

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
Федеральное медико-биологическое агентство
Министерство здравоохранения Краснодарского края
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ

БЕЗОПАСНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ

1-2 марта 2022

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ



© Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2022.
© Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022.
© Федеральное медико-биологическое агентство, 2022.
© Министерство здравоохранения Краснодарского края, 2022.
© Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2022.

Краснодар
«Новация»
2022

ISBN 978-5-00179-172-0

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека
Федеральное медико-биологическое агентство
Министерство здравоохранения Краснодарского края
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Кубанский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Безопасность и качество медицинской помощи при инфекционных болезнях

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Сочи, 1–2 марта 2022 года

Краснодар
«Новация»
2022

УДК 616.9
ББК 55.14
Б 40

Б 40 Безопасность и качество медицинской помощи при инфекционных болезнях: Материалы Всероссийской научно-практической конференции / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральное медико-биологическое агентство, Министерство здравоохранения Краснодарского края, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Краснодар: Новация, 2022. – 68 с. – 1 электр.-опт. диск.

ISBN 978-5-00179-172-0

Редакционная коллегия:

д.м.н. В.Н. Городин,

д.м.н., профессор Л.И. Жукова,

к.м.н., доцент П.В. Лебедев

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

© Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2022.

© Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022.

© Федеральное медико-биологическое агентство, 2022.

© Министерство здравоохранения Краснодарского края, 2022.

© Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2022.

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

*Александрович Ю.С., Эсауленко Е.В, Басина В.В.,
Новак К.Е., Дитковская Л.В., Бушманова А.Д.*

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ОТ SARS-COV-2 В УСЛОВИЯХ ТЕКУЩЕЙ ПАНДЕМИИ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург

Введение. Пандемия COVID-19 создала уникальную возможность повсеместного введения цифровых и дистанционных технологий в обучение в рамках среднего и высшего профессионального образования, в том числе и медицинского. В сложившихся условиях это обеспечило сохранение образовательного процесса при полном отказе от аудиторного обучения. Естественно, обучение врача практическим навыкам требует традиционного очного контакта с преподавателями-врачами, но вся теоретическая подготовка, разбор клинических случаев и принятие решений могут проходить в дистанционной форме [1, 2, 3, 4]. Пандемия COVID-19 ставит две особые задачи перед медицинским образованием: необходимость быстрой и адекватной оцифровки учебного контента и возможность интеграции студентов-медиков в систему здравоохранения [5].

Цель. Обучить необходимое число врачей и медицинских сестер для обеспечения массовой вакцинации населения Санкт-Петербурга от SARS-CoV-2 в условиях текущей пандемии.

Материал и методы исследования: Реализация образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий регламентируется Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29.12.12 г. (ред. от 30.12.2021) (ст. 2, 13, 15, 16, 20). В ст.16 указанного Закона дается дефиниция понятий «электронное обучение» и «дистанционные образовательные технологии», а также говорится, что «организации, осуществляющие образовательную деятельность, вправе применять электронное обучение, дистанционные образовательные технологии при реализации образовательных программ»

Результаты. По запросу Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга сотрудниками кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России подготовлены и проведены циклы повышения квалификации для врачей и медицинских сестер.

Цикл «Вакцинопрофилактика детей и взрослых» со сроком освоения 36 академических часов для врачей, рецензирован, утвержден и внесен в перечень циклов, размещенных на портале Непрерывного медицинского образования (НМО). Включает основные понятия иммунопрофилактики у детей и взрослых, специфическую профилактику аэрозольных инфекций в том числе COVID-19, организацию вакцинопрофилактики, вакцинацию особых групп населения, особенности иммунопрофилактики детского населения. С июля

2021г. по февраль 2022г. обучение прошли 2210 слушателей: 96% – врачи поликлиник, 3,5% – врачи стационаров города и 0,5% – сотрудники образовательных учреждений. В структуре обучающихся 42,9% составили врачи-педиатры, 14,7% -терапевты, а также повышали квалификацию врачи-стажёры прививочного кабинета, офтальмологи, эндокринологи, врачи скорой помощи, гастроэнтерологи, кардиологи, оториноларингологи, травматологи-ортопеды, врачи ультразвуковой диагностики, урологи, неврологи, рентгенологи, семейные врачи, физиотерапевты, инфекционисты, эпидемиологи, иммунологи-аллергологи, дерматовенерологи, акушеры-гинекологи, онкологи, стоматологи и хирурги.

На цикле для среднего медицинского персонала «Основные положения иммунопрофилактики у детей и взрослых», проведенном 02.02.2022 – 08.02.2022, обучено 302 медицинские сестры. Наибольшее число слушателей было из СПб ГБУЗ ГП №8–42,4%, СПб ГБУЗ «Николаевская больница» – 8,0%, из СПб ГБУЗ ДГП №49, СПб ГБУЗ ДГП №71, СПб ГБУЗ ГП № 74 по 7,0%. В структуре слушателей: 28% – участковая медицинская сестра, 19% – медицинская сестра, 9% – фельдшер, 7% – медицинская сестра дошкольного детского учреждения, 6% – старшая медицинская сестра.

Программы реализованы посредством дистанционного режима с использованием платформы «Moodle» с доступом для регистрации слушателей и их контроля (ежедневно, путем проверки выхода обучающихся на образовательный портал) и включают изучение лекций-презентаций с голосовым сопровождением, практические занятия в форме вебинаров. Обучающийся допускался к итоговой аттестации после изучения учебных модулей в объеме учебного плана. Проведение итоговой аттестации осуществлено в форме зачета. Формы контроля знаний: ситуационные кейсы (задачи), тесты.

Таким образом, пандемия COVID-19 открывает множество возможностей для адаптации медицинского образования и содействия длительной цифровой трансформации, которая обеспечивает прозрачность и коммуникацию между студентами-медиками и их преподавателями. Прогноз развития постдипломного образования после пандемии в настоящее время сформирован и обоснован результатами, полученными с 2020 гг. В постпандемический период дистанционные технологии будут использоваться на этапах вузовской подготовки врачей и, в дальнейшем, в рамках непрерывного медицинского образования. Наиболее оправданным и эффективным сочетанием использование on-line – off-line режимов. Лекционный цикл и оценка знаний, обучающихся (зачетов, экзаменов) может осуществляться on-line. Практические навыки должны отрабатываться в симуляционных классах с последующей отработкой в условиях клиники. Необходимо сохранить принцип обучения в медицинском ВУЗе: контакт – преподаватель – обучающийся – пациент. Цифровизация – это результативные и экономически эффективные цифровые технологии делает гарантированное качество обучения доступным для всех.

Список литературы

1. Иванов Д.О., Александрович Ю.С., Орел В.И., Эсауленко Е.В., Новак К.Е., Дитковская Л.В., Басина В.В. Пандемия коронавирусной инфекции: вызов высшему медицинскому образованию и реагирование. Педиатр. 2020. Т. 11. № 3. С. 5–12.
2. Эсауленко Е.В. Возрастающая роль инфекционных болезней в современном мире и значимость непрерывного медицинского образования специалистов для успешной борьбы с ними. Вестник Новгородского государственного университета. 2020. № 3 (119). С. 4–9.
3. Лисовский О.В., Гостимский А.В., Лисица И.А., Карпатский И.В., Гавщук М.В. Возможности дистанционного обучения практическим навыкам в условиях пандемии COVID-19. Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2021. – Т. 12. – № 1(41). – С. 54–66.
4. Агранович Н.В., Ходжаян А.Б. Возможности и эффективность дистанционного обучения в медицине. Ж. Фундаментальные исследования, 2012. – № 3 (часть 3) – С. 545–547
5. Sandars J, Correia R, Dankbaar M, de Jong P, Goh PS, Hege I, et al. Twelve tips for rapidly migrating to online learning during the COVID-19 pandemic. MedEdPublish. 2020;9.

Болобонкина Т.А., Дементьев А.А., Минаева Н.В.

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

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

Изменения функционального состояния организма работников под влиянием профессиональных факторов, вызывающих стресс и утомление, можно оценить путем анализа вариабельности ритма сердца (ВРС), показателей сложной зрительно-моторной реакции (СЗМР) и внимания. Уровни изменчивости зрительно-моторных реакций, распределения и переключения внимания свидетельствуют о степени подвижности нервных процессов в корковых отделах центральной нервной системы (ЦНС), а также обуславливают способность быстро ориентироваться в сложной изменяющейся ситуации [1]. Последнее качество является одним из важнейших составляющих успешного осуществления профессиональной деятельности медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи (СМП). Высокая напряженность трудового процесса этой группы работников неблагоприятно влияет на функционирование различных систем организма, приводит к напряжению функциональных систем, преобладанию в ЦНС процессов торможения и развитию утомления [2].

В условиях распространения COVID-19 изменились регламенты работы и условия труда выездных бригад СМП, расширился спектр профессиональных вредностей.

Целью нашего исследования являлось изучение динамики изменений функционального состояния организма медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19.

Материалы и методы исследования. В исследовании, проведенном с мая по октябрь 2021 года, приняли участие 16 медицинских работников выездных бригад СМП (5 мужчин, 11 женщин) городской клинической станции СМП города Рязани, среди которых было 6 врачей, 10 фельдшеров. Все сотрудники имели суточный режим труда: 24-часовая рабочая смена и период отдыха – 72 часа.

Исследование проводилось при помощи прибора «НС-Психотест. Профэкстрим» с использованием пульсоксиметрического датчика и блока зрительно-моторного анализатора. Измерения проводились в период с 7:00 до 8:00 утра, в соответствии с суточным графиком рабочих смен. При выборе показателей для анализа ВРС использовались рекомендации Европейского кардиологического общества и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии с поправкой на выбранный способ и время регистрации: RMSSD (корень квадратный из суммы квадратов разностей последовательных пар интервалов R-R, мс), CV (нормированный по пульсу коэффициент вариации полного массива кардиоинтервалов в %) [3]. При оценке СЗМР оценивалась средняя скорость и точность реакции. Для оценки распределения и переключения внимания использовалась методика «Числовой квадрат». Значения переменных представлены в виде $M \pm m$ (M – среднее арифметическое значение показателя, выраженное в абсолютных цифрах; m – ошибка среднего, t – критерий достоверности при заданном размере выборки), при определении относительных величин долей работников, имеющих определенный признак, определялся 95% доверительный интервал (ДИ).

При обработке результатов проверка нормального распределения производилась с применением критерия Колмогорова-Смирнова. Расчет доверительных интервалов относительных величин проводился по методу Уилсона (Wilson, 1927). Сравнение показателей «до» и «после» осуществлялось посредством расчета Т-критерия Уилкоксона, оценка статистической значимости разницы средних значений при нормальном распределении производилась посредством расчета t-критерия Стьюдента, при проверке связей факторов применялся коэффициент корреляции Пирсона (r). Статистическая обработка проводилась при помощи пакетов программ Microsoft Excel 2007 с надстройкой «Анализ данных».

Результаты и обсуждение. При анализе ВРС зарегистрировано статистически достоверное снижение индексов, полученных осенью, по сравнению с данными, зарегистрированными летом в аналогичной по составу группе обследуемых. В 2,5 раза уменьшился RMSSD ($p=0,0151$) и в 2,1 раза CV ($p=0,0078$).

При сравнении показателей СЗМР в летний и осенний периоды доля случаев с отрицательной динамикой показателей СЗМР составила 58,33 случаев на 100 работающих ДИ 95% [28,6-83,5]. Доля случаев, в которых установлено снижение средних значений времени реакции между сменами составила 41,67 на 100 работающих ДИ 95% [16,5-71,4], уменьшение коэффициента точности Уиппла – 28,57 случаев на 100 работающих ДИ 95% [5,11-69,74].

Негативные изменения показателей внимания при сравнении исследований, проведенных в осенний и летний периоды, установлены в 80,0 случаях на 100 обследованных, ДИ 95% [44,22-96,46], доли обследованных со снижением уровней распределения внимания и медлительности были равными и составили по 40,0 случаев на 100 обследованных, ДИ 95% [13,69-72,63].

При анализе зависимости между средним количеством заболевшего COVID-19 населения Рязанской области в даты исследований по месяцам и показателями RMSSD медицинских работников выездных бригад СМП была установлена весьма высокая обратная связь ($r=-0,926$, $p=0,0508$, $r^2=0,858$). Таким образом, количество случаев заражения COVID-19 населения Рязанской области определяло 85,8% дисперсии показателя RMSSD.

Заключение. Негативные сдвиги межсезонных показателей свидетельствуют о развитии стойких неблагоприятных процессов нарушений регуляции сердечного ритма, связанных с подъемом заболеваемости COVID-19 среди населения обслуживаемой территории. Отрицательная динамика межсезонных показателей СЗМР и внимания у большей части работников может свидетельствовать об угнетении подвижности нервных процессов ЦНС вследствие хронического стресса и утомления, развивающихся при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах в условиях пандемии.

Список литературы

1. Глазунов Ю.Т. Моделирование динамики распределения внимания в процессах целеполагания//Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2012. № 5. С. 47-55.
2. Болобонкина Т.А., Дементьев А.А., Шatroва Н.В. Тяжесть и напряженность трудового процесса медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи в условиях модернизации здравоохранения. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2019. Т. 7. №4. С. 501-508. DOI: 10.23888/HMJ201974501-508.
3. Sammito S., Böckelmann I. Analyse der Herzfrequenzvariabilität. Mathematische Basis und praktische Anwendung [Analysis of heart rate variability. Mathematical description and practical application]. Herz. 2015;40 Suppl 1:76-84. DOI: 10.1007/s00059-014-4145-7.

Босак Н.В., Шапран Е.Г., Горбулина Н.В., Хурум З.Ю.

РАБОТА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, Краснодар

Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи министерство здравоохранения Краснодарского края оказывает экстренную медицинскую помощь гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях.

С первых дней пандемии в больнице проводятся мероприятия по профилактике распространения новой коронавирусной инфекции.

Первый случай заболевания новой коронавирусной инфекцией в больнице был зарегистрирован 31 марта 2020 года. У пациентки Е... 78 лет, находившейся на лечении в ортопедо-травматологическом отделении с диагнозом – закрытый перелом левой бедренной кости. Во время лечения у больной Е... появились признаки острой респираторной инфекции, компьютерная томография показала признаки двухсторонней пневмонии, результат обследования ПНК SARS CoV-2 COVID-19 – положительный.

При проведении противоэпидемических мероприятий новая коронавирусная инфекция была выявлена среди пациентов и сотрудников. Постановлением главного государственного санитарного врача по Краснодарскому краю больница на 14 дней была закрыта на карантин, приостановлен прием пациентов. Медицинские работники и пациенты находились в медучреждении круглосуточно. Пациенты получали лечение в соответствии с заболеваниями, проводились тестирования медицинского персонала и пациентов на новую коронавирусную инфекцию, дезинфекция помещений. По окончании санитарно-эпидемиологических мероприятий больница скорой медицинской помощи приступила к приёму пациентов.

В условиях продолжающейся угрозы распространения коронавирусной инфекции был определен комплекс противоэпидемических мероприятий: развернута площадка медицинской сортировки для осуществления первичного медицинского осмотра поступающих больных с обязательным сбором эпидемиологического анамнеза, термометрией, пульсоксиметрией, заполнением чек-листа. Созданы 2 обсервационных отделения на 90 коек, в которые осуществлялась госпитализация пациентов. Основными задачами обсервационного отделения являлись: маршрутизация поступивших пациентов, выявление среди них больных (подозрительных) новой коронавирусной инфекцией COVID-19; временная изоляция пациентов до получения результатов лабораторного обследования на COVID-19 и перевод больных в коечные отделения только после получения отрицательного лабораторного анализа; оказание необходимой медицинской помощи в соответствии со стандартами лечения; разделение работников медицинской организации на лиц, контактировавших с пациентами, подозрительными на COVID-19, и лиц, не контактировавших,

исключая возможность их пересечения; рационализация использования средств индивидуальной защиты; обеспечение инфекционной безопасности. В случае выявления признаков заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19, пациент направлялся на стационарное лечение в инфекционный госпиталь в соответствии с приказом Министерства здравоохранения по маршрутизации данной категории больных.

В связи со стабилизацией работы в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 с 1 марта 2021 года были внесены изменения в организацию работы наблюдательных отделений. Сокращено количество коек наблюдательного отделения до 30, в отделение госпитализировались пациенты с терапевтической патологией. Пациенты с хирургической патологией госпитализировались в профильные коечные отделения. Организована работа достаточного количества коек в палатах-изоляторах хирургического профиля для изоляции выявленных пациентов с подозрением на COVID-19. При этом продолжена работа площадки медицинской сортировки для осуществления медицинского осмотра больных.

С 1 июня 2021 года с целью оптимизации лечебного процесса наблюдательное отделение было закрыто. В отделениях терапевтического профиля были организованы койки в палатах – изоляторах в необходимом количестве. Несмотря на проводимые мероприятия, в профильных отделениях больницы скорой медицинской помощи продолжают регистрироваться случаи новой коронавирусной инфекции. Так как госпитализируются пациенты, у которых отсутствуют клинические проявления вирусной инфекции при поступлении, но спустя 1-7 дней разворачивается симптоматика новой коронавирусной инфекции, с положительными результатами повторного исследования на коронавирусную инфекцию. В течение суток пациенты с положительным результатом на COVID-19 переводятся в ковидные госпитали для дальнейшего лечения. При выявлении больных с COVID-19 в отделениях проводятся противоэпидемические мероприятия.

В 2021 году выявлено в 2,2 раза больше пациентов (2818 случаев) новой коронавирусной инфекции по сравнению с 2020 годом (977 случаев). Максимальный рост заболеваемости новой коронавирусной инфекцией регистрировался в зимние месяцы (январь по февраль).

Таким образом, учитывая сроки появления клинических симптомов и выявление положительных результатов обследования, имеют место заносы инфекции в отделения многопрофильной больницы. Скрининговое обследование всех поступающих пациентов не эффективно. Нельзя исключить и инфицирование пациентов в период пребывания в отделениях, причиной которого является аэрозольный механизм передачи, высокая контагиозность инфекции, отсутствие в отделениях соматического профиля условий для строгой изоляции инфекционных больных.

Список литературы

1. <https://kuban.rbc.ru/krasnodar/12/03/2021/604a>
2. <https://kuban.rbc.ru/krasnodar/freenews/6063>

*Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмина В.Ю.,
Корниенко О.А., Шевченко М.Н., Чакрян А.А., Ерохина Е.В.,
Попова И.Г., Тимошенко С.В., Аврамец Е.В.*

К ВОПРОСУ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АККРЕДИТАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ В 2021 ГОДУ

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

В настоящее время, в соответствии с нормативными требованиями, изменение отечественной системы последиplomного образования врачей с 2017 года привело к реализации потребности в постоянном, регулярном обучении врачей, с последующей периодической аккредитацией, в том числе специалистов дерматовенерологического профиля.

Замена парадигмы пятилетних циклов повышения квалификации врачей на непрерывный подход к образованию с последующей периодической аккредитацией призвана повысить скорость обновления и уровень мониторинга профессиональных знаний у дерматовенерологов, в том числе по микологии.

Финансово-экономический аспект обучения специалистов выдвигается на первый план все чаще. Затраты медицинской организации на пятилетний цикл обучения специалистов в рамках непрерывного медицинского образования (далее – НМО) по факту выше, чем затраты на цикл усовершенствования один раз в пять лет. При этом не проработан механизм оплаты, поскольку для обучения дерматовенерологов не всегда могут быть использованы средства нормированного страхового запаса Фонда ОМС, несмотря на то что дерматология, микология погружена в ОМС.

Основной недостаток действующей модели аккредитации – это проблема подготовки и прохождения пакета документов аккредитуемого и особенности мониторинга, более характерного для очного обучения.

Недостатком ДОТ НМО является достаточно формальный характер обучения и отсутствие мотивации у слушателей-курсантов, кроме набора баллов – кредитов НМО, с не понятной перспективой по использованию при неотработанной системе аккредитации.

В этом аспекте проблемы можно выделить несколько причинно-следственных связей и особенностей. На первое место выходит проблема отсутствия опыта взаимодействия врачей с образовательными и другими сайтами интернета, иногда даже простого навыка работы на компьютере у многих дерматовенерологов старшего возраста. Некоторые слушатели испытывают недоверие к электронным средствам коммуникации. Проведение образовательных мероприятий проходит, как правило, в рабочее время врача, в рабочие дни, что естественно снижает и качество усвоения материала, а порой и

саму возможность его восприятия слушателями, к примеру во время обхода в отделении или приема больных в поликлинике.

Как уже указано, затруднителен для подготовки врачом-практиком пакет документов, необходимый для прохождения аккредитации. Проблема подачи и, главное, принятия документов для самой периодической аккредитации – неоднозначная трактовка перечня необходимых документов, количества и качества баллов кредитов НМО, не до конца определено место и статус возобновившихся для проведения «больших» циклов ФПК ДПО в объеме 144 часов, с неотформатированной кратностью объемов.

При электронной периодической аккредитации фактически отсутствует обратная связь между аккредитуемым и аккредитационной подкомиссией и центральной аккредитационной комиссией, нет общения, поэтому электронный формат периодической аккредитации имеет определенные ограничения и кредит доверия в мотивации врачей к прохождению новой системы получения разрешения на врачебную практику. В процессе очного общения и проведения очного обмена информацией по отработанным документам у врача есть возможность обсуждения спорных, недопрописанных, ситуационных вопросов и проблем, по работе, в профессии, возникших при подготовке материалов и сборе документов и данных.

Основной недостаток действующей модели аккредитации – это проблема отсутствия уверенности аккредитуемого в продвижении пакета его документов и особенности обратной информации о решении вопроса и прохождения самой аккредитации, отсутствие документирования получения разрешения, более характерного для очного обучения (по типу сертификационного экзамена в ходе сертификационного цикла, иногда отсутствие гарантии, что непонятно по совершенно формальным обстоятельствам, именно этот соискатель пройдет аккредитацию и точно получит соответствующий документ, дающий право на работу по специальности, что является важнейшей парадигмой всего данного процесса в итоге.

На этапе выбора формы передачи материалов в Центральную аккредитационную комиссию аккредитуемый (соискатель) часто не имеет достаточной информации о том объеме информации и данных, которые он должен внести в подготавливаемые формы и составляемый им аккредитационный пакет. Эта информация не актуализируется в процессе прохождения цикла НМО (особенно в частных образовательных организациях).

Таким образом, преобладание ДОТ при НМО не является оптимальной формой обучения как для ЛПУ-работодателя, так и для пользователей (врачей). Анализ комплаентности онлайн-обучения к врачам и практической реализуемости за 5 лет существования НМО демонстрирует необходимость сочетания ДОТ с клиническими обходами и разборами больных на базе ЛПУ, выступления курсантов с тематическими докладами, в том числе и в онлайн формате.

Одним из вариантов расширения методов взаимодействия между слушателями, вузами (кафедрами) и аккредитационными комиссиями при дистан-

ционном формате обучения и периодической аккредитации являются вебинары обратной связи по итогам прохождения определенного этапа аккредитации, а также проведение видеоселекторов и вебинаров в режиме видеоконференции, улучшения доступности и возможности прямого общения со специалистами ЦАК, а не с фарматологическим роботом – автоматом.

Выводы. По нашему мнению, НМО дерматовенеролога возможно продолжать в соответствии с нормативными требованиями в процессе последипломного образования, и сочетание практического обучения с расширенными возможностями ДОТ будет этому определенно способствовать. Необходимо упростить документоведческую тяжелую составляющую процесса периодической аккредитации специалистов, проведение которой должно мотивировать врача к совершенствованию и профессиональному росту, а не отягощать его деятельность не свойственными трудностями, снижающими комплаенс к профессии, особенно с учетом состаривания врачебного состава и тяги многих молодых врачей не пойти в профессию и покинуть медицину.

Список литературы

1. Сергеев А.Ю. Развитие отечественной теледерматологии и дистанционного образования врачей-дерматологов в 2008-2018 г. Дерматология в России. 2018; S3: 71-73.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс. 2016: 768.

***Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Шевченко Г.А.,
Ручина С.В., Обломий А.В., Реброва Л.Ю., Каламазова З.С.***

ОБ ОТВЕТСТВЕННОМ ВЗАИМОИНФОРМИРОВАНИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА И КОМПЛАЕНСЕ ПРИ ИППП И МИКОЗАХ

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

Цель исследования: анализ врачебной практики дерматовенеролога в аспекте сокрытия, утаивания пациентом информации о состоянии своего здоровья, коммуникации врача и пациента и комплаенса общения при ИППП и микозах.

Материалы и методы. Проведен анализ первичной медицинской документации больных сифилисом, в том числе ф. 003/у (Медицинская карта стационарного больного), форм Госстатотчетности №34 за период 2020–2021 гг.

Результаты. Общение в аспекте профессиональной деятельности врача с пациентом – это содержательный процесс взаимодействия субъектов, как носителей профессионального опыта с целью обмена информацией в производственной ситуации, достижения понимания, функционирования доверительной общности.

Профессиональное общение врача осуществляется по большей части с пациентами – самыми обычными людьми, у которых имеются свои психоло-

гические проблемы и мотивы. Есть строгие нормативы, есть время, отведенное на прием (общение, обследование и лечение пациента), протоколы, которым надо следовать, и так далее. Но не всегда ведение пациента укладывается в определенные рамки.

Существуют публикации, раскрывающие особенности общения врача с пациентами разных нозологий (онкологическими больными, пациентами с сахарным диабетом, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и т.д.) и разных возрастных групп (больных детского и старческого возраста). Но при этом недостаточно внимания уделяется психологическому состоянию пациентов, страдающих тяжелыми хроническими дерматозами и сифилисом.

Частным случаем трудностей в общении между врачом и пациентом в дерматовенерологии при ИППП и микозах, как заразных кожных заболеваниях, является преднамеренное и непреднамеренное искажение информации. Несмотря на то, что инициатором коммуникации обычно является сам пациент, обращающийся к врачу за помощью, он может не сообщить подробности своего анамнеза медицинским работникам, якобы пользуясь своими правами гражданина РФ. Достаточно часто проблемы получения достоверной информации возникают при общении с больными венерическими заболеваниями, либо с пациентами, ранее перенесшими ИППП, и микозах, как заразных кожных заболеваниях.

Пассивная ложь – сообщение врачу неполных сведений, либо утаивание неприятных симптомов и неблагоприятных для больного данных с целью избегания эмоционального дискомфорта, решения вопросов отношений в браке и рождения детей.

Активная ложь – сообщение заведомо ложных сведений.

Клинические примеры случаев искажения информации представлены по материалам работы медицинского консилиума ГБУЗ ККВД. В целях сохранения конфиденциальности имени пациентов были зашифрованы.

Пример: Пациент А. 12 лет. Диагноз: Микроспория. Выявлен при профилактическом осмотре в учебном заведении, при сборе анамнеза об источнике заражения утаил информацию о кошке со стригущим лишаем, которую с котятками прятал с друзьями на чердаке дома. В процессе эпидмероприятий круг других контактировавших с больным животным не был определен по объективной причине. Выявлены позже по различным поводам все мальчики с поражением волосистой части головы и пушковых волос, что потребовало более длительного лечения, в том числе в стационаре.

Пример: пациентка А., 35 лет. Диагноз: Сифилис в анамнезе. Выявлена при скрининговом обследовании в женской консультации по поводу ЭКО. На приеме в КДО ГБУЗ ККВД пациентка категорически отрицала венерические заболевания в анамнезе. Сообщила, что 7 лет назад в КВД, в другом регионе ей был установлен диагноз: ЛПР крови? Сделан запрос в КВД другого города. Пациентка обследована на оппортунистические инфекции с целью выявления возможных причин ЛПР крови на сифилис. Получен ответ из другого региона: по регистру не значится, за мед.помощью не обращалась. Возможные

причины ЛПР крови не установлены. На консилиуме ГБУЗ ККВД после беседы со специалистами пациентка сообщила, что получала лечение по поводу сифилиса в несовершеннолетнем возрасте в КВД другого региона. Поводом сообщения заведомо ложной информации послужил страх перед мужем и ложная опасность разрушения семьи по этому поводу.

Пациентка Е., 1989 г.р., выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис при обследовании в женской консультации по беременности. При дальнейшем обследовании: ИФА пол. КП=2,2; РПГА 3+; РИФ 2+; РМП отр., иммуноблот с IgG положительный (трепонемные тесты положительные, нетрепонемные – отрицательные). Клинические проявления сифилиса на коже и видимых слизистых оболочках отсутствуют, лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаянные между собой, при обследовании у врачей смежных специальностей патологии не выявлено. Муж 1985 г.р. и ребенок 2014 г.р. обследованы на сифилис, тесты отрицательные.

Во время предыдущей беременности в 2014 году в другом регионе впервые была выявлена положительная кровь на сифилис, диагноз сифилиса не был установлен, результаты тестов были расценены, как ЛПР. Лечение пациентки не получала, ребенок профлечение также не получал.

На основании положительных результатов РИФ и РПГА, положительного ИФА с низкой активностью по КП, положительного результата иммуноблота, отрицательных результатов нетрепонемных тестов, отсутствия клинических проявлений сифилиса на коже и видимых слизистых оболочках и специфической патологии со стороны внутренних органов, отрицательных результатов крови на сифилис у мужа консилиумом ГБУЗ ККВД пациентке установлен диагноз: Сифилис скрытый поздний. Рекомендовано провести специфическое и профилактическое лечение против сифилиса по беременности, новорожденного обследовать в соответствии с приказом МЗ РФ №291 от 2001 года.

Причинами для предоставления пациентом врачу недостоверной информации чаще выступают семейно-бытовые аспекты (конфликты супругов, особенно при повторных браках, страх разрушения семьи, проблема усыновления детей, сложности взаимоотношения при наличии детей от разных родителей, натянутые взаимоотношения детей и отчима или мачехи, особенно при наличии у мужа и жены большой разницы в возрасте). Утаивание сведений может быть связано с «криминальными аспектами», насилием, особенностями неврологического и психостатуса, а также банальным стыдом, страхом осуждения. Пожилые, инвалидизированные пациенты, страдающие энцефалопатией, нарушениями памяти могут проявлять забывчивость, особенно если перенесли заболевание ранее, в другой семье, в другом браке, или ином небрачном сожительстве, в молодом возрасте, в детстве. Встречаются также случаи, когда взрослые пациенты не знают о перенесенной ими в раннем детстве венерической инфекции, т.к. родители скрыли от них факт лечения, либо были произведены смена фамилии и других паспортных данных, что тоже вводит врача в заблуждение.

Получение дерматовенерологом недостоверной информации и ее сокрытие больным может приводить к отсутствию своевременной, адекватной терапии заболевания подталкивать врача и пациента к совершению негативных действий по отношению друг к другу: со стороны врача – невозможности в силу объективных причин пациента возможности получить эффективное лечение (неназначение нужных по конкретному диагнозу препаратов, непроведение дополнительных, в том числе углубленных обследований, необеспечение необходимых манипуляций), со стороны пациента – конфликты, жалобы, скандалы, попытки привлечение врача к финансовой или правовой ответственности.

Выводы. Получение у пациента с ИППП, микозами необходимых сведений из анамнеза часто сопряжено с дополнительными временными и психологическими трудозатратами врача, при отсутствии таких возможностей снижается качество оказания медицинской помощи, имеются объективные трудности в верификации данных и диагноза, проведения диагностических лечебных действий и профилактической работы.

Таким образом, проблема непредоставления искажения информации в общении врача и больного заслуживает внимания и предполагает дальнейшие исследования с целью оптимизации и обеспечения профессионального коммуникативного процесса.

Список литературы

1. Асимов М.А., Марданова Ш.С. Психологические основы формирования коммуникативной компетентности современного врача // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 6(29) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 20.05.2015).
2. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. (Лекция 4). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 27.05.2015).
3. Маджаева С.И. Некоторые закономерности общения врача и пациента, больного сахарным диабетом / С.И. Маджаева // Вестник Челяб. гос. унта. – Серия: Филология. Искусствоведение. – 2008. – Вып. 28. – № 37 (137) – С. 120—125. 5.
4. Психология общения: энциклопедический словарь / под общ. ред. А.А. Бодалева. – М.: Когито-Центр, 2011. – 600 с.
5. Селезнев С.Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.08.2015).

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Введение: Указом Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.» определены целевые показатели в сфере здравоохранения. Достижение этих целей возможно лишь при существенной модернизации подходов к управлению медицинской организацией на основе внедрения системы менеджмента качества, соответствующей международным стандартам. Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» унифицированы требования к организации контроля качества и безопасности во всех медицинских организациях Российской Федерации на принципах Total Quality Management (TQM) как общеорганизационного метода непрерывного повышения качества всех организационных процессов.

Цель исследования: анализ подходов к внедрению системы менеджмента качества в специализированных медицинских организациях инфекционного профиля на основании Приказа Минздрава России от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Материалы и методы:

1. Проведен анализ особенностей организации медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями:

- работа с потенциальным источником инфекционного заболевания;
- необходимость медицинской сортировки и размещения больных с учетом степени тяжести и эпидемиологических особенностей заболеваний;
- тесное взаимодействие со службой санэпиднадзора;
- постоянная готовность к работе в условиях санитарного противоэпидемического режима, в том числе строгого санитарного противоэпидемического режима (СПЭР);
- готовность к мобилизации сил и средств, в случае выявления вспышки инфекционного заболевания и возможного массового поступления больных;
- обеспечение возможности проведения комплекса лабораторных исследований для оперативного установления этиологии инфекционного заболевания и состояния органов и систем организма;
- обеспечение возможности привлечения «узких» специалистов с учетом возможной коморбидности больных;

- готовность к работе в условиях чрезвычайной ситуации эпидемиологического характера;
- готовность к привлечению к работе с инфекционными больными врачей других специальностей в условиях развития масштабной эпидемии;
- готовность к работе в условиях возможного дефицита кадров;
- необходимость обеспечения межведомственного взаимодействия при организации комплекса мероприятий при выявлении, локализации и ликвидации вспышки инфекционного заболевания.

2. При организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в инфекционном стационаре ключевыми направлениями внутреннего аудита являются:

- Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции;
- Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины;
- Экономическая безопасность.

Результат:

С учетом опыта, полученного в ходе организации медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19 инфекционный стационар должен стать центром компетенций (межрайонным, региональным), обеспечивая комплекс лечебно-диагностических мероприятий по выявлению, учету, диагностике и лечению инфекционного заболевания. Требования, предъявляемые к инфекционному стационару, предполагают постоянную готовность к оперативной мобилизации и реализации мер на противодействие ЧС эпидемиологического характера.

В условиях активной цифровизации здравоохранения и внедрения процессного подхода к организации медицинской помощи, интеграция критериев качества и программ внутреннего контроля в медицинские информационные системы позволяет не только автоматизировать и визуализировать внутренний контроль качества, но и создать платформу на базе которой возможна разработка систем помощи принятия врачебных решений (СППР), опирающихся на доказательную медицину, формализацию и алгоритмизацию процессов.

Создание СППВР при инфекционных болезнях и интеграция ее в медицинскую информационную систему позволит оперативно реализовать комплекс мероприятий при вспышке инфекционных заболеваний и способствует эффективной работе вертикально-интегрированной информационной системе при инфекционных заболеваниях.

Список литературы:

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

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

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

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

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

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

7. «Основы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности»: М.А. Мурашко, И.В. Иванов, Н.Ф. Князюк. – М., 2020.

Городин В.Н., Мойсова Д.Л., Кибец В.В.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ ФПК и ППС ФГБОУ ВО «КубГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Система управления качеством деятельности кафедры нацелена на постоянное улучшение качества образовательной услуги. Одним из ведущих механизмов повышения качества работы кафедры ФПК является ориентированность на интересы заказчика. Кафедра постоянно изучает, стремится удовлетворить и превзойти потребности и ожидания настоящих и будущих потребителей результатов ее деятельности, чтобы быть надежным и привлекательным партнером. Согласно Приказа МЗ РФ №1108н от 29.11.2021 всем медицинским работникам с высшим образованием и средним профессиональным образованием необходимо проходить обучение по вопросам эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), не реже 1 раза в 3 года по программам ПК не менее 36 часов. В связи с этим, сотрудниками кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС разработаны программы циклов ПК (36 часов) «Выявление и регистрация в медицинской организации случаев возникновения ИСМП» для врачей и «Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики ИСМП» для медицинских сестер. В программы циклов вошли вопросы диагностики и профилактики аспергиллеза и других инвазивных микозов, нозокомиальных пневмоний и сепсиса, крайне актуальные в услови-

ях пандемии COVID-19. Обучение медицинских работников всех специальностей предполагает следующие организационные и методологические аспекты: интегративность образовательного процесса, квалификацию профессорско-преподавательского состава, широкий контингент обучающихся, вид и уровень реализуемого профессионального образования. Кафедра инфекционных болезней уже имеет опыт работы с большим количеством одновременно занимающихся слушателей. С марта 2020г. по март 2022г. на циклах ПК по COVID-19 обучено рекордное количество врачей и среднего медицинского персонала – 18260 человек, из них ординаторов – 1169. При проведении циклов широко использованы дистанционные технологии: видеолекции в режиме on-line с использованием платформы Cisco Webex Meetings, практические занятия в виде вебинаров, тестовый контроль. Материалы, предоставленные слушателям, включают учебные видеоролики, актуализированную на момент проведения ПК нормативную базу. Тестовые задания состоят из 50-70 вопросов с одним правильным ответом и 4-мя дистракторами. Тесты своевременно обновляются на основе последних версий Временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению НКИ (COVID-19) и других нормативных документов. В связи с большими потоками зачислений курсантов была построена система взаимодействия по упрощению регистрации, отправки доступов в личный кабинет, обучению и, в конечном итоге, получению удостоверений.

Командная работа сотрудников, технические новации кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС позволяют регистрировать и обучать большое количество слушателей одновременно в короткие сроки (одновременно 2-3 тысячи человек) с высоким уровнем ответственности за качество образовательной деятельности.

Деловая репутация кафедры и эффективность её работы базируются на лидирующей роли руководства и первоочередном решении следующих задач: создания и выделения необходимых ресурсов; мотивации и вовлечения всех сотрудников в деятельность по качеству; повышения результативности всех процессов, связанных с качеством образовательной деятельности.

Давыденко В.С., Иванова А.Р. Останкова Ю. В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ ВИЧ-1 И ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Введение: По данным на 2021 год, в мире насчитывается 38 миллионов человек с диагнозом ВИЧ-инфекция. На скорость развития инфекции влияют различные факторы, например, к факторам патогена можно отнести мутации лекарственной устойчивости вируса, в то время как к факторам хозяина относятся гены, мутации которых связаны с резистентностью к ВИЧ [1]. Возраст

хозяина является одним из факторов, влияющих на течение инфекции [2]. Зарубежными исследователями было показано различие эволюции ВИЧ в детской и взрослой группах [3].

Известно, что в ходе жизненного цикла вирус синтезирует определенные белки, являющиеся характерными маркерами для отдельных стадий развития ВИЧ. В ходе проведенного нами предварительного анализа научной литературы, не обнаружено работ, посвященных взаимосвязи преобразований ансамбля вирусных белков с возрастом пациентов. Оценка встречаемости тех или иных маркеров позволит глубже понять механизм протекания инфекции, а также вклад определенных белков в ее развитие.

Цель исследования: оценка взаимосвязи маркеров ВИЧ-1 и возраста пациентов с впервые выявленной инфекцией.

Материалы и методы. В работе были использованы 2565 образцов плазмы крови от лиц с предварительными позитивными показателями первичного теста. Образцы исследовали методами иммуноферментного анализа (ИФА), хемилюминесцентного иммуноанализа (ХЛИА), методом Вестерн-блот. Согласно инструкции набора, ссылающейся на Консорциум стандартизации серологии ретровирусов (CRSS), требующих для вывода о положительном результате ВИЧ выявления следующих групп антигенов: 1ENV + 1GAG или 1POL. При отсутствии указанных маркеров и наличии других маркеров результат фиксируется как неопределенный. Обезличенные данные пациентов с результатами исследований, были систематизированы и загружены в базу данных с использованием программного обеспечения Excel для дальнейшего анализа и статистической обработки.

Результаты. Половозрастное обследование группы показало незначительное преобладание представителей мужского пола 54,35% по сравнению с женским полом 45,65%, соответственно. Значимых различий в ансамбле белков по половому признаку хозяина не обнаружено. Средний возраст обследуемой выборки составляет 36,14 года, варьируя от 3 месяцев до 92 лет. Пациенты были разделены на следующие возрастные группы: дети (до 18 лет включительно), средняя возрастная группа (от 19 до 44 лет), старшая возрастная группа (от 45 лет).

В ходе анализа особое внимание привлекли следующие белки: p52/51, p18/17, p34/31. Белок p18/17 в детской возрастной группе представлен в 53,57% случаев ($p < 0,05$, 95% ДИ: 33,87-72,49), в средней возрастной группе – в 69,9% ($p < 0,05$, 95% ДИ: 67,46-72,25), в старшей – в 69,74% ($p < 0,05$, 95% ДИ: 63,89-75,15). Белок p52/51 в детской возрастной группе представлен в 89,29% случаев ($p < 0,05$, 95% ДИ: 71,77-97,73), в средней возрастной группе – в 83,67% ($p < 0,05$, 95% ДИ: 81,66-85,54), в старшей – в 88,19% ($p < 0,05$, 95% ДИ: 83,74-91,78).

Белок p34/31 в детской возрастной группе представлен в 78,57% случаев ($p < 0,05$, 95% ДИ: 59,05-91,70), в средней возрастной группе – в 88,58% ($p < 0,05$, 95% ДИ: 86,83-90,18), в старшей – в 90,77% ($p < 0,05$, 95% ДИ: 86,68-93,94).

Показана тенденция к пониженной частоте встречаемости белка р18/17 в детской возрастной группе относительно средней возрастной группой и между детской и старшей группами. Аналогично наблюдается повышенная частота встречаемости белка р52/51 в старшей группе по сравнению со средней группой, а также повышенная частота встречаемости у старшей группы по сравнению с младшей по белку р34/31.

Выводы. В рамках исследования представлено разнообразие выявляемых белковых групп ВИЧ. По результатам анализа показана разница в частотах проявления белков р18/17, р52/51 и р34/31 между возрастными группами.

Для детской возрастной группы требуется увеличение количества образцов с целью получения интерпретируемых результатов. Для оценки влияния различных факторов, включая возраст, на течение инфекции необходимо провести дополнительные исследования с использованием молекулярно-генетических методов. Изучение развития вируса в динамике, начиная со стадии инфицирования и на всем пути развития инфекции, проведенные у пациентов из разных возрастных групп, позволит лучше понять жизненный цикл вируса и влияние различных факторов на него.

Список литературы

1. Останкова Ю.В., Семенов А.В., Чурина М.А., Тотолян А.А. Случаи неэффективной антиретровирусной терапии ВИЧ-1 у детей // Журнал инфектологии – 2017 – Т. 9 – № 2- С. 72-79.
2. HIV-associated malignancies in children / [Singh E.and etc] // Current Opinion in HIV and AIDS – 2017 – Vol. 12(1) – P. 77-83.
3. Clinical Determinants of HIV-1B Between-Host Evolution and their Association with Drug Resistance in Pediatric Patients/ [Pagan I. and etc] // Plos One. – 2016 – 11(12)

***Давыдов В.В., Жаворонок С.В., Рогачева Т.А.,
Загора И.С., Новак Л.В., Левандовская О.В., Кудрявцева А.М.***

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВИРУСУ ГЕПАТИТА Е В ДОНОРСКОЙ КРОВИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск;
Хозрасчетное опытное производство Института биоорганической химии
Национальной академии наук Беларуси, Минск;
Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и
медицинских биотехнологий, Минск;
Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии, Минск

Вирус гепатита Е (ВГЕ) относится к семейству *Hepeviridae*, роду *Orthohepevirus*. Это РНК-содержащий вирус, вызывающий острый вирусный гепатит у человека. Известно, что пять генотипов HEV инфицируют человека. Генотипы 1 и 2 передаются фекально-оральным путем и вызывают крупные

вспышки заболеваний в развивающихся странах, передающихся через воду. Генотипы 3 и 4 вызывают зоонозные инфекции, передающиеся человеку от инфицированных животных, таких как свиньи, олени и кабаны. Передача обычно происходит при употреблении в пищу сырой или недостаточно термически обработанной свинины. Генотип 7 ВГЕ был идентифицирован в основном у верблюдов, а также у пациентов с ослабленным иммунитетом после трансплантации [1].

В Европе наиболее часто гепатит Е (ГЕ) вызывается 3-м генотипом вируса [2]. Хотя эта инфекция у иммунокомпетентных лиц обычно протекает бессимптомно, заражение ВГЕ представляет особый риск для лиц с ослабленной иммунной системой и беременных, поскольку у них может развиваться инфекция с быстрым прогрессированием до цирроза печени, декомпенсации и смерти. Более того, инфекция ВГЕ генотипа 3 связана с несколькими внепеченочными проявлениями, такими как синдром Гийена-Барре, воспалительная полирадикулопатия, двусторонний плечевой неврит, энцефалит, проксимальная миопатия и некротизирующий миозит.

В последнее время наблюдается неуклонный рост числа зарегистрированных случаев передачи ВГЕ при переливании крови. Из-за растущей тенденции серологической распространенности ВГЕ среди населения мира и того факта, что инфекция ВГЕ может вызывать серьезные клинические последствия у тех пациентов, которые больше всего нуждаются в переливании донорской крови, необходимость скрининга донаций на ВГЕ приобретает все большее значение.

С момента первого сообщения о гемотрансфузионном заражении ВГЕ в 2004 г. в Японии последовательно регистрировались новые случаи [3]. Во Франции, Великобритании [4], Германии и Испании [5]. Гемотрансфузионные инфекции ВГЕ, как правило, бессимптомны, как и в большинстве случаев инфекций ВГЕ, которые происходят в развитых странах, и поэтому исторически игнорировались.

Целью настоящего исследования явилось исследование донорской крови на содержание маркеров ВГЕ – иммуноглобулинов класса G и M, в Республике Беларусь.

Материалом для исследования явились образцы сыворотки крови полученные от 192 штатных доноров крови (средний возраст $38,1 \pm 31,41$), осуществивших донации крови в период с 2020 по 2022 гг. Женщины в исследуемой когорте составляли 47,92%, мужчины – 52,08%. В исследовании участвовало две категории лиц. Одна из них включала доноров (n=99), имеющих содержание в крови специфичного для повреждения печени гепатотропного фермента аланинаминотрансферазы (АлАт) в пределах клинической нормы (менее 53 МЕ/л). В другую группу исследования (n=93) были включены доноры, имеющие повышенное содержание АлАт относительно клинической нормы. В сыворотке крови определяли наличие антител против ВГЕ классов IgM и IgG методом иммуноферментного анализа (ИФА) при помощи коммерческих ИФА-диагностических наборов производства НПО «Диагно-

стические системы» и «Вектор-Бест» (РФ) согласно инструкции производителей. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистического анализа данных «Statistica for Windows 12.0» («StatSoft Inc.», Талса, США).

Значимость различий долей устанавливали по критерию χ^2 (если исследуемая группа более 20 и ожидаемое число образцов с изучаемым признаком не менее 5, либо группа более 40 исследуемых), χ^2 с поправкой Йетса (когда ожидаемое число образцов с изучаемым признаком менее 10, но более 5) и с применением точного теста Фишера (если любые из вышеуказанных условий не соблюдены). Для качественных переменных определяли абсолютную частоту (n), относительную частоту – долю (%) от общего числа случаев в исследуемой группе и 95% доверительный интервал (ДИ).

В результате проведенных исследований установлено, что в 7 из 192 сывороток крови, полученных от доноров двух изучаемых групп, обнаружены анти-ВГЕ IgG, что составило 3,65% (95% ДИ 1,47–7,51). Встречаемость анти-ВГЕ IgG в сыворотке крови женщин составила 4,35% (95% ДИ 1,18–11,13), что незначительно больше, чем в группе мужчин – 3,0% (95% ДИ 0,62–8,77). В группе АЛТ положительных доноров встречаемость анти-ВГЕ IgG составила 5/93, что составляет 5,38% (95% ДИ 1,75–12,55), что не имеет достоверных отличий ($\chi^2=0,008$, $p=0,267$) от показателя у доноров, имеющих нормальный уровень АЛТ, у которых встречаемость анти-ВГЕ IgG составляет 2/97, что составляет 2,06% (95% ДИ 0,25–7,45). Анти-ВГЕ IgM были обнаружены в единственном образце сыворотки крови, полученном от донора женского пола АЛТ положительной группы. Ввиду того, что выявленный случай был единственным, статистика не приводится.

Проведенные исследования показали, что образцы донорской крови, полученные в Республике Беларусь содержат антитела к вирусу гепатита Е. Особенно важным является установленный факт наличия в крови донора анти-ВГЕ IgM, что свидетельствует об острой фазе ВГЕ-инфекции и возможности передачи вируса реципиенту при проливании данной порции крови.

Список литературы

1. Spahr C, Knauf-Witzens T, Vahlenkamp T, Ulrich RG, Johne R. Hepatitis E virus and related viruses in wild, domestic and zoo animals: A review. *Zoonoses Public Health*. 2018;65:11–29.
2. Doting MHE, Weel J, Niesters HGM, Riezebos-Brilman A, Brandenburg A. The added value of hepatitis E diagnostics in determining causes of hepatitis in routine diagnostic settings in the Netherlands. *Clin Microbiol Infect*. 2017;23:667–71.
3. Tamura, A et al. (2007) Persistent infection of hepatitis E virus transmitted by blood transfusion in a patient with T-cell lymphoma. *Hepatology Research* 37, 113–120.
4. Hewitt, PE et al. (2014) Hepatitis E virus in blood components: a prevalence and transmission study in southeast England. *Lancet* 384, 1766–1773.

5. Riveiro-Barciela, M et al. (2017) Red blood cell transfusion-transmitted acute hepatitis E in an immunocompetent subject in Europe: a case report. *Transfusion* 57, 244–247.

Должанская Н.А., Целинский Б.П.

ОБ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. И.П. Сербского, Москва

Оказание наркологической помощи нередко осложняется распространенностью среди лиц, употребляющих наркотики и другие психоактивные вещества (ПАВ) таких сопутствующих заболеваний как ВИЧ-инфекция, вирусные парентеральные гепатиты В и С, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) и туберкулез. Возникновению инфекционной коморбидности способствуют присущие потребителям ПАВ, поведенческие факторы риска, одновременно сопровождающиеся активизацией гематогенного и полового путей передачи этих инфекций.

Происходящее постоянное увеличение в лечебно-профилактических учреждениях наркологического профиля числа пациентов с сопутствующей инфекционной патологией неизбежно отражается на всех этапах оказания специализированной помощи, приводя к изменению эпидемиологических показателей и клинических проявлений этих заболеваний; затрудняя их диагностику; снижая эффективность лечения, способствуя развитию лекарственной устойчивости; утяжеляя прогноз и существенно усложняя проведение профилактических мероприятий.

Сопряженность трудноизлечимых болезней зависимости от ПАВ с группой инфекционных заболеваний, в отношении которых, как правило, не имеется средств специфической профилактики и эффективной терапии, поставила перед здравоохранением сложную задачу организации оказания комплексной специализированной наркологической помощи пациентам с коморбидной инфекционной патологией. Проблема оказания своевременной адекватной эффективной помощи указанной категории пациентов заключается в объективно существующей разобщенности наркологической и инфекционной служб, для преодоления которой необходима разработка конкретного механизма их комплексного взаимодействия, основанного на реальных нуждах пациентов. При реализации подобного взаимодействия возникает необходимость одновременного предоставления пациенту с коморбидной патологией комплексной стационарной наркологической и инфекционной помощи на амбулаторном и стационарном этапах. Учитывая укомплектованность кадрами и материальную оснащенность медицинских организаций (МО), с нашей точки зрения, реализовывать предоставление такой комплексной помощи

целесообразнее на базе специализированного наркологического стационара. Это объясняется тем, что оказание полноценной наркологической помощи в условиях инфекционного стационара в значительной степени затруднено из-за открытого больничного режима для пациентов, возможности проноса в стационар ПАВ, низкой мотивацией к лечению у пациентов, срывов лечебного режима, развития резистентности к АРТ и возникновения ЛУ, МЛУ, неподготовленность медицинского персонала к специфике работы с наркозависимыми пациентами, «выгорания» персонала, а также отсутствия в штате психиатра-нарколога.

Поэтому оказание комплексной специализированной помощи пациентам с зависимостью от ПАВ и с коморбидной инфекционной патологией представляется наиболее целесообразным в условиях наркологического стационара при наличии в штате врача-инфекциониста.

Штатная должность врача-инфекциониста в наркологическом диспансере (наркологической больнице) предусмотрена приложением № 23 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология", утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 г. № 1034н.

Эффективная медицинская помощь рассматриваемой категории пациентов на базе наркологического стационара предполагает создание специализированного отделения с соответствующими штатами и необходимым диагностическим и лабораторным оборудованием, обеспечивающем полноценное обследование инфекционного статуса пациентов, предоставление необходимой непрерывной медикаментозной терапии инфекционных заболеваний и наличия соответствующего перечня лекарственных препаратов для этиотропной терапии инфекционных заболеваний.

Организация комплексной наркологической помощи пациентам с коморбидной инфекционной патологией нуждается в разработке специального стандарта и протокола оказания специализированной медицинской помощи, согласованного со специалистами психиатрами-наркологами и инфекционистами.

Список литературы

1. Должанская Н.А., Целинский Б.П., Бузина Т.С., Корень С.В., Любаева Е.В., Полесская М.М., Козлов А.А. Организационные и правовые вопросы оказания наркологической помощи пациентам с социально значимыми инфекциями: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П.Сербского" Минздрава России, 2019. – 68 с.

2. Должанская Н.А., Корень С.В., Бузина Т.С. Профилактика социально значимых инфекций в наркологии //Наркология. Национальное руководство. Краткое издание /под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С. 583-594 DOI:10.33029/9704-5423-7-NRK-2020

3. "О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих". Постановление Правительства РФ от 31.01.2020

№ 66 [Электронный ресурс]: справочно-правовая система «Консультант-Плюс»

4. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2019 году. Аналитический обзор, Москва, 2020. – 197 с.

***Егорова Е.В., Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Карташевская М.И.,
Ерохина Е.В., Шевченко М.Н., Глузмина В.Ю., Бердиус А.В., Андреева Н.В.***

АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ КОКСАКИ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

Актуальность: вирусы Коксаки – группа РНК-содержащих энтеровирусов, инфицирование которыми происходит через слизистую оболочку носоглотки и пейеровы бляшки кишечника. В широтах с умеренным климатом заболеваемость повышается к концу лета и осенью. Основные пути заражения – воздушно-капельный, фекально-оральный, при купании в водоёмах; распространение в организме идет лимфогенно-гематогенным путем с поражением нейронов, клеток кожи, печени, почек и поперечнополосатой мышечной ткани. Особенно обострилась проблема вирусной патологии данного профиля в связи с посещением очень теплых в сезон морских курортов Турции, и юга Кавказа, с учетом особенностей питания и гастроэнтерологической гигиены в данном контексте.

Цель: изучить подходы к ведению больных с поражениями кожи при энтеровирусной инфекции, в том числе с нацеленностью в аспекте распространения внутри семейного очага.

Обсуждение и результаты. Инкубационный период при инфицировании вирусами Коксаки составляет 2-7 дней. Стадия развернутых клинических проявлений обычно начинается с синдрома интоксикации: высокая температура, слабость, повышенная утомляемость, головная боль. Чаще болеют дети.

В дальнейшем заболевание может пойти по типу герпангины, которая проявляется выраженной болью в горле и образованием эритематозных, везикулезных афтозных высыпаний на слизистой зева и ротовой полости. При наличии кожных проявлений энтеровирусной инфекции типичной локализацией является поражение кожи ладоней и стоп, где появляются пятна, везикулы с серозным содержимым. Может также поражаться кожа ягодиц, периаанальной области и других локализаций. Сочетание поражений полости рта и конечностей формирует типичный для болезни Коксаки синдром «рука-нога-рот» (Hand, Foot and Mouth Disease – HFMD), чаще встречающийся у детей в возрасте до 10 лет, однако заболеть могут люди любого возраста. Может возникнуть внутрисемейный очаг.

Вероятность инфицирования взрослых увеличивается при наличии гастроэнтерологической предрасположенности, острой и хронической патоло-

гии ЖКТ, аутоиммунных заболеваний, ВИЧ, онкологических заболеваниях, после недавно перенесенных операций и других факторах снижения иммунитета.

Еще одна часто встречающаяся форма энтеровирусной Коксаки-инфекции протекает по типу гастроэнтерита, острой и хронической патологии данной локализации и профиля.

Представлены два случая семейного заболевания энтеровирусами Коксаки с поражением кожи. Диагноз в обоих случаях был установлен клинически.

Первый случай. У ребенка 1 года внезапно повысилась температура до 39°C, появилась рвота, диарея, проводилось лечение в инфекционной больнице, через 5 дней на фоне стихания симптомов гастроэнтерита в ротовой полости появились эрозии, а на коже кистей и стоп – везикулы со светлым содержимым на неизменном фоне кожи, без тенденции к слиянию. Через 10 дней от начала заболевания ребенка у его отца, тесно контактировавшего с первым заболевшим, появились аналогичные высыпания на ладонях и подошвах, мужчина обратился к дерматологу. При сборе анамнеза выяснилось, что у отца симптомы гастроэнтерита также предшествовали кожным проявлениям. Пациенту рекомендована дезинтоксикационная терапия, наружно – фукорцин, лосьон каламин, декспантенол и консультация инфекциониста.

Второй случай. В семье с интервалом в один день заболели трое детей (2, 3 и 5 лет). Повышение температуры до 38°C сопровождалось симптомами гастроэнтерита, болезненностью при жевании и глотании, появлением пятен и эрозий в ротовой полости, сыпью на коже кистей, стоп, с выраженным зудом у ребенка 2 лет. Проводилась противовирусная, антигистаминная терапия, энтеросорбенты, наружно: на слизистую ротовой полости водный раствор метиленового синего, на высыпания на коже – каламин, цинковая паста, циклопласт, циндол на зудящие элементы сыпи, в дальнейшем – пимафукорт, эмолиенты.

Выводы: в практике врачей дерматовенерологов при работе с детьми в последнее время чаще встречается инфекционная патология, ранее не попадавшая в их поле зрения. При этом регистрируются семейные случаи, что требует междисциплинарного взаимодействия педиатров, детских и взрослых дерматологов и гастроэнтерологов, инфекционистов при выявлении и ведении данных пациентов.

Список литературы

1. Ботвиньева В.В., Намазова-Баранова Л.С., Гордеева О.Б., Ботвиньев О.К., Коноплева Т.Н.. Современные возможности диагностики, профилактики и лечения энтеровирусной инфекции Коксаки у детей. Педиатрическая фармакология. 2012;9(3);40-44.

2. Кей Шу-Мэй Кейн и др. Детская дерматология. Цветной атлас и справочник. Пер. с англ. под ред. О.Л. Иванова, А.Н. Львова. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. – 496 с.: ил.

**Егорова Е.В., Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Реброва Л.Ю., Ерохина Е.В.,
Шевченко М.Н., Корниенко О.А., Попова И.Г., Глузмина В.Ю.**

К ВОПРОСУ СЛОЖНОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

Актуальность: после всплеска заболеваемости сифилисом в России в 90-е годы прошлого века наблюдаются отдаленные последствия проводимого в те годы лечения дюрантными препаратами в виде поздних скрытых форм заболевания, а также позитивных трепонемных и нетрепонемных тестов на сифилис, выявляемых при различных видах скрининга. При этом данные специфического анамнеза сифилиса пациентами предоставляются некорректно или просто скрываются.

Цель: изучить подходы к экспертной оценке состояний, характеризующихся положительными трепонемными тестами (ТТ) и нетрепонемными тестами (НТТ) в различные периоды жизни человека, выявленные во время обследований при неинформативных и некорректных данных анамнеза.

Обсуждение и результаты. Регламентированный скрининг на сифилис с применением реакции микропреципитации (в ее различных модификациях), проводимый для общей популяции населения, не позволяет выявлять пациентов, имеющих сифилис в анамнезе или больных поздними формами сифилиса. Использование специфических реакций на сифилис прописано только в определенных диагностических случаях.

Встречаются случаи положительных результатов серологических исследований крови у пациентов (чаще пациенток), не имеющих установленного диагноза сифилиса, поскольку они не предоставляют объективной информации о предшествующих заболеваниях. Т.о., не исполняется ст.27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, согласно которой пациент обязан предоставить объективные и точные данные анамнеза лечащему врачу, чтобы он мог адекватно оценить анамнестические, эпидемиологические особенности, возможный врожденный характер заболевания.

При обращении за медицинской помощью пациенты дают согласие на медицинское вмешательство, которое предполагает их обязательную роль в определении достоверных данных для установления истинности характера состояния (болезни) и определения адекватной тактики лечения и динамического наблюдения (ведения) пациента до выздоровления. При этом пациенты часто не предоставляют выписки и заключения, которые им выдаются по окончании предшествовавших консультаций и курсов терапии дерматовенерологами или смежными специалистами.

Стремление сменить полового партнера после лечения, вступить в новый брак, сменить регион проживания, чтобы скрыть факт заболевания в

анамнезе, возможно, является неосознанным желанием переболевших таким образом социализироваться, начать жизнь «с чистого листа».

Попадая в многопрофильные или акушерско-гинекологические медицинские организации, переболевшие пациенты нередко стараются ввести в заблуждение врачей. Чаще всего такие ситуации возникают, когда пациентка, имея факт лечения венерической инфекции в анамнезе, уже состоит в новом браке, и наступает беременность, требующая проведения скрининговых исследований на сифилис методами ИФА или РПГА.

Последующие консультации дерматовенеролога по результатам положительных скрининговых тестов в некоторых случаях имеют сходство с психолого-детективным поиском, что требует привлечения дополнительных ресурсов: специфических лабораторных методов дообследования пациентки для определения стадии сифилиса или факта лечения в анамнезе, создания громоздкой консультативной структуры в лице врача поликлиники, экспертного консилиума, врачебной комиссии, которые стараются выяснить детали скрываемого пациенткой анамнеза, убеждают в необходимости проведения специфического лечения, информируют о возможных последствиях и осложнениях, включая врожденный сифилис у будущего ребенка. При этом пациентки не соблюдают нормативные требования, дезинформируя медицинских работников, а затем иногда в обращениях и даже жалобах обвиняют врачей «в попытках установить диагноз сифилиса при отсутствии заболевания».

Поскольку сифилис является социально-значимым заболеванием (согласно постановлению Правительства РФ от 1.12.2004 №715), важной проблемой данного направления диагностики и дифференциальной диагностики остается выявление переболевших или больных поздними формами сифилиса пациентов, состоящих в последующих браках, путем получения положительных/отрицательных результатов ТТ и НТТ, в ситуации, когда новый партнер пациента не знает о предшествовавшем диагнозе сифилиса и о полученных ранее курсах лечения.

Дерматовенерологи имеют четкий алгоритм, который предписывает проведение необходимых лабораторных исследований, и несмотря на то, что порой идет фактический обман врача со стороны пациентов, важно объективно оценивать результаты ТТ и НТТ в сочетании с данными анамнеза. Поскольку медицинское вмешательство является добровольным, у пациентов остается лазейка – они могут отказаться от лечения сифилиса. Врожденный сифилис является чрезвычайной ситуацией в дерматовенерологии, поэтому отказ беременной от лечения сифилиса – это тоже чрезвычайная ситуация, при этом ущемляются права медицинских работников, они не могут привлечь женщин к лечению против их воли, новорожденные оказываются под угрозой инфицирования, а врачи вынуждены оправдываться перед контролирующими органами.

Выводы: при относительно низкой заболеваемости сифилисом дерматовенерологи нередко встречают случаи положительных тестов на сифилис, указывающих на факт инфицирования и лечения пациента в прошлом. Ре-

зультаты тестов могут являться как проявлениями позднего сифилиса без поражения кожи и слизистых, так и свидетельствовать о факте лечения сифилиса в анамнезе, который некоторые пациенты пытаются скрыть в силу различных психологических причин и проблем коммуникации с супругами.

Необходимо в дальнейшем развивать правоприменительную практику по выполнению обязанностей пациентами в отношении своего здоровья, в соответствии со ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, а также защищать права врачей и повышать их рейтинг для формирования доверия к врачебному сообществу, что наглядно продемонстрировала пандемия коронавирусной инфекции.

Список литературы

1. Чеботарев В.В. Сифилис: монография /В.В. Чеботарев. – Ставрополь: Изд-во ООО «Седьмое небо», 2013. 444 с.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс. 2016: 768.

**Казачинская Е.И., Чепурнов А.А., Кононова Ю.В.,
Романюк В.В., Романюк И.В., Шестопалов А.М.**

ПОЛУЧЕНИЕ ВОДНОГО ЭКСТРАКТА ФЕРМЕНТИРОВАННЫХ ЛИСТЬЕВ КИПРЕЯ (ИВАН-ЧАЯ), ОБЛАДАЮЩЕГО ИНГИБИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ IN VITRO НА SARS-COV-2 И ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 2 ТИПА

Научно-исследовательский институт вирусологии
Федерального исследовательского центра фундаментальной и
трансляционной медицины, Новосибирск,
Научно-производственная фирма «Золотая долина», Новосибирск

В настоящее время на фоне продолжающейся борьбы с COVID-19 и глобальным распространением новых генетических вариантов SARS-CoV-2 появились сообщения о том, что иммуносупрессивная терапия с использованием кортикостероидов и блокаторов цитокинов для контроля синдрома «цитокинового шторма» в тяжелых случаях коронавирусной болезни повышает риск проявления оппортунистических инфекций, вызванных такими микроорганизмами как *Aspergillus spp.*, *Candida spp.*, *Cryptococcus neoformans* и *Pneumocystis jirovecii* (carinii), *Strongyloides stercoralis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Toxoplasma gondii*, а также герпесвирусами разных видов, например, *Cytomegalovirus* (CMV) и *Herpes Simplex Virus* (HSV) [Abdoli, 2021; Franceschini, 2021]. У переболевших COVID-19 отмечается увеличение числа диагнозов опоясывающего лишая, вызываемого герпесвирусом вида *Varicella Zoster* (VZV). Активация человеческого герпеса 6 типа (Human Herpes 6, HHV-6) способствует усугублению иммунодефицитных состояний у перебо-

левших COVID-19 и проявлению розового отрубевидного лишая Pityriasis rosea, вызываемого дрожжеподобным грибом *Malassezia furfur*. Seeßle и др. обнаружили высокую частоту реактивации HSV-1 (83,3%, 15 из 18 случаев) у пациентов COVID-19, подключенных к аппарату искусственной вентиляции легких [Seeßle, 2021]. Необходим поиск эффективных препаратов против SARS-CoV-2 и HSV. В настоящее время появляются сообщения об одновременном исследовании ингибирующей активности растительных препаратов против нового коронавируса и герпесвирусов. Например, Zannella с соавт. показали, что метанольный экстракт листьев виноградной лозы *Vitis vinifera* (Vitaceae) был способен *in vitro* ингибировать репликацию как HSV-1, так и SARS-CoV-2 на ранних стадиях инфекции путем прямой инактивации вирионов при очень низкой концентрации при расчете по сухому сырью – 10 мкг/мл [Zannella, 2021].

Иван-чай, кипрей узколистый *Epilobium angustifolium* L. (Onagraceae) это повсеместно произрастающее растение, которое заготавливают как сырье, с известным противовоспалительным, антиоксидантным, противоопухолевым, противомикробным и обезболивающим действием, что связывают с тем, что полифенолы являются основными соединениями листьев этого растения. Nowak с соавт. показали, что активные ингредиенты (флавоноиды, полифенолы и фенольные кислоты, содержащиеся в этанольных экстрактах, проникают через кожу человека и накапливаются в ней, что указывают на то, что *E. angustifolium* может быть интересным растительным материалом для применения в качестве компонента косметических и дерматологических препаратов с антивозрастными и противовоспалительными свойствами [Nowak et al., 2021]. Мы использовали сырье кипрея узколистного *E. angustifolium* L. в виде измельченных гранул ферментированных листьев (2 г), которое в соотношении 1:10 заливали горячей свежekiпячёной дистиллированной водой в стеклянной колбе, выдерживали 15 мин на механической качалке при комнатной температуре и 15 об./мин, а затем 2 часа при 370С в покое. Настой фильтровали через капроновую ткань и использовали в свежем виде для анализа его ингибирующей активности методом классической реакции нейтрализации (инактивации) вируса, как мы недавно описали для исследования нейтрализующей активности антител в сыворотках крови пациентов, переболевших COVID-19, как выживших, так и впоследствии умерших в реанимационном отделении [Kazachinskaja, 2021]. В результате обнаружено, что водный экстракт ферментированных листьев *E. angustifolium* L. ингибирует *in vitro* репликацию коронавируса (штамм SARS-CoV-2/human/RUS/Nsk-FRCFTM-1/2020) в инфекционных титрах 10^3 10^4 и 10^5 ТЦПД50/мл с 50%-ной эффективной концентрацией $33,56 \pm 8,75$, $732,42 \pm 95,69$ и $2148,43 \pm 560,36$ мкг/мл, соответственно. Приготовленный таким образом водный экстракт также ингибирует *in vitro* репликацию вируса простого герпеса 2 типа (штамм MS HSV-2) в инфекционном титре 10^3 БОЕ/мл с 50%-ной эффективной концентрацией $10,68 \pm 1,96$ мкг/мл и с 100%-ной эффективной концентрацией $183,10 \pm 23,93$ мкг/мл.

Таким образом, необходимы дальнейшие исследования на возможность применения водного экстракта ферментированных листьев *E. angustifolium* L. при COVID-19, особенно на фоне пожизненной латентной/персистирующей инфекции HSV-2.

Список литературы

1. Abdoli A. et al.. COVID-19-associated opportunistic infections: a snapshot on the current reports. Clin Exp Med. 2021 Aug 23;1-20. doi: 10.1007/s10238-021-00751-7.
2. Franceschini E. et al. Herpes Simplex Virus Re-Activation in Patients with SARS-CoV-2 Pneumonia: A Prospective, Observational Study. Microorganisms. 2021 Sep 7;9(9):1896. doi: 10.3390/microorganisms9091896.
3. Seeßle J. et al. High rate of HSV-1 reactivation in invasively ventilated COVID-19 patients: Immunological findings. PLoS ONE. 2021;16(7):e0254129. doi: 10.1371/journal.pone.0254129.
4. Zannella C. et al. Antiviral Activity of Vitis vinifera Leaf Extract against SARS-CoV-2 and HSV-1 Viruses. 2021 Jun 29;13(7):1263. doi: 10.3390/v13071263.
5. Nowak A. et al. Epilobium angustifolium L. Extracts as Valuable Ingredients in Cosmetic and Dermatological Products Molecules. 2021 Jun 7;26(11):3456. Doi: 10.3390/molecules26113456.
6. Kazachinskaia E.I. et al. IgG Study of Blood Sera of Patients with COVID-19. Patogens 2021, Nov 2. 10, 1421. Doi:10.3390/patogens10111421

Куртуков М.В., Потехин И.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ У ПАЦИЕНТА С ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗОМ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Псевдотуберкулёз является значимой медицинской проблемой для здравоохранения ряда областей Сибирского, Дальневосточного и Северо-Западного федеральных округов России. Особенности иммунопатогенеза и выраженный клинический полиморфизм этой болезни могут приводить к диагностическим ошибкам, несвоевременному и неэффективному лечению, что в совокупности со сложностью её лабораторной диагностики предрасполагает к развитию обострений и рецидивов, хронизации инфекционного процесса, а также иммунопатологических заболеваний, способствующих длительному снижению работоспособности и инвалидизации пациентов. Одним из таких заболеваний является болезнь Стилла взрослых (БСВ) – редкая мультисистемная аутовоспалительная болезнь, в патогенезе которой основное значение имеет гиперпродукция провоспалительных цитокинов [1]. БСВ характеризуется длительной лихорадкой, экзантемой, поражением суставов, сердца и лёгких, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией, выраженным нейтрофильным лейкоцитозом, увеличением СОЭ, повышением уровня ферритина, при

отсутствии ревматоидного фактора (РФ), антинуклеарных антител (ANA) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду в сыворотке крови и синовиальной жидкости [1, 2].

Целью работы явилось представление клинического случая течения БСВ у пациента с генерализованной формой псевдотуберкулёза.

Материалы и методы. Пациент О., 61 года была госпитализирована в клиническую инфекционную больницу им. С.П.Боткина (КИБ) в сентябре 2018 г. с жалобами на длительную лихорадку до 39,5 0С и выраженное потоотделение; боль в горле; боль в плечевых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах; боль в мышцах рук и ног; сыпь на теле; дискомфорт в животе; снижение массы тела на 7 кг; выраженную слабость.

Установлено, что периодическая лихорадка, боль в мышцах и суставах беспокоили женщину в течение 2,5 мес. после перенесённого в июне 2018 г. амбулаторного случая токсикодермии, ассоциированной с употреблением в пищу белокочанной капусты без термической обработки, которая протекала с лихорадкой, болью в животе, а в своём исходе – с крупнопластинчатым шелушением кожи кистей рук.

До настоящей госпитализации с интервалом в 3 нед. пациент проходила стационарное лечение в терапевтических отделениях с диагнозами «недифференцированный полиартрит», «острый гепатит неустановленной этиологии», а также в инфекционном отделении с диагнозом «цитомегаловирусный гепатит». Ранее проводимая патогенетическая и симптоматическая терапия с применением НПВС оказывала временный положительный эффект в виде купирования лихорадки, интоксикации и регрессии артралгии.

При госпитализации пациента в КИБ было проведено его комплексное клиническое, лабораторное (иммунологическое, бактериологическое и молекулярно-биологическое исследования) и инструментальное обследование.

Результаты и их обсуждение. При осмотре пациента были определены: высокая лихорадка в вечерние часы и появление на её фоне «летучей» пятнисто-папулёзной экзантемы на плечах и бёдрах; острый фаринготонзиллит; генерализованная лимфаденопатия, полиартрит с нарушением функции суставов 2 степени; гепатоспленомегалия.

При углублённом лабораторном обследовании были определены: антитела IgM к *Y.pseudotuberculosis* при отсутствии антител IgG, а также гемокультуры и копрокультуры данного возбудителя; нейтрофильный лейкоцитоз до $22 \times 10^9/\text{л}$, увеличение СОЭ до 54 мм/ч и лёгкая анемия; увеличение уровней АлАТ, АсАТ и ЛДГ более 3 норм; гипоальбуминемия и гипергаммаглобулинемия; гиперферритинемия более 9 норм и увеличение уровня СРБ более 20 норм. Значения таких лабораторных показателей, как РФ, ANA, антистрептолизин-О и прокальцитонин были в пределах нормы. Кроме того, были исключены синдромосходные инфекционные болезни (ВИЧ-инфекция; герпес-вирусная инфекция; лептоспироз; бруцеллёз; клещевой боррелиоз и др.), а также туберкулёз; новообразования; инфекционный эндокардит.

При инструментальном обследовании были определены УЗ-признаки гепатоспленомегалии; КТ-признаки умеренной внутригрудной и подмышечной лимфаденопатии; УЗ-признаки артроза и синовита коленных суставов; эндоскопические признаки эрозивного гастрита.

С учётом полученных анамнестических и эпидемиологических данных, а также результатов проведённого клинико-лабораторного и инструментального обследования пациенту был выставлен основной диагноз: «псевдотуберкулёз, генерализованная форма, средней степени тяжести, острое неосложненное течение»; установлено сопутствующее заболевание: «болезнь Стилла взрослых с высоким системным счётom». После проведённой этиотропной (с применением цефтриаксона) и патогенетической (с применением НПВС и преднизолона) терапии было достигнуто клинико-лабораторное выздоровление. Однако уже через 2 мес. у женщины был диагностирован новый эпизод БСВ, при её госпитализации в клиническую ревматологическую больницу была инициирована генно-инженерная биологическая терапия.

Таким образом, представленный клинический случай иллюстрирует дебют БСВ при остром течении псевдотуберкулёза – болезни, которая может рассматриваться в качестве пускового механизма аутовоспалительного процесса. При этом БСВ ретроспективно имела полициклическое системное течение. Оба заболевания отличаются выраженным клиническим полиморфизмом, сложностью клинической диагностики и могут иметь неблагоприятные исходы. Кроме того, БСВ как диагноз исключения требует проведения дополнительных методов исследования, а также специфической терапии. Своевременная диагностика псевдотуберкулёза и БСВ, раннее начало эффективной терапии и длительное диспансерное наблюдение пациентов с этими заболеваниями предотвращают развитие их хронического течения, осложнений и, соответственно, потенциальную инвалидизацию.

Список литературы

1. Feist E., Mitrovic S., Fautrel B. Mechanisms, biomarkers and targets for adult-onset Still's disease. *Nature Reviews Rheumatology*, 2018, V. 14, pp. 603-618. URL: <https://doi.org/10.1038/s41584-018-0081-x>. (дата обращения 02.02.2022).

2. Болезнь Стилла взрослых, моноциклическая форма (клинический разбор) / К.Ю. Волков, И.С. Свинцикая, А.О. Андрияненко [и др.] // *Русский медицинский журнал*. – Москва. – 2020. – № 8. – С. 28-32.

**АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ И КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЖЕНЩИНАМ
ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ: ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ**

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД

Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) позволяет успешно реализовать репродуктивную функцию ВИЧ-инфицированным лицам, предотвратить инфицирование партнёра, а главное, – исключить риск заражения ребёнка [1-3]. У ВИЧ-позитивных пациентов по данным ряда исследований отмечается низкая эффективность экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) по сравнению с ВИЧ-негативными женщинами (6,7-24,1% и 33,8% соответственно) [4, 5].

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторных данных, и оценка эффективности ВРТ у ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста для снижения риска инфицирования ребёнка.

Материалы и методы. Проведён анализ 249 медицинских карт ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте 29-45 лет, состоящих на диспансерном учёте в МГЦ СПИД ДЗМ и обратившихся за медицинским заключением для участия в программах ВРТ в период с января 2015 г. по декабрь 2021 г.

Результаты. В ВИЧ-конкордатных отношениях состоят 69,7%, имеют ВИЧ-отрицательного партнёра – 30,3% женщины. Клинические проявления оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции отсутствовали у всех пациенток. Неопределяемый уровень РНК ВИЧ-1 зарегистрирован у 96,4% женщин, уровень CD4+-лимфоцитов составил 637 мкл-1. Антитретиовирусную терапию (АРТ) на постоянной основе получали 96% пациенток с высокой приверженностью лечению. Длительность АРТ составила: до года – у 19%, 1–5 лет – у 56% и 5–10 лет – у 25% женщин. Введены в протокол ЭКО 48%, беременность завершилась родами – у 37%, попытки ЭКО оказались безуспешными – у 63% женщин. У всех 47 новорождённых детей РНК ВИЧ-1 в крови не определялась.

Выводы. Необходимыми условиями доступа в программы ВРТ у ВИЧ-инфицированных женщин являются отсутствие клинических проявлений оппортунистических заболеваний, и неопределяемая РНК ВИЧ-1 в крови на фоне эффективной АРТ. Эффективность применения ВРТ у ВИЧ-инфицированных пациенток составила 37%, а перинатальная передача ВИЧ от матери ребёнку была предотвращена в 100% случаев. Попытки ЭКО были неудачны у 63% женщин в результате наличия патологии эндометрия в анамнезе, программы ВРТ не применялись у 52% пациенток по разным причинам.

Список литературы

1. Gout C. et al. Assisted Reproductive Technologies in HIV patients: a comprehensive review of indications, techniques and results // *Gynecol Obstet Fertil.* – 2011. – Vol. 39. – № 12. – P. 704–8.
2. Manigart Y. et al. ART outcome in HIV-infected patients // *Human Reproduction.* – 2006. – Vol. 21. – № 11. – P. 2935–2940.
3. Savasi V. Safety of sperm washing and ART outcome in 741 HIV-1-serodiscordant couples // *Human Reproduction.* – 2007. – Vol. 22. – № 3. – P. 772–777.
4. Stora K. et al. Women infected with human immunodeficiency virus type 1 have poorer assisted reproduction outcomes: a case-control study // *Fertility and Sterility.* – 2016. – 105(5). – P. 1193-1201. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.138.
5. Митюрин Е. и др. Особенности реализации репродуктивной функции у женщин с бесплодием и ВИЧ-инфекцией в программах вспомогательных репродуктивных технологий // *Акушерство и гинекология.* – 2017. – № 10. – С. 70-77.

Пискунова С.Г., Орлова Е.В., Черных О.Н., Харитонова М.А.

КОНТРОЛЬ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И СТЕРИЛИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ГБУ РО «ОДКБ»

Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия в медицинской организации являются неотъемлемой частью комплекса мер, направленных на профилактику возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. С целью оценки безопасности и качества оказания медицинской помощи, а также полноты проведения санитарно-профилактических мероприятий в Государственном бюджетном учреждении Ростовской области «Областная детская клиническая больница» (далее по тексту – ГБУ РО «ОДКБ») проводится производственный контроль. Объектами исследования при проведении контроля являются: воздушная среда, предметы внутрибольничной среды, рабочие поверхности, медицинское оборудование, посуда в пищеблоках (буфетных), помещения для приготовления детских смесей, оборудование для стерилизации, химические средства для дезинфекции, белье; а также стерильность изделий медицинского назначения.

Целью работы является изучение эффективности дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, проводимых в соответствии с действующими нормативными документами. Анализ проводился по результатам санитарно-бактериологических и санитарно-гигиенических исследований в 2021 г. бактериальной обсемененности воздуха помещений, смывов с объектов окружающей среды, материала на стерильность, дезинфицирующих средств, контроля и оценки эффективности их проведения в рамках производственно-

го контроля за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в отделениях ГБУ РО «ОДКБ».

В ГБУ РО «ОДКБ» 24 отделения, в том числе 9 отделений хирургического профиля. Исследования проводились с кратностью не реже 1 раза в 6 месяцев, а в отделениях хирургического профиля и в эндоскопическом отделении не реже 1 раза в 3 месяца. Объем исследований определялся эпидемиологической необходимостью учреждения. В течение 2021 года проводились микробиологические исследования смывов в количестве 2508 проб, нестандартных результатов не выявлено. Контроль стерильности изделий медицинского назначения в количестве 678 проб, нестандартных результатов не выявлено. Исследования смывов с эндоскопического оборудования и моечно-дезинфекционных машин в количестве 567 проб, нестандартных результатов не выявлено. Микробиологическое исследование воздуха в помещениях 266 проб, нестандартных результатов не выявлено. Проверено 12 стерилизаторов, контроль проводился посредством индикаторов биологических, закладка проводилась методом «конверт», нестандартных результатов не выявлено. Санитарно-гигиенические исследования дезинфицирующих средств в количестве 50 проб, нестандартных результатов не выявлено. Исследования в соответствии с программой производственного контроля проводились на базе центра лабораторных технологий ГБУ РО «ОДКБ» и аккредитованного испытательного лабораторного центра по договору.

Таким образом, при проведении оценки организации, полноты и качества проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в отделениях ГБУ РО «ОДКБ» можно сделать вывод, что результаты лабораторных исследований свидетельствуют о высокой эффективности дезинфекционно-стерилизационных мероприятий и соответствии требованиям нормативных документов.

Список литературы

1. СанПиН 3.3686-21 Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней: Санитарные правила и нормы: Утвержден Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации №4 от 28.01.2021г.

2. СанПиН 2.1.3678-20 Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг: Санитарные правила и нормы: Утвержден Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации №44 от 24.12.2020г.

ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ АЛГОРИТМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург

В докладе «О миграции в мире 2020», подготовленном авторитетной межправительственной организацией – Международной организацией по миграции (МОМ, ИОМ) сообщается о том, что 2019г. Российская Федерация (РФ) принимала около 11,6 млн международных мигрантов. Направления Украина-РФ, Казахстан-РФ, Узбекистан-РФ, Азербайджан-РФ, Беларусь-РФ входят в 20 главных миграционных коридоров с участием европейских стран в 2019 году [1]. Согласно опубликованным данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), в 2019г. международная миграция в РФ составила 701 234 человек, из которых 617 997 (88,1%) – из стран СНГ. Основными центрами притяжения мигрантов являются городские поселения (79,2% прибывших), а не на сельская местность.

Трудовые мигранты зачастую прибывают из регионов с более высокой по сравнению с РФ распространенностью инфекционных заболеваний, работают в условиях, повышающих риск их заболеваний и травм, проживают в условиях, увеличивающих риск бытовой передачи инфекционных заболеваний. В связи с этими особенностями требуется коррекция национальной и международной миграционной политики в сфере здравоохранения [2]. По данным Министерства внутренних дел РФ, число лиц, в отношении которых было принято решение о приобретении гражданства РФ, с каждым годом увеличивается и в 2019г. составило 497 817, в 2020г. – 656 347, 2021г. – 735 385. Кроме того, необходимо учитывать, что в настоящее время по всему миру наблюдается феминизация миграционных потоков, что также влияет на всё увеличивающийся вклад в общую рождаемость в РФ [3]. При рассмотрении инкорпорации мигрантов как на законодательном уровне, так и в научных исследованиях, в первую очередь, обсуждается приобретение некоторых культурных паттернов, однако не представляется возможной интеграция, исключая встраивание в систему здравоохранения – доступ к медицинской помощи для мигрантов с одной стороны, и возможность контроля распространения инфекций с другой стороны.

Анализ публикаций о здоровье трудовых мигрантов с 2000 по 2017г. показал, что объем исследований здоровья мигрантов является крайне низким. Около половины (47,3%) соответствующих документов в базе данных Scopus относится к политике и системам здравоохранения, четверть исследований посвящены психическому и психосоциальному здоровью трудовых мигрантов, и лишь оставшаяся часть и без того относительно небольшого количества публикаций анализирует инфекционные заболевания [2]. Безусловным лидером по числу публикаций является США (40,7%), далее следуют Китай и Ве-

ликобритания (9,0% и 6,9%) соответственно, Россия относится к странам с низким вкладом в исследования по этому направлению [2]. В то же время Европейская ассоциация по изучению печени (EASL) в своих Рекомендациях по гепатиту В (2017г.) выделяет главными факторами изменения эпидемиологии вирусного гепатита В (ГВ) политику вакцинации и миграционные процессы.

Ряд исследований, проведенных в различных странах и касающихся широкого спектра стран-доноров, продемонстрировал низкий уровень знаний о вирусном гепатите В (ГВ), о его профилактике, передаче и лечении среди мигрантов. При оценке распространенности основных диагностических маркеров ГВ в группе иностранных граждан, проходящих медицинское освидетельствование для получения разрешений на работу в Управлении по вопросам миграции СЗФО, нами была показана широкая распространенность маркеров ГВ. Более 77% обследованных граждан принадлежали к 9 из 44 представленных стран, среди которых Украина, Узбекистан, Казахстан, Беларусь, Молдова, Армения, Таджикистан, Азербайджан, Китай. Более 75% всех HBsAg+ случаев приходится на граждан трех стран: Молдовы (12,0% внутри подгруппы), Таджикистана (11,1%), Узбекистана (6%). С использованием коммерческого набора (чувствительность 50 МЕ/мл) ДНК ВГВ выявили в 1,6% случаев. Методом выявления ДНК ВГВ в биологическом материале при низкой вирусной нагрузке на основе «гнездовой» ПЦР, разработанным во ФБУН «Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» (чувствительность 10 МЕ/мл) ДНК ВГВ детектирована еще в 7,3% случаев. Таким образом, с применением молекулярно-биологических методов удалось обнаружить 8,9% позитивных случаев. Из них 6,5% образцов относятся к HBsAg-негативной форме заболевания. В более ранних работах также обсуждалась высокая частота выявления маркеров гепатитов В у трудовых мигрантов, что позволяет предполагать высокую вероятность завоза ВГВ в РФ [4]. В перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации с изменениями и дополнениями от: 15 июня 2020 г. гепатит В не входит, соответственно отсутствует контроль выявления и лечения в дальнейшем после въезда в РФ. При учете широкой распространенности HBsAg-негативной формы заболевания, требуется оптимизация алгоритмов обследования мигрантов с включением тестирования на присутствие маркеров гепатита В при использовании современных высокочувствительных методов молекулярной диагностики.

Направление миграционной политики РФ, связанное со сферой здравоохранения, является недостаточно урегулированным [5]. Для планирования и реализации скоординированных мероприятий по мониторингу инфекционных заболеваний при въезде в РФ, обеспечения мер реагирования на вспышки инфекционных заболеваний, определения финансовой и правовой составля-

ющей лечения мигрантов требуется тесное сотрудничество между системами управления миграционными процессами, Роспотребнадзором и сектором здравоохранения, а также трансграничное сотрудничество в сфере здравоохранения с использованием современных информационных технологий.

Список литературы

1. Доклад о миграции в мире 2020 // Международная организация по миграции: [сайт].— URL: www.iom.int/wmr
2. Sweileh W. M. Global output of research on the health of international migrant workers from 2000 to 2017 //Globalization and health. – 2018. – Т. 14. – №. 1. – С. 1-12.
3. Захаров С. В. Скромные результаты пронаталистской политики на фоне долговременной эволюции рождаемости в России. Часть 1 //Демографическое обозрение. – 2016. – Т. 3. – №. 3. – С. 6-38. Таким образом, миграционные потоки вносят существенный вклад в здоровье
4. Алсалих Н. Д. и др. Распространенность серологических маркеров вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов, прибывающих в Российскую Федерацию //Журнал инфектологии. – 2017. – Т. 9. – №. 2. – С. 80-85.
5. Нечаева О. Б. Миграция населения и ее влияние на эпидемическую ситуацию по инфекционным социально-значимым заболеваниям //Медицинский алфавит. – 2016. – Т. 2. – №. 18. – С. 13-21.

***Смирнов Н.А., Нагибина М.В., Мазус А.И., Мартынова Н.Н.,
Тугланова Б.М., Сухопарова Н.Э.***

КО-ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И ВИЧ: ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДА

Московский государственный медико-стоматологический университет им.
А.И. Евдокимова;

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД

Начавшаяся в конце 2019 года пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) не имеет тенденции к завершению. Летальность составляет 1,6-18,3% (1). Проведенные исследования в изучении патогенеза COVID-19 установили, что наиболее значимым в тяжелом течении болезни являются длительная виремия и недостаток отдельных фракций Т-лимфоцитов, отвечающих за регуляцию иммунного ответа, на фоне чего формируется неконтролируемый выброс провоспалительных цитокинов (“цитокиновый шторм”) (2). В ситуации ко-инфекции COVID-19/ВИЧ синергическое взаимодействие заключается в том, что при ВИЧ, хроническое повреждение CD4+ Т-лимфоцитов за счёт прямого лизирующего действия вируса, снижает иммунитет и как следствие иммунный ответ на SARS-CoV-2 может быть замедленным или неполноценным (3,4). Неблагоприятные факторы при данных заболеваниях накладываются друг на друга таким образом, что их суммарный

негативный эффект многократно возрастает. Современные данные о COVID-19 свидетельствуют о том, что прогноз развития тяжелого течения заболевания возрастает с возрастом, мужским полом и некоторыми хроническими заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания легких, ожирение и диабет (5,6). По данным литературы и наших наблюдений – среди госпитализированных больных с COVID-19, ВИЧ инфекция была не более чем у 1,5% (6). В литературе нет достаточных данных о течении ко-инфекции COVID-19/ВИЧ в зависимости от выраженности иммунодефицита, особенности клинической картины, проблемах диагностики, лечения, в том числе эффективности применения биологической терапии и исходов.

Цель. Изучение особенностей диагностики, течения, лечения и исходов COVID-19 у ВИЧ-инфицированных пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар.

Материалы и методы. За 2021г. проанализированы данные 1250 пациентов в возрасте 18 – 70 лет, госпитализированных в ИКБ№2 г. Москвы, имевших сочетанную патологию COVID-19/ВИЧ-инфекция, из них 138 (11%) закончились летальным исходом. Диагноз COVID-19 ставился на основании обнаружения SARS-CoV-2 в мазках из носо/ротоглотки методом ПЦР и/или данных компьютерной томографии легких (КТ), где описывались характерные изменения соответствующая вирусной пневмонии. ВИЧ-инфекция диагностировалась на основании положительного результата в исследовании крови методом иммунного блоттинга.

Результаты. Среди пациентов преобладали мужчины – 829 (66,3%), женщин было 421 (33,7%); в группе неблагоприятного исхода также превалировал мужской пол – 86 (62,3%), женщин было 52 (37,7%). Наибольшее число пациентов было в возрасте 35-44 лет (49,2%); среди умерших этот возраст составил большинство – 64 (46,4%). Клиническая картина была типичной и складывалась из интоксикационного и респираторного синдромов. На КТ легких в подавляющем большинстве (84,5%) случаев выявлялась картина двустороннего интерстициального поражения легких по типу «матового стекла» разной степени интенсивности. Чаше при ко-инфекции наиболее часто диагностировались оппортунистические заболевания: рецидивирующая бактериальная пневмония 297 (23,4%), ЦМВ-инфекция 189 (15,1%), пневмоцистная пневмония 150 (12%). Среди умерших эти же заболевания выявлялись наиболее часто и среди умерших и составили 60,1%, 31,8% и 29,7% соответственно. Пациенты COVID-19 в 3 стадии ВИЧ-инфекции составили меньшинство – 350 (28,0%), состояние в большинстве было средней тяжести и среди них зафиксирована наименьшая летальность (2,2%). Пациентов в 4 (А, Б, В) стадии было большинство – 72%, из них 4В более трети – 37%, летальный исход в этой группе – 91,3%. Больные с уровнем CD4+ более 350 кл/мкл составляли меньшинство – 23,8%, среди них зафиксирована наименьшая летальность – менее 3%. У большинства – 745 (59,6%) пациентов COVID-19/ВИЧ на момент поступления в стационар был выраженный иммунодефи-

цит ($CD4+ < 200$ кл/мкл), вклад данной группы пациентов в общую картину летальности составил 90,6%. Тяжесть течения ко-инфекции у этих больных была обусловлена прогредиентным течением COVID-19 на фоне развития не менее тяжёлых оппортунистических заболеваний, что, соответственно, неблагоприятно сказывалось на прогнозе заболевания. Среди госпитализированных пациентов АРТ получали 712 (57%), однако отмечались особенности в зависимости от сроков начала, приверженности, длительности, смены схем и возможной резистентностью. 187 (15%) больным АРТ было начато в стационаре. Лечение COVID-19 больным проводилось согласно современным клиническим рекомендациям. Таргетная биологическая терапия перед переводом в ИКБ№2 вводилась 72 пациентам (5,8%), среди умерших 18 (13%); при этом состояние при переводе у таких больных лишь в трети случаев (34,7%) расценивалось как средней тяжести; в подавляющем большинстве отмечалось тяжелое состояние у 47 (65,2%). Таким образом, можно полагать, что у данной когорты пациентов подобное лечение оказалось неэффективным и/или привело к прогрессированию заболевания и развитию вторичных заболеваний на фоне глубокого иммунодефицита.

Выводы. Наиболее значимыми в тяжелом течении болезни являются глубокий иммунодефицит (снижение $CD4+ < 200$ кл/мкл) с развитием оппортунистических заболеваний в отсутствии приема АРТ. Применение биологической терапии у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/COVID-19 должно быть персонализировано во избежание усугубления иммунодефицита и, как следствие, прогрессирования вторичных заболеваний. Индивидуальный подход позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и снизить летальность больных ко-инфекцией.

Список литературы

1. Odone A, Delmonte D, Scognamiglio T, Signorelli C. COVID-19 deaths in Lombardy, Italy: data in context. *Lancet Public Heal.* 2020;5(6):e310
2. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. *Clin Immunol.* 2020 Jun; 215:108427
3. Hsi-en Ho, Michael J. Peluso et al. Clinical outcomes and immunologic characteristics of coronavirus disease 2019 in People With Human Immunodeficiency Virus. *The Journal of Infectious Diseases* 2021:223e403
4. Qin C, Zhou L, Hu Z, Zhang S, Yang S, Tao Y, et al. Dysregulation of immune response in patients with coronavirus 2019 (COVID-19) in Wuhan, China. *Clin Infect Dis.* 2020;71:762
5. Cevik M, Bamford CGG, Ho A. COVID-19 pandemic: a focused review for clinicians. *Clin Microbiol Infect* 2020; 26:842–7.
6. Alexy Inciarte, Ana Gonzalez-Cordona, et al. Clinical characteristics, risk factors, and incidence of symptomatic coronavirus disease 2019 in a large cohort of adults living with HIV: a single-center, prospective observational study. *AIDS* 2020, 34:1775–1780

Сухорук А.А.

ВТОРИЧНАЯ ЗАНЯТОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.35 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Детский научной клинический центр инфекционных болезней,
Санкт-Петербург

В научной литературе встречается несколько вариантов определения вторичной занятости. В узком смысле под вторичной занятостью (дополнительной, полизанятостью) понимают трудовую деятельность более, чем на одной работе, в широком – дополнительную занятость не только по отношению к основной работе, но и к различным статусам незанятости (например, трудовая деятельность обучающихся). Как правило, речь идет о дополнительной оплачиваемой работе. Основные виды вторичной занятости: вторая регулярная работа; регулярные и нерегулярные подработки (в форме частичной самозанятости, индивидуального предпринимательства, наемного труда) [1].

Несомненными плюсами вторичной занятости являются: получение навыков трудовой деятельности и работы в коллективе, повышение стрессоустойчивости, выработка способности к быстрой смене различных видов деятельности (трудовой, учебной, рекреационной), адаптации к меняющимся условиям, а также работе в режиме многозадачности. Вместе с тем, необходимо отметить и возможные негативные последствия (снижение успеваемости, сокращение объема свободного времени, нарушение режима труда и отдыха, повышенный риск эмоционального выгорания) [2, 3].

Материалы и методы. Проанализированы данные опроса 29 обучающихся в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Детский научной клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства» по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни, проводившегося в 2020-2021 годах.

Результаты исследования. Средний возраст опрошенных составил $25,0 \pm 0,8$ лет. Гендерный состав: мужчины – 20,7%, женщины – 79,3%.

На момент поступления на обучение по программе ординатуры опыт работы в медицинских организациях в должностях врачей или среднего медицинского персонала имели 86,2% обучающихся.

В период обучения трудовую деятельность осуществляли 72,4% обучающихся.

Должности врачей-специалистов замещали 52,4% работавших обучающихся. Все они были трудоустроены в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь на должности врача-педиатра участкового (восемь человек) или врача-терапевта участкового (три человека) на условиях неполного рабочего времени (0,5 ставки).

Должности среднего медицинского персонала замещали 33,3% обучающихся, осуществлявших трудовую деятельность, из них только один человек работал в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Занятость не превышала 0,75 ставки.

Наименьший вклад в структуру вторичной занятости (14,3%) внесло трудоустройство в организации, не оказывающие медицинскую помощь.

Подавляющее большинство трудоустроенных обучающихся (85,7%) осуществляли трудовую деятельность в организациях государственной системы здравоохранения.

С учетом пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 работа в 52,4% случаев была связана с оказанием медицинской помощи данной категории пациентов.

Необходимо отметить, что совмещение учебы и работы не оказывало видимого негативного воздействия на освоение образовательной программы ординатуры.

Заключение. Результаты проведенного исследования выявили высокую распространенность вторичной занятости обучающихся. Работа в должностях участковых педиатров и терапевтов, включающая в себя большой объем медицинской помощи пациентам с инфекционной патологией, особенно в условиях распространения новой коронавирусной инфекции, может помочь сформировать необходимые профессиональные компетенции будущего врача-инфекциониста.

Список литературы

1. Кученкова А. В. Вторичная занятость в контексте процессов прекаризации на российском рынке труда. Социологические исследования. 2019. № 9. С. 73-83
2. Капезина Т.Т. Вторичная занятость студентов: На материалах вузов г. Пензы: автореф. дис.. канд. социол. наук. Пенза, СПб., 2003.
3. Тихомирова А.М., Мылласова О.В. Роль вторичной занятости студентов в формировании трудовых компетенций. Московский экономический журнал. 2018. № 4. С. 25.

Туаева Р.Г., Лосева О.К., Нагибина М.В., Бессараб Т.П.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ПАЦИЕНТОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии;

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД

Введение. В литературе имеются указания на повышенную частоту развития сердечно-сосудистой патологии у ВИЧ-инфицированных лиц в сравнении с популяционными данными и более высокий уровень летальности в этой группе населения от сердечно-сосудистых заболеваний [1,2].

Цель исследования: выявление кардиоваскулярной патологии у пациентов на 3 и 4 стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Для проведения исследования была сформирована группа из 50 ВИЧ-инфицированных пациентов, в которую вошли 37 мужчин и 13 женщин в возрасте от 29 до 67 лет (средний возраст 41,2 года). Наибольшее число пациентов (78%) – в возрасте от 30 до 50 лет. 3-я стадия (субклиническая) установлена у 14 пациентов, 4 стадия (вторичных заболеваний) – у 36, из них: 4А – у 6, 4Б – у 14, 4В – у 16 человек.

Всем пациентам проведены рутинные клинические и параклинические, а также инструментальные исследования – ЭКГ, Эхо-КГ, УЗДГ БЦА – с последующей консультацией кардиолога в случае выявления каких-либо отклонений от нормы.

При кардиологическом обследовании патология была выявлена у 29 пациентов (58%). Чаще других диагностировался инфекционный эндокардит (ИЭ) – в 19 случаях из 29 (65,5%). ИЭ диагностирован в 5 случаях из 14 у пациентов с 3-й стадией ВИЧ-инфекции и у 14 пациентов из 36 пациентов с 4-й стадией. На Эхо-КГ выявлялись дополнительные наложения на клапанах аорты, во всех случаях – на створках трикуспидального клапана (ТК), у двух пациентов, кроме этого, были поражены митральный (МК) и аортальный клапаны (АК). Наблюдалась регургитация на трикуспидальном клапане (ТР) 2-4 степени. В посевах крови выявлялись *S.aureus* и *S.saprophyticus*.

Обращает на себя внимание частота наркозависимости в группе пациентов с диагностированным ИЭ: если из 50 обследованных пациентов наркозависимостью (внутривенное потребление ПАВ) страдали 22 (44%), то из 19 лиц с диагностированным ИЭ – 16 (84,2%).

Клинический пример.

Пациентка А.О.И. 16.09.1984 г.р. (ж), 36 лет.

Д-з: ВИЧ-инфекция, стадия 3 субклиническая, фаза прогрессирования вне АРТ. ИЭ с поражением трикуспидального клапана. Сопутствующие: гепатит смешанной этиологии (HCV+токсический), обострение.

ВИЧ с 2018 г. На учете не состоит. АРТ не получает. Курение > 20 лет ИФА (IgM+IgG) – отриц. от 09.11.2020

ПАВ последний прием (в/в) 3 недели назад. Злоупотребление алкоголем, алкоголизация носит запойный характер, последний запой длительностью 2 недели закончился неделю назад. Табакокурение.

ЭХО-КГ от 09.11.2020: ЭХО-признаки наложения на передней створке ТК. ТР 2-3 ст. Полости сердца не расширены. Сократительная способность миокарда-удовлетворительная. Расхождения листков перикарда не выявлено.

ЭХО-КГ от 04.12.2020: Дополнительные наложения на створках трикуспидального и аортального клапанов-размеры уменьшились в динамике. Проплап передней створки ТК I-й степени. ТР 4 ст. Уплотнение створок АК, МК и ТК. АР I ст. МР II ст. Умеренная ЛГ (40 мм.рт.ст). Незначительное кол-во свободной жидкости в полости перикарда – количество уменьшилось в динамике.

ЭКГ от 06.11.2020: син.тахикардия.

КТ ОГК от 06.11.2020: Массивные участки консолидации обоих легких неясной этиологии (не COVID). Очаговые участки уплотнения в обоих легких. Гепатоспленомегалия.

УЗИ ОБП от 08.11.2020: Увеличение и диффузные изменения в паренхиме печени. Диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы. Увеличение лимфоузлов ворот печени.

Консультация кардиолога: ИЭ с поражением ТК НК 1.

ИС от 09.11.2020: СД4-184(23%), СД8- 416(52%), СД4/СД8 –0,44, ВН-10205 коп/мл.

ДНК ЦМВ от 09.11.2020-менее 20 коп/мл.

ОАК от 19.11.2020:НВ 95г/л.

БАК холестерин, ЩФ, глюкоза в норме.

Выводы.

1.На нашем материале инфекционный эндокардит превалировал среди выявленных случаев кардиологической патологии у ВИЧ- позитивных пациентов в 3 и 4 стадиях заболевания (65,5%).

2.У пациентов с ИЭ достоверно чаще отмечалась наркозависимость (ПАВ в/в) в сравнении с данными по всей группе обследованных (соответственно 84,2% и 44%), что свидетельствует о значительной роли наркозависимости в развитии ИЭ.

Список литературы

1. French A.L., Gawel S.H., Hershow R., Benning L., Hessol N.A., Levine A.M., Anastos K., Augenbraun M., Cohen M.H. Trends in mortality and causes of death among women with HIV in the United States: a 10-year study // J Acquir Immune Defic Syndr. 2009; 51 (4): 339-406.

2. Knobel H., Jerico C., Montero M. et al. Global cardiovascular risk in patients with HIV infection: concordance and differences in estimates according to three risk equations. //Framingham SCORE and PROCAM. AIDS Patient Care. 2007; 21 (7):452-457.

Чистякова Н.В.

ТЕНДЕНЦИИ ТЕКУЧЕСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Детский научно-клинический центр инфекционных болезней,
Санкт-Петербург

Ввиду нестабильной эпидемической обстановки и спада экономической активности в стране и мире, основной актив любой организации, к которому относится персонал, оказался не только под угрозой сокращения, но трансформации содержания и условий трудового процесса (изменений режима работы и формы занятости) [1].

Текучесть кадров – естественное явление, присущее любым организациям и обусловленное стремлением работников удовлетворить свои потребности в части уровня заработной платы, комфортных условий труда и профессионального развития.

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции и повышенной вследствие этого процесса тревожности населения в целом и работников организаций в частности, тенденции к увеличению текущесть кадров, казалось бы, ожидать не приходится, так как вероятность найти на рынке труда более привлекательные условия труда невелика. Эта гипотеза справедлива для всех отраслей занятости и категорий персонала, за исключением наиболее востребованных в сложившихся обстоятельствах медицинских работников. Тенденция поведения медицинских работников организаций системы здравоохранения в критический период, каким и является сейчас период пандемии COVID-19, существенно отличается от прогнозов, ожиданий и общепринятого поведения [2].

Материалы и методы. Для анализа тенденций текущесть персонала было проанализировано изменение численности медицинского персонала ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства» (далее – Организация), в структуру которого входит инфекционный стационар с общей численностью медицинских работников более 350 человек за период с 2019 по 2021 годы. Организация расположена в Северо-Западном Федеральном округе, не репрофилирована для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, но работает в условиях риска заноса вируса SARS-CoV-2.

Среднесписочная численность работников за период исчислялась путем суммирования списочной численности работников за каждый календарный день месяца, то есть с 1 по 30 или 31 число (для февраля – по 28 или 29 число), включая праздничные (нерабочие) и выходные дни, и деления полученной суммы на число календарных дней месяца [3].

Коэффициент текущесть кадров оценивался как соотношение числа работников, уволившихся из Организации к среднесписочной численности работников за анализируемый период [4].

Результаты исследования. Сравнение фактической численности персонала Организации за анализируемый период позволило сделать вывод о стабильном снижении среднесписочной численности работников на 1,1-1,4% в год при отсутствии проведения организованных мероприятий по сокращению штата и численности работников Организации.

При сравнении фактической среднесписочной численности в разрезе категорий персонала за 2019-2020 гг. выявлено, что численность врачебного и младшего медицинского персонала снизилась на 1,5% и 6,8% соответственно, а в отношении среднего медицинского персонала, напротив, произошло увеличение на 1,8%. Анализ данных за 2020 и 2021 год дает практически прямо противоположные результаты: численность врачебного и младшего медицинского персонала подверглась незначительным изменениям в сторону увели-

чения или осталась на прежнем уровне, когда как численность среднего медицинского персонала снизилась на 3,1%.

При анализе структуры уволившегося персонала установлено, что наибольший удельный вес в структуре уволившихся приходится на работников со средним медицинским образованием (2019 год – 63,0%, 2020 год – 44,7%, 2021 год – 68,3%).

Оценка текучести медицинского персонала за три рассматриваемых года:

- значение общего коэффициента текучести медицинского персонала ежегодно увеличивается (2019 год – 14,8%, 2020 год – 15,3%, 2021 год – 19,8%);

- наибольшая текучесть врачебного персонала отмечена в 2020 году (18,2%);

- максимум текучести среднего и младшего медицинского персонала пришелся на 2021 год (25,0% и 28,6% соответственно).

Значение среднего коэффициента текучести за два года в условиях пандемии COVID-19 и его сопоставление со значением 2019 года выявило:

- увеличение общего коэффициента текучести на 3%,

- незначительные статистически не достоверные изменения коэффициента текучести врачебного и среднего медицинского персонала (-1,3% и +0,9% соответственно),

- значительное статистически достоверное ($p > 0,01$) увеличение коэффициента текучести младшего медицинского персонала (с 5,1% до 25,3%).

Выводы. Пандемия новой коронавирусной инфекции дестабилизировала все сферы занятости и отрасли экономики, в том числе выявила ряд проблем в управлении системой здравоохранения. Одно из лидирующих мест в этом ряду занимает кадровая обеспеченность медицинских организаций, которая, в свою очередь, напрямую влияет на качество оказываемых населению медицинских услуг.

Список литературы

1. Грихно В.В., Симонова М.В. Тенденции изменений текучести персонала по категориям в условиях коронавирусных ограничений (на примере АО «Почта России»). Управленческий учет. 2021. № 1. С. 29-36.

2. Ярашева А.В., Александрова О.А., Медведева Е.И., Аликперова Н.В., Крошили С.В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2020. Т. 13, № 1. С. 174-190.

3. Приказ Росстата от 30.07.2021 № 457 (ред. от 17.12.2021) «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения для организации федерального статистического наблюдения за численностью, условиями и оплатой труда работников, потребностью организаций в работниках по профессиональным группам, составом кадров государственной гражданской и муниципальной службы» [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_393490/

4. «Методика нематериальной мотивации государственных гражданских служащих Российской Федерации» (утв. Минтрудом России) (вместе с «Рекомендациями руководителю структурного подразделения государственного органа по формированию комфортных организационно-технических и психофизиологических условий профессиональной деятельности») [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_321133/

Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЗАРАЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ НА КУБАНИ

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

В крае отмечается стабилизация заболеваемости микроспорией. За анализируемый период заболеваемость снизилась на 23,1% с 44,1 на 100 населения (2490 случаев) за 2019 год, до 33,9 на 100 населения (1925 случаев) за 2020 год. При этом в ряде районов отмечен рост. Превышение среднекраевого показателя заболеваемости (33,9 на 100 тыс. населения) более чем в 2 раза отмечено в Северском (86,2), Ейском (75,0), Тимашевском (69,2) районах и г. Новороссийске (68,5).

Больных трихофитией в 2020 году выявлен 1 человек, за 2019 год – не зарегистрировано.

Заболеваемость микозами кистей и стоп выросла на 13,3% с 72,7 случаев на 100 тысяч населения за 2019 г. до 82,4 на 100 тысяч населения за 2020 год. Заболеваемость микозами кистей и стоп за 2020 г. превышает среднекраевую (82,4) в 2,5 и более раз в городе Анапа (274,0); Выселковском (246,0), Славянском (218,0), Крымском (232,8) и Староминском (219,0) районах.

За 2020 год в крае на 29,5% снизилась заболеваемость чесоткой, показатель составил 6,2 на 100 тыс. населения или 352 случая (за 2019 год – 8,8 на 100 тыс. населения или 495 случаев). Превышение среднекраевого показателя заболеваемости чесоткой (6,2) в 3 и более раза отмечено в районах: Брюхо-вецком (30,1), Лабинском (20,9), Приморско-Ахтарском (33,6), Тимашевском (20,3), Щербиновском (28,4) и Новопокровском (28,2).

В аспекте выполнения требований Федерального закона от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», СП 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», постановления главного санитарного врача по Краснодарскому краю от 02.02.2018 №6 «О проведении заключительной дезинфекции в очагах инфекционных болезней на территории Краснодарского края» в целях улучшения в Краснодарском крае профилактических, противозoonемических мероприятий по заболеваемости заразными кожными заболеваниями. В целях улучшения организации диагностики и профилактики заразных кожных заболеваний:

- усилен мониторинг регистрации заразных кожных заболеваний во всех медицинских организациях края;

- соблюдена логистика эпидмероприятий, взаимодействие смежных служб по выявлению ЗКЗ, ведению больных в медицинских организациях в городах и районах края, в соответствии с приказами от 15.11.2012 № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология», приказом министерства здравоохранения Краснодарского края от 14.02.2018 №701 «О совершенствовании организации дерматовенерологической помощи в Краснодарском крае», с учетом требований Федеральных Клинических рекомендаций Российского общества дерматовенерологов и косметологов, изданных в 2016 году;

- активизированы мероприятия по повышению настороженности медицинского персонала по профилактике и выявлению заразных дерматозов в соответствии с приказом министерства здравоохранения Краснодарского края от 06.02.2018 №613 «О повышении настороженности медицинских работников по профилю дерматовенерологии».

Дерматовенерологами совместно с педиатрами, врачами первичной медицинской помощи при различных видах медицинских осмотров в медицинских и иных организациях активизированы мероприятия по своевременному консультированию пациентов с подозрением на ЗКЗ и верификацией диагноза при патологии кожи и проявлениях на кожных покровах и слизистых в отношении заразных дерматозов, в том числе и с целью проведения противоэпидемических мероприятий.

Используются современные методы диагностики заразных кожных заболеваний:

- микроскопическое исследование на грибы;
- осмотр под люминесцентным фильтром (лампой Вуда - ОЛД-41);
- культуральное исследования для идентификации вида возбудителя, том числе в дифференциально-диагностических целях.

Диагноз чесотки должен подтверждаться обнаружением возбудителя.

- метод прокрашивания применяют для верификации чесоточных ходов. Подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают спиртовым раствором йода, анилиновыми красителями, тушью или чернилами;

- метод масляной витропрессии позволяет быстро обнаружить чесоточный ход. За счет обескровливания капиллярного русла при надавливании предметным стеклом улучшается визуализация поверхностных кожных включений. Просветляющий эффект усиливается после предварительного нанесения минерального масла на предполагаемый чесоточный ход;

- метод извлечения клеща иглой. Для этой цели используют стерильные одноразовые инъекционные иглы. Иглой вскрывают слепой конец хода на месте буроватого точечного включения, соответствующего локализации самки чесоточного клеща. Острые иглы продвигают по направлению хода. Клеща, который своими присосками фиксируется к игле, извлекают и поме-

щают на предметное стекло в каплю воды или 40% молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют;

— метод соскобов позволяет обнаружить содержимое чесоточного хода, папул и везикул. Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку. Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают скальпелем до появления капли крови. Материал переносят на предметное стекло в каплю той же молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Результат лабораторной диагностики считается положительным, если в препарате обнаруживают самку, самца, личинку, нимфу, яйца, опустевшие яйцевые оболочки, линечные шкурки. Наличие экскрементов свидетельствует о необходимости исследования соскобов с других участков кожного покрова.

Направляются на клинический экспертный консилиум ГБУЗ ККВД и консилиумы кожно-венерологических диспансеров края пациенты в диагностически сложных случаях заразных кожных заболеваний и дерматозов для определения тактики ведения больных, в том числе в режиме телеконсультаций.

Активизирована работа по профилактике заразных дерматозов, в том числе среди детей и подростков, с привлечением центров (кабинетов) медицинской профилактики, общественных организаций и средств массовой информации (СМИ), комитетов по делам молодежи, с использованием интернет-сайтов медицинских организаций.

Организован мониторинг за работой по непрерывному последипломному обучению врачей дерматовенерологов и их аттестации на квалификационные категории, в соответствии с нормативными требованиями.

Выводы. Организационные мероприятия, проводимые как в специализированной, так и в первичной медицинской сети помогают развитию отрицательного тренда в развитии эпидситуации при микотической инфекции, особенно при зооантропонозной эпидемиологической патологии и заболеваемости, передающейся контактным от животных путем с особенностью сезонной и временной изменчивости.

Список литературы

1. Малярчук А.П., Монтес Росель К.В., Соколова Т.В. Как повысить эффективность бактериоскопической диагностики микозов стоп? Клиническая дерматология и венерология. 2019: 18(4): 428-436.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс. 2016: 768.
3. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 896 с.

**Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Карташевская М.И.,
Бердиус А.В., Андреева Н.В., Глузмина М.М.**

К ВОПРОСУ (ДЕРМАТО)ТРИХОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРИХОМИКОЗОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

Актуальность. В практике врача дерматолога-трихолога встречаются пациенты, обратившиеся на прием по поводу очагового выпадения волос, не связанного с непосредственным изменением гормонального фона, аутоиммунными процессами и другими эндогенными причинами очаговой алопеции. Паразитарные заболевания кожи волосистой части головы, такие как трихомикозы, также сопровождаются потерей волос в очагах поражения, что вызывает необходимость повышения микотической настороженности врача дерматолога-трихолога.

Цель: определить место трихоскопического исследования в диагностике микозов, локализующихся на волосистой части головы.

Материалы и методы. Проанализированы 9 случаев микроспории, выявленных при обследовании трихологических пациентов в ГБУЗ ККВД (использован трихоскоп Агато, увеличение х60, х200). Все случаи подтверждены микроскопическими и микробиологическими методами.

Обсуждение. Трихомикозы – это группа микозов, вызываемых преимущественно грибами-дерматомицетами (рода *Microsporium* и *Trichophyton*), протекающих с поражением волосяных фолликулов и стержней волос (*tinea capitis*). В зависимости от типа поражения волос дерматомицеты подразделяются на грибы-эндотрикссы, эктотрикссы и патогены, вызывающие favozное поражение волос.

Микроспория – наиболее частая инфекция у детей, вызываемая дерматофитами. Возбудители – грибы рода *Microsporium*: антропонозные (*M. ferrugineum*, *M. audouinii*), зоонозные (*M. canis*, *M. distortum*), геофильные (*M. gypseum*, *M. panum*). Источниками инфекции служат больные люди, бездомные животные (чаще кошки) или загрязненные спорами грибов предметы обихода (инструменты в парикмахерской, головные уборы, спинки кресел в общественных местах и т. д.).

Диагноз микроспории обычно ставится клинически с использованием лампы Вуда и микроскопическим подтверждением. В случае инфицирования грибом рода *Microsporium* в свете лампы пораженные волосы дают ярко-зеленое свечение.

При микроскопии пораженного волоса обнаруживаются мелкие споры внутри волоса, расположенные группами, мозаично и снаружи в виде муфты из спор. В кожных чешуйках – септированный мицелий.

Основными возбудителями трихофитии гладкой кожи в настоящее время являются антропонозные (*Trichophyton violaceum*, *T. tonsurans*) и зоонозные (*T. verrucosum*, *T. mentagrophytes* v. *gypseum*) грибы. Волосы, пораженные

грибом, становятся хрупкими, ломкими, вследствие чего легко обламываются на высоте 1-2 мм над уровнем кожи или даже на уровне кожи и тогда имеют вид «черных точек» (при поверхностной форме). Кожа на пораженных участках слегка гиперемирована и шелушится. Крупные споры антропонозного гриба *Trichophyton* расположены цепочками внутри волоса, заполняя его полностью по типу *endothrix*. Зоонозные *Trichophyton* поражают волос по типу *T. ectothrix*, с расположением крупных спор вокруг волоса скоплениями (муфтами), и вызывают инфильтративно-нагноительный процесс с образованием перифолликулярного воспалительного инфильтрата, что приводит к гнойному расплавлению волосяных фолликулов.

Микологическое исследование является золотым стандартом диагностики микозов кожи и ее придатков, однако, для получения результатов требуется время, что отдалает время начала терапии. Результаты микроскопии, как правило, известны уже в день сдачи анализа. А посевы дают рост в течение 3 недель.

Трихоскопия – это базовый, современный и один из наиболее общепризнанных в трихологической практике методов неинвазивной диагностики, который рекомендован при различных заболеваниях волос и кожи головы.

При микроспории видны округлые шелушащиеся очаги облысения с обломанными волосками на высоте 5-8 мм. Обычно эти симптомы сопровождаются эритемой, наслоениями кератина. Поражение грибом рода *Trichophyton* может проявляться единичными болезненными бляшками, лишенными волос или диффузным облысением. Невоспалительный вариант черноточечной трихофитии характеризуется наличием обломанных волос, различаемых как черные точки на поверхности кожи скальпа, также обнаруживаются специфичные волосы в виде «запятой». Воспалительный вариант *tinea capitis* характеризуется неравномерной пигментацией, эритемой, шелушением, пустулами, формированием фолликулярных чешуйко-корок и запустевших фолликулов в результате их расплавления (при инфильтративно-нагноительной форме).

Список литературы

1. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Богомоллова Т.С. Трихомикозы: история изучения, современные представления об эпидемиологии, этиологии, диагностике и лечении. Клиническая дерматология и венерология. 2011; 9(6): 4-9.
2. Потеев Н.Н., Хамаганова И.В. Трихомикозы: учебное пособие для врачей – слушателей ФУВ. М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова; 2014: 56.
3. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс. 2016: 768.
4. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 896 с.

5. Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Жестовский С.Д., Краснокутская Л.Ю. Аспекты заболеваемости дерматофитиями в Краснодарском крае. Материалы V научно-практической конференции Южного федерального округа «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Сочи, 28-29 апреля 2010 г. Краснодар-Сочи-Майкоп: Полиграф-ЮГ; 2010: 37-38,

6. Глузмин М.И., Федоров Р.Г., Барабаш А.И. К вопросу распространенности микроспории в Краснодарском крае в 2013 году. Материалы IX научно-практической конференции Южного федерального округа с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Краснодар, 29-30 мая 2014 г. Краснодар: Полиграф-ЮГ; 2014: 154-155.

**Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Корниенко О.А., Шевченко Г.А.,
Глузмина В.Ю., Чакрян А.А., Шевченко М.Н., Ерохина Е.В.**

К ВОПРОСУ СИФИЛИСА СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В АСПЕКТЕ СКРИНИНГА НЕЙРОСИФИЛИСА

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

Цель исследования: оценка аспектов выявления случаев сосудистого сифилиса с поражением срединной артерии мозга, верифицированного под маской нейросифилиса в межрайонном региональном сосудистом центре Краснодарского края, с учетом тяжести состояния, объема патологии и мероприятий неврологов, кардиологов и дерматовенерологов на этапах ведения междисциплинарных пациентов.

Материалы и методы. Проведен анализ первичной медицинской документации больных с сосудистым сифилисом с поражением срединной артерии мозга, в том числе ф.003/у (Медицинская карта стационарного больного), случай ведения пациента неврологами, с позитивными реакциями крови на сифилис и дополнительными данными о специфическом поражении сосудов мозга сифилитической природы.

Пациент поступил в неврологическое отделение с жалобами на потерю сознания, нарушение ориентации, головные боли, потерю привычных механических навыков. Диагноз: остеохондроз шейного отдела позвоночника. Цервикокраниалгия. Астеновегетативный синдром. Проведено обследование: анализ крови на ИФА – отр. от 24.04.2018, антитела ВИЧ нет, ОАК, БАК, ОАМ – норма. МРТ головы от 27.04.2018 – МРТ-картина более вероятно соответствует постишемическим глиозномаляционным изменениям в области базальных ганглиев слева, рекомендована консультация невролога в динамике. Поствоспалительные остаточные изменения в ячейках решетчатой кости, верхнечелюстных пазухах. Выписан с улучшением к труду с 3.05.2018г. 27.06.2018 была вызвана бригада скорой помощи. У пациента отмечалась потеря ориентации, отсутствие адекватной реакции на происходящее. Больной госпитализирован в неврологическое отделение 27.06.2018. Установлен диа-

гноз: дисциркуляторная энцефалопатия атеросклеротического генеза I степени. Цефалгия. При обследовании крови на ИФА от 29.06.2018 результат положительный. КП 3,6. РМП – отр. При повторном исследовании на ИФА от 05.07.2018 результат положительный. КП 10,8. РМП – отр. При исследовании крови в серологической лаборатории ГБУЗ ККВД от 09.07.2018г. результат ИФА полож., КП 5,2; РМП – отр., РПГА полож. (3+), РИФ полож. (3+). Из анамнеза: заболевание сифилисом в прошлом категорически отрицает. Со слов пациента после службы в армии переболел «триппером». Лечился самостоятельно препаратом «бициллин». Женат. Посторонние половые контакты категорически отрицает. При обследовании жены от 17.07.2018 результаты ИФА и РМП на сифилис отрицательные. При исследовании спинномозговой жидкости от 19.07.2018 РМП – отр., РИФЦ – отр., РПГА – отр., ИФА с IgG – отр. Врачом неврологом СЦ ЦРБ направлен в неврологическое отделение ККБ, где находился с 25.07.2018 по 02.08.2018 с диагнозом: церебральная воспалительная васкулопатия с множественными лакунарными инфарктами разной степени давности (по данным МРТ). Центральный ассиметричный тетрапарез, больше выраженный в нижних конечностях, с нарушением функции передвижения. Мозжечковая недостаточность, в виде легкой динамической атаксии верхних конечностей. Выписан из отделения без значительного улучшения, со стойкой утратой трудоспособности. При проведении МРТ головного мозга от 25.07.2018г.: МР-картина очагов подострой ишемии в обеих гемисферах головного мозга – Проявление васкулита? Эмболия мелких сосудов?, Образование передних отделов мозолистого тела. 03.08.2108г. Очередной приступ с эпилептическим компонентом. Госпитализирован в неврологическое отделение. Общее состояние в динамике с нарастающим ухудшением. По настоянию врача невролога повторное исследование ликвора на сифилис от 16.10.2018г. РМП – отр., РИФЦ, РПГА – отр., ИФА – отр. При исследовании крови на ИФА результат положительный (3+). Консилиум ГБУЗ КВД с целью верификации диагноза не исключил развитие у больного сосудистой патологии на фоне сифилиса (артериита срединной артерии мозга), что обусловило негативные показатели исследования ЦСЖ в динамике в процессе развития сосудистой катастрофы. Рекомендована терапия в неврологическом отделении сосудистого межрайонного центра при совместном ведении невролога, кардиолога и венеролога в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 30.07 2001 № 291 – о профилактике и активном выявлении сифилиса в РФ. Сердечно-сосудистый сифилис срединной артерии мозга – это сосудистое поражение, которое может являться элементом сосудистой катастрофы. По МКБ-10 сифилис сердечно-сосудистой системы (A52-0) верифицируется как церебральный артериит (I68.1) Васкулярный сифилис церебральной локализации по своему течению может иметь два вида: острое нарушение мозгового кровообращения с клиникой ишемического, реже – геморрагического инсульта; подострое течение заболевания с длительностью продромы периода от нескольких недель до нескольких месяцев в виде головной боли, головокружения, эпилептических припадков, парестезий, снижения памяти, эмоцио-

нальной лабильности, личностных изменений. По данным литературы, положительные серологические реакции в ликворе выявляются в 20% случаев, слабоположительные коллоидные и глобулиновые реакции – в трети. Сифилитические поражения сосудов головного и спинного мозга (васкулиты) могут проявиться преимущественным поражением артерий (артерииты) или вен (флебиты).

Сифилитический васкулит может служить причиной для развития начальных проявлений нарушений мозгового кровообращения, приходящих нарушений церебральной гемодинамики в виде транзиторных ишемических атак, гипертонических или гипотонических кризов, острых стойких нарушений мозгового кровообращения в виде ишемических или геморрагических церебральных или спинальных инсультов. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения сифилитической этиологии ничем не отличаются от таковых иной этиологии; напоминают невроз или неврозоподобный синдром и нуждаются в дифференциальной диагностике с аналогичными состояниями. В постановке диагноза важен сифилитический анамнез, отсутствие психотравмирующих ситуаций и соматических заболеваний, а также положительные серологические реакции в крови (КСР, РИФ-ц), свидетельствующие о страдании сифилисом данного лица. Сифилитическую этиологию этих кризов доказать очень трудно, если учесть, что эти кризы довольно часты и при отсутствии сифилитического поражения сосудов. Диагностика может быть облегчена, если известно, что больной страдает сифилисом, при появлении криза у больных молодого возраста и при наличии положительных серологических реакций на сифилис (КСР, РИФ-ц). Преходящие нарушения мозгового кровообращения более характерны для сифилитического васкулита. Сифилитические васкулиты могут осложняться инфарктом головного или спинного мозга. Могут появляться двигательные, чувствительные, координаторные нарушения в виде гемипареза, монопареза, геми- или моногипестезии или анестезии, статической или динамической атаксии, различных видов афазий и другие неврологические симптомы.

Выводы: таким образом, сифилитический церебральный васкулит может служить коморбидом развития начальных проявлений нарушений мозгового кровообращения в виде транзиторных ишемических атак, гипертонических или гипотонических кризов, острых стойких нарушений мозгового кровообращения в виде ишемических или геморрагических церебральных или спинальных инсультов различной степени выраженности. Необходима госпитализация и терапия больного в неврологическом отделении сосудистого межрайонного центра, при совместном ведении невролога, кардиолога и дерматовенеролога в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем».

Список литературы

1. Хачатурян Г.А., Музлаев Г.Г., Кошелев Ю.И., Михалева А.С., Мельникова В.С. и др. Учебно-методическое пособие для врачей невропатологов,

дерматовенерологов, клинических ординаторов, интернов, студентов старших курсов медицинских ВУЗов. Клиника, диагностика и лечение сифилитических поражений нервной системы. г. Краснодар, 1999 г. С.17-20.

2. Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Князева Г.А. К вопросу выявления кардиоваскулярного сифилиса в процессе скрининга пациентов с профильной патологией. // III Всероссийский конгресс дерматовенерологов. Тезисы научных работ. Казань. 27-30 октября 2009 г.

3. Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмина М.М., Шевченко Г.А. К вопросу логистики скрининга сифилиса в учреждениях здравоохранения, родовспоможения с использованием их в лабораториях Кубани. // Материалы научно-практической конференции Южного федерального округа с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии». г. Краснодар, 28-29 мая 2015 г. С.50-52.

Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмин М.И., Глузмина М.М., Шевченко М.Н.

ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА КУРАЦИИ И МЕНЕДЖМЕНТА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИКОЛОГИИ

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

В современных условиях активизации, интенсификации менеджмента в работе специализированных служб здравоохранения, ускорения принятия управленческих решений и необходимости обеспечения управляемости, взаимодействия и преемственности учреждений здравоохранения, функционирующих в муниципальных образованиях и на межрайонном уровне, постоянно возникает необходимость совершенствования форм методов и технологий кураторской работы головного ККВД с многопрофильными, специализированными по направлению ГБУЗ ККВД и непрофильными учреждениями здравоохранения, функционирующими в крае.

Нами проанализирована современная форма кураторской работы и менеджмента в дерматовенерологии – кураторские обходы специалистов и ее результативность по влиянию на динамику развития эпидемического процесса микозов.

Формированию более полной картины заболеваемости заразными дерматозами (ЗКЗ), способствовало улучшение диагностики этих заболеваний, а также проведение мероприятий, предпринимаемых согласно правовых и нормативных документов о регистрации и проведении противоэпидемических и профилактических мероприятий при этих, прежде всего микотических инфекциях, в том числе по результатам обходов представителей министерства здравоохранения, организационно-консультативно-методических мероприятий ГБУЗ ККВД, планово-консультативных выездов главного внештатного дерматовенеролога и косметолога министерства здравоохранения, главного внештатного детского дерматолога министерства здравоохранения, главных специалистов муниципальных образований для курации ГБУЗ КВД и смеж-

ных подразделений и служб муниципальных учреждений здравоохранения и организационно-методического и содействия дерматовенерологам края, в вопросах учетно-экономической, лечебно-диагностической, клинико-экспертной, консультативной и реабилитационно-профилактической работы.

Таким образом, под руководством специалистов министерства здравоохранения Краснодарского края и клинического кожно-венерологического диспансера, в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями, протоколами и стандартами ведения пациентов, медицинскими и организационно-методическими технологиями, комплексными и простыми моделями медицинских услуг у врачей дерматовенерологов на местах сформирован современный стереотип и алгоритм диагностических, профилактических и лечебных действий, проведения клинико-лабораторного контроля излеченности микотических инфекций, обеспечения функционирования специализированных учреждений и профильных подразделений многопрофильных ЛПУ путем проведения административных кураторских обходов – новой формы курации служб здравоохранения по профилю.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс. 2016: 768.

***Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмин М.И.,
Чакрян А.А., Хураны Я.Н., Тимошенко С.В.***

ОПЫТ РЕШЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ И СЛОЖНЫХ ТАКТИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

Актуальность. С учетом возросшего числа пациентов со сложными случаями в тактико-диагностическом аспекте, тяжелых больных, нуждающихся в экспертной оценке, анамнестических, клинических и лабораторных данных, определении дальнейшей тактики ведения по профилю «дерматовенерология», в ГБУЗ ККВД с 2005 года создан и проводится консилиум с участием ведущих дерматовенерологов края.

Материалы и методы: представлены результаты анализа решения сложных в диагностическом и тактическом плане пациентов, тяжелых больных по профилю «дерматовенерология», нуждающихся в определении дальнейшего алгоритма ведения. Дана оценка верифицирования состояния, диагноза, прогноза, тактики ведения пациентов. Приведены результаты исследования соотношения сифилиса, различных дерматозов и микозов среди пациентов, представленных на консилиум в 2021 г.

Обсуждение результатов: проведен анализ решений экспертных и сложных тактико-диагностических случаев пациентов, тяжелых больных, нужда-

ющихся в определении дальнейшего алгоритма ведения на основе изучения первичной медицинской документации и заключений консилиума.

В 2021 году на медицинский консилиум было представлено 129 пациентов, из которых 41% составили мужчины и 59% – женщины, из которых 21 пациентка была беременная. Из общего числа консультируемых 3% пациентов имели психоневрологическую симптоматику, 0,9% – кардиоваскулярную патологию, 0,4% были выявлены в краевой станции переливания крови, как доноры.

Анализируя возрастной состав можно отметить, что наибольшее число консультируемых пришлось на пациентов в возрасте 20-29 лет (33,2%), затем 30-39 лет (23,1%), далее 40-49 лет (19,2%) и от 50 и старше (11,3%). Кроме того, новорожденные составили 6,2% и дети в возрасте 0-17 лет – 7%.

По заключению консилиума в 12% случаев пациентам было рекомендовано продолжить обследование, сифилис скрытый ранний был установлен в 24% случаев, сифилис скрытый неуточнённый, как ранний или поздний – в 12%, сифилис скрытый поздний – в 5%, у 14,4% пациентов была установлена серорезистентность и рекомендовано провести дополнительный курс лечения, в 0,4% случаев установлен диагноз «серорецидив», 14% больных должны продолжить клинко-серологический контроль. В 7% случаев определены «Ложноположительные серологические реакции на сифилис». Из всех консультируемых пациентов диагноз нейросифилиса установлен в 3,5% случаев.

Концептуальный анализ анамнестических, эпидемиологических, лечебно-диагностических данных пациентов со сложными случаями в тактико-диагностическом аспекте, тяжелых больных, нуждающихся в определении дальнейшего алгоритма ведения, позволяет правильно и своевременно верифицировать состояние, диагноз, прогноз и тактику ведения пациентов. Комплексная оценка диагностико-анамнестических особенностей больного и его нейро-, офтальмо-, висцеральной отягощенности, наряду с результатами обследования, позволяют формировать и верифицировать диагноз, глубину и степень коморбидного или сопутствующего поражения органов и систем. Оперативно принятое комиссионное решение обеспечивает своевременную госпитализацию пациентов со сложными случаями в тактико-диагностическом аспекте, тяжелых больных, нуждающихся в определении дальнейшего алгоритма ведения в многопрофильное, либо смежное профильное учреждение здравоохранения по основному патологическому состоянию.

Функционирование консилиума ГБУЗ ККВД пациентов со сложными случаями в тактико-диагностическом аспекте, тяжелых больных, нуждающихся в определении дальнейшего алгоритма ведения, оптимизирует алгоритм действий дерматовенерологов на местах в сложных тактических и терапевтико-диагностических случаях, у беременных, детей и других контингентах социальной отягощенности.

Выводы. Таким образом, консилиум ГБУЗ ККВД является важной формой расширения возможности диагностического процесса у пациентов по профилю дерматовенерология со сложными случаями в тактико-

диагностическом аспекте, тяжелых, маломобильных больных, в том числе из отдаленных муниципалитетов края.

Список литературы

1. Чеботарев В.В. Сифилис: монография /В.В. Чеботарев. – Ставрополь: Изд-во ООО «Седьмое небо», 2013. 444 с.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс. 2016: 768.
3. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 896 с.

***Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмин М.И.,
Чакрян А.А., Хураны Я.Н., Тимошенко С.В.***

К ВОПРОСУ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО МИКОЛОГИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2021 ГОДУ

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Цель исследования: проанализировать использование телемедицинских технологий, как составляющей медицинской деятельности, оценить целесообразность проведения телемедицинских консультаций по микологии, с описанием преимуществ для пациентов и врачей.

Материалы и методы. Был проанализирован опыт работы телемедицинского центра ККВД (в год до 100 случаев), опыт телеконсультаций ККВД (в год 90 случаев краевых, и 10 межрегиональных) и опрос врачей (40 человек).

Резюме. Телемедицина – это дистанционное предоставление медицинских услуг пациентам в рамках цифрового здравоохранения. Немалую роль в проведении телемедицинских консультаций по профилю «дерматовенерология» по микологии играет подготовка материалов (качественные фотографии высыпаний, свежие результаты анализов и лабораторных исследований, тщательно собранные и подробно описанные жалобы, анамнез жизни и анамнез заболевания, грамотно и точно описанный локальный статус, перечень получаемого лечения и т.д.). При этом часто при проведении телемедицинских консультаций требуется консилиум врачей дерматовенерологов. Надо иметь в виду, что некоторые дерматологические симптомы и феномены, а также пробы можно получить и правильно интерпретировать только при очном консультировании, или полагаться на знания и опыт описавшего их при направлении на телемедицинскую консультацию дерматовенеролога. Почти весь перечень направленных на телеконсультацию пациентов с кожными заболеваниями, можно разделить на две группы: одна группа – те, которые направляются на консультацию для уточнения диагноза, вторая группа – направляемые для уточнения тактики ведения пациента (больного). Нередко приходит-

ся на ТМК консультировать и повторно, в динамике, особенно пациентов с тяжело протекающими дерматологическими заболеваниями.

Также имеется возможность подавать заявки на ТМК для иностранных граждан, имеющих российский полис ОМС, и инокраевых пациентов с актуальным полисом ОМС.

Заявки на телемедицинскую консультацию подаются через закрытую область портала www.kuban-online.ru. Правила подачи заявки на телемедицинскую консультацию и необходимый перечень обследований, заключений специалистов для проведения телеконсультаций пациентов в ГБУЗ ККВД по профилю «дерматовенерология» подробно расписаны и разосланы в медорганизацию края, актуализируются при изменении нормативной базы и при получении новых данных по этому направлению работы.

В целях идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации. Ответственному врачу медицинской организации края (консультируемому) иногда необходимо предварительно связаться с организационно-методическим отделом ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» по телефону для принятия решения о проведении телеконсультации и при необходимости передачи сопровождающей документации по защищенным каналам связи VipNet.

При запросе ТМК в форме консилиума или при соответствующем решении ГБУЗ ККВД ответственный врач-консультант ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» согласует дату и время проведения телеконсультации с консультантом(ами) и проводится телеконсультация с участием требуемых специалистов (телеконсилиум) для оперативного решения клинических вопросов. На этом этапе рассматривается дополнительный материал со стороны консультируемого. Электронное обеспечение телеконсультаций осуществляют инженеры-программисты и инженеры-электроники медорганизации.

При проведении телемедицинских консультаций имеется ряд особенностей и проблем: право пациента на получение медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в соответствии с п. 7 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», возникает только после заявления и согласия пациента на ТМК и на обработку персональных данных пациента. Иногда нет возможности постановки точного диагноза пациенту при первоначальном использовании телемедицинских технологий в результате дистанционного консультирования. В соответствии с п. 9 приказа Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» есть юридическая ответственность только врача-консультанта за дистанционные рекомендации в пределах данного им медицинского заключения при отсутствии таковой у лечащего врача, устанавливающего диагноз пациенту.

Выводы: Телемедицина позволяет оперативно реагировать на возможность диагностики, профилактики и лечения уже существующих дерматозов, микозов, проводить дистанционную работу по дифференциальной диагностике, а также давать адресные рекомендации в зависимости от полученной информации. Развитие телемедицинских технологий позволяет обеспечить качественную медицинскую помощь в ведении пациентов, проживающих в отдаленных регионах по профилю дерматовенерология, микология.

Список литературы

1. Борисов Д.Н., Иванов В.В. Организационная телемедицина. Врач и информационные технологии. 2017; 3: 112-120.
2. Самцов А.В., Барбинов В.В., Гладько В.В., Тарасенко Т.Н. Некоторые аспекты применения телемедицинских технологий в военной дерматологии. Военно-медицинский журнал. 2009; 330(12): 9-14.
3. Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Жестовский С.Д., Краснокутская Л.Ю. Аспекты заболеваемости дерматофитиями в Краснодарском крае. Материалы V научно-практической конференции Южного федерального округа «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Сочи, 28-29 апреля 2010 г. Краснодар-Сочи-Майкоп: Полиграф-ЮГ; 2010: 37-38. .
4. Сергеев А.Ю. Развитие отечественной теледерматологии и дистанционного образования врачей-дерматологов в 2008-2018 г. Дерматология в России. 2018; S3: 71-73.
5. Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Федоров Р.Г., Барабаш А.И. К вопросу распространенности микроспории в Краснодарском крае в 2013 году. Материалы IX научно-практической конференции Южного федерального округа с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Краснодар, 29-30 мая 2014 г. Краснодар: Полиграф-ЮГ; 2014: 154-155.

Шевченко А.Г., Иванова М.А. Глузмин М.И., Огрызко Е.В., Егорова Е.В.

ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ И ПРОФИЛАКТИКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ К 2021 ГОДУ

Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар

Актуальность: Дерматомикозы – заболевания из группы поверхностных микозов – в настоящее время остаются актуальной проблемой дерматологии и медицины в целом. Несмотря на то, что в настоящее время имеется широкий арсенал антимикотиков, проводятся определенные профилактические мероприятия, дерматофитии в России остаются актуальными социально-значимыми заболеваниями.

Материал и методы: путем описательной статистики представлен анализ клинического наблюдения и проблем по дерматофитиям в Краснодарском крае.

Результаты и обсуждение.

В Краснодарском крае в 2020 году отмечается стабилизация заболеваемости микроспорией. Заболеваемость снизилась на 23,1% с 44,1 на 100 населения (2490 случаев) за 2019 год, до 33,9 на 100 населения (1925 случаев) за 2020 года. При этом в ряде районов отмечен рост, как по микроспории, так и по чесотке.

Больных трихофитией в 2020 году выявлен 1 человек, за 2019 год – не зарегистрировано.

Заболеваемость микозами кистей и стоп выросла на 13,3% с 72,7 случаев на 100 тысяч населения за 2019 г. до 82,4 на 100 тысяч населения за 2020 год.

Как показывают данные клинического наблюдения о путях распространения и причинах развития дерматофитий, в практической микологии в регионах Российской Федерации в настоящее время имеется ряд проблем, как материально-технического, так организационного и социально-медицинского характера, требующих дальнейшего научного анализа и прикладного решения. О неполной регистрации случаев дерматофитий свидетельствует значимая разница показателей заболеваемости на различных территориях, практическое отсутствие данных об учете профильных пациентов данной нозологии в негосударственных медицинских организациях. Несвоевременно выявляются больные микроспорией, трихофитией, что способствует дальнейшему распространению трихомикозов зооантропонозного происхождения, их стертому и латентному течению, особенно трихофитии. О неполном проведении противоэпидемических мероприятий в очагах заболеваний косвенно говорят запущенные случаи, наблюдения после самолечения пациентов, терапии у работников аптечной сети и с использованием сети Интернет – самостоятельных онлайн консультаций родителей больных и подростков с дерматофитиями, что также может оказывать негативное влияние на дальнейшее развитие эпидемиологической ситуации в крупном южном регионе Российской Федерации.

В 2021 году тенденции эпидемиологической ситуации по микозам на фоне течения пандемии новой коронавирусной инфекции сохраняются.

В последние годы отмечено увеличение доли и численности безнадзорных животных среди предполагаемых и выявленных источников заражения дерматофитиями: увеличение безнадзорных животных (с 30 до 35%) и «известных», находящихся образовательных учреждениях и на придомовых территориях (с 22 до 29%), на улицах, в местах общего пользования и на досуговых, оздоровительных, рекреационных территориях в поселениях и в пригородной зоне, практически сливающейся на фоне грандиозной урбанизации с основной территорией городов, вплоть до агломераций. В то время как важным санирующим и эпидемиологически значимым направлением профилактической работы в очагах является заключительная камерная дезинфекция, в ходе анализа установлено неполноценное либо игнорирование проведения заключительной камерной дезинфекции в очагах микроспории. Нормативно регламентированные лабораторные методы исследований включают обнаружение грибов в патологическом материале при микроскопическом исследо-

вании нативных или окрашенных препаратов, выделение культуры возбудителя, молекулярно-биологический метод и обработку при выявлении больных. Однако метод выделения возбудителя молекулярно-биологическими методиками в практическом здравоохранении практически не применяется, особенно в ГБУЗ и ГКУЗ. Анализ оснащенности учреждений здравоохранения приборами люминесцентной диагностики (лампами Вуда) и аналогичными приборами аппаратной диагностики, в том числе дерматоскопами, которые должны использоваться при идентификации микроспории с поражением пушковых волос, волосистой части головы, иной клинической микологической патологии, представил снижение показателя оснащенности ЛПУ данным видом специального обследования до 12% в течение изучаемого периода, за счет изношенности старых модификаций оборудования, отсутствия комплектующих для ремонта и недостаточности поступления на рынок медицинской продукции новых моделей неинвазивного диагностического оборудования по профилю дерматовенерология.

Практически не используется при диагностике и дифференциальной диагностике микозов с поражением волос такой доступный неинвазивный метод как дерматоскопия.

Выводы. Результаты описательного статистического анализа, аспектов клинического наблюдения по выявлению путей инфицирования дерматофитиям и оценки оснащенности диагностическим оборудованием лечебно-профилактических учреждений Краснодарского края свидетельствуют о необходимости совершенствования и проведения профилактической работы в очагах заболевания на фоне недостаточной оснащенности диагностическим оборудованием, старения его парка в медицинских организациях.

Список литературы

1. Потекаев Н.Н., Хамаганова И.В. Трихомикозы: учебное пособие для врачей – слушателей ФУВ. М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова; 2014: 56.
2. Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Жестовский С.Д., Краснокутская Л.Ю. Аспекты заболеваемости дерматофитиями в Краснодарском крае. Материалы V научно-практической конференции Южного федерального округа «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Сочи, 28-29 апреля 2010 г. Краснодар-Сочи-Майкоп: Полиграф-ЮГ; 2010: 37-38.
3. Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Федоров Р.Г., Барабаш А.И. К вопросу распространенности микроспории в Краснодарском крае в 2013 году. Материалы IX научно-практической конференции Южного федерального округа с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Краснодар, 29-30 мая 2014 г. Краснодар: Полиграф-ЮГ; 2014: 154-155.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Александрович Ю.С., Эсауленко Е.В., Басина В.В., Новак К.Е., Дитковская Л.В., Бушманова А.Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ОТ SARS-COV-2 В УСЛОВИЯХ ТЕКУЩЕЙ ПАНДЕМИИ.....	3
<i>Болобонкина Т.А., Дементьев А.А., Минаева Н.В.</i>	
ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID- 19	5
<i>Босак Н.В., Шапран Е.Г., Горбулина Н.В., Хурум З.Ю.</i>	
РАБОТА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ.....	8
<i>Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмина В.Ю., Корниенко О.А., Шевченко М.Н., Чакрян А.А., Ерохина Е.В., Попова И.Г., Тимошенко С.В., Аврамец Е.В.</i>	
К ВОПРОСУ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АККРЕДИТАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ В 2021 ГОДУ.....	10
<i>Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Шевченко Г.А., Ручина С.В., Обломий А.В., Реброва Л.Ю., Каламазова З.С.</i>	
ОБ ОТВЕТСТВЕННОМ ВЗАИМОИНФОРМИРОВАНИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА И КОМПЛЕКСЕ ПРИ ИППП И МИКОЗАХ.....	12
<i>Городин В.Н., Люлин И.С., Пронин М.Г.</i>	
ПРАКТИЧЕСКИЕ ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ.....	16
<i>Городин В.Н., Мойсова Д.Л., Кибец В.В.</i>	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ ФПК и ППС ФГБОУ ВО «КубГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ	18
<i>Давыденко В.С., Иванова А.Р. Останкова Ю. В.</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ ВИЧ-1 И ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	19

<i>Давыдов В.В., Жаворонок С.В., Рогачева Т.А., Задора И.С., Новак Л.В., Левандовская О.В., Кудрявцева А.М.</i>	
ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВИРУСУ ГЕПАТИТА Е В ДОНОРСКОЙ КРОВИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	21
<i>Должанская Н.А., Целинский Б.П.</i>	
ОБ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ	24
<i>Егорова Е.В., Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Карташевская М.И., Ерохина Е.В., Шевченко М.Н., Глузмина В.Ю., Бердиус А.В., Андреева Н.В.</i>	
АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ КОКСАКИ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА.....	26
<i>Егорова Е.В., Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Реброва Л.Ю., Ерохина Е.В., Шевченко М.Н., Корниенко О.А., Попова И.Г., Глузмина В.Ю.</i>	
К ВОПРОСУ СЛОЖНОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА	28
<i>Казачинская Е.И., Чепурнов А.А., Кононова Ю.В., Романюк В.В., Романюк И.В., Шестопалов А.М.</i>	
ПОЛУЧЕНИЕ ВОДНОГО ЭКСТРАКТА ФЕРМЕНТИРОВАННЫХ ЛИСТЬЕВ КИПРЕЯ (ИВАН-ЧАЯ), ОБЛАДАЮЩЕГО ИНГИБИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ IN VITRO НА SARS-COV-2 И ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 2 ТИПА.....	30
<i>Куртуков М.В., Потехин И.В.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ У ПАЦИЕНТА С ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗОМ	32
<i>Набиуллина Д.Р., Мазус А.И., Нагибина М.В., Бессараб Т.П.</i>	
АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ И КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ.....	35
<i>Пискунова С.Г., Орлова Е.В., Черных О.Н., Харитонова М.А.</i>	
КОНТРОЛЬ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И СТЕРИЛИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ГБУ РО «ОДКБ».....	36
<i>Серикова Е.Н., Останкова Ю.В.</i>	
ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ АЛГОРИТМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ.....	38

<i>Смирнов Н.А., Нагибина М.В., Мазус А.И., Мартынова Н.Н., Тугланова Б.М., Сухопарова Н.Э.</i>	
КО-ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И ВИЧ: ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДА.....	40
<i>Сухорук А.А.</i>	
ВТОРИЧНАЯ ЗАНЯТОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.35 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.....	43
<i>Туаева Р.Г., Лосева О.К., Нагибина М.В., Бессараб Т.П.</i>	
ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ПАЦИЕНТОВ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ	44
<i>Чистякова Н.В.</i>	
ТЕНДЕНЦИИ ТЕКУЧЕСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	46
<i>Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В.</i>	
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЗАРАЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ НА КУБАНИ	49
<i>Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Карташевская М.И., Бердиус А.В., Андреева Н.В., Глузмина М.М.</i>	
К ВОПРОСУ (ДЕРМАТО)ТРИХОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРИХОМИКОЗОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	52
<i>Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Корниенко О.А., Шевченко Г.А., Глузмина В.Ю., Чакрян А.А., Шевченко М.Н., Ерохина Е.В.</i>	
К ВОПРОСУ СИФИЛИСА СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В АСПЕКТЕ СКРИНИНГА НЕЙРОСИФИЛИСА.....	54
<i>Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмин М.И., Глузмина М.М., Шевченко М.Н.</i>	
ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА КУРАЦИИ И МЕНЕДЖМЕНТА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИКОЛОГИИ.....	57
<i>Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмин М.И., Чакрян А.А., Хурани Я.Н., Тимошенко С.В.</i>	
ОПЫТ РЕШЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ И СЛОЖНЫХ ТАКТИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ.....	58

<i>Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмин М.И., Чакрян А.А., Хурани Я.Н., Тимошенко С.В.</i>	
К ВОПРОСУ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО МИКОЛОГИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2021 ГОДУ	60
<i>Шевченко А.Г., Иванова М.А. Глузмин М.И., Огрызко Е.В., Егорова Е.В.</i>	
ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ И ПРОФИЛАКТИКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ К 2021 ГОДУ	62

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/Windows 7/8 и более новые версии
Дополнительное оборудование: CD-ROM
Дополнительные программные средства: Adobe Acrobat

- © Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2022.
- © Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022.
- © Федеральное медико-биологическое агентство, 2022.
- © Министерство здравоохранения Краснодарского края, 2022.
- © Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2022.

Все права защищены.

ISBN 978-5-00179-172-0



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