12,7 раз (p<0,0001), при этом приверженность АРТ наблюдалась у 49% пациенток. За указанный период смена схемы АРТ у ЖЖВ производилась в среднем 1 раз в 4 года, наиболее частыми причинами которой являлись отсутствие лекарственных средств – 28,7% и индивидуальная непереносимость – 16,4% случаев. Причинами смены схемы АРТ у ЖЖВ, помимо установленных национальным протоколом, явились

диагностированная или планируемая беременность – в 7,1% случаев, перевод женщины, перинатально инфицированной ВИЧ, при достижении совершеннолетия на схему АРТ, применяемую во взрослом возрасте – 0,1%.

Заключение. АРТ, являясь в современных условиях основным здоровьесберегающим и сохраняющем жизнь инструментом, требует особой ответственности как со стороны пациенток, так и со стороны врачей. Залогом длительной эффективности АРТ является высокая приверженность лечению, что, однако, наблюдается менее, чем в половине случаев. В целях улучшения приверженности следует обратить внимание на факт, что непереносимость АРТ наблюдается у каждой шестой ЖЖВ, и установить ее причины. Также для сохранения непрерывности и последовательности АРТ следует женщинам, находящимся в репродуктивном возрасте, назначать такие схемы лечения, которые не потребовали бы смены схемы при планировании или появлении беременности, что также относится к взрослеющим женщинам, живущим с ВИЧ с рождения. Абсолютно критическим является бесперебойное наличие лекарственных средств для АРТ.

Список литературы.

1. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies / A. Trickey, C.A. Sabin, G. Burkholder [и др.]. – DOI: 10.1016/S2352-3018(23)00028-0. Epub 2023 Mar 20. PMID: 36958365; PMCID: PMC10288029. – Текст: электронный // Lancet HIV. – 2023. – № 10 (5). – С. e295-e307.

2. de la Mora, L. Epidemiology, treatment and prognosis of HIV infection in 2024: A practical review / L. de la Mora, J. Mallolas, J. Ambrosioni. – DOI: 10.1016/j.medcli.2023.12.007. Epub 2024 Feb 20. PMID: 38383266. – Текст: электронный // Med Clin (Barc). – 2024. – №162 (11). – С. 535-541.

3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 2022 г. № 73 «Об утверждении клинического протокола».

Трембач А.В.[1,2], Бгане Н.М.[1,2], Одабашян А.С.[2], Гордон Т.А.[2]

СОВРЕМЕННЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КРИТЕРИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ И СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ШКАЛ ОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТОВ ПО ПРОГНОЗИРОВАНИЮ И МОНИТОРИРОВАНИЮ ТЯЖЕСТИ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕДИАТРИИ

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Введение. Сепсис является одной из ведущих причин летальности в педиатрических отделения реанимации и интенсивной терапии. Летальность от сепсиса в педиатрической популяции по данным S.L. Weiss et al. (2020) варьирует от 4-50%, в зависимости от тяжести заболевания, сопутствующей

патологии, факторов риска, возрастных особенностей детского организма [1]. Руководство «Сепсис-3» определили сепсис как жизнеугрожающую органную дисфункцию, обусловленную нарушением регуляции реакции организма в ответ на инфекционный агент, а «септический шок»- как разновидность сепсиса с циркуляторной, клеточно-метаболической дисфункцией [2]. Общество критической медицины (SCCM) в 2024 году опубликовало актуализированное руководство по сепсису, в котором изменились диагностические критерии сепсиса у детей. Они основываются на оценке пациентов по, так называемой, септической шкале Феникс (Phoenix sepsis score – PSS), которая базируется на оценке четырех органных систем (респираторной, сердечно-сосудистой, центральной нервной системы и системы свертывания крови) [3].

Цель исследования. Целью нашего исследования была сравнительная оценка дискриминационной способности шкал pSOFA, PPS, PELOD-2, VIS по прогнозированию летальности у детей с сепсисом.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретроспективное одноцентровое обсервационное исследование. В исследование включены дети, госпитализированные в отделении анестезиологии и реанимации №1 ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница Министерства здравоохранения Краснодарского края» (ДККБ), с диагнозом сепсис в период 2016-2024 гг.

Критерии включения: а) возраст от 1 года до 18 лет. б) наличие сепсис-индуцированной органной дисфункции или наличие септического шока.

Критерии исключения: а) врожденные нарушения метаболизма. б) пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 24 часов. в) пациенты, нуждающиеся в заместительной почечной терапии по почечным показаниям в течение первых 6 часов с момента госпитализации.

Конечной точкой исследования являлась 28-дневная летальность.

При поступлении и в динамике всех пациентов оценивали по шкалам органной дисфункции paediatric Sequential Organ Failure Assessment (pSOFA), paediatric logistic organ dysfunction-2 (PELOD-2), оценочной системы Vasoactive-Inotropic Score (VIS), шкалы Phoenix sepsis score (PSS) [4].

Критериям включения и исключения соответствовало 83 ребенка, средний возраст которых составил 6,4 года. 43 (51%)-мальчики (средний возраст 6 лет), 40 (49%) девочек (средний возраст 6,8 лет).

Основные характеристики детей представлены в виде медианных и средних значений с межквартильными интервалами, процентов или частот в зависимости от характеристики признака. Непрерывные переменные сравнивали с использованием U-теста Манна–Уитни. Двусторонние значения $p<0,05$ считались статистически значимыми. Дискриминационную способность различных показателей определяли путем вычисления площади под кривой (receiver operating characteristic (ROC).

Результаты. Все 83 ребенка, включенных в исследование, были разделены на две группы: выжившие дети (68 человек) и умершие (15

человек). Оценка проводилась в 1, 3, 5–7 и 10–14 дни с момента поступления в реанимационное отделение. При поступлении детей с сепсисом оценки по шкалам органной дисфункции pSOFA и PELOD-2 оказались в зоне неопределенности по критерию Манна-Уитни (> 0,05), данные по шкалам VIS и PSS вовсе не показали статистической разницы между сравниваемыми пациентами. Несмотря на то, что статистический анализ методом Манна-Уитни показал достоверную разницу между группами по шкалам pSOFA, PELOD-2 и PSS на 3-и сутки нахождения в реанимационном отделении, данные при построении ROC кривой показали хорошую дискриминационную способность только для шкалы PELOD-2 и удовлетворительную – для pSOFA. На 5–7-е и 10–14-е сутки наблюдались статистически значимые различия между сравниваемыми пациентами по всем примененным шкалам с соответствующими «точками отсечения».

Выводы. Для прогнозирования вероятности летального исхода у детей с сепсисом рекомендуется использовать шкалы органной дисфункции PELOD-2 (критическое значение >4), шкалу сепсиса Феникс – PSS (критическое значение ≥ 6), шкалу pSOFA (критическое значение ≥ 6). Через 48 часов пребывания в реанимационном отделении данные шкалы имеют хорошую дискриминационную способность по прогнозированию вероятности летального исхода, но для более чувствительного и эффективного мониторинга течения органной дисфункции и прогнозирования сепсиса целесообразно использовать шкалу PELOD-2.

Список литературы.

1. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children / S.L. Weiss, M.J. Peters, W. Alhazzani [et al.] // Pediatr Crit Care Med. – 2020. – Vol. 21. – P. 52-106.

2. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) / M. Singer, C.S. Deutschman, C.W. Seymour [et al.] // JAMA. – 2016. – Vol. 315 (8). – p. 801 – 810.

3. Society of Critical Care Medicine Pediatric Sepsis Definition Task Force. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock / L.J. Schlapbach, R.S. Watson, L.R. Sorce [et al.] // JAMA. – 2024. – Vol. 331 (8). – P. 665 – 674.

4. Александрович Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний / Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев. – 3-е изд., дополн. и исправл. – Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2015. – С. 320.

Хабарова А.В., Соцкая Я.А.

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В: ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, Луганск

Исторически неупорядоченное размещение промышленных объектов на территории Донбасса сформировало неблагоприятную экологическую и социальную ситуацию, которая в значительной степени способствует росту хронической патологии среди населения. В современных условиях дополнительное влияние оказывают массовые миграционные процессы, злоупотребление алкоголем, а также выраженный постстрессовый синдром, обусловливающий дезадаптацию в условиях военного времени. Все эти факторы усугубляют течение заболеваний печени, в частности хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) [1-4].

Цель исследования заключалась в изучении особенностей клинического течения ХВГВ в актуальных социально-экономических условиях Луганской Народной Республики.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 150 пациентов, включённых во Федеральный регистр больных вирусными гепатитами. Возраст обследованных варьировал от 19 до 59 лет: 85 мужчин (56,7%) и 65 женщин (43,3%). Для подтверждения диагноза использовались серологические маркеры HBV (HBsAg, анти-HBcIgM, анти-HBcIgG, анти-HBs, HBeAg, анти-HBe), определение HBV-DNA методом ПЦР (качественным и количественным), а также методы оценки стадии фиброза печени (Фибротест, эластометрия, сонография).

Результаты и обсуждение. У всех пациентов выявлялись HBsAg и HBV-DNA. Для выбора тактики противовирусной терапии учитывалась фаза инфекционного процесса. HBeAg-позитивная форма инфекции диагностирована у 11 пациентов (7,33%), у 42 (28%) наблюдались лабораторные признаки HBeAg-позитивного гепатита, в то время как у 97 (64,7%) имелась HBeAg-негативная форма, в ряде случаев с выраженными некроинфламматорными изменениями и определяемой вирусной нагрузкой. По данным количественной ПЦР минимальная виремия отмечена у 43 пациентов (44,3%), умеренная – у 41 (42,3%), а высокая – у 13 (13,4%). Все пациенты соблюдали диетотерапию. Большинство обследованных (125 человек, 83,3%) получали энтекавир: при отсутствии цирроза – 0,5 мг/сут, при циррозе – 1,0 мг/сут. Пациенты с HBeAg-негативной формой, минимальной вирусной нагрузкой и отсутствием цитолиза (25 человек, 16,7%) находились под динамическим наблюдением с лабораторным контролем каждые три месяца. Длительность терапии составляла от 1 до 5 лет; в отдельных случаях имело место вынужденное её прекращение в связи с недоступностью препарата. Несмотря на отсутствие полной элиминации HBsAg у 125

пациентов, при HBeAg-положительном варианте заболевания отмечались сероконверсия (появление анти-HBe) и вирусная супрессия. Однако нередко фиксировалась реактивация процесса с сохранением цитолитической активности, что приводило к прогрессированию фиброза. Важным фактором усугубления течения болезни являлась коморбидность, в частности сочетанная патология гепатобилиарной системы и ЖКТ.

Выводы. Совокупность неблагоприятных экологических и социальных факторов региона способствует исходной компрометации гепатобилиарной системы, что отягощает течение HBV-инфекции. Снижение вирусной нагрузки в процессе терапии рассматривается как надёжный прогностический критерий эффективности лечения как для HBeAg-позитивных, так и для HBeAg-негативных форм. Однако стойкий биохимический ответ не всегда достижим даже при длительной вирусной супрессии. Приостановить прогрессирование фиброза возможно только при условии стойкого снижения вирусной нагрузки и устранения цитолиза, что затруднено у пациентов с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы.

Список литературы.

1. Еремеева, З.Г. Вопросы эпидемиологии, верификации и профилактики хронической HBV-инфекции у доноров и ВИЧ-позитивных пациентов: научный обзор / З.Г. Еремеева, В.К. Фазылов, А.М. Сиразиев // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2025. – Т.30, №1. – С. 35–44. DOI: 10.17816/EID643498.

2. Consensus Guidelines: Best Practices for the Prevention, Detection and Management of Hepatitis B Virus Reactivation in Clinical Trials with Immunosuppressive/ Immunomodulatory Therapy / E.B Cohen., A. Regev, A. Garg [et al.] // Drug Saf. – 2024. – Vol. 47, №4. – P. 321–332. DOI: 10.1007/s40264-024-01399-4.

3. Guidance on treatment endpoints and study design for clinical trials aiming to achieve cure in chronic hepatitis B and D: Report from the 2022 AASLD-EASL treatment endpoints conference / M.G. Ghany, M. Buti, P. Lampertico, H.M. Lee // J Hepatol. – 2023. – №79. – P.1254–1269. DOI: 10.1016/j.jhep.2023.06.002.

4. Introduction of the key update points of the 2025 Canadian Association for the Study of the Liver guideline for the management of chronic hepatitis B / J. Hercun, G.S. Kochaksaraei, S. D'souza [et al.] // Can Liver J. – 2024. – Vol. 7, №3. – P. 385–411. DOI: 10.3138/canlivj-2024-0014.

Хализова В.В., Шипулина Е.В., Дудник О.В.

ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Ивановский государственный медицинский университет, Иваново

Хронический гепатит С (ХГС) остается ведущей причиной развития цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы в современной

гепатологии. Понимание факторов, способствующих прогрессированию ХГС до терминальных стадий, имеет критическое значение для оптимизации стратегий раннего выявления и своевременного начала противовирусной терапии (ПВТ). Результаты исследования могут способствовать улучшению прогноза и снижению смертности среди пациентов с ХГС.

Цель нашего исследования: оценить факторы риска тяжелого течения ХГС. Для этого мы провели анализ 32 историй болезни больных ХГС с исходом в ЦП, которым проводилась ПВТ ХГС в условиях дневного стационара ОБУЗ «1-я ГКБ» г. Иваново в период с 2023 по 2024 годы.

Среди обследованных преобладали лица мужского пола (53%) в возрасте от 36 до 76 лет. Работающие составили лишь треть пациентов (34,4%). Среди рисков, которые могли привести к заражению вирусом гепатита С стали: выполнение татуировки (50% пациентов), половые связи без презерватива (у 37,5%). Так же в анамнезе у 5 (15,6%) пациентов было употребление наркотических веществ внутривенно. Злоупотребление алкоголем, как правило, до постановки диагноза ЦП отмечено у 25 (78,1%) больных. Все пациенты имели сопутствующие соматические заболевания, среди которых преобладали метаболические нарушения: сахарный диабет был диагностирован у 8 (25%) пациентов, ожирение – у 6 (18,8%) обследованных, гипертоническая болезнь у 14 (43,8%) пациентов.

Давность заболевания ХГС у большинства пациентов (93,8%) составила более 5 лет. Всем пациентам диагноз ХГС был поставлен, когда появились клинические проявления ЦП.

Основные проявления заболевания соответствовали клинике ЦП. У больных были выявлены астеновегетативный, диспепсический, геморрагический синдромы, гепатомегалия, желтуха, признаки печеночной энцефалопатии, асцит. При лабораторном обследовании наблюдались лейкопения у 6 (18,8%) больных, тромбоцитопения у 26 (81,2%) обследованных, анемия у 10 (31,3%) пациентов, а также изменения в биохимическом анализе крови (гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфатазы, АлАТ, сывороточного железа, снижение показателя холестерина, альбумина). Данные УЗИ отражали картину хронического гепатита с переходом в ЦП с признаками портальной гипертензии. При эластометрии печени у всех пациентов определялась стадия F4 по шкале METAVIR.

Больные получили ПВТ ХГС в условиях дневного стационара. В результате проведенной специфической терапии все пациенты достигли устойчивого вирусологического ответа. После ПВТ больные отмечали улучшение общего состояния, снижение выраженности астеновегетативного синдрома. Мы наблюдали улучшение биохимических показателей, прежде всего стойкую нормализацию уровня ферментов печени. В исходе заболевания за наблюдаемый период летальных случаев не было.

Таким образом, в исследуемой когорте больных ХГС с исходом в ЦП, доминировали мужчины среднего возраста, имеющие факторы риска:

злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, а также сопутствующая соматическая патология, прежде всего эндокринные нарушения. А комбинация данных факторов риска существенно усугубляла течение заболевания и способствовала более быстрому формированию цирротических изменений в печени. Клиника ЦП в результате ХГС соответствовала клиническому течению цирроза без инфекционного агента. ПВТ ХГС способствовала улучшение общего состояния пациентов, однако была бы более эффективна на ранних стадиях заболевания, поскольку в условиях поздней диагностики заболевание быстро прогрессирует.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации «Хронический вирусный гепатит С» / Ассоциация специалистов по вирусным гепатитам. – М.: 2023. – 84 с.

2. Белоусов Ю.Б., Цвиркун В.В. Гепатит С: клиника, диагностика, лечение // Клиническая фармакология и терапия. 2022. №3. С.24-31.

3. Современные аспекты диагностики и лечения вирусных гепатитов: монография / под ред. В.В. Селиванова. СПб.: Н-Л, 2023. 320 с.

4. Эффективность современных схем противовирусной терапии при хроническом гепатите С / Е.И. Коган [и др.] // Клиническая медицина. 2023. №3. С.45-52.

Хачатрян А.В., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Савицкая И.М., Михайлюк Э.И., Книжник Т.А., Головчанская К.В.

СЛУЧАЙ АСТРАХАНСКОЙ ПЯТНИСТОЙ ЛИХОРАДКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Астраханская пятнистая лихорадка (АПЛ) – облигатно-трансмиссивная инфекция, возбудитель которой – R. conorii subsp. caspia относится к генокомплексу R. conorii и передаётся человеку клещами Rhipicephalus pumilio.

По данным ежегодного государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ» в 2022 г. зарегистрирован 41 случай АПЛ в эндемичном районе – Астраханской области; в 2023 г. – 105, из них 100 в Астраханской области, Республике Дагестан – 2 (1 – летальный исход), Республике Калмыкия – 1, Челябинской области – 1, Москве – 1; в 2024 г. – 73, из них 71 (1 – летальный исход) в Астраханской области. По одному случаю выявлены в Республике Дагестан и Республике Калмыкия. Заболеваемость АПЛ регистрируются с апреля по октябрь (пик заболеваемости июль-август) и связаны с периодом активности имаго клещей *Rh.pumilio*.

Целью работы является представление клинического случая АПЛ.

06.06.2025 в приемное отделение ГБУЗ «Павловская ЦРБ» СМП доставлена пациентка Л. 1958 г.р., с жалобами на резкую слабость, тошноту,

ознобы, жар, беспокоящих в течение последних 6 дней. На вызове СМП зафиксирован подъем температуры тела до 39,1 С. (ранее ее не измеряла).

Из эпиданамнеза известно, что пациентка является жительницей Астраханской области, где имеет огород, домашнюю птицу. В Павловский район прибыла 10 дней назад. Укусы животных, насекомых, купание в каких-либо водоемах отрицает.

При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, быстро истощается -15 баллов по ШКГ. Менингеальные знаки отрицательные. Кожные покровы физиологической окраски. Гиперемия лица. По всему телу со сгущением на верхних конечностях, боковых поверхностях туловища мелкопятнистая бледная сыпь с геморрагическим компонентом. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 20 в мин., SpO2 97% на АВ. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС около 150 в мин., АД 80/50 мм рт. ст.

Госпитализирована в АРО с диагнозом: Лихорадка неясного генеза.

При обследовании в ОАК лейкоцитоз 17,2 Г/л, тромбоцитопения 69–28 Г/л.; в БХК повышение уровней АЛТ 104 Ед/л, АСТ 125,4 Ед/л, мочевины 25,58 ммоль/л, креатинина 220,0 мКмоль/л, СРБ 176,5 мг/л.

РМАЛ, РНИФ ГЛПС, ПЦР крови на парвовирус, энтеровирус, ИФА ВИЧ, КГЛ, ЛЗН, бак. посев крови на стерильность, КТ головного мозга, шеи, грудной клетки, УЗИ ЖКТ, почек, сердца – без значимой острой патологии.

На фоне проводимой терапии: АБ (цефтриаксон 2,0 г/сут, со сменой на меропенем 6 г/сут), ГКС (преднизолон), норадреналин, СЗП, инфузионно-дезинтоксикационная – АД стабилизируется, в остальном без существенной динамики.

Консультирована по линии санавиации специалистами СКИБ. На основании данных клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза, был заподозрен риккетсиоз. 10.06.2025 получен положительный результат ПЦР-крови: *Rickettsia spp.* Для дальнейшего лечения пациентка Л. переведена в СКИБ.

Доставлена в ОРИТ ГБУЗ СКИБ санитарным транспортом на инсуффляции увлажненным О2 4 л/мин. Состояние тяжелое, оглушение (13–14 баллов по ШКГ). Контакту доступна ограничено, отвечает с замедлением, быстро истощается. Менингеальные симптомы отрицательные, очаговости нет. Кожные покровы физиологической окраски. Гиперемия и одутловатость лица, гиперемия верхней части шеи и плечевого пояса. Обильная полиморфная пятнисто-папулезная сыпь с неровными краями розового цвета, не возвышающаяся над кожей, с элементами в виде петехий на коже и слизистых с локализацией на туловище, верхних и нижних конечностях. В местах давления одежды, манжеты тонометра петехиальные высыпания, гематомы в местах инъекций. Склеры и конъюнктивы инъецированы, кровоизлияния в области латеральных и медиальных углов склер. Аускультативно в легких жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. На атмосферном воздухе сатурация 89%, на инсуффляции увл. О2

4 л/мин – 97%, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 94 в мин., АД – 141/74 мм.рт.ст. Язык подсушен, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень 13/+3-12×10 см, край эластичный, безболезненный. Симптом поколачивания положителен с двух сторон.

Лабораторно: ОАК (10-13-15.06.2025): лейкоциты 11,6-13,87-9,62 г/л, гранулоциты 8,5-10-7 г/л, эритроциты 4,12-3,95-3,63 г/л, гемоглобин 133,0-116-107 г/л, тромбоциты 22-79-90 г/л.; БХК (10-13-15.06.2025): АЛТ 42-35-36 Ед/л, АСТ 100-101-72 Ед/л, мочевина 24,41-23,5-18 ммоль/л, креатинин 115-99-75 мКмоль/л, СРБ 91,5-29,8-17,4 мг/л, ЛДГ 2567-3136-2016 ед/л, ферритин 6165 мкг/л. лактат 5,6-2,5-1,6 ммоль/л.; Гемостаз и ОАМ без особенностей. УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Признаки отека паранефральной клетчатки правой почки, выраженных диффузных изменений обеих почек.

10.06.2025-14.06.2025 на фоне проводимой терапии (АБТ (меропенем 3,0 г/сут. + доксициклин 200 мг/сут.), ГКС (150 мг по преднизолону с постепенным снижением и последующей отменой), эритроцитарная взвесь, инфузионная терапия) состояние с положительной динамикой: нормализация температуры тела, регрессия сыпи.

15.06.2025 ухудшение состояния за счет прогрессирования СПОН. ОССН, ЦН, ДН, ОПП. Кома I. Переведена на ИВЛ. Начата вазопрессорная поддержка. В связи с увеличение уровня тромбоцитов проведена люмбальная пункция: цитоз $1,0\times10^6$, лимфоциты 50%, белок 1,4-0,42 г/л. Проведена коррекция 1,4–0,42 максиктам 4,0 г/сут + тигециклин 150/100 мг/сут. 25.06.2025 в связи с результатом полученного бак. посева крови (рост *Corynebacterium striatum*), к лечению по чувствительности добавлен ванкомицин 2,0 г/сут.

Состояние с постепенной положительной динамикой, купированы явления ОССН, 01.07.2025 экстубирована. 15 баллов по ШКГ (в сознании, контактна, адекватна). 05.07.2025 переведена в Павловскую ЦРБ на реабилитацию в связи с сохраняющимися астенизацией, адинамией, мнестико-интеллектуальным дефицитом, когнитивными нарушениями.

Выводы: таким образом, следует помнить, что с ростом миграции населения, сохраняется риск регулярного «завоза» АПЛ по Российской Федерации из эндемичных регионов. Это требует поддержания среди врачей настороженности, понимания важности полноценного и правильного сбора эпидемиологического анамнеза и необходимости обеспечения лечебных учреждений эффективными методами диагностики.

Список литературы.

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023. 368 с, 2024. – 364 с, 2025. 424 с.

2. Эпидемиологическая ситуация, лабораторная профилактика сибирского клещевого тифа, астраханской пятнистой лихорадки и марсельской лихорадки в Российской Федерации: информационное письмо [Текст] / С.Н. Шпынов, Н.В. Рудаков, С.В. Штрек, Т.А.

3. Решетникова, И.Е. Самойленко, Л.В. Кумпан ; ФБУН «Омский НИИ природноочаговых инфекций» Роспотребнадзора. – Омск : ООО Издательский центр «Омский научный вестник», 2020 – 20 с.

4. Тарасевич, И.В. Астраханская пятнистая лихорадка / / И.В. Тарасевич. – Москва : Медицина, 2002. – 171 с. : ил., табл. : 22 см.; ISBN 5-225-04367-4.

5. Рудаков Н.В., Шпынов С.Н., Самойленко И.Е., Ястребов В.К. и др. Риккетсии и риккетсиозы группы клещевой пятнистой лихорадки в Сибири. Омск: Издательский центр «Омский научный вестник», 2012. 288 с.

6. Тарасевич И.В., Боев Б.В., Висмэн Ч.Л., Рауль Д. и др. Эпидемиологические и экологические аспекты риккетсиозов // Проблемы инфектологии. М. : Медицина, 1991. С. 367-381.

Чернобровкина Т.Я.[1], Евсеева В.М.[1], Зыкова О.А.[1], Кострицкая С.С.[2], Романова К.Р.[1]

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ВЕТРЯНОЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва;
[2] Инфекционная Клиническая больница №1, Москва,

Ветряная оспа воспринимается как детская инфекция с легким течением. К осложнениям ветряной оспы относятся бактериальные суперинфекции кожи и слизистых оболочек, вирусная пневмония, энцефалит, гепатит, а также другие варианты поражения центральной нервной системы (ЦНС), которые чаще встречаются у пациентов с ослабленным иммунитетом. К предрасполагающим факторам развития ветряночной пневмонии относят наличие хронических заболеваний легкий, курение, беременность, мужской пол, пожилой возраст, нарушение иммунного статуса, онкологическое заболевание. Несмотря на то, что основное внимание в исследованиях ветряночной пневмонии у взрослых уделяется иммунокомпрометированным пациентам и беременным, случаи заболевания встречаются и среди иммунокомпетентных взрослых.

Цель: провести анализ случая ветряночной пневмонии у взрослого пациента

Материалы и методы: проанализирована медицинская карта стационарного обследования и лечения пациента 38 лет.

Результаты: Пациент М., госпитализирован в ИКБ №1 на 8-й день болезни с полиморфной сыпью на коже лица, волосистой части головы, тела,

конечностей, слизистых оболочках ротовой полости и признаками дыхательной недостаточности (ДН). Из анамнеза: заболевание началось остро с развития субфебрильной лихорадки, катаральных симптомов и общей слабости. На третьи сутки болезни появилась характерная везикулярная сыпь. Лечился самостоятельно парацетамолом, ибупрофеном и ацикловиром без эффекта. На восьмой день болезни зафиксировано снижение показателей артериального давления (АД), одышка при минимальной физической нагрузке, что послужило причиной его госпитализации.

При поступлении – состояние средней тяжести. Сознание ясное, на коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностей отмечается полиморфная сыпь, представленная макулами, папулами, везикулами и корочками на различных стадиях эволюции. При аускультации легких – дыхание ослабленное, сухие рассеянные хрипы, при перкуссии – притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Частота дыхательных движений – 18/мин. Сатурация кислорода (SpO_2) по данным пульсоксиметрии составляет 97%. Гемодинамика стабильная: АД – 110/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100/мин; тоны сердца приглушены, ритмичные. При лабораторном обследовании в клиническом анализе крови выявлена анэозинофилия. В биохимическом анализе крови зарегистрировано повышение уровня С-реактивного белка – 51,0 мг/л. Коагулограмма показала резкое увеличение концентрации D-димера – 9217 нг/мл (норма до 500 нг/мл). По данным КТ органов грудной клетки обнаружены признаки двусторонней полисегментарной инфильтрации по типу бронхопневмонии-бронхиолита.

Диагноз верифицирован на основании клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных данных: Ветряная оспа. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония (ПЦР из мокроты на ДНК VZV – положительный). Назначена комплексная терапия, включающая: противовирусное (ацикловир 750 мг в/в 3 раза в сутки) и симптоматическое лечение (инфузионная терапия, бронхолитики, местная обработка элементов сыпи бриллиантовым зеленым). На 2-е сутки госпитализации зафиксировано ухудшение состояния, обусловленное прогрессированием ДН (нарастание одышки с появлением ее в покое и усиление кашля), ЧДД – 26/мин), значительное снижение сатурации кислорода до 84%. АД – 110/65 мм рт. ст., ЧСС – 100/мин. В крови: лейкоцитоз – $19{,}8\times10^9$/л преимущественно за счет нейтрофилии (повышение абсолютного количества нейтрофилов до $16{,}43\times10^9$/л), относительная лимфопения, а также значительное повышение СРБ до 210,7 мг/л. При ультразвуковом исследовании гепатобилиарной зоны визуализировались диффузные изменения паренхимы печени по типу стеатогепатоза на фоне увеличения ее размеров, отек перивезикальной клетчатки, что коррелировало с повышением активности в сыворотке крови печеночных трансаминаз до 5 норм, и соответствует развитию гепатита. В связи с прогрессированием ДН пациент переведен в ОРИТ, где ему была начата респираторная поддержка методом высокопоточной оксигенотерапии (ВПО), антибактериальная терапия (цефтриаксон) и ГКС коротким курсом. К

шестым суткам госпитализации стала отмечаться положительная клиническая динамика: ДН была компенсирована в условиях низкопоточной оксигенации (НПО). На фоне продолжающейся терапии состояние пациента постепенно нормализовалось, однако сохранялись жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке и общую слабость. На 11-е сутки госпитализации состояние пациента расценено как среднетяжелое. При лабораторном обследовании отмечена положительная динамика, характеризующаяся регрессом воспалительных изменений: снижение количества лейкоцитов до $12{,}64\times10^9$/л и уменьшение СРБ до 60,7 мг/л. Также наблюдалась тенденция к нормализации печеночных показателей со снижением активности аминотрансфераз до 2-х норм. На контрольной КТ органов грудной клетки визуализировалась картина двусторонней полисегментарной пневмонии в стадии начального разрешения с признаками интерстициальных изменений легких. Пациент был выписан из стационара на 22-е сутки от дебюта заболевания в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшему амбулаторному наблюдению.

Заключение: Представленный клинический случай демонстрирует жизнеугрожающий потенциал ветряночной пневмонии, характеризующийся риском стремительного развития ДН. Настоящее наблюдение подчеркивает критическую важность ранней госпитализации и тщательного мониторинга взрослых пациентов с ветряной оспой, даже при отсутствии отягощенного преморбидного фона. Кроме того, он служит убедительным обоснованием необходимости первичной профилактики посредством вакцинации серонегативных взрослых, что позволяет предотвратить развитие подобных жизнеугрожающих осложнений, в ряде случаев резистентных к незамедлительно начатой терапии.

Список литературы.

1. Инфекционные болезни: национальное руководство/под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023; 782-789. DOI: 10.33029/9704-6122-8-INB-2021-1-1104. ISBN: 978-5-9704-6122-8

2. Freer G., Pistello M. Varicella-zoster virus infection: natural history, clinical manifestations, immunity and current and future vaccination strategies. New Microbiologica 2018 Apr; 41(2):95-105. WOS: 000441335400002

3. Qasem S., Almutairi R., Elhousiny M., et al. Varicella Pneumonia in Immunocompetent Adults: Symptomatic and Asymptomatic Cases. Cureus 2024 Sep 7; 16(9): e68891. DOI: 10.7759/cureus.68891

4. Cheng R., Lin F., Deng Z., et al. Prevalence and progression of pneumonia in immunocompetent adults with varicella. Virology Journal 2024; 21:39. DOI: 10.1186/s12985-024-02303-3

Чернов В.С.[1,2], Патлусов Е.П.[1,2], Козлов К.В.[3], Архипова А.С.[1]

ЭВОЛЮЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОВАРИАНТА SARS-COV-2

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург;
[2] 5 военный клинический госпиталь войск национальной гвардии РФ, Екатеринбург;
[3] Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность. В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике возникла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань. В результате чего всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Коронавирусная инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus, семейства Coronaviridae. Данный инфекционный агент тропен к клеткам слизистой дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, а также к легочной и нервной тканям человека [1,2]. Источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания, и бессимптомный носитель SARS-CoV-2. Наибольшую опасность для окружающих представляет больной человек в конце инкубационного периода и первые дни болезни. Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактно-бытовым путями. Количество вариантов SARS-CoV-2 в настоящее время превышает 1000 различных генетических линий. Выраженное эпидемиологическое значение имеют штаммы: альфа, бета, гамма, дельта и омикрон.

Коронавирусная инфекция – мультисистемное заболевание, вызывающее различные осложнения. Так, например, со стороны сердечно-сосудистой системы может развиться аритмия, декомпенсация сердечной деятельности, инфаркт миокарда. Типичные осложнения со стороны легких проявляются формированием легочного фиброза, со стороны нервной системы – разнообразные неврологические расстройства, в системе крови происходит разнонаправленные нарушения гемостаза. Основными причинами смерти при коронавирусе являются острый респираторный дистресс-синдром, сердечно-сосудистые осложнения и тромбоэмболия легочной артерии [5]. В 2023 г. заболеваемость населения Российской Федерации коронавирусной инфекцией (COVID-19) значительно снизилась по сравнению с 2020–2022 гг. Всего в 2023 г. было выявлено 2 072 203 случая COVID-19 (в 2022 г. – 12,102 млн) во всех регионах страны, показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 1412,41. По сравнению с 2022 г. заболеваемость снизилась на 82,9%. Заболеваемость детского населения в возрасте от 0 до 17 лет была ниже показателя 2022 г. в 7 раз и составила 860,99 на 100 тыс.

данной возрастной группы. В настоящее время COVID-19 приобретает черты сезонной инфекции.

Цель исследования – определить клинически значимую изменчивость коронавирусной инфекции. Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 551 пациентов, из них 197 (36%) женщин и 354 (64%) мужчины, находящихся на лечении по поводу коронавирусной инфекции в ФГКУЗ «5 ВКГ ВНГ РФ». Анализ включал данные заболеваемости COVID- 19 за период с мая 2020 г. по декабрь 2022 г., за данный промежуток времени у пациентов были выявлены следующие штаммы коронавируса: альфа (Ухань), дельта, омикрон и кентавр. При этом вакцинированы против коронавирусной инфекции были 95 человек, полная вакцинация была проведена у 63 человек, ревакцинированы были только у 2 человека. Вакцинация осуществлялась с помощью следующих вакцин: Спутник V, ЭпиВакКорона, КовиВак. Также был проведен анализ статей, содержащих исследования о циркулирующих штаммах коронавируса, отечественных и зарубежных авторов с использованием поисковых систем Cyberleninka, PubMed, данные государственного доклада главного санитарного врача «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году». На основании изученных данных, приведена сравнительная характеристика клинической и эпидемиологической картин основных штаммов [4].

Результаты. Исходным штаммом коронавируса является SARS-CoV-2, в результате мутаций в его геноме возникли последующие штаммы. Вспышка заболеваемости вызванной указанным штаммом коронавирусной инфекции возникла в 2019 году в Китайской Народной республике, г. Ухань. В период пандемии COVID-19 в ФГКУЗ «5 ВКГ ВНГ РФ» заболеваемость у пациентов была обусловлена геновариантами: альфа, дельта, омикрон и кентавр. Однако согласно классификации ВОЗ на данный момент одномоментно в популяции циркулируют: альфа, бета, гамма, дельта и омикрон.

Общими признаками данных штаммов коронавируса являются высокая контагиозность, высокая вирулентность, тяжелое течение, устойчивость возбудителей к действию вакцин и лекарственным препаратам. Одной из отличительных черт вариантов омикрон и кентавр является высокая заболеваемость в детской популяции. Лица молодого возраста чаще инфицировались уханьским штаммом вируса, в то время как люди старше 60 лет чаще болели ифекцией вызванной SARS-nCoV-2 ассоциированной с вариантами дельта, омикрон и кентавр. Беременные женщины более восприимчивы к штаммам ухань и дельта. При анализе характеристик циркулирующих штаммов коронавируса выявлено, что длительность инкубационного периода снижалась с 11 дней (ухань) до 2-3 дней (омикрон и кентавр), также, как и сроки болезни с 11-14 – ухань, дельта до 7 дней – кентавр. Штамм дельта по сравнению с уханьским штаммом стал более агрессивным: увеличилась продолжительность болезни, однако инкубационный период сократился, в клинической картине присоединились

проявления поражения ЖКТ, осложнилась дифференциальная диагностика болезни. Температура тела среди пациентов с разными штаммами имела различия, при этом наиболее высокие уровни лихорадки отмечались у заболевших штаммом ухань – 38,1°С, наиболее низкая – кентавр, 37,7°С. Циркулирующие штаммы коронавируса сравнивались по степени поражения легких, оценка проводилась по данным КТ. Для штамма ухань характерно поражение 1-24% легких (КТ1). При COVID-19 ассоциированной с вариантом дельта степень поражения легких снижается, а доля лиц без поражения легких (КТ0) увеличивается: дельта – 42,5%, омикрон – 57,1%, кентавр – 87,5% [3].

Выводы. После повсеместного проведения профилактической иммунизации населения и перенесенного (у многих неоднократно) заболевания возникла существенная иммунная прослойка населения, поэтому в настоящее время коронавирусная инфекция становится сезонной. Коронавирус склонен к изменчивости, вследствие чего образуются новые штаммы вируса, отличающиеся одной или несколькими мутациями от исходного возбудителя. Как следствие, меняется его тропность к клеткам организма. Образующиеся штаммы отличаются наиболее высокой контагиозностью и вызывают более тяжелые формы заболевания, поэтому необходимо отслеживать появление новых вариантов вируса для предотвращения будущих возможных эпидемий и пандемий.

Список литературы.

1. Forchette L., Sebastian W., Liu T. A Comprehensive Review of COVID-19 Virology, Vaccines, Variants, and Therapeutics [Текст] / Forchette L., Sebastian W., Liu T. // Curr Med Sci. – 2021. – № 41(6). – С. 1037-1051.

2. Биличенко, Т.Н. Постковидный синдром: факторы риска, патогенез, диагностика и лечение пациентов с поражением органов дыхания после COVID- 19 (обзор исследований) / Т.Н. Биличенко // Русский медицинский журнал. – 2022. – № 6 (7). – С.367-375.

3. Елинсон, М. А., Бигильдина, Э. Р. Ковид 2019: Краткая классификация штаммов, особенности протекания болезни, статистика заболеваемости [Текст] / М. А. Елинсон, Э. Р. Бигильдина // E-Scio. – 2022. – № 8 (83). – С. 1-11.

4. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика, – Москва, 2020. – 48 с.

5. Патологическая анатомия COVID-19: Атлас / Под общей редакцией О. В. Зайратьянца. – Москва, 2020. – 140 с.

Чернорыж Я.Ю., Плотников А.А., Вовк Д.И., Филатов И.Е., Гребенникова Т.В.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК В ФОРМИРОВАНИИ ИММУННОГО ОТВЕТА К ВАКЦИНЕ ПРОТИВ COVID-19 НА ОСНОВЕ ВИРУСОПОДОБНЫХ ЧАСТИЦ

Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи, Москва

Индивидуальные различия в формировании защитного иммунного ответа могут объясняться не только особенностями иммунной системы, но и психофизиологическими особенностями организма. Современные исследования в вирусологии и эпидемиологии все больше уделяют внимание социальным и эпидемиологическим факторам, влияющим на развитие поствакцинального иммунитета [1]. Вакцинация сыграла ключевую роль в снижении распространения COVID-19 и улучшении эпидемиологической ситуации, однако у некоторых категорий людей, особенно у пожилых, иммунный ответ часто оказывается недостаточно сильным. Развитие устойчивой защиты после введения вакцины зависит от множества факторов, включая не только биологические (наследственность, возраст, хронические заболевания), но и психофизиологические аспекты [2]. Тем не менее, во время пандемии эти научно обоснованные данные не были в полной мере учтены при разработке мер общественного здравоохранения. В условиях чрезвычайной ситуации основное внимание уделялось массовой вакцинации и сдерживанию распространения вируса, тогда как персонализированный подход, учитывающий психофизиологические и иммунологические особенности разных групп населения, требовал дополнительных исследований и ресурсов. Цель исследования – выявить психофизиологические и социальные детерминанты иммунного ответа после вакцинации VLP-вакциной против COVID-19.

В исследование включены 319 добровольцев (18–60 лет): 248 получили VLP-вакцину, 71 – плацебо. Оценка гуморального иммунитета (IgG к RBD SARS-CoV-2) проводилась методом ИФА на 21-е сутки. Психоэмоциональный статус оценивался с помощью опросника Спилбергера (тревожность) [3], социально-демографические и когнитивные факторы – через анкетирование. Статистический анализ выполнен в IBM SPSS v.27 (факторный анализ, корреляция Спирмена).

В ходе исследования была выявлена серия значимых взаимосвязей между психологическими, социальными и иммунологическими параметрами, позволяющая глубже понять факторы, влияющие на иммунный ответ после вакцинации. Анализ показал, что семейное положение отрицательно коррелирует с уровнем тревожности: участники, состоящие в браке или устойчивых отношениях, демонстрировали более низкие показатели как

личностной (ρ=-0,289; p<0,001), так и ситуативной тревожности (ρ=-0,128; p-0,022) по сравнению с одинокими. Эта закономерность прослеживалась как для хронической тревожности, измеряемой тестом Спилберга, так и для острой тревожной реакции перед вакцинацией. Полученные данные согласуются с известными представлениями о роли социальной поддержки в снижении психоэмоционального напряжения, что может иметь прямое отношение к формированию иммунного ответа, учитывая влияние стресса на иммунную систему. Особый интерес представляет выявленная связь между уровнем образования и ситуативной тревожностью перед вакцинацией: более высокий образовательный статус ассоциировался с меньшим уровнем тревоги (ρ=-0,112; p=0,046). Это может объясняться как большей осведомленностью о механизмах действия вакцин, так и общим уровнем доверия к медицинским вмешательствам среди образованных людей. Кроме того, подтвердилась ожидаемая взаимосвязь между личностной и ситуативной тревожностью (ρ=0,550; p<0,001): участники с изначально высокими показателями тревожности как личностной черты демонстрировали более выраженную тревожную реакцию непосредственно перед введением вакцины. Факторный анализ позволил выделить три ключевых компонента, объясняющих значительную часть вариабельности иммунного ответа. Первый компонент, обозначенный как "Тревожность", объединил показатели личностной (факторная нагрузка 0,786) и ситуативной тревожности до (0,838) и после вакцинации (0,748), подчеркивая важность психоэмоционального состояния в формировании иммунной реакции. Второй компонент, "Социально-демографический профиль", отразил влияние социальных и биологических факторов, таких как семейное положение (0,681), количество детей (0,853) и возраст (0,791), что согласуется с известными данными о возрастных изменениях иммунитета и социальной поддержки как модулятора иммунной функции. Третий компонент «Осведомленность» включил уровень образования (0,750) и информированности о вакцинопрофилактике (0,796), что подчеркивает роль когнитивных факторов в принятии решений о вакцинации. Общий накопленный вклад трех компонент 63,1% в суммарную дисперсию уровней IgG после вакцинации, что свидетельствует об их значительном влиянии на иммунный ответ. Исходя из значения меры выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина, составляющей 0,63, была установлена удовлетворительная адекватность применимости факторного анализа к исследуемой выборке. При оценке критерия сферичности Бартлетта уровень значимости составил p<0,001, что свидетельствовало о достаточности корреляций для проведения факторного анализа. Была установлена статистически значимая прямая корреляционная связь слабой тесноты только компоненты 3 «Осведомленность» с уровнем специфических IgG после вакцинации (ρ=0,181; p=0,024).

Обнаружены статистически значимые корреляции, которые указывают на потенциальное влияние психоэмоциональных, социально-демографических и когнитивных факторов на эффективность вакцинации.

Полученные данные нуждаются в дальнейшей проверке на более обширной выборке для уточнения и правильной интерпретации. Полученные результаты дополняют современные представления о комплексной природе иммунного ответа, в котором переплетаются биологические, психологические и социальные аспекты. Дальнейшие исследования в этом направлении могли бы уточнить механизмы выявленных взаимосвязей и оценить возможность их использования для повышения эффективности вакцинации через психологическую и образовательную поддержку пациентов. Это особенно актуально в контексте массовой иммунизации, где даже небольшое повышение эффективности вакцинного ответа может иметь значительные популяционные последствия.

Список литературы.

1. Cohen S. Psychosocial vulnerabilities to upper respiratory infectious illness: Implications for susceptibility to coronavirus disease 2019 (COVID-19) // Perspectives on Psychological Science. 2021. Vol. 16, №1. P. 161–174.

2. Белоусова Я. Д., Рафальский В. В., Кислова Е. Д. Особенности мотивации добровольцев, участвующих в клиническом исследовании вакцины от COVID-19 // Качественная клиническая практика. 2022. №4. С. 4-12.

3. Спилбергер Ч. Д., Ханин Ю. Л. Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности //Карелин АА Психологические тесты. 2000. Т. 1. С. 39-45.

Чистякова Н.В.

ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ВАКЦИНАЦИИ

Федеральный научной клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург

Вакцинопрофилактика – одно из величайших достижений науки, позволившее предотвратить миллионы смертей во всем мире. Включение вакцины против гепатита В в Национальный календарь профилактических прививок привело к многократному снижению уровня распространения вируса среди популяции и, как следствие, уменьшению числа пациентов с хронической формой заболевания [1]. Первая вакцина от пневмококковой инфекции была зарегистрирована в США в 2000 году, на сегодняшний день она вошла в календарь обязательных прививок уже 90 стран мира [2, 3]. Несмотря на успехи в разработке средств специфической профилактики наиболее актуальных инфекционных заболеваний, до сих пор нерешенной остается проблема вакцинопрофилактики гепатита С [4]. Одной из причин быстрого распространения новой коронавирусной инфекции (НКИ) в мире, приведшей к необходимости перестройки работы всей системы здравоохранения, стало отсутствие иммунной защиты у населения [5].

Еще одной серьезной проблемой здравоохранения является антипрививочное движение, в числе сторонников которого встречаются и медицинские работники.

Целью настоящего исследования явилось изучение отношения к вакцинации среди медицинских работников крупного инфекционного медицинского центра.

Исследование проводилось в 2024 году путем анонимного опроса респондентов с использованием специально разработанной анкеты. Статистический анализ полученных данных был проведен с использованием свободно распространяемой программы в сети «Интернет» BlueSkyStatistics v.10.1.2. Для выявления связи между качественными признаками использовался критерий хи-квадрат ($\chi 2$). Различия между признаками считались статистически значимыми при достигнутом значении $p < 0,05$.

Выборка работников для участия в исследовании была проведена случайным способом, ее объем составил 206 человек (181 женщина и 25 мужчин).

Основную часть опрошенных респондентов, исходя из цели и задач исследования, составили медицинские работники (70,9%), из которых 32,2% относились к врачебному персоналу (включая руководителей медицинских подразделений и администрацию клиники), 43,1% – к среднему медицинскому персоналу, 19,9% – к младшему медицинскому персоналу, 4,8% относились к медицинским работникам с высшим немедицинским образованием. Удельный вес работников административных, инженерно-технических и обслуживающих подразделений в структуре опрошенных составил 23,8%. Прочие категории опрошенных составили 5,3%. Распределение опрошенных по возрастным группам было равномерным: на каждую возрастную группу пришлось около 20% участников опроса, за исключением лиц в возрасте 70 лет и старше – их было достоверно меньше, чем лиц иных возрастных групп. Не выявлено статистически достоверных различий в распределении по возрастным группам среди медицинского и немедицинского персонала ($\chi 2 = 12,2$, $p = 0,2$).

Проанализировав ответы на вопросы, определяющие степень приверженности работников вакцинопрофилактике, можно сделать следующие выводы:

- положительное отношение к вакцинации высказали 89,3% опрошенных;
- вакцинацию от НКИ и гриппа в текущем году прошли 94,2% и 64,1% опрошенных работников соответственно;
- среди не вакцинированных от НКИ и гриппа – 58,0% медицинские работники.

Прививки от НКИ и гриппа достоверно чаще делали медицинские работники ($\chi 2 = 3,87$, $p = 0,05$ и $\chi 2 = 11,48$, $p = 0,0007$ соответственно).

Несмотря на то, что положительное отношение к вакцинации чаще отмечал врачебный персонал ($\chi 2 = 6,95$, $p = 0,03$), не выявлено статистически

достоверной разницы в частоте вакцинации от НКИ и гриппа в зависимости от отнесения медицинских работников к категориям врачебного, среднего или младшего медицинского персонала ($\chi2 = 2,17$, $p = 0,34$ и $\chi2 = 0,78$, $p = 0,68$ соответственно).

Несмотря на общее положительное отношение к вакцинации и приверженность к проведению прививок подавляющего большинства опрошенных, вызывает настороженность тот факт, что среди непривитых лиц почти 60% составляют медицинские работники.

Список литературы.

1. Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В. М., 2014. 67 с.

2. Авдеев С.Н., Алыева М.Х., Баранов А.А., Бикмиева А.В., Брико Н.И. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23. DOI: 10.17116/profmed2023260923

3. Попова А.Ю., редактор. Актуальные инфекции в Гвинейской Республике: эпидемиология, диагностика и иммунитет. СПб.: ФБУН НИИЭМ им. Пастера; 2017. 288с.

4. Жданов К.В. Элиминация HCV-инфекции: история с продолжением. Журнал инфектологии. 2018. Т. 10, № 4. С. 6-13.

5. Жданов К.В., Козлов К.В., Буланьков Ю.И. и др. Оптимизация диагностики инфекции, вызванной SARS-cov-2, с использованием полимеразной цепной реакции в крупном многопрофильном стационаре. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. Т. 22, №2. С. 7-10.

Чистякова Н.В.[1], Жданов К.В.[1,2]

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

[1] Федеральный научной клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Возникновение и распространение инфекционных заболеваний оказывают существенное влияние на трудоспособность населения как в Российской Федерации, так и во всем мире [1, 2]. Особенное значение приобретают заболевания с пандемийный потенциалом, такие как грипп и новая коронавирусная инфекция (НКИ), наносящие огромный социально-экономический ущерб и требующие дополнительных затрат не только на их диагностику и лечение, но и на выплаты работникам, связанные с временной утратой трудоспособности. Так, уже в 2021 году в целях компенсации дополнительных расходов бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной

инфекции из резервного фонда Правительства Российской Федерации были выделены бюджетные ассигнования в размере 68551327,5 тыс. рублей [3, 4].

Последним типичным годом по заболеваемости (в частности, острыми инфекционными заболеваниями), до начала пандемии НКИ, был 2019 год, в течение которого, как и в предыдущие годы, наблюдались сезонные подъемы заболеваемости острыми респираторными заболеваниями. Наступление 2020 года ознаменовалось распространением НКИ, которая внесла свои коррективы в показатели заболеваемости. К 2022 году заболеваемость населения НКИ достигла максимальных значение. В связи с этим, представляет интерес сравнительный анализ случаев временной нетрудоспособности (ВН), приходившихся на 2019 «допандемийный» год и «пандемийный» 2022 год.

Цель исследования – оценить влияние НКИ на заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Материалы и методы. Проанализировано число случаев ВН работников крупного федерального научно-клинического центра в 2019 и 2022 годах. Согласно законодательству, в листках нетрудоспособности диагноз заболевания пациента в обязательном порядке не указывается, в связи с этим, для проведения анализа, случаи ВН работников были сопоставлены с количеством экстренных извещений (информации) о факте выявления у работника положительного результата лабораторных исследований на COVID-19, направляемых эпидемиологической службой в территориальные органы федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных на осуществление федерального санитарно-эпидемиологического надзора, во исполнение требований, предусмотренных санитарно-эпидемиологическими правилами, с целью осуществления противоэпидемических мероприятий.

Результаты и выводы. Среднегодовое число случаев ВН в 2022 году составило 39 в месяц (в пересчете на 100 работников – 6,4); среднегодовое число установленных лабораторными исследованиями положительных результатов на COVID -19 у работников – 11,8 в месяц (на 100 работников – 0,01). Среднегодовое число случаев временной нетрудоспособности без учета случаев заболевания, вызванных COVID-19, составило 29 (на 100 работников – 4,7 случая).

В качестве сравнения, в 2019 году среднегодовое число случаев ВН составляло 25 случаев в месяц (в пересчете на 100 работников – 4,2), а в 2022 году значение данного показателя было превышено в 1,6 раза. Около 29% случаев ВН, в общей структуре случаев ВН, были обусловлены НКИ. Обращает на себя внимание число случаев ВН в 2022 году без учета НКИ: значение данного показателя в 1,2 раза больше, чем в 2019, что может свидетельствовать о недостаточной диагностике НКИ.

Сравнение помесячной заболеваемости с временной утратой трудоспособности в 2019 и 2022 году с учетом НКИ указывает на то, что в 2022 году заболеваемость была значительно выше, чем в 2019. Если для зимних месяцев (декабрь, январь, февраль) подъемы заболеваемости

совпадали с периодами, свойственными для базового 2019 года, то пик заболеваемости, приходящийся на август, обращает на себя внимание и обусловлен влиянием НКИ.

Таким образом, НКИ оказала значительное влияние как на общую заболеваемость с ВУТ, так и на ее внутригодовую динамику.

Список литературы.

1. Чистякова Н.В. Презентеизм медицинского персонала и его эпидемические последствия. Методология и технология непрерывного профессионального образования. 2022. № 1 (9). С. 37-41.

2. Попова А.Ю., редактор. Актуальные инфекции в Гвинейской Республике: эпидемиология, диагностика и иммунитет. СПб.: ФБУН НИИЭМ им. Пастера; 2017. 288с.

3. Жданов К.В., Козлов К.В., Буланьков Ю.И. и др. Оптимизация диагностики инфекции, вызванной SARS-cov-2, с использованием полимеразной цепной реакции в крупном многопрофильном стационаре // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. Т. 22, №2. С. 7-10.

4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 января 2021 г. № 198-р. http://static.government.ru/media/files/EyUlIVYAHgTcq8T1rS0AMXzX8k2wiEe0.pdf

Чистякова Н.В.[1], Сухорук А.А.[2]

АБСЕНТЕИЗМ И ПРЕЗЕНТЕИЗМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПОСЛЕ НЕЁ

[1] Федеральный научной клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург;
[2] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Распространение новой коронавирусной инфекции (НКИ) оказало значительное влияние на систему здравоохранения во всем мире, выдвинув на первый план вопросы, касающиеся абсентеизма и презентеизма медицинских работников. Эти явления стали особенно актуальными в условиях стресса, вызванного пандемией. Термин «абсентеизм», означающий отсутствие работника на рабочем месте, впервые появился в начале XX века, когда американский социолог Эдвард С. Томас начал в своих научных работах поднимать вопросы, касающиеся влияния различных факторов, таких как здоровье и рабочая среда, на уровень возникновения данного явления [1]. Презентеизм, напротив, явление, при котором работники присутствуют на рабочем месте, но не могут выполнять свои обязанности на должном уровне из-за физического и / или психического недомогания. Этот термин был введен в научный оборот в конце 1970-х годов, когда шведские исследователи, такие как Гуннель Ларссон и ее коллеги, начали изучать влияние здоровья работников на производительность труда [2].

Цель исследования – анализ уровней абсентеизма и презентеизма среди медицинских работников в условиях распространения НКИ и после пандемии.

Изучение публикаций, посвященных вопросам психоэмоционального состояния работников медицинских организаций во время пандемии НКИ выявило, что система здравоохранения столкнулась с серьезным вызовом, требующим серьезной перестройки работы, а медицинские работники подверглись высокому уровню стресса и эмоционального выгорания [3, 4]. Исследования показывали, что более 35% медицинских работников испытывали симптомы тревоги и депрессии [1]. В России зафиксировано увеличение случаев абсентеизма на 30% в сравнении с предыдущими годами [5].

Во время пандемии, по данным исследования, проведенного в США, 50% медицинских работников продолжали выходить на работу, несмотря на наличие симптомов заболевания [6]. Это явление было связано с чувством долга и ответственности перед пациентами.

После окончания активной фазы пандемии уровень абсентеизма постепенно начал снижаться, однако он все еще остается выше, чем до пандемии. Согласно данным, собранным в 2023 году, 20% медицинских работников продолжают испытывать симптомы выгорания, что приводит к регулярным отсутствиям на работе [7]. Это связано с продолжающимся эмоциональным напряжением и недостатком ресурсов для восстановления.

Абсентеизм и презентеизм медицинских работников в период пандемии НКИ и после неё представляют собой серьезные проблемы, требующие внимания. Несмотря на снижение уровней абсентеизма по сравнению с пиковыми значениями пандемии, проблемы стресса и выгорания продолжают оказывать значительное влияние на работу медицинских работников. Необходимость в поддержке и психологической помощи становится более актуальной, чтобы снизить уровень стресса и предотвратить как абсентеизм, так и презентеизм, обеспечивая качество оказания медицинской помощи.

Список литературы.

1. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019//JAMA Network Open, 2020, 3(3), e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

2. Arman, R., & Kivimäki, M. Presenteeism: A Review of the Literature. //International Journal of Management Reviews, 2014. 16(4), 399-415. DOI: 10.1111/ijmr.12040.

3. Жданов К. В., Козлов К. В., Буланьков Ю. И. и др. Оптимизация диагностики инфекции, вызванной SARS-cov-2, с использованием полимеразной цепной реакции в крупном многопрофильном стационаре // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. Т. 22, №2. С. 7-10.

4. Острякова Н. А., Бабанов С. А., Винников Д. В., Сазонова О. В., Гаврюшин М. Ю., Кувшинова Н. Ю. Пандемия COVID-19 и психическое

здоровье медицинских работников. Мед. труда и пром. экол. 2021; 61(9): 627–632. https://doi.org/10.31089/1026-9428-2021-61-9-627-632.

5. Литвинова А. А., Кравцива А. В., Асмоловский А. В., Шаматкова С. В. Особенности психоэмоционального состояния врачей, оказывающих медицинскую помощь в условиях пандемии COVID-19. Клиническая медицина. 2021;99(2): 103–107. DOI: http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-2-103-107.

6. Bahn, J., et al. The Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Survey of US Hospitals// Healthcare, 2020 8(4), 466.

7. Смирнов, И. А. Психологическое состояние медицинских работников после пандемии COVID-19//Журнал психического здоровья, 2023. 15(1), 12-19.

***Шевченко А.И.*[1,2]**

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКОВ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ТУБЕРКУЛЕЗА

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2] Клинический противотуберкулезный диспансер, Краснодар

Аннотация: сегодня большое значение предают генетическим исследованиям, в том числе туберкулеза.

Рецидив туберкулёзной болезни – это вспышка туберкулёзного процесса у лиц, которые ранее перенесли туберкулёз и успешно завершили его лечение. При этом, ранний рецидив отмечают в сроки от 2 до 5 лет, а поздний – более 5 лет после успешного завершения химиотерапии.

Сохраняется устойчивый рост случаев рецидивов туберкулеза у лиц трудоспособного возраста. Среди пациентов, у которых диагностировался рецидив туберкулеза, практически втрое преобладали мужчины, из которых более 60% неработающие.

Большое количество причин рецидива можно разделить на три группы:

- Особенности патогена, включая генетические;
- Особенности пациента, включая генетические;
- Влияние патогена на пациента.

Внешние факторы: пагубные привычки, социальная составляющая жизни пациента, образ жизни.

Генетические особенности возбудителя туберкулеза: специальные вставки и профаги одними из наиболее известных являются Is 6110 и Is 1081. Эти вставки, по сути, повторяют строение мобильных элементов, и диспергированы по всему геному, так же были обнаружены другие инсерционные элементы, которые могут играть ключевую роль в естественном отборе и тем самым появлению новых свойств.

У многих видов бактерий профаги играют существенную роль в трансформации непатогенных штаммов в патогенные. У микобактерии было обнаружено два профага phiRv1 и phiRv2, стоит отметить, когда была

проведена аттенуация M.bovis в вакцинный штамме, один из профагов был потерян, тем самым мы видим, что геном у микобактерий довольно сложен и несмотря на то, что горизонтального переноса как такого нет, вариабельность вида поддерживается другими способами.

Любая мутация, на генетическом уровне, приводит как минимум к сдвигу рамки считывания и изменению в конформации белка. Далее мы можем наблюдать изменение всей цепочки биохимических процессов, на которые повлияла эта мутация.

• Каждый факт появления резистентности – это изменение целого каскада реакций в микобактерии.

• На сегодня известно около 75 генов, изменения в которых ассоциированы с появлением устойчивости к ПТП.

• Появление резистентности – всегда стоит рассматривать как новое свойство бактерии, которое происходит через адаптацию биохимических процессов, что повышает в целом фитнесс.

Но изменения могут быть и там, где мы их не видим:

- изменение проницаемости клетки, изменение гидролитических или лекарственно-модифицирующих ферментов, такие как β-лактамазы, а также изменения в генах, которые являются потенциальными системами оттока лекарств, такие как семейства ацетиляторов и многочисленные белки, которые относятся к семейству ABC-транспорторов.

• Таким образом, лечение на фоне появления новых свойств может быть не эффективным, приводить к неполной элиминации инфекции, провоцируя рецидив.

Стоит отметить, что рецидив туберкулеза не только связан с генетическими особенностями штаммов МБТ, но и с Генетическими особенностями человека.

Одной из предпосылок для изучения рецидивов туберкулеза с точки зрения генетики человека, являются исследования в области изменчивости генов, кодирующих специфические белки, формирующие легочную ткань – сурфактант.

Стоит отметить, что целостность сурфактанта и его биохимический гомеостаз является ключевым свойствами и факторами определяющим возможность к сохранению активной функции макрофагов, предопределяющей сохранение иммунологического барьера и тем самым снижая возможные риски заболевания легочными заболеваниями, в частности микобактериальными инфекциями.

В многочисленных исследованиях показана взаимосвязь между генетическими изменениями в генах, кодирующих белки сурфактанта и патогенетическими изменениями в структуре легочной ткани.

В связи с отсутствием исследований в этой области в России был запущен научный проект между противотуберкулезными службами Краснодарского края и Московской области.

В процессе клинического исследования планировалось проведение молекулярно-генетических исследований МБТ и генов, кодирующих белки сурфактанта.

В процессе работы были собраны массивы данных и проведен сравнительный анализ по выявлению корреляций между генетическими изменениями и рисками возникновения рецидива туберкулеза.

По результатам секвенирования были определены многочисленные мутации в генах белков сурфактанта SFTPD, SFTPC, SFTPA1, SFTPA2.

Некоторые из них были в гомозиготном состоянии, одна из мутаций проявлялась делетированием фрагмента, что в итоге привело к образованию СТОП-кодона, вызвав химерность белка у пациента с рецидивом туберкулеза.

Среди технологий, позволяющих определить все генетические изменения нуклеотидной последовательности ДНК и РНК, является Технология методов высокопроизводительного секвенирования нового поколения, которая позволяет «прочитать» единовременно сразу много участков генома.

Однако стоит подчеркнуть, что лишь 10% занимает процесс высокопроизводительного секвенирования, а 90% его анализ, поэтому современные методы изучения молекулярно-генетических маркеров рецидива не возможны без биоинформатического и глобального статистического анализа данных.

Заключение: В современных условиях рецидивы туберкулёза легких характеризуются: ранними сроками развития в связи с запоздалой диагностикой; недооценкой факторов риска, в том числе обусловленных генетическими особенностями пациента и МБТ.

Несмотря на возрастающий интерес к исследованиям в области изучения молекулярно-генетических маркеров рецидива туберкулеза, такие исследования пока носят единичный характер, а результаты не отражают глобального и исчерпывающего ответа на вопрос, насколько эти данные могут быть ассоциированы с риском повторного заболевания туберкулезной инфекцией.

Список литературы.

1. Аллилуев А.С. Прогнозирование рецидива туберкулеза органов дыхания с множественной лекарственной устойчивостью: автореф. дис. кан. мед. наук. – Новосибирск: 2021. – 27 с.

2. Аллилуев А. С., Филинюк О. В., Шнайдер Е. Е., Голубчиков П. Н., Амичба Д. Э. Факторы риска рецидива туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2020. – Т. 98, No 11. – С. 21-26. https://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-11-21-26

3. Быков И. А. Социально-демографические факторы, способствующие распространению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Российской Федерации: систематический обзор // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2022. – Т. 100, No 6. – С. 59-65. https://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-6-59-65.

4. Васильева И. А., Тестов В. В., Стерликов С. А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в годы пандемии COVID-19 – 2020-2021 гг. // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2022. – Т. 100, No 3. – С. 6-26. https://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-3-6-12.

5. Кандрычын С. В. Выявление случаев туберкулеза и других инфекций во время пандемии COVID-19 // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2021. – Т. 99, No 4. – С. 66-68. https://doi.org/10.21292/2075-1230-2021-99-4-66-68.

6. Редько А.Н., Михайлова Ю.В., Стерликов С.А., Михайлов А.Ю., Панкова Я.Ю. Трудовые потери вследствие туберкулеза в России В 2010-2022 гг. // Туберкулез и болезни легких. – 2025. –Т. 103. No 2. – С. 80-87. https://doi.org /10.58838/2075-1230-2025-103-2-80-87

7. Туберкулёз как проблема общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для аспирантов и ординаторов / ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; составители: А.Н. Редько, С.А. Стерликов, В.Г. Кудрина, И.С. Лебедева – Краснодар: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России», 2024. – 171 с.

Шемшура А.Б.[1,3], Коваленко Н.Ю.[1], Чудайкина Н.Н.[1], Милованова И.И.[1], Топольская С.В.[1], Лебедев П.В.[1,3], Кулагин В.В.[1,3], Шемшура Т.А.[2], Городин В.Н.[3,4]

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2020-2024 ГГ.

[1] Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, Краснодар;
[2] Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;
[3] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[4] Инфекционная больница №2, Сочи

На фоне повышения охвата населения Краснодарского края обследованием на ВИЧ-инфекцию (до 33,2% в 2024 г.) и охвата больных, состоящих на диспансерном учёте, антиретровирусной терапией (до 87,3% в 2024 г.), в последние годы в крае отмечена устойчивая тенденция к снижению показателей заболеваемости (с 49,2 на 100 тыс. населения в 2018 г. до 40,8 – в 2024 г.). Что соответствует общенациональной и мировой динамике стабилизации эпидемии. [1, 2, 3]

Косвенным подтверждением эффективности реализуемой стратегии является постепенное увеличение удельного веса среди вновь выявляемых лиц пациентов в ранних стадиях заболевания (с 52% в 2013-2014 гг. до 62% в 2023-2024 гг.). Кроме того, всё чаще стали выявляться больные в острой стадии ВИЧ-инфекции (2А, 2Б, 2В по В.И. Покровскому) с лабораторными признаками сероконверсии (ИФА+/ИБ–/р24Аг+ или ИФА+/ИБ±/р24Аг+): 18 чел. в 2024 г., по сравнению с 9 чел. в 2014 г.

Принимая во внимание, что штаммы ВИЧ, реплицирующиеся в организме пациента в ранней стадии заболевания до начала антиретровирусной терапии, в максимальной степени отражают передающийся вариант вируса, представлялось важным изучить молекулярно-генетические характеристики первичных изолятов ВИЧ-1 от пациентов с острой ВИЧ-инфекцией, инфицированных в Краснодарском крае в последние 5 лет.

С этой целью в сотрудничестве с ФБУН РостовНИИМП Роспотребнадзора (Ростов-на-Дону), ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва) и ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России (Санкт-Петербург) методами NGS и популяционного секвенирования по Сэнгеру были определены последовательности РНК ВИЧ-1 в пробах от 57 пациентов с доказанной острой ВИЧ-инфекцией, заразившихся на территории Краснодарского края в период с 2020 по 2024 гг. до начала прием ими антиретровирусных препаратов. Анализ резистентности и типирование вируса проводили с использованием базы Стэндфордского университета (CPR и REGA HIV-1 Subtyping Tool v3.41), ресурсов Comet HIV-1 v2.4 и Geno2Pheno v3.5, филогенетический анализ – с использованием приложения MEGA v6.06, методами ML и NJ.

Анализ полученных данных показал, что чаще всего обследованные пациенты инфицировались ВИЧ-1 субтипа A6 (61,4%), наиболее широко распространенным в России и близлежащих странах. Следующими по встречаемости были: субтип B (15,8%), генетически связанный с вариантами ВИЧ-1 из Украины и Западной Европы, и рекомбинантная форма CRF63_02A6 (15,8%), всё активнее проникающая из Восточной Сибири (где она получила преобладающее распространение) в другие регионы России. Оставшиеся 7,1% составили: рекомбинантная форма CRF02_AG (5,3%), генетически близкая к вариантам ВИЧ, циркулирующим в странах Средней Азии, и рекомбинантная форма CRF03_AB (1,8%), генетически связанная со штаммами, циркулирующими в Калининградской области.

У 9 пациентов (16,4%) были зарегистрированы случаи передачи лекарственно-устойчивых вариантов ВИЧ-1, которые реализовались через преимущественно незащищенные гетеросексуальные контакты (88,9%), а также через гомосексуальные контакты (11,1%) и примерно в равных долях выявлялись как среди мужчин (15,2%), так и среди женщин (16,7%). Передача мутаций резистентности была ассоциирована только с двумя вариантами ВИЧ-1: субтипа A6 – в 55,6% случаев и рекомбинантной формы CRF63_02A6 – в 44,4%. Наиболее часто передавались мутации резистентности к препаратам класса ННИОТ – 11,1%. Что фенотипически определяло формирование устойчивости высокого уровня к эфавиренцу (EFV) и невирапину (NVP) и практически во всех случаях было связано с наличием надзорных мутаций K103N и M230L. Устойчивость низкого уровня чаще встречалась к дапивирину (DPV) и рилпивирину (RPV), что преимущественно было обусловлено наличием мутации E138A, которая не

относится к группе надзорных мутаций, но при этом является полиморфной для субтипа А6, превалировавшего в выборке. Следующим по частоте встречаемости передающихся мутаций резистентности был класс препаратов ИП – 5,5%. Чаще всего регистрировалась устойчивость высокого уровня к нельфинавиру (NFV), среднего уровня к индинавиру (IDV) и саквинавиру (SQV), что было связано с наличием надзорных мутаций M46I и L90M. К препаратам класса НИОТ передающаяся устойчивость была выявлена только в одном случае (1,9%). Причиной формирования устойчивости высокого уровня к абакавиру (ABC), диданозину (ddI), эмтрицитабину (FTC), ламивудину (3TC), среднего уровня – к ставудину (d4T) и тенофовиру (TDF) у данного пациента послужила передача сразу двух надзорных мутаций: K65R и M184I. У этого же больного была зарегистрирована передача сочетания мутаций (K65R, M184I и M230L), формирующих множественную лекарственную устойчивость одновременно к препаратам классов НИОТ и ННИОТ (1,9%).

Полученные результаты подтверждают выявленные ранее закономерности расширения субтипового пейзажа и повышения частоты передачи лекарственноустойчивых форм ВИЧ-1, циркулирующего на территории края в условиях интенсивной миграции и увеличения масштабов и длительности антиретровирусного лечения [4]. С целью повышения эффективности противоэпидемических и профилактических мероприятий по дальнейшему ограничению и прекращению эпидемии ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае, необходимо расширить систематический молекулярно-эпидемиологический мониторинг за циркулирующими вариантами ВИЧ-1.

Список литературы.

1. UNAIDS DATA 2024 // https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2024/ UNAIDS_FactSheet

2. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2023 г. // http:// www.hiv russia.info/wp-content/uploads/2023/03/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-na-31.12.2023.pdf

3. Справка об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае в 2024 году. // http://www.hivkuban.ru/statistics/

4. Проблема ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае (социально-эпидемиологическое исследование): Монография / Ф.И. Ларин, В.В. Лебедев, А.Н. Редько. - Москва: «Воскресенье», 2005. - 256 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авдеева Е.А., Баркова Б.В., Корхмазов Т.В.
ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ И НАПРЯЖЕННОСТИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №2 Г. НОВОРОССИЙСКА» МЗ КК.....3

Авдеева М.Г., Ильин О.И., Журавлева Е.В., Яцкова Т.В.
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ГРИБКОВОЙ ФЛОРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ У ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ 4

Авдеева М.Г., Кулбужева М.И., Блажняя Л.П., Акопов Н.Р., Лавриненко М.Н., Запашняя О.В., Василенко Е.М., Козырева Е.В., Ковтун Э.А., Дубинина В.А., Колодько Е.И., Меликян Д.А., Рожанская Е.А.
ЭХИНОКОККОЗ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА» 8

Адаманюк С.В., Степанова К.Б.
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭХИНОКОККОЗУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2024 ГОДУ 11

Адаменко Л.В., Рыцарев Ю.О., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Савицкая И.М.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ СКИБ С 2022 ПО 2025 ГГ.....13

Алоджанц Е.А., Шкода А.О.
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА У ВЗРОСЛЫХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2023-2024 ГГ. 16

Амбалов Ю.М., Донцов Д.В., Коваленко А.П., Рязанова О.А., Мамедова Н.И.
ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ВЗРОСЛЫХ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ 18

Амбалов Ю.М., Коваленко А.П., Рязанова О.А., Донцов Д.В.
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ COVID-19 В 2020-2021 ГГ. 21

Амбарнова Н.М., Кайсина Я.П.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ 23

Амбарнова Н.М., Кайсина Я.П.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ 24

Андреев Р.Н., Андреева В.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Ветров С.Ф., Ежелева М.И., Клишкан Д.Г.
АКТУАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕПАТИТОМ А НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ 26

Андреев Р.Н., Андреева В.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Ветров С.Ф., Ежелева М.И., Клишкан Д.Г.
АКТУАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕПАТИТОМ В НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ 28

Антонова В.С., Битюмина Л.А., Куликова Н.Г., Левин О.С., Плоскирева А.А.
ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИЙ РОДА *DESULFOVIBRIO SP.* НА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА 30

Апанасевич Т.О., Дрозд Д.Д., Мельник А.А.
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ: СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛИНЕЗОЛИДА 33

Аринина И.Н., Крамаренко Е.А.
ИНФЕКЦИЯ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 35

Артемьев К.В., Эсауленко Е.В., Леонова О.Н.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С 37

Архипина С.А., Суверин Р.И., Банина А.О.
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ 40

Бабенко А.С., Давыдов В.В., Пащенко Е.В., Баюр Н.Г., Сурикова Н.А., Криштафович О.П., Долбуз О.Н., Колядко М.Г., Карпуть И.А., Крылова Н.Г., Грушевская Г.В., Чакуков Р.Ф., Васьковцев Е.В., Шафранская Е.А., Жаворонок С.В.
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОСЕНСОРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ 41

Баева М.С., Вдовина Д.А., Дудник О.В.
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ 43

Балагова Л.Э., Маржохова А.Р., Маржохова М.Ю., Нагоева М.Х., Афашагова М.М., Кочесоков А.М., Балагова З.Э., Мурзаканова Л.М.
ГРИБКОВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 46

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С.
ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИН ПРОТИВ ГРИППА У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ 48

Белозубова А.А.
ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ ВРАЧА 50

Богураев Е.А., Власенко А.В., Плоскирева А.А., Родионов Е.П.
ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ *CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE*-ИНДУЦИРОВАННОГО КОЛИТА У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ 52

Болобонкина Т.А.
БИОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 54

Брызгалова Т.А., Демьянов А.В., Митина С.Н., Моторина О.В.
СОВЕРШЕНТСВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ГАУЗ «ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. В.И. ВОЙНОВА» 56

Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А., Зенкина Л.Р., Дорошенко Я.В.
РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА НА ФОНЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ 59

Бурлуцкая А.В., Савельева Н.В., Гурина Е.С., Костылева Е.А.
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ТРИГГЕР РАЗВИТИЯ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....60

Бурлуцкая А.В., Статова А.В., Зенкина Л.Р., Дорошенко Я.В.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИФОВ О ВАКЦИНАЦИИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРА К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ.....63

Варнавская А.А., Меняйло А.И., Городин В.Н.
СЛУЧАЙ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО....65

Ветров В.В., Иброхимова А.Д., Крутикова Д.С., Трифонова Г.Ф., Эсауленко Е.В.
ГЕПАТИТ А В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПАНДЕМИЮ COVID-19.....68

Габрант А.А., Клыс У.Е.
ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С АРТ У ПАЦИЕНТОВ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ВГС 70

Германт О.М., Ушакова Е.В.
ПРОТИВОКЛЕЩЕВЫЕ ОБРАБОТКИ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ЭНДЕМИЧНЫХ ПО КЛЕЩЕВОМУ ВИРУСНОМУ ЭНЦЕФАЛИТУ В 2024 Г. 72

Гончалова Ж.А., Городин В.Н., Мурашова Е.А., Пронин М.Г.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В ЛЕЧЕНИИ ХВГ «С» РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА В УСЛОВИЯХ ГБУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА №2» Г. СОЧИ ЗА ПЕРИОД 2023-2024 ГГ. 74

Горб Е.А., Ефименко К.Д.
ОПЫТ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И РОДИЛЬНИЦ, ВЫЗВАННЫХ *S.AGALACTIAE* ЗА 2024 ГОД В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ 76

Горбачева Л.В., Жданов К.В.
ПРОБЛЕМА ИНВАЗИВНЫХ ФОРМ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ.....78

Городин В.Н., Быстров А.О., Мойсова Д.Л., Канорский С.Г., Бахтина В.А., Панченко Д.И.
МОДИФИКАЦИЯ ТАКТИКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТНОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 79

Городин В.Н., Мойсова Д.Л., Суркова А.Д., Пронин М.Г., Овчаров Ю.В., Сорокина К.А., Пурская О.Г.
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С ОКИ 81

Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О.
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНАТОРИЯХ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОФИЛЯ 83

Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О., Снисаренко Е.Д.
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ 84

Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О.
УРОВЕНЬ МОДУЛЯТОРОВ РОСТА TGF-B1, TNF-α, IL-1-БЕТА И ЛИМФОКИНА IL-4 В СУПЕРНАТАНТЕ КУЛЬТУРЫ КЛЕТОК ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ 86

Гришина Т.А., Перадзе Х.Д.
АСПЕКТЫ НОРОВИРУСОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ДИАРЕИ У ВЗРОСЛЫХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 88

Гудков Р.В., Соловьев А.И., Козлов К.В., Романенко А.В., Лыонг Тхи Мо, Мальцев О.В.
ПЕРЕНОСЧИКИ ТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЬЕТНАМА 90

Гурина Е.С., Глебова Н.А., Манько Д.Е., Гутт А.М.
УРОВЕНЬ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В ГОРОДЕ КРАСНОДАРЕ 92

Гусева Т.М., Воробьева И.В., Коноплева В.И.
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ КАЛЕНДУЛЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ 95

Давлианидзе Т.А., Еремина О.Ю., Олифер В.В.
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КОМНАТНОЙ МУХИ В УСЛОВИЯХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ УГРОЗЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХОЛЕРЫ 96

Давыдов В.В., Жаворонок С.В., Бабенко А.С., Борисовец Д.С.
ИЗУЧЕНИЕ РИСКОВ ЗАВОЗА ВИРУСА ГЕПАТИТА Е (ВГЕ) НА ТЕРРИТОРИЮ БЕЛАРУСИ 98

Давыдова А.П., Степанова К.Б.
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГИМЕНОЛЕПИДОЗУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2024 Г. 101

Давыдова М.А., Клещенко Е.И., Сахарова В.В., Брюханова Г.Д.
АУДИТ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРЕ 102

Доброхотский О.Н., Тюрин Е.А.
ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА ПРИ РАБОТЕ С ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 104

Ерш А.В., Филатов П.В., Ушкаленко Н.Д., Полтавченко А.Г.
МУЛЬТИПЛЕКСНЫЙ ДОТ-ИММУНОАНАЛИЗ ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОЙ ДЕТЕКЦИИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ И АНТИГЕНА NS1 ВИРУСА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА 106

Ефименко К.Д., Горб Е.А.
ПЕЙЗАЖ САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ 108

Жаворонок С.В., Ефремов С.Д., Давыдов В.В., Бабенко А.С., Жмуровская Л.С., Дубилевич А.В., Задора И.С., Баюр Н.Г.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ Е 110

Жданов К.В., Сухорук А.А.
ГЕПАТИТ D – НА ПУТИ К ЭЛИМИНАЦИИ И ИЗЛЕЧЕНИЮ 112

Жданов К.В., Сухорук А.А.
ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ В И С У БЕРЕМЕННЫХ 114

Жданова И.А., Смычкова Е.В, Осадчая Е.И., Краковец И.В., Картавцева А.В.
РАННИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У НОВОРОЖДЕННЫХ 116

Жукова Л.И., Гавришкив Я.Г., Бахтина В.А., Дубова Л.В.
ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ 118

Завгородний С.С., Чехвалова Е.В., Манин Е.А., Куличенко А.Н., Жукова Л.И.
К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ..... 120

Зоткин Н.Н., Безуглая Т.В., Безуглая Е.В.
ДЕТЕКЦИЯ СКРЫТОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С 123

Игнатова Е.Н., Тихомиров Д.С., Туполева Т.А., Гапонова Т.В.
ПОЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВГВ И ВГС У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ. ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? 125

Калганова О.П.
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ГЕПАТИТУ А ДО ВКЛЮЧЕНИЯ В ПЛАН ПРИВИВОК 127

Канина И.В., Новак А.И., Евдокимова О.В.
АНАЛИЗ МИКРОБНО-ПАРАЗИТАРНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ГЕОГЕЛЬМИНТОЗАХ 129

Каплицкая М.С., Новак К.Е.
КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 130

Каплунов К.О.
КЕЙС БЕССИМПТОМНОЙ МОНОИНФЕКЦИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ ПЕГИВИРУСОМ 1 ТИПА..... 132

Клыс У.Е., Ефимов И.А., Позднякова М.Г., Эсауленко Е.В.
ГРИПП В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА..... 135

Кобец Ю.А., Моренец Т.М., Бобкин Д.Е.
РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ..... 137

Ковалевская О.И., Сотниченко А.С., Ермашова Н.В., Чернявская О.В., Угрюмова Л.А.
ЭНТЕРОКОЛИТ, ВЫЗВАННЫЙ *CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE*, ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК 139

Козлов С.Н., Марков Е.Ю., Николаев В.Б., Миронова Л.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОКСИДА КРЕМНИЯ И ГЕПАРИНА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РАЗРЕШАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ СУБСТРАТНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ГИДРОЛАЗ ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА 142

Комарова А.Я., Жданов К.В., Сухорук А.А.
НЕУДАЧИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С 144

Копышева Е.Н.
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С 146

Корчагина Е.О., Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Снисаренко Е.Д.
ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-РАДИОНУКЛИДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ 148

Кравченко И.Э., Максимова Ю.С., Фаткуллин Б.Ш.
ИНФЕКЦИИ И ИНСУЛЬТ: ОТ ТРИГГЕРНЫХ МЕХАНИЗМОВ К СТРАТЕГИЯМ ПРОФИЛАКТИКИ 150

Криволуцкая Т.А., Макаров А.Б., Белозёрова В.А.
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЕЗЁНКИ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 152

Крылова А.Ю., Тихомиров Д.С., Солдатова Т.А., Мисько О.Н., Никитина А.А., Старкова О.Г., Туполева Т.А.
ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ДОНОРОВ КОСТНОГО МОЗГА ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА 155

Курмаева Д.Ю., Рыбалкин С.Б ., Лесина О.Н., Агейкин А.В., Чулкова О.М., Леонова А.В.
СЛУЧАЙ ИНВАЗИВНОГО МУКОРМИКОЗА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 157

Лагун Л.В.
ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ 158

Левченко К.В., Мицура В.М., Бондаренко В.Н.
ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*, В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 160

Литвинова А.Е., Мицура В.М.
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЯЖЕСТЬ И ИСХОДЫ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....163

Лялина Л.В., Антонова Ю.В., Касаткин Е.В., Задоркина Т.Г.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СКРИНИНГА НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ГРУППАХ РИСКА ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.....165

Матыцина А.Ф., Меняйло А.И.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ (MIS-C) 168

Махмудова Л.Б., Саидова Ш.У., Абдиев Ф.Т.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБИОТИКОВ *BACILLUS LICHENIFORMIS* ПРИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗАХ.....172

Мельников О.А., Болехан В.Н., Краевой С.А.
МОНИТОРИНГ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ КАК ЭЛЕМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ.....173

Мирзова А.У., Жданов К.В., Харит С.М.
ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ПКВ13 НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕРОТИПОВОЙ ЗАМЕНЫ 177

Моренец Т.М., Городин В.Н., Ванюков А.А., Журавлёва Е.В., Сергиенко Е.С., Савицкая И.М., Подсадняя А.А., Кобылянская Н.В.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА БОТУЛИЗМА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ 178

Муравьева Н.В., Баранова М.М., Белов Б.С.
БЕЗОПАСНОСТЬ ПНЕВМОКОККОВЫХ ВАКЦИН У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 182

Мякоткина Г.В.
ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ЧАСТЫХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СОЧЕТАНИИ С ВЕГЕТО-СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДЛОЖЕННОЙ ТЕРАПИИ 184

Николенко В.В., Белкина Е.В., Прелоус И.Н., Воробьева Н.Н.
ОПЫТ СОЧЕТАННОЙ КОРРЕКЦИИ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ И ЦИНКА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 185

Носиков Д.В., Городин В.Н., Бахтина В.А., Ванюков А.А.
ГОТОВНОСТЬ К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ КРИЗИСАМ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ.....188

Панько Е.С., Жаворонок С.В., Соловчук А.М.
АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИГЕНАЦИИ И ВЕНТИЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЯМИ И ГИПОКСИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 190

Перадзе Х.Д., Нгуба М.М.А., Ал Хадж А.М., Самиева М.Т.
РОЛЬ СИНАНТРОПНЫХ ПТИЦ И НАСЕКОМЫХ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА В МИРЕ...193

Первишко О.В., Фирсова В.Н., Назаретян В.Г., Левин П.В., Фирсов Н.А.
СЫВОРОТОЧНЫЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО HCV ИНФЕКЦИИ.....195

Первишко О.В., Маталаева С.Ю., Бондаренко С.А., Шатилова Л.В., Лищишина Д.Ю.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 197

Первишко О.В., Маталаева С.Ю., Фирсова В.Н., Шашель В.А., Подпорина Л.А., Еприкян А.Г.
ЧАСТОТА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ВИТАМИНА D 199

Побежимова М.А., Плужникова О.В., Ситник Т.Н.
ОСОБЕННОСТИ ЦИРКУЛЯЦИИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ БУЗ ВО «ВОКЦПИБС» 201

Позднякова М.Г., Безуглая Т.В.
ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ: ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ И ПРОФИЛАКТИКА 204

Прийма Е.Н., Толкмит М.С., Ишбулатова А.М.
ГЕПАТИТ В – ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ.....206

Ребещенко А.П., Шепоткова А.А., Степанова К.Б.
АССОЦИИРОВАННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРЕМАТОДОЗАМИ (ОПИСТОРХОЗ, КЛОНОРХОЗ) С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 208

Рязанова Д.С., Амбалов Ю.М., Донцов Д.В., Коваленко А.П., Рязанова О.А.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СЕЗОННОГО ГРИППА И COVID-19 В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....210

Рязанова Д.С., Амбалов Ю.М., Донцов Д.В., Коваленко А.П., Рязанова О.А.
ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В 2020-2021 ГГ. И 2022-2025 ГГ. 212

Рязанова Д.С., Амбалов Ю.М., Донцов Д.В., Коваленко А.П., Рязанова О.А.
КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАННЕГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 В 2022-2025 ГГ. .214

Савченко А.А., Водянина Д.А., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Журавлева Е.В., Савицкая И.М., Рыцарев Ю.О., Михайлюк Э.И.
ОБЗОР СЛУЧАЕВ ЛИСТЕРИОЗА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГБУЗ «СКИБ» В 2015-2025 ГГ.....215

Саламех К.А., Соцкая Я.А.
АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТОЧНОЙ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ И ЕЕ ИЗОФЕРМЕНТНЫЙ СПЕКТР У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА 217

Сахаров А.В., Киёк О.В., Гузман Е.А.
УГЛУБЛЁННАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ГРАЖДАН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗА 2023-2024 ГГ. 219

Сергевнин В.И., Кудрявцева Л.Г.
ВОПРОСЫ ПРЕДЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ..222

Симонов Р.О., Галиева А.Т., Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т.
СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....224

Ситникова А.Л., Зинич Л.С., Василенко К.А., Тихонов С.Н., Юсупова З.С., Пеньковская Н.А., Туров В.М.
ОПЫТ РЕАГИРОВАНИЯ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ УГРОЗЫ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022-2024 ГГ. 227

Скворода В.В., Эсауленко Е.В., Иванов А.Р., Pierina D'Angelo, Jesús Ramírez, Doneyla Sánchez, Oriana Uzcategui, Gladys Amel
СЕРО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ В БОЛИВАРИА́НСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ВЕНЕСУЭЛА 229

Скляр Л.Ф., Репина И.Б., Феклисова Л.В., Соловьева Н.П., Ушакова А.Ю.
ОСОБЕННОСТИ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. НОВЫЕ ВЫЗОВЫ 231

Скляр Л.Ф., Феклисова Л.В., Ушакова А.Ю., Соловьёва Н.П., Репина И.Б.
СЛУЧАЙ ХОЛЕРЫ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ 234

Слепцова С.С., Самойлова С.А., Заморщикова О.М.
ГЕПАТИТ D В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ): ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ 236

Слись С.С.
WEB-ПРИЛОЖЕНИЕ «ОРВИ-СТАТИСТИКА» 238

Соловьёва Н.П., Скляр Л.Ф.1, Репина И.Б., Ушакова А.Ю., Прокопец Н.В.
СЛУЧАИ ЛИХОРАДКИ ЧИКУНГУНЬЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ 241

Соцкая Я.А., Волова А.А.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ НА ТЕРРИТОРИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ 243

Сухорук А.А.
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ – ЛЕЧИТЬ ДО ИЛИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ? 244

Сухорук А.А.
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА 246

Сухорук А.А., Жданов К.В.
ТРИ ПОКОЛЕНИЯ ВАКЦИН ПРОТИВ ГЕПАТИТА В 248

Теслова О.А., Жаворонок С.В., Скрипко О.А., Горовая М.П.
СМЕНА СХЕМЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ 250

Трембач А.В., Бгане Н.М., Одабашян А.С., Гордон Т.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КРИТЕРИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ И СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ШКАЛ ОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТОВ ПО ПРОГНОЗИРОВАНИЮ И МОНИТОРИРОВАНИЮ ТЯЖЕСТИ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕДИАТРИИ 252

Хабарова А.В., Соцкая Я.А.
ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В: ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ 255

Хализова В.В., Шипулина Е.В., Дудник О.В.
ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С 256

Хачатрян А.В., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Савицкая И.М., Михайлюк Э.И., Книжник Т.А., Головчанская К.В.
СЛУЧАЙ АСТРАХАНСКОЙ ПЯТНИСТОЙ ЛИХОРАДКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ 258

Чернобровкина Т.Я., Евсеева В.М., Зыкова О.А., Кострицкая С.С., Романова К.Р.[1]
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ВЕТРЯНОЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА 261

Чернов В.С., Патлусов Е.П., Козлов К.В., Архипова А.С.
ЭВОЛЮЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОВАРИАНТА SARS-COV-2 264

Чернорыж Я.Ю., Плотников А.А., Вовк Д.И., Филатов И.Е., Гребенникова Т.В.
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК В ФОРМИРОВАНИИ ИММУННОГО ОТВЕТА К ВАКЦИНЕ ПРОТИВ COVID-19 НА ОСНОВЕ ВИРУСОПОДОБНЫХ ЧАСТИЦ 267

Чистякова Н.В.
ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ВАКЦИНАЦИИ .269

Чистякова Н.В., Жданов К.В.
ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ 271

Чистякова Н.В., Сухорук А.А.
АБСЕНТЕИЗМ И ПРЕЗЕНТЕИЗМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПОСЛЕ НЕЁ 273

Шевченко А.И.
СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКОВ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ТУБЕРКУЛЕЗА 275

Шемшура А.Б., Коваленко Н.Ю., Чудайкина Н.Н., Милованова И.И., Топольская С.В., Лебедев П.В., Кулагин В.В., Шемшура Т.А., Городин В.Н.
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2020-2024 ГГ. 278