

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Краснодарского края
Комитет здравоохранения Волгоградской области
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
АНО «Содружество профессионального содействия врачам
Северо-Запада»

Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России

МАТЕРИАЛЫ XIX НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

Волгоград, 21–22 мая 2026 г.

Краснодар
«Новация»
2026

УДК 616.9-036(470.620)
ББК 55.14
А 43

Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России: Материалы XIX научно-практической конференции / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство здравоохранения Краснодарского края, Комитет здравоохранения Волгоградской области, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», АНО «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада». – Краснодар: Новация, 2026. – 1 электронно-оптический диск.

ISBN 978-5-00179-816-3

Редакционная коллегия:

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

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

- © Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2026
- © Министерство здравоохранения Краснодарского края, 2026
- © Комитет здравоохранения Волгоградской области, 2026
- © ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2026
- © ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», 2026
- © АНО «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада», 2026

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
Заказ 60. Тираж 100 экз. Объем издания 0,6 Мб.

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

**Адаменко Л.В.², Рыцарев Ю.О.², Бахтина В.А.^{1,2}, Ванюков А.А.^{1,2},
Савицкая И.М.², Малахова В.П.^{1,2}**

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАВОЗНОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ СКИБ С 2022 г ПО 2025 г

¹ Кубанский государственный медицинский университе, Краснодар;

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Малярия – трансмиссивное инфекционное заболевание, вызываемое внутриклеточным простейшим паразитом рода *Plasmodium*. Согласно отчету ВОЗ выпущенному в 2025 году по всему миру в 2024 году было зарегистрировано 282 миллиона случаев заболевания малярией в 80 эндемичных странах (включая территорию Французской Гвианы), что на 9 миллионов случаев (3%) больше по сравнению с 2023 годом. В 2024 году в мире от малярии умерло около 610 000 человек, что на 12 000 больше, чем в 2023 году. [1]

По данным Всемирного доклада ВОЗ о малярии за 2025 год, подтвержденные или подозреваемые случаи устойчивости к противомалярийным препаратам отмечены по меньшей мере в восьми странах Африки. Есть основания предполагать снижение эффективности препаратов, используемых в комбинации с артемизинином. Также фиксируется частичная резистентность к комбинированным терапиям на основе артемизинина (АКТ) [1,2].

По официальным данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в 2025 году в России был зарегистрирован 201 случай завозной малярии. По сравнению с 2024 годом, число завозов малярии выросло (в 2024 году – 169 случаев).

С учетом расширения географического ареала путешествий, роста резистентности возбудителей к противомалярийным препаратам на первый план выходит раннее выявление предикторов тяжелого течения малярии с целью своевременного назначения эффективных схем лечения, улучшения прогноза [3]. В предыдущей работе показано, что уровень паразитемии и пораженных эритроцитов являются наиболее значимыми предикторами тяжелого течения и соответствуют критериям тяжести ВОЗ. Также были выявлены статистически значимые корреляции между показателями ОАК (уровень тромбоцитов) и тяжестью течения малярии [4].

Определение уровня паразитемии и уровня пораженности эритроцитов трудоемкий процесс, требующий высокого уровня подготовки лаборантов и значительного количества времени на проведение исследования [5]. Вследствие чего мы обратили внимание на лейкоцитарные индексы интоксикации, как возможные критерии оценки тяжести заболевания. Они используются с этой целью в хирургии, терапии и других направлениях медицины, являются расчетными показателями на основании простых лабораторных данных: общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, СРБ.

Целью данной работы было оценить наличие взаимосвязи между тяжестью течения малярии и изменением лейкоцитарных индексов интоксикации, могут ли они являться предикторами тяжелого течения заболевания. Нами проведен анализ 30 случаев заболевания с 2022 по 2025 годы: 9 пациентов с диагнозом “Тропическая малярия, тяжелое течение” и 21 с диагнозом “Тропическая малярия, средней степени тяжести”. Тяжелая малярия определялась шкалой SOFA: более 6 баллов соответствовало тяжелой малярии.

В этом исследовании использовались следующие индексы:

1. ЛИИ (по Кальф-Калифу) = $(4Мц + 3Ммц + 2П-я + С-я) \times (ПлКл + 1) / (Мон + Лимф) \times (Эоз + 1)$, использовались относительные показатели;
2. ИСЛК (по И. И. Яблучанскому) = $(Эоз + Баз + Мц + Ммц + П-я + С-я) / (Мон + Лимф)$, использовались относительные показатели;
3. ИЛГ = $(Лимф \times 10) / (Мц + Ммц + П-я + С-я + Эоз + Баз)$, использовались относительные показатели;
4. ИРИ = $(Эоз + Лимф) / Мон$, использовались относительные показатели;
5. ИСЛМ = $Лимф / Мон$, использовались абсолютные показатели;
6. ИСНЛ = $Нейтр / Лимф$, использовались абсолютные показатели;
7. ИСНМ = $Нейтр / Мон$, использовались абсолютные показатели;
8. ИСЛЭ = $Лимф / Эоз$, использовались абсолютные показатели;
9. ИСТЛ = $Тромб / Лимф$, использовались абсолютные показатели;
10. ИСТМ = $Тромб / Мон$, использовались абсолютные показатели;
11. ИСТН = $Тромб / Нейтр$, использовались абсолютные показатели;
12. ЯИСЭ = $(Мон + Мц + П-я) / С-я$, использовались относительные показатели;
13. ИЛСРБ = $Лейк \times СРБ / 100$, использовались абсолютные показатели;
14. ИСЛМСРБ = $(Мон + Лимф) / СРБ$, использовались абсолютные показатели.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.13.0 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Нами был проведен анализ индексов в зависимости от степени тяжести.

Таблица 1 – Анализ индексов в зависимости от степени тяжести

Показатели	Категории	Степень тяжести			p
		М ± SD / Ме	95% ДИ / Q ₁ – Q ₃	n	
ЛИИ	Отсутствие	1,39	0,96 – 2,74	21	0,011*
	Наличие	5,48	1,78 – 8,04	9	
ИСЛК	Отсутствие	1,75	1,27 – 3,00	21	0,006*
	Наличие	3,76	3,01 – 6,14	9	
ИЛГ	Отсутствие	4,28	2,80 – 5,65	21	0,011*
	Наличие	1,71	1,12 – 2,53	9	
ИРИ	Отсутствие	4,21 ± 2,13	3,24 – 5,18	21	0,280

	Наличие	6,63 ± 6,16	1,90 – 11,37	9	
ИСЛМ	Отсутствие	2,84	2,12 – 4,67	21	0,402
	Наличие	2,14	1,56 – 3,08	9	
ИСНЛ	Отсутствие	1,94	1,52 – 2,56	21	< 0,001*
	Наличие	5,20	3,90 – 10,58	9	
ИСНМ	Отсутствие	6,36	4,32 – 8,24	21	0,003*
	Наличие	13,75	9,66 – 20,86	9	
ИСЛЭ	Отсутствие	57,00	11,35 – 118,00	21	0,982
	Наличие	64,00	26,50 – 75,00	9	
ИСТЛ	Отсутствие	65,61	56,84 – 89,83	21	0,005*
	Наличие	29,27	17,55 – 55,07	9	
ИСТМ	Отсутствие	225,53	159,42 – 275,56	21	0,003*
	Наличие	83,72	48,84 – 108,57	9	
ИСТН	Отсутствие	33,29 ± 17,97	25,11 – 41,47	21	< 0,001*
	Наличие	6,26 ± 4,67	2,67 – 9,84	9	
ЯИСЭ	Отсутствие	0,26	0,19 – 0,33	21	0,230
	Наличие	0,53	0,22 – 0,67	9	
ИЛСРБ	Отсутствие	5,88 ± 4,39	3,88 – 7,88	21	0,015*
	Наличие	11,07 ± 6,30	6,23 – 15,91	9	
ИСЛМ-СРБ	Отсутствие	0,02	0,01 – 0,05	21	0,099
	Наличие	0,01	0,01 – 0,02	9	

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

С учетом выявленных статистически значимых различий была разработана прогностическая модель для определения вероятности степени тяжести в зависимости от ЛИИ, ИСЛК, ИЛГ, ИСНЛ, ИСНМ, ИСТЛ, ИСТМ, ИСТН, ИЛСРБ методом бинарной логистической регрессии. Число наблюдений составило 30.

Наблюдаемая зависимость описывается уравнением:

$$P = 1 / (1 + e^{-z}) \times 100\%$$

$$z = 87,822 + 7,856X_{\text{ЛИИ}} - 25,356X_{\text{ИСЛК}} + 4,639X_{\text{ИЛГ}} + 28,902X_{\text{ИСНЛ}} - 1,528X_{\text{ИСНМ}} - 1,992X_{\text{ИСТЛ}} + 0,137X_{\text{ИСТМ}} - 1,730X_{\text{ИСТН}} - 5,668X_{\text{ИЛСРБ}}$$

где P – оценка вероятности наличия степени тяжести, z – значение логистической функции, $X_{\text{ЛИИ}}$ – ЛИИ, $X_{\text{ИСЛК}}$ – ИСЛК, $X_{\text{ИЛГ}}$ – ИЛГ, $X_{\text{ИСНЛ}}$ – ИСНЛ, $X_{\text{ИСНМ}}$ – ИСНМ, $X_{\text{ИСТЛ}}$ – ИСТЛ, $X_{\text{ИСТМ}}$ – ИСТМ, $X_{\text{ИСТН}}$ – ИСТН, $X_{\text{ИЛСРБ}}$ – ИЛСРБ

Полученная регрессионная модель с точки зрения соответствия прогнозируемых значений наблюдаемым при включении предикторов по сравнению с моделью без предикторов является статистически значимой ($p < 0,001$). Псевдо- R^2 Найджелкерка составил 100,0%.

Анализ дискриминационной способности оценок вероятности Р: Порог 1,000, Чувствительность (Se) 100,0%, Специфичность (Sp), 100,0%, PPV 100,0, NPV 100,0.

Оценка вероятности Р является статистически значимым предиктором степени тяжести (AUC = 1,000; 95% ДИ: 1,000 – 1,000, $p < 0,001$).

Пороговое значение оценок вероятности Р в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 1,000. Наличие прогнозировалось при значении оценок вероятности Р выше данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность полученной прогностической модели составили 100,0% и 100,0%, соответственно.

Выводы:

Определение уровня паразитемии вручную – процесс долгий и сложный. Использование лейкоцитарных индексов позволяет врачу буквально по результатам обычного общего анализа крови (который делается быстро в любой лаборатории) мгновенно заподозрить тяжелое течение и начать адекватную этиотропную терапию.

Такие индексы, как ИСНЛ и ИСТН, отражают реальную степень интоксикации и риск развития полиорганной недостаточности. Для пациента это означает персонализированный подход: врачи могут точнее корректировать лечение, видя динамику индексов еще до того, как клиническая картина станет критической.

Благодаря использованию метода бинарной логистической регрессии модель объединяет сразу несколько показателей крови (ЛИИ, ИСНЛ, ИСТН и др.) в единый показатель вероятности. Это минимизирует риск ошибки, который возможен при оценке только одного параметра, и обеспечивает 100% чувствительность в выявлении тяжелых форм по результатам данного исследования. Модель позволяет перевести интерпретацию анализов из плоскости субъективных предположений врача в плоскость точных цифр. Это дает возможность внедрить алгоритм в лабораторные информационные системы для автоматического оповещения о высоком риске тяжелого течения сразу после готовности общего анализа крови. Использование модели в первые часы госпитализации (точка *cut-off* со значением 1,000) позволяет немедленно выделить группу пациентов, нуждающихся в агрессивной противомалярийной терапии и усиленном наблюдении, даже если на момент осмотра клинические симптомы еще не кажутся критическими.

Полученные данные и разработанная прогностическая модель требуют дальнейшей валидации на более масштабных многоцентровых выборках для подтверждения их универсальности и надежности в различных клинических условиях.

Список литературы:

1. World malaria report 2025: addressing the threat of antimalarial drug resistance. WHO. Geneva. 2025. – 212 p.
2. WHO guidelines for malaria 2025. WHO. Geneva. 2025. – 478 p.

3. Адаменко Л.В., Рыцарев Ю.О., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Савицкая И.М. Эпидемиологические особенности завозной малярии по данным ГБУЗ СКИБ с 2022 г по 2025 г. / В книге: Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России. Материалы XVIII научно-практической конференции. Краснодар, 2025. С 15-17.

4. Адаменко Л.В., Рыцарев Ю.О., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Савицкая И.М. Клинико-лабораторные особенности течения тропической малярии по данным ГБУЗ «СКИБ» с 2022 г по 2025 г. / В книге: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Материалы XII научно-практической конференции. Сочи, 2025. С 13-16.

5. Методические рекомендации по профилактике и лечению малярии в Вооруженных силах Российской Федерации. Москва 2019 г. – 59 с.

***Адаменко Л.В.², Рыцарев Ю.О.², Бахтина В.А.^{1,2}, Ванюков А.А.^{1,2},
Савицкая И.М.², Подсадняя А.А.², Головчанская К.В.²***

СЛУЧАИ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ СКИБ В ПЕРИОД С 2024 г. ПО ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2026 г.

¹ Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Лихорадка Денге – вирусная инфекция, вызываемая вирусом денге (DENV), который передается человеку инфицированными комарами при укусах. В настоящее время риску заболевания подвергается примерно половина мирового населения, а количество случаев заражения оценивается на уровне 100–400 млн ежегодно. Денге распространена в районах с тропическим и субтропическим климатом по всему миру, главным образом в городских и пригородных районах. Многие случаи инфицирования DENV протекают бессимптомно или со слабо выраженными симптомами, однако в отдельных случаях DENV может вызывать более тяжелое течение болезни и даже приводить к смерти [1,2].

За последние десятилетия заболеваемость Денге во всем мире заметно возросла: численность случаев, доводимых до сведения ВОЗ, увеличилась с 505 430 в 2000 г. до 14,6 млн в 2024 г. У подавляющего большинства зараженных инфекция протекает бессимптомно или в легкой форме и без обращения за медицинской помощью, и поэтому реально происходящие случаи заболевания регистрируются не в полной мере. К настоящему времени заболевание приобрело эндемический характер более чем в 100 странах [3].

Увеличивающийся риск разрастания эпидемии денге обусловлен несколькими факторами, в том числе изменением ареала обитания переносчиков инфекции (в основном *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*), особенно в странах, в которых денге ранее не встречалась; изменением климата, приводящим к повышению температур, обильным осадкам и высокой влажности; слабостью и перегруженностью систем здравоохранения; ограниченными возможностями

для ведения эпиднадзора и сбора отчетности; а также политической и финансовой нестабильностью в странах, переживающих комплексные гуманитарные кризисы и интенсивное перемещение населения [3,4].

Первичная инфекция оставляет пожизненный иммунитет к заражению тем субтипом вируса денге, который вызвал заболевание, а также защищает на 2-3 месяца от заражения любым другим субтипом вируса [4].

С целью оптимизации алгоритмов дифференциальной диагностики завозных инфекций нами были проанализированы случаи заболевания лихорадки Денге. В период с 2024 г. по май 2026 г. в ГБУЗ СКИБ госпитализированы 4 пациента, вернувшихся из Таиланда, Египта и Мальдивской Республики.

Симптомы заболевания появились на 2-7 сутки с момента возвращения на территорию Российской Федерации. Состояние заболевших оценивалось как средней степени тяжести. Тяжелых случаев заболевания не было. Из анамнеза известно, что у всех заболевших были отмечены следующие проявления заболевания: фебрильная температура, головная боль, артралгия, миалгия, слабость. У 3 пациентов при осмотре на коже туловища и конечностей была обнаружена геморрагическая сыпь. В анализе крови у всех пациентов отмечались лейкопения 2,75 [1,41-3,85] Г/л с лимфопенией 0,36 [0,33-0,43] Г/л и тромбоцитопенией 89,00 [80,50-119,25] Г/л, отмечалось повышение печеночных трансаминаз АЛТ 41,50 [41,00-78,00] Ед/л, АСТ 66,50 [50,25-116,50] Ед/л.

Исследование клинических образцов методом ПЦР установило наличие в них генетического материала вируса денге, что характерно для стадии клинических проявлений.

На основе полученных результатов была проведена симптоматическая терапия, направленная на предупреждение развития возможных осложнений. Во всех случаях наблюдалось первичное заражение, которое не приводит к тяжелому течению заболевания и летальному исходу [1,2,5]. Исход заболевания во всех случаях был благоприятным.

В связи с обострением эпидемиологической обстановки по лихорадке Денге в мире и увеличением числа российских граждан, посещающих страны, не благополучные по этой инфекции, увеличивается риск завоза возбудителя из эндемичных стран на территорию РФ. При подозрении на завозную инфекцию диагностика не должна ограничиваться только ПЦР на денге. Необходимо дальнейшее масштабирование мультиплексных тест-систем, способных за один цикл определять широкий спектр завозных лихорадок.

Дополнительная диагностика сегодня – это не просто «анализ для уточнения», а по сути, санитарный фильтр. Для обеспечения биобезопасности необходим действенный эпидемиологический заслон, переводящий завозной случай из потенциальной эпидемии в локализованный медицинский инцидент.

Выводы:

Зафиксирована трансформация Денге из «экзотической болезни» в стабильную завозную угрозу. Рост мировой заболеваемости (до 14,6 млн случаев) и расширение ареала переносчиков (*Aedes*) подтверждают возможность формирования местных очагов на юге России.

Все выявленные случаи (Таиланд, Египет, Мальдивы) подтверждают статус Краснодарского края как зоны высокого транзитного риска.

У всех госпитализированных пациентов, взятых в наше исследование, были отмечены типичные клинические проявления, характерные для лихорадки Денге в фебрильном периоде.

Учитывая потенциал адаптации переносчиков к климату Юга России, а также большое количество субклинических и легких форм этого заболевания, при первичном заражении, приоритетом становится не только лечение, но и эпидемиологический надзор.

Список литературы:

1. WHO. Dengue Haemorrhagic Fever: Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. – 2nd Ed. Geneva, 1997.

2. World Health Organization. Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. – New Ed. – 2026.

3. WHO/SEARO. Situation update of dengue in the SEA Region, 2010 // World Health Organization Regional Office for SouthEast Asia, 2011. URL: <http://www.searo.who.int/en/Section10/Section332.htm>

4. WHO/SEAR. Trend of Dengue case and CFR in SEAR Countries // World Health Organization Regional Office for SouthEast Asia, 2011. URL: http://www.searo.who.int/en/Section10/Section332/Section2277_11964.htm

5. Устюгова СА, Сабитов АУ, Хаманова ЮБ, Бабинцева НА, Белоусов ВВ, Солдатов ДА. Лихорадка денге в Свердловской области: клинико-эпидемиологическая характеристика завозных случаев. Уральский медицинский журнал. 2025;24(6):7–18.

Алагова М.В., Сухорук А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости и экономической значимости инфекционных болезней. Суммарная заболеваемость ОКИ в Российской Федерации (РФ) в многолетней динамике характеризуется тенденцией к снижению, в 2024 году заболеваемость (456,6 на 100 тыс. населения) соответствует уровню 2023 года (441,5 на 100 тыс. населения) и на 14% ниже среднесноголетнего показателя (527,9 на 100 тыс. населения) [1].

Одной из важнейших задач является улучшение охвата этиологической расшифровки случаев ОКИ. В последние годы отмечена положительная динамика в расшифровке причин ОКИ. Однако, в ряде субъектов РФ (Ненецкий автономный округ, Чеченская Республика, Владимирская область, Республика Ингушетия) доля не верифицированных ОКИ превышает 90,0%, что не позволяет оценить структуру причин ОКИ. Широкое внедрение в рутинную практику

лабораторной диагностики быстрых молекулярно-генетических тестов позволяют значительно повысить верификацию диагноза и дифференцировать ОКИ от других заболеваний, протекающих со схожими клиническими проявлениями [2, 3].

В этиологической структуре расшифрованных ОКИ большую долю занимают ОКИ вирусной этиологии – 77,9%. При этом в структуре ОКИ вирусной этиологии 47,9% приходится на ротавирусную инфекцию и 45,2% – на норовирусную инфекцию.

Заболеваемость ротавирусной инфекцией в 2024 г. составила 63,1 на 100 тыс. населения, что на 5,9% выше, чем в 2023 году, но ниже среднемноголетнего показателя (73,9 на 100 тыс. населения) [1].

Тенденции в заболеваемости норовирусной инфекцией иные – по итогам 2024 г. заболеваемость на 9% превысила уровень 2023 г. и в 1,8 раза среднемноголетний показатель. Удельный вес случаев норовирусной инфекции среди ОКИ установленной этиологии составил 21,9%, а в динамике отмечается увеличение ее доли в общей структуре заболеваемости ОКИ установленной этиологии.

Удельный вес детского населения в возрастной структуре составил 82,0% от всех случаев заболеваний. Чаще всего болели дети в возрасте от года до двух лет, заболеваемость составила 516,1 на 100 тыс. населения [1].

В 2024 г., как и в предыдущие годы, в структуре вспышечной заболеваемости преобладают очаги ОКИ вирусной этиологии. Однако, отмечается иная структура причин – на норовирусы приходится 42,2% (302 очага с общим числом пострадавших 4637 человек), а на ротавирусы – 14,7% (105 очагов с общим числом пострадавших 940 человек.) [1].

В Санкт-Петербурге тенденции в заболеваемости ОКИ вирусной этиологии во многом схожи в общероссийскими. Заболеваемость ОКИ, вызванными вирусами, в 2024 году увеличилась на 15,2% и превышает среднемноголетний уровень на 22,4%. В структуре 47,0% занимают ротавирусы и 45,0% – норовирусы [4].

Заболеваемость ротавирусной инфекцией в Санкт-Петербурге в 2024 году составила 110,9 на 100 тыс. населения или 6 209 случаев, что на 10,0% выше значения показателя 2023 года (100,8 на 100 тыс. населения). Зарегистрировано 2 очага с групповой заболеваемостью ротавирусной инфекцией с общим числом пострадавших 12 человек, из них дети до 17 лет включительно – 11 человек [4].

В 2024 году в Санкт-Петербурге зарегистрировано 5 865 случаев норовирусной инфекции. Заболеваемость составила 104,7 на 100 тыс. населения, что на 18,3% выше показателя 2023 года (88,5 на 100 тыс. населения). Зарегистрировано 16 очагов с групповой заболеваемостью норовирусной инфекцией с числом пострадавших 478 человек, из них дети до 17 лет включительно – 436 человек [4].

Список литературы:

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

2. Жданов К.В. и др. Оптимизация диагностики инфекции, вызванной SARS-COV – 2, с использованием полимеразной цепной реакции в крупном многопрофильном стационаре. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. №2 (70). С. 7-10.

3. Гриневич В.Б. и др. Поражения органов пищеварения при постковидном синдроме. Клинические рекомендации. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022.208(12):4-68.

4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2024 году: государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. – Санкт-Петербург: Управление Роспотребнадзора по г. Санкт-Петербургу, 2025. – 244 с.

Алагова М.В., Сухорук А.А., Жданов К.В.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Ограничительные мероприятия в период пандемии сыграли положительную роль в профилактике заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) как вирусной, так и бактериальной этиологии [1, 2].

Цель исследования – выявить основные закономерности частоте и структуре ОКИ бактериальной этиологии в Санкт-Петербурге

Материалы и методы: проанализированы данные официальной регистрации ОКИ в Санкт-Петербурге за период с 2020 по 2024 год.

Результаты и обсуждение. За период с 2020 по 2024 год в Санкт-Петербурге зарегистрировано 4 случая брюшного тифа, 1 случай паратифа и 1 случай носительства. Особенностью современного периода остается определяющее влияние миграционных процессов на эпидемический процесс брюшного тифа. В последние годы участились случаи завоза брюшного тифа иностранными рабочими из среднеазиатских стран, неблагополучных в отношении брюшного тифа. Неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия проживания иностранных рабочих способствуют распространению брюшного тифа среди них, а привлечение мигрантов к работе на эпидемически значимых объектах создаёт угрозу «выноса» инфекции в общую популяцию населения города [3].

Сальмонеллезная инфекция продолжает играть большую роль в структуре ОКИ бактериальной этиологии. За анализируемые 5 лет в Санкт-Петербурге зарегистрировано почти 12,5 тыс. случаев сальмонеллеза, причем 24,5% (95%

ДИ: 23,7 – 25,2%) и 28,7% случаев (95% ДИ: 27,8 – 29,5%) пришлось на 2023 и 2024 гг. соответственно. В структуре возбудителей до 85,0% приходится на сальмонеллы серогруппы D, что сопоставимо с данными из других регионов [4].

На втором месте по частоте регистрации находится кампилобактериоз. За анализируемый период отмечен более, чем трехкратный рост числа выявленных случаев.

Регистрация заболеваний, вызванных патогенными *E. coli* на протяжении многих лет остается стабильной – около 450-500 случаев ежегодно.

Отмечается рост заболеваемости шигеллезом со 165 случаев в 2020 году до 361 случая в 2024 году. Представляет интерес изменение частоты выявляемости *Sh. sonnei* и *Sh. flexneri* у пациентов. Если в 2020 году *Sh. sonnei* встречалась в три раза реже, чем *Sh. flexneri*, то к 2024 году ситуация принципиально изменилась и *Sh. sonnei* стала выделяться в 1,8 раза чаще, чем *Sh. flexneri*. Кроме того, число случаев шигеллеза, обусловленного *Sh. sonnei* за пять лет увеличилось в 6,4 раза.

Носительство возбудителя бактериальной дизентерии встречается относительно редко – до 6 случаев в год.

Отмечается снижение числа случаев заболеваний, вызванных *Yе. enterocolitica* *Yе. Pseudotuberculosis* в 1,6 и 2,1 раза соответственно.

Выводы. За анализируемый пятилетний период отмечается разнонаправленное изменение числа случаев ОКИ бактериальной этиологии. Наибольший рост отмечен в заболеваемости сальмонеллезом и кампилобактериозом.

Список литературы:

1. Гриневич В.Б., Лазебник Л.Б., Кравчук Ю.А. и др. Поражения органов пищеварения при постковидном синдроме. Клинические рекомендации. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022.208(12):4-68.
2. Военно-полевая терапия: национальное руководство/ под ред. Е.В. Крюкова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2023. – 736 с.
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2023 году: государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. – Санкт-Петербург: Управление Роспотребнадзора по г. Санкт-Петербургу, 2024. – 254 с.
4. Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Миноранская Н.С., Липнягова С.В., Калинина Ю.С. и др. Сальмонеллез у взрослых: клинико-эпидемиологические особенности, оптимизация терапии. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 9, №4. С. 98-102.

Амбарнова Н.М., Мурашова Е.А.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГОРОДЕ-КУРОРТЕ СОЧИ

Инфекционная больница №2, Сочи

Инфекционные болезни – это группа заболеваний, обусловленных воздействием на организм человека различных патогенных или условно-патогенных агентов. Необходимые для развития инфекционного процесса условия, помимо возбудителя, включают источник инфекции, восприимчивый организм и различного рода пути передачи (аспирационный, трансмиссивный, контактный, фекально-оральный, искусственный, вертикальный) [1, 2].

Благодаря достижениям медицины последних десятилетий, разработке и внедрению антибиотиков, инфекционные болезни удалось если не победить, то хотя бы существенно ограничить их влияние на цивилизацию: снизить заболеваемость и связанную с инфекциями смертность. При этом проблему нельзя считать решенной, в структуре смертности в развивающихся странах инфекции остаются в тройке лидирующих причин, а в развитых странах вносят существенный вклад в заболеваемость [1, 3, 4].

По данным Минздрава России, Росстата с 2020 года фиксируется рост заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями среди населения РФ (2020 – 2999,4 тыс., 2021 – 3114,6 тыс., 2022 – 3324,4 тыс., 2023 – 3433,0 тыс., 2024 – 3587,5 тыс.), а, так же, рост числа случаев временной нетрудоспособности по причине инфекционного или паразитарного заболевания (2020-224,9 тыс., 2021 – 226,4 тыс., 2022 – 284,9, 2023 – 411,4 тыс., 2024 – 479,1 тыс.), что ведет к росту экономического ущерба для государства [5].

Цель данного исследования: изучение вариативности структуры инфекционной заболеваемости среди населения г. Сочи в 2023–2025 гг., что представляет особый интерес, в связи с высокой туристической активностью в регионе (по данным ГБУЗ «Инфекционная больница №2» МЗ КК, Сочи) [6].

Наибольший удельный вес среди инфекций в 2023-2025 гг. приходится на заболевания, протекающие с респираторным синдромом (грипп и другие ОРЗ – J10, J11, J06), (24,2%, 20,3%, 27,0% соответственно), с увеличением количества пролеченных пациентов с 3306 в 2023 году, 3497 в 2024, до 4454 в 2025 году.

Отмечается рост случаев сепсиса и генерализованных эндогенных инфекций (A40, A41) с 211 в 2023 году, 215 в 2024, до 276 в 2025 году и рост оппортунистических инфекций (герпетическая, цитомегаловирусная инфекции, токсоплазмоз) с 74 случаев в 2023 году, 127 в 2024, до 206 в 2025 году.

Также, увеличилась частота встречаемости острых кишечных заболеваний, вызванных облигатно патогенными возбудителями (сальмонеллезные инфекции, бактериальная дизентерия) (A02, A03): 44 случая в 2023 году, 172 случая – в 2024 году, 216 случаев – в 2025 году.

Отмечается снижение количества «детских» инфекций (скарлатина, ветряная оспа, эпидемический паротит, корь, краснуха, коклюш – A38, B01, B26,

В05, В06, А37) с 448 случаев в 2023 году, 319 в 2024, до 97 в 2025, что связано с увеличением приверженности населения к вакцинации, стрептококковой инфекции (рожа, тонзиллит – А46, J03) с 467 случаев в 2024 до 330 случаев в 2025 году, острых вирусных гепатитов (А, В, С, с не уточненной вирусной этиологией или смешанной этиологией – В15, В16, В17, В19) – 54 случая в 2023 году, 24 – в 2024, 33 – в 2025, хронических вирусных гепатитов и циррозов печени (В18, К74.6) с 73 случаев в 2023, 42 случаев в 2024, до 28 случаев в 2025 году.

Количество случаев менингококковой инфекции и гнойных менингитов (А39, G00-00.9) сохраняется на протяжении нескольких лет на одинаковом уровне (54 и 52 случая в 2024 и 2025 годах, соответственно).

В заключении, хотелось бы отметить, что структура инфекционной патологии в регионе динамична, подвержена влиянию социально-экономических факторов и меняется в связи с эволюцией бактерий и вирусов на фоне научных открытий и технологических достижений.

Список литературы:

1. Инфекционные болезни: национальное руководство. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1104 с.
2. Юшук Н.Д., Мартынов Ю.В. Эпидемиология. Москва: Медицина, 2003. 450 с.
3. Инфекционные болезни: синдромальная диагностика / под ред. Н.Д. Юшука, Е.А. Климовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 176 с.
4. Верткин А.Л., Силина Е.Г. Инфекционные заболевания. Москва: Эксмо, 2019.
5. <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>
6. Брюханова Г.Д., Воробей Е.К., Городин В.Н. Проблемы и перспективы развития санаторно-курортной сферы на внутреннем и международном рынках в условиях современных рисков здоровью человека//Управленческий учет. – 2022;12-4.- С.1218-1225.

*Андержанова А.А.¹, Котова Д.П.¹, Журавлева М.В.^{3,4}, Яковлев С.В.^{5,6},
Мелёшкина Ю.А.¹, Лукина М.В.^{1,2}, Балалаева М.А.^{1,2}*

УРОВЕНЬ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИНИМАЮЩИХ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЮ

¹ Городская клиническая Больница №1 им. Н.И. Пирогова, Москва;

² Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва;

³ Научный центр экспертизы средств медицинского применения, Москва;

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

⁵ Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, Москва;

⁶ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. Пациенты с психическими расстройствами часто получают длительную психофармакотерапию (ПФТ) препаратами различных классов – антипсихотиками, антидепрессантами, противосудорожными средствами, анксиолитиками и противопаркинсоническими препаратами. Известно, что эти средства могут модулировать иммунный ответ, однако остаётся неясным, как именно рутинная ПФТ влияет на клинические и лабораторные маркеры системной воспалительной реакции (СВР) – температуру тела, лейкоцитоз и уровень С-реактивного белка (СРБ). Это особенно важно в условиях стационара, где дифференциальная диагностика между инфекционным процессом, обострением психического заболевания и побочными эффектами терапии представляет сложную задачу.

Цель работы. Оценить влияние догоспитального приёма психотропных препаратов различных классов на ключевые маркеры СВР у госпитализированных пациентов с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное исследование на базе психиатрического отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. В анализ включено 850 пациентов (431 мужчина, 419 женщин, медиана возраста 65 лет), госпитализированных с января 2024 по март 2025 года с подозрением на инфекционные осложнения или обострение соматической патологии. Психофармакотерапию на догоспитальном этапе получали 498 человек (58,6%). Оценивалось пять классов препаратов: антипсихотики (n=270), антидепрессанты (n=56), противосудорожные (n=94), анксиолитики (n=15), противопаркинсонические (n=63). Статистический анализ включал критерии χ^2 , точный критерий Фишера, U-критерий Манна–Уитни и тест на линейно-линейную ассоциацию.

Результаты. Группы с ПФТ и без ПФТ были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела и длительности госпитализации. Ни один из исследованных классов препаратов не оказывал одновременного влияния на все три маркера СВР. Выявлены следующие значимые ассоциации:

Приём антидепрессантов сопровождался статистически значимым снижением выраженности лихорадочной реакции (линейно-линейная связь, $p=0,024$). При этом уровень лейкоцитоза и СРБ не различался, что указывает на возможное центральное действие этих препаратов на гипоталамические центры терморегуляции.

Приём противосудорожных препаратов был ассоциирован с меньшей частотой лейкоцитоза по сравнению с группой, не принимавшей эти средства (58,5% против 70,1%, $p=0,039$). Влияния на температуру и СРБ не обнаружено.

В целом по классу антипсихотиков значимого влияния на маркеры СВР не выявлено. Однако при субанализе отдельных препаратов обнаружены разнонаправленные эффекты: приём хлорпроликсена и хлорпромазина (типичные антипсихотики) ассоциировался с более высокими уровнями маркеров воспаления ($p=0,001$ и $p=0,019$ соответственно), тогда как приём рисперидона (атипичный антипсихотик) – со снижением уровня СРБ ($p=0,008$). Анксиолитики и противопаркинсонические препараты не показали значимых ассоциаций с каким-либо из маркеров СВР.

Наиболее клинически значимым результатом стало влияние политерапии (одновременный приём трёх и более психотропных препаратов). У таких пациентов наблюдалось статистически значимое снижение частоты лейкоцитоза ($p=0,008$) и повышение уровня СРБ ($p=0,006$) по сравнению с пациентами, принимавшими два препарата. Этот эффект не выявлялся при анализе отдельных классов, что свидетельствует о кумулятивном или синергическом действии политерапии на воспалительные механизмы.

Важно отметить, что уровень СРБ оставался стабильно повышенным при воспалении независимо от приёма психотропных средств – ни один из исследованных классов не повлиял на частоту его повышения. Это позволяет рассматривать СРБ как наиболее надёжный маркер воспаления в данной клинической ситуации.

Закключение. Рутинная психофармакотерапия не является универсальным фактором, искажающим картину системного воспаления. Выявленные эффекты носят селективный характер: антидепрессанты влияют преимущественно на температурную реакцию, противосудорожные препараты – на частоту лейкоцитоза. Отдельные антипсихотики демонстрируют разнонаправленные ассоциации (хлорпроликсен и хлорпромазин – провоспалительные, рисперидон – противовоспалительные). Политерапия (три и более препарата) ассоциируется с изменением лабораторных маркеров воспаления, что требует особого внимания при ведении таких пациентов. Наиболее устойчивым и информативным маркером воспаления в условиях приёма психотропных препаратов является С-реактивный белок.

Практические рекомендации. При интерпретации маркеров системной воспалительной реакции у пациентов, получающих психофармакотерапию, следует учитывать класс принимаемых препаратов и общее их количество (медикаментозную нагрузку). Повышение уровня СРБ следует расценивать как наиболее достоверный признак воспалительного процесса, независимо от

факта приёма психотропных средств. При назначении антипсихотиков пациентам с сопутствующей соматической патологией целесообразно учитывать их потенциальное влияние на воспалительный ответ: хлорпротиксен и хлорпромазин требуют более тщательного мониторинга, тогда как рисперидон может иметь преимущества с точки зрения противовоспалительного профиля.

Список литературы:

1. Sikora J.P., Karawani J., Sobczak J. Neutrophils and the systemic inflammatory response syndrome (SIRS). *Int J Mol Sci.* 2023;24(17):13469.
2. Burghardt K.J., Mando W., Seyoum B. et al. The effect of antipsychotic treatment on hormonal, inflammatory, and metabolic biomarkers in healthy volunteers: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacotherapy.* 2022;42(6):504-513.
3. Köhler C.A., Freitas T.H., Stubbs B. et al. Peripheral alterations in cytokine and chemokine levels after antidepressant drug treatment for major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis. *Mol Neurobiol.* 2018;55(5):4195-4206.
4. Marcinowicz P., Więdołcha M., Zborowska N. et al. A meta-analysis of the influence of antipsychotics on cytokines levels in first episode psychosis. *J Clin Med.* 2021;10(11):2488.
5. Patel S., Keating B.A., Dale R.C. Anti-inflammatory properties of commonly used psychiatric drugs. *Front Neurosci.* 2023;16:1039379.

**Андержанова А.А.¹, Яковлев С.В.^{3,4}, Мелёшкина Ю.А.¹, Котова Д.П.^{1,3},
Лукина М.В.¹, Балалаева М.А.^{1,2}, Журавлева М.В.^{5,6}**

ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

¹ Городская клиническая Больница №1 им. Н.И. Пирогова, Москва;

² Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва;

³ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва;

⁴ Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, Москва;

⁵ Научный центр экспертизы средств медицинского применения, Москва;

⁶ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Диагностика инфекций у пациентов с психическими расстройствами представляет серьёзную клиническую проблему. Из-за отсутствия полноценного контакта с врачом, атипичного течения заболевания и сходства симптомов инфекции с обострением психической патологии стандартные подходы к выявлению инфекционных осложнений (ИО) часто неэффективны. Классические маркеры, такие как лихорадка, у этой категории больных могут отсутствовать даже при тяжёлом инфекционном процессе. В связи с этим

актуальным является поиск надёжных диагностических критериев, применимых к данной уязвимой группе пациентов.

Цель работы. Оценить частоту и выявить клинико-лабораторные особенности инфекционных осложнений у пациентов с психическими расстройствами для определения наиболее значимых маркеров и групп риска.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 727 пациентов (385 мужчин, 342 женщины, средний возраст 62 года), госпитализированных в психосоматическое отделение ГKB №1 им. Н.И. Пирогова с января 2024 по март 2025 года. Критерии отбора: возраст старше 18 лет, срок госпитализации более 3 суток, подозрение на инфекционные осложнения. Исключались пациенты с активными онкологическими заболеваниями, тяжёлыми системными патологиями, СПИДом и после трансплантации органов. База данных «КЛИОПС» стала основным источником информации. Пациенты разделены на две группы: без ИО (n=360) и с ИО (n=367). Статистическая обработка проведена в IBM SPSS Statistics 22.0 с применением ANOVA, критерия χ^2 и точного критерия Фишера.

Результаты. Частота инфекционных осложнений составила 50,5%. Более половины всех случаев (52,9%) пришлось на пациентов с органическими психическими расстройствами, среди которых преобладала деменция (75,7%). Наиболее распространёнными инфекциями оказались пневмонии (59,7%) и инфекции мочевыводящих путей (13,9%). Нозокомиальные инфекции встречались чаще внебольничных (61,3% против 38,7%).

Пациенты с ИО достоверно дольше находились в стационаре (23 суток против 9) и имели более высокие баллы по шкале Ватерлоу (13 против 6). Уровень СРБ был повышен у 99,2% больных с ИО (в группе без ИО – у 69,2%). Лейкоцитоз зафиксирован у 82,6% и 55,8% соответственно. Изменения психического статуса наблюдались в 9,3% случаев в группе с ИО и лишь в 1,7% – без ИО.

Важным наблюдением стало отсутствие лихорадки у 35,6% пациентов с подтверждённой инфекцией, а гипотермия встречалась исключительно в группе с ИО (1,4%). Снижение клиренса креатинина также ассоциировалось с повышенным риском инфекционных осложнений (44,1% против 22,2%).

Наиболее сильными предикторами ИО по данным анализа оказались: повышение СРБ (OR=50,2), высокая лихорадка выше 38°C (OR=40,9) и ухудшение психического состояния (OR=6,02). Субфебрилитет, лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг также демонстрировали статистически значимую связь с инфекционным процессом. Летальность в группе с ИО была значительно выше – 31% против 5,2%.

Заключение. Диагностика инфекционных осложнений у пациентов с психическими расстройствами требует особого подхода, поскольку классические симптомы (в первую очередь лихорадка) часто отсутствуют. Повышение уровня СРБ является мощным, но неспецифичным маркером, поэтому его следует интерпретировать в комплексе с другими признаками. Внезапное ухудшение психического статуса может служить ранним сигналом развивающейся

инфекции. Отсутствие продуктивного контакта с пациентом остаётся главным препятствием для своевременной диагностики.

Практические рекомендации. Для пациентов с психическими расстройствами целесообразно внедрение скринингового алгоритма, включающего рутинное определение СРБ, оценку функции почек и мониторинг психического статуса. Любое изменение поведения или психического состояния должно рассматриваться как потенциальный признак соматического инфекционного процесса. Требуется наладить эффективную передачу информации между медицинскими службами (скорая помощь, поликлиника, стационар) о приёме лекарственных препаратов, употреблении психоактивных веществ и наличии хронических инфекционных очагов.

Список литературы:

1. Okobi O.E., Ayo-Farai O., Tran M. et al. The Impact of Infectious Diseases on Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Cureus*. 2024;16(8):e66323.
2. Graham K.L., Carson C.M., Ezeoke A. et al. Urinary tract infections in acute psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(4):379-385.
3. van Duin D. Diagnostic challenges and opportunities in older adults with infectious diseases. *Clin Infect Dis*. 2012;54(7):973-978.
4. Yoshikawa T.T., Norman D.C. Geriatric Infectious Diseases: Current Concepts on Diagnosis and Management. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(3):631-641.
5. Liang S.Y., Mackowiak P.A. Infections in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2007;23(2):441-456.

**Анциферова И.Н.¹, Иванов Я.В.¹, Рыбакова С.А.¹, Савицкая Е.А.¹,
Калинина Э.Н.¹, Мошкин А.Б.²**

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ НА ПРОБЛЕМНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

¹ Читинская государственная медицинская академия, Чита;

² Читинская ПЧС, Чита

Сибирская язва представляет собой острое, высококонтагиозное зоонозное заболевание, характеризующееся преимущественно антропогенной очаговостью. Возбудителем является *Bacillus anthracis*. Клиническая картина вариабельна и зависит от пути проникновения инфекции в организм, проявляясь чаще всего кожной формой, но также возможно развитие легочной, желудочно-кишечной и септической форм. Сибирская язва остается значительным фактором риска для общественного здравоохранения. Ее высокая контагиозность и летальность, достигающая 90–100% без адекватной терапии, в совокупности с персистентностью возбудителя (*Bacillus anthracis*) в окружающей среде (способность к длительному сохранению в почве) и потенциалом к формированию спорадических эпидемических очагов, подчеркивают непреходящую актуальность данной инфекции. Указанное зоонозное заболевание,

передаваемое от животных к человеку посредством контактного, аэрогенного, фекально-орального и трансмиссивного механизмов, требует постоянного эпидемиологического надзора и проведения профилактических мероприятий.

Сибиреязвенные захоронения представляют собой специально отведенные участки земли, имеющие четко обозначенные границы, предназначенные для безопасного и долговременного погребения в почву трупов или останков животных, погибших в результате вспышки сибирской язвы или умерщвленных с целью предотвращения дальнейшего распространения инфекции. К таким объектам относятся земляные ямы, скотомогильники и биотермические ямы.

Цель работы. Осуществить всестороннее изучение и систематизацию данных о стационарно неблагополучных пунктах (СНП) по сибирской язве на территории Забайкальского края. На основе полученных данных провести ранжирование административных районов края по уровню эпизоотической активности данного заболевания в различные временные периоды.

Материалы и методы. В рамках данного исследования была сформирована географическая база данных, включающая информацию о случаях сибирской язвы. Для визуализации и анализа пространственного распределения заболевания использовался специализированный атлас данных по сибирской язве. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением программного обеспечения Statistica версии 10.0 и Microsoft Excel for Windows версии 10.0.

Результаты. Проведенный анализ заболеваемости сибирской язвой на территории Забайкальского края за 124 года (с 1878 по 2002 гг.) позволил выделить три отчетливых периода с разной интенсивностью проявления инфекции.

Первый период, охватывающий 55 лет (с 1878 по 1932 гг.), отличался нестабильной эпизоотической ситуацией. В этот период были зафиксированы как наиболее высокие пики активности, например, в 1898 году (80 неблагополучных пунктов) и в 1912 году (55 пунктов), так и периоды полного отсутствия инфекции, которые длились 12 лет. При этом на протяжении 11 лет заболеваемость сибирской язвой превышала средний уровень для края, составляя более 25 неблагополучных пунктов.

Второй период, продолжительностью 43 года (с 1933 по 1975 гг.), характеризовался непрерывным течением эпизоотий. Наиболее значительные пики активности пришлись на 1935 год (37 пунктов) и 1944 год (35 пунктов). В течение 17 лет этого периода заболеваемость инфекцией превышала средние значения для Забайкальского края (25 неблагополучных пунктов).

Третий период (1976–2018 гг., 42 года) характеризовался тенденцией к снижению эпизоотической активности.

Максимальное число неблагополучных пунктов приходилось на дореволюционное и советское время (пики в 1898 и 1935 гг.), а последняя вспышка зафиксирована в 2002 году. Протяженная граница с Монголией и Китаем, также играет роль в распространенности стационарно неблагополучных пунктов, что требует особого контроля за перемещением животных и продуктов

животноводства, а также анализа эпизоотической ситуации на сопредельных территориях для предотвращения трансграничного заноса инфекции.

Мы проанализировали 214 пунктов, что составляет 56,5% от общего количества 379 стационарно неблагополучных по сибирской язве территорий в Забайкальском крае. Обнаружена неравномерность распределения таких СНП: наибольшее число и частота случаев зарегистрированы в Борзинском районе (6 СНП, 33 заболевших человека; максимум заболеваемости в 1959 году в селе ЦаганОлуй – смертность составила 3%, погиб 1 человек; среди домашнего скота наибольший процент заболеваемости выявлен у лошадей – 43%), Читинском районе (5 СНП, 5 заболевших, по 20% в каждом СНП; среди скота наибольший процент у крупного рогатого скота – 62%), Могойтуйском районе (12 СНП, 22 заболевших; пик в 1941 году в селе Догой – 23% от всех случаев в районе; среди скота наибольший процент у мелкого рогатого скота – 60%), Сретенском районе (3 СНП, 4 заболевших; максимум в 2002 году в селе Верхние Куларки – 50% от всех случаев в районе, смертность составила 25%, погиб 1 человек; среди скота наибольший процент у лошадей – 84%) и Балейском районе (7 СНП, 10 заболевших; пики заболеваемости отмечены в 1967 году в городе Балей и урочище Тасеево, а также в 1974 году в селе Ундино-Поселье, в каждом из этих пунктов по 20% от всех случаев в районе; среди скота наибольший процент у лошадей – 67%).

Наиболее частые вспышки заболевания (эпизоотии) зафиксированы в населенном пункте Хара-Шибирь, расположенном в Могойтуйском районе. Всего там было зарегистрировано 10 эпизоотий. Благоприятные условия для длительного сохранения и последующей реактивации возбудителя создаются благодаря суровому климату, присутствию многолетней мерзлоты и особенностям почвенного покрова, в частности, мерзлотно-лугово-черноземным почвам. Особую роль в этом процессе играют паводки, способствующие смыыву спор возбудителя поверхностными водами.

Заключение. Ввиду значительного числа очагов сибирской язвы и неблагоприятных климатических условий Забайкальского края, создающих повышенную угрозу возникновения активных эпизоотий, приоритет в мониторинге эпизоотолого-эпидемиологической ситуации должен быть отдан Борзинскому, Могойтуйскому и Балейскому районам. Учитывая наличие 379 стационарно неблагополучных пунктов, недостаточный охват вакцинацией групп риска и неудовлетворительное состояние сибиреязвенных захоронений, сохраняется риск спорадических случаев заболевания.

Список литературы:

1. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (с изменениями на 25 июня 2025 года): утвержден Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 28.01.2021. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/573660140?ysclid=mow7bqvqhy178704967> (дата обращения: 14.12.2025).

2. Юзвик, Л. Н. Атлас неблагополучных по сибирской язве пунктов в Забайкальском крае : справочно-кадастровые карты / Л. Н. Юзвик, Н. М. Вершинин, А. Б. Мошкин ; под редакцией В. А. Агаповой. – Чита : Экспресс-издательство, 2013. – 71 с.

3. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни : учебник / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – 3-е изд, перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 704 с. – ISBN 978-5-9704-6517-2.

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

СЕРЬЕЗНЫЕ КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

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

Актуальность. Серьезные коморбидные инфекции (СКИ) – инфекции, которые характеризуются тяжелым течением и требуют немедленного медицинского вмешательства. Хотя СКИ у больных воспалительными заболеваниями суставов (ВЗС) наблюдаются существенно реже, чем инфекции, не соответствующие критериям СКИ, именно они могут стать непосредственной причиной смерти пациентов. Полагают, что наиболее частыми коморбидными инфекциями в целом и СКИ в частности у пациентов ревматологического профиля являются инфекции дыхательных путей (ДП) и ЛОР-органов [1].

Цель исследования – оценить частоту, структуру и факторы риска развития СКИ у больных ВЗС.

Материал и методы. В исследование включены 454 больных ВЗС, наблюдавшиеся в течение 3-х лет: 249 женщин, 205 мужчин. 332 пациента страдали спондилоартритом (СпА), 122 – ревматоидным артритом (РА). Средний возраст больных СпА и РА составил соответственно 39,5 и 45,2 лет, длительность заболевания – соответственно 9 и 14 лет. Терапия включала базисные противовоспалительные препараты (БПВП), глюкокортикоиды (ГК) и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Документированы 1300 случаев коморбидных инфекций: острая респираторная вирусная инфекция – 365, грипп – 93, острый бронхит – 77, COVID-19 – 76, пневмония – 73, синусит – 66, отит – 37, простой герпес – 217, микозы – 106, инфекции мочевыводящих путей – 68, кишечная инфекция – 33, инфекции кожи – 31, инфекции половых органов – 25, опоясывающий герпес – 18, туберкулез – 15.

Результаты. Среди общего числа коморбидных инфекций частота СКИ у больных СпА составила 16%, у больных РА – 23,7%. В структуре СКИ у больных СпА значимо преобладали инфекции ДП и ЛОР-органов (63,5%). Применение ГИБП в целом и ингибиторов фактора некроза опухоли- α (иФНО- α) в частности у этой категории пациентов было независимым фактором риска развития СКИ (ОШ 1,941; 95% ДИ 1,063-3,545, $p=0,031$ и ОШ 2,246; 95% ДИ 1,218-4,139, $p=0,01$ для ГИБП и иФНО- α соответственно). Наиболее частой

СКИ у больных РА была пневмония (62,9%). Риск развития СКИ у пациентов с РА нарастал на фоне терапии ГК (ОШ 2,68; 95% ДИ 1,3-5,6, $p=0,005$), в то же время связи между приемом БПВП/ГИБП и развитием СКИ выявлено не было. Отмечено значимое нарастание риска пневмонии у больных РА с сопутствующим сахарным диабетом (ОШ 4,9; 95% ДИ 2,3-10,43, $p=0,002$) и хронической сердечной недостаточностью (ОШ 5,8; 95% ДИ 2,7-12,2, $p<0,0001$).

Заключение. Согласно полученным данным, у больных ВЗС инфекции ДП и ЛОР-органов превалируют в структуре как коморбидных инфекций в целом, так и СКИ в частности. Эффективным методом профилактики этих инфекций признана вакцинация, безопасность и эффективность которой подтверждена в ряде исследований [2-4].

Список литературы:

1. Белов Б.С., Буханова Д.В., Тарасова Г.М., Муравьева Н.В. Проблема инфекций нижних дыхательных путей в ревматологии: актуальность и пути решения. Эффективная фармакотерапия, 2020, 16 (6): 58-66. doi: 10.33978/2307-3586-2020-16-6-58-66.

2. Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С. Безопасность вакцин против COVID-19 у больных с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (предварительные данные). Современная ревматология. 2022; 16 (1): 26-31. doi: 10.14412/1996-7012-2022-1-26-31.

3. Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С. и др. Иммуногенность, эффективность и безопасность трехвалентной инактивированной гриппозной сплит-вакцины у больных воспалительными заболеваниями суставов, получающих современную противоревматическую терапию. Антибиотики и химиотерапия. 2024; 69 (3-4): 95-101. doi: 10.37489/0235-2990-2024-69-3-4-95-101.

4. Белов Б.С., Муравьева Н.В., Баранова М.М. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у больных ревматическими заболеваниями (по данным ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой). Научно-практическая ревматология. 2025; 63 (4): 380-385. doi: 10.47360/1995-4484-2025380-385.

**Бойко Е.О.¹, Зайцева О.Г.¹, Ложникова Л.Е.¹, Городин В.Н.^{1,3},
Бахтина В.А.^{1,2}, Мойсова Д.Л.^{1,2}, Кибец В.В.¹, Варнаевская А.С.¹,
Воронина С.А.¹, Охотникова О.Б.¹**

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ИНФЕКЦИОННУЮ ПРАКТИКУ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

³ Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. Психические расстройства и инфекционные заболевания находятся в сложных двунаправленных отношениях, что подтверждается данными психонейроиммунологии. Пациенты с психическими расстройствами имеют более высокие показатели инфицирования, но реже проходят

тестирование и лечение. С другой стороны, инфекционные заболевания могут вызывать нейropsychиатрические последствия через воспалительные механизмы. В условиях пандемии COVID-19 и после неё интеграция психиатрической помощи в инфекционную практику приобрела особую актуальность [1, 2].

Цель. Обосновать необходимость внедрения психиатрического скрининга в практику инфекционных отделений и разработки междисциплинарных подходов к ведению пациентов.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор зарубежных (PubMed) и отечественных (eLibrary) публикаций по проблеме коморбидности инфекционных и психических расстройств с акцентом на организационные и клинические аспекты.

Результаты. Исследования демонстрируют высокую распространённость психических нарушений у пациентов с COVID-19. Степанов И.Л. с соавт. (2021) представили алгоритмы оценки психопатологического состояния пациентов, позволяющие на ранних этапах выявить тревожно-депрессивные расстройства, когнитивные нарушения и суицидальный риск, что критически важно для своевременной коррекции [1]. Бойко Е.О. и соавт. (2019) выявили, что у лиц с психическими расстройствами и ВИЧ-инфекцией течение коморбидной патологии отягощается снижением приверженности лечению и нарушением режима терапии [2].

Отечественные данные подтверждают, что инфекционные заболевания манифестируют преимущественно «типами экзогенных реакций» – делирием, аменцией, галлюцинозом, а также астеническими и тревожно-депрессивными расстройствами. Хроническая латентная герпетическая инфекция ассоциирована с психоадаптационными состояниями и риском трансформации в органическое расстройство личности. Внедрение психиатрического скрининга в инфекционных стационарах позволяет своевременно выявлять эти состояния и проводить коррекцию [3].

Зарубежные исследования показывают, что распространённость психических расстройств у пациентов с туберкулёзом на момент диагностики достигает 46,2% по сравнению с 6,7% в контрольной группе [5]. Скрининг маркеров вирусных гепатитов у пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами в амбулаторных условиях выявляет ранее недиагностированные инфекции (7,2% положительных результатов по HCV) [8]. Психологический стресс синергически усиливает воспалительный ответ на иммунный стимул, что обосновывает необходимость психопрофилактики для снижения стрессовой нагрузки и повышения эффективности иммунного ответа [7].

Заключение. Интеграция психиатрического скрининга в инфекционную практику, междисциплинарные подходы (инфекционист – психиатр – иммунолог) и программы психопрофилактики являются необходимыми компонентами лечения инфекционных заболеваний. Отечественные и зарубежные данные убедительно демонстрируют, что раннее выявление коморбидной патологии,

повышение приверженности терапии и снижение стрессовой нагрузки способствуют улучшению клинических исходов.

Список литературы:

1. Степанов И.Л., Крюков В.В., Милёхина А.В., Банников Г.С. Основы психопатологической диагностики и алгоритмы действий медперсонала при выявлении психических нарушений у больных коронавирусной инфекцией COVID-19 в условиях соматического стационара // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31. №3. С. 60-69. EDN: PWANOA.

2. Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Коновалова О.Ю. и др. Социодемографические и клинические особенности у лиц с психическими расстройствами и ВИЧ-инфекцией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т. 10. №3. С. 461-468. EDN YDVNIJ.

3. Семенова Н.В. и др. Психические расстройства при хронической латентной герпетической инфекции (клинико-иммунологические аспекты) // Современные проблемы науки и образования. 2010. №6.

4. Effectiveness of an Embedded Infectious Disease Screening, Treatment, and Prevention Intervention Within an Inpatient Substance Use Treatment Program // PubMed. 2025. PMID: 40756650.

5. Fica A., et al. Infectious disease evaluations in a psychiatric unit, an observational study // Rev Med Chil. 2023. Vol. 151, №10. P. 1271-1280. doi: 10.4067/s0034-98872023001001271. PMID: 39093130.

6. Williams J., et al. Universal blood-borne virus screening in patients with severe mental illness managed in an outpatient clozapine clinic: uptake and prevalence // Australas Psychiatry. 2020. Vol. 28, №2. P. 185-188. doi: 10.1177/1039856220901472. PMID: 32019350.

7. Cohen S., Tyrrell D.A.J., Smith A.P. Psychological stress and susceptibility to the common cold // New England Journal of Medicine. 1991. Vol. 325. №9. P. 606-612.

8. Williams J., et al. Universal blood-borne virus screening in patients with severe mental illness managed in an outpatient clozapine clinic: uptake and prevalence // Australas Psychiatry. — 2020. — Vol. 28, №2. — P. 185–188. doi: 10.1177/1039856220901472. PMID: 32019350.

**Бойко Е.О.¹, Зайцева О.Г.¹, Ложникова Л.Е.¹, Городин В.Н.^{1,3},
Бахтина В.А.^{1,2}, Мойсова Д.Л.^{1,2}, Воронина С.А.¹, Охотникова О.Б.¹,
Кибец В.В.¹, Варнаевская А.С.¹**

ТИПЫ ЭКЗОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

³ Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. Инфекционные заболевания нередко манифестируют не только соматической, но и психической симптоматикой, которая может быть первым, а иногда и единственным проявлением болезни. В классической психиатрии данная группа состояний традиционно обозначается как «типы экзогенных реакций» (по К. Vonhoefffer, 1910) или более современно – «вторичные» («симптоматические») психические расстройства. К ним относятся делирий, аменция, эпилептиформное возбуждение, галлюциноз, а также преходящие аффективные и бредовые состояния [1, 2]. Своевременная дифференциальная диагностика между первичным (эндогенным) и вторичным (экзогенным) психическим расстройством имеет критическое значение, так как лечебная тактика и прогноз принципиально различны: при экзогенных реакциях на первом месте стоит этиотропная терапия основного инфекционного заболевания, тогда как при эндогенных – психофармакотерапия [3].

Цель. Обобщить клинические проявления и дифференциально-диагностические критерии экзогенных типов реакций при наиболее значимых инфекционных заболеваниях (грипп, COVID-19, герпетическая инфекция, ВИЧ-инфекция, нейроинфекции).

Результаты и обсуждение. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции чаще всего сопровождаются астеническими расстройствами (слабость, утомляемость, раздражительность, нарушение сна) и делириозными состояниями, особенно при гипертермии у детей и пожилых («фебрильный делирий»). Характерны наплывы зрительных и слуховых галлюцинаций устрашающего содержания, психомоторное возбуждение, дезориентация во времени и месте. Делирий при гриппе обычно кратковременен (2–5 дней) и регрессирует по мере нормализации температуры и уменьшения интоксикации [2].

Хроническая латентная герпетическая инфекция (вирус простого герпеса 1-го и 2-го типа, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус) ассоциирована с тяжелыми астеническими и психоадаптационными состояниями: хроническая усталость, снижение когнитивных функций («туман в голове»), лабильность настроения, тревога, нарушения сна. Особенностью является волнообразное течение с обострениями на фоне иммуносупрессии. Данные состояния трудно дифференцировать с соматоформными расстройствами и дистимией [4].

COVID-19 выявил широкий спектр экзогенных реакций: от продромальной астении и тревоги до тяжёлого, резистентного к нейролептикам психомоторного возбуждения, кататонии, острого полиморфного психотического расстройства [5, 8]. Прямое нейротропное действие SARS-CoV – 2 (способность инфицировать нейроны, вызывать нейровоспаление и микротромбозы) диктует необходимость агрессивной противовирусной и противовоспалительной (включая глюкокортикоиды) терапии, а не только назначения антипсихотиков [3]. Как отмечают Иванец Н.Н. и соавт. (2020), психические расстройства при COVID-19 развиваются как вследствие стрессовой ситуации, так и за счёт прямого нейротропного действия вируса и гипоксии. Особенностью является резистентность тяжёлого психомоторного возбуждения к стандартным дозам нейролептиков, что диктует необходимость агрессивной противовирусной и противовоспалительной терапии [8]. Стоянова И.Я. с соавт. (2021) также подчёркивают, что психические нарушения в период пандемии COVID-19 характеризуются высокой частотой и полиморфизмом, что требует особого внимания клиницистов [5].

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции (при иммуносупрессии, $CD4 < 200$ кл/мкл) возможно развитие тяжёлых экзогенных психозов, требующих дифференциации с оппортунистическими поражениями ЦНС (токсоплазмоз, криптококкоз, цитомегаловирусный энцефалит, лимфома). Как указывают Медведева Т.И. и соавт. (2018), психические расстройства у больных ВИЧ-инфекцией имеют сложный мультифакторный генез и требуют комплексной диагностики [9]. Ключевое значение имеет нейровизуализация (МРТ с контрастом), исследование ликвора (ПЦР на оппортунистические инфекции) и серология [1, 6]. Петрова Н.Н. и Улюкин И.М. (2019) отмечают, что аффективные расстройства при инфекционных заболеваниях часто имеют «органический» оттенок и прогрессируют по мере купирования основного процесса [11].

Заключение. При ведении инфекционных больных с изменённым психическим статусом (особенно с делирием, психомоторным возбуждением, галлюцинациями) необходимо в первую очередь исключить экзогенную природу расстройства. Дифференциальная диагностика и выбор терапии должны учитывать конкретную клиническую картину, тип инфекции, состояние пациента и результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Список литературы:

1. Bonhoeffer K. Die exogenen Reaktionstypen // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1917. Bd. 58, H. 1. S. 58–70.
2. Тиганов А.С. (под ред.) Экзогенно-органические психические заболевания // Психиатрия: национальное руководство. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 412–438.
3. Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Ложникова Л.Е. Концепция интегрированного подхода к возникновению психических и поведенческих расстройств при COVID-19 // Актуальные проблемы инфекционной патологии Юга России: Материалы XV научно-практической конференции. Краснодар, 2022. С. 38–40. EDN SRTEXW.

4. Арсененко Л.Д. Психические расстройства при хронических вирусных инфекциях (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты): диссертация ... доктора медицинских наук. Томск, 2008. 301 с.

5. Стоянова И.Я., Бохан Н.А., Иванова С.А. Психические нарушения в период пандемии COVID-19 // Психиатрия. 2021. Т. 19, №2. С. 5–12.

6. Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Коновалова О.Ю. и др. Социодемографические и клинические особенности у лиц с психическими расстройствами и ВИЧ-инфекцией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т. 10, №3. С. 461–468. EDN YDVNIJ.

7. Нестерова Ю.В. Инфекционные психозы: клиника, диагностика, терапия: учебное пособие. М.: Издательство Российского университета дружбы народов, 2019. 80 с. EDN YQWNEV.

8. Иванец Н.Н., Тихонова Ю.Г., Винникова М.А. Психические расстройства при коронавирусной инфекции COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120, №5. С. 116–121. DOI: 10.17116/jnevro2020120051116.

9. Медведева Т.И., Снедков Е.В., Джулай И.С. Психические расстройства у больных ВИЧ-инфекцией // Психиатрия. 2018. Т. 83, №3. С. 45–52.

10. Психонейроиммунология: современное состояние и перспективы развития (обзор) // Современные проблемы науки и образования. 2021. №5.

11. Петрова Н.Н., Улюкин И.М. Аффективные расстройства при инфекционных заболеваниях // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019. №4. С. 23–30.

***Бойко Е.О.¹, Ложникова Л.Е.¹, Зайцева О.Г.¹, Городин В.Н.^{1,3},
Лебедев П.В.^{1,2}, Мойсова Д.Л.^{1,4}, Кибец В.В.¹, Охотникова О.Б.¹,
Варнавская А.С.¹, Воронина С.А.¹***

ПСИХОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, Краснодар;

³ Инфекционная больница №2, Сочи;

⁴ Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Актуальность. ВИЧ-инфекция остаётся одной из ведущих медико-социальных проблем, при этом коморбидность с психическими расстройствами существенно утяжеляет течение заболевания, снижает приверженность антиретровирусной терапии (АРТ) и ухудшает прогноз [1, 2].

Цель. Охарактеризовать психоиммунные нарушения у ВИЧ-инфицированных пациентов с коморбидными психическими расстройствами и обосновать необходимость междисциплинарного подхода.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор отечественных и зарубежных публикаций (PubMed, eLibrary) по проблеме коморбидности ВИЧ-инфекции и психических расстройств (депрессия, тревожные расстройства, когнитивные нарушения) с акцентом на иммунологические и клинические аспекты.

Результаты и обсуждение. Показано, что распространённость депрессивных расстройств среди ВИЧ-инфицированных достигает 30–60%, что в 2–4 раза выше, чем в общей популяции [5]. Хроническое воспаление при ВИЧ-инфекции (повышение IL – 6, TNF-α) является ключевым патогенетическим механизмом развития нейровоспаления и когнитивных нарушений, а также резистентности к антидепрессантам [3]. У лиц с психическими расстройствами и ВИЧ-инфекцией течение коморбидной патологии осложняется снижением приверженности лечению и нарушением режима терапии [2]. Данные о распределении маркеров ВИЧ – 1 среди детей, представленные в материалах конференции (Сочи, 2020), также свидетельствуют о необходимости раннего выявления психических нарушений в семьях ВИЧ-инфицированных [4].

Психические расстройства при ВИЧ-инфекции ассоциированы с более низким уровнем CD4+ Т-лимфоцитов, более высокой вирусной нагрузкой и более частым развитием оппортунистических инфекций. Депрессия и тревога способствуют активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что приводит к гиперкортизолемии и дальнейшему угнетению клеточного иммунитета [5]. Дополнительным фактором является высокая частота стигматизации и социальной изоляции ВИЧ-инфицированных пациентов с психическими расстройствами, что снижает их обращаемость за медицинской помощью.

Заключение. Коморбидность ВИЧ-инфекции и психических расстройств требует внедрения интегративных моделей оказания медицинской помощи с участием инфекционистов, психиатров и психологов. Скрининг психических нарушений должен быть обязательным компонентом диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов.

Список литературы:

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2021. 296 p.
2. Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Коновалова О.Ю. и др. Социодемографические и клинические особенности у лиц с психическими расстройствами и ВИЧ-инфекцией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т. 10, №3. С. 461-468. EDN YDVNIJ.
3. De Francesco D., et al. Depression, inflammation and antiretroviral therapy in people with HIV // Brain, Behavior, and Immunity. 2020. Vol. 89. P. 567-575.
4. Давыденко В.С., Иванова А.Р., Останкова Ю.В. Распределение маркеров ВИЧ – 1 у детей // Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания: Материалы VII Всероссийской конференции. Сочи, 2020. С. 43-44.
5. Pence B.W., et al. Depression and immune function in HIV infection // Current HIV/AIDS Reports. 2020. Vol. 17, №4. P. 287-295.

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

Введение. Постковидный синдром представляет собой полиорганную патологию, способную поражать практически любые системы организма. В мировой литературе описан кардиореспираторный фенотип, выделенный кластерным анализом жалоб пациентов с данной патологией. Также выявлена связь между поражением сердечно-сосудистой системы и изменениями в других системах по данным магнитно-резонансной томографии. Наше исследование было направлено на выявление связи кардиологической патологии с состоянием других систем организма с использованием комплексного лабораторно-инструментального обследования.

Цель: выявление взаимосвязи кардиологической патологии с нарушениями в других системах организма в постковидном периоде для определения показаний к дополнительному обследованию пациентов.

30

сывороточное железо, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, липопротеины низкой и высокой плотности); онкомаркеры (раковый антиген (СА) 15-3, СА 19-9, СА 125, СА 72-4, раково-эмбриональный антиген, альфа-фетопротеин, простатспецифический антиген (ПСА), нейрон-специфическая енолаза); гормоны щитовидной железы и тиреотропный гормон; базовую иммунограмму; коагулограмму; тест тромбоэластографии; спирометрию; компьютерную томографию органов грудной клетки. На третьем этапе мы применили множественный регрессионный анализ (МРА) для количественных переменных и логистический регрессионный анализ (ЛРА) для качественных переменных с целью выявления взаимосвязей между параметрами патологии сердечно-сосудистой системы (выявленными на первом этапе с помощью ЭхоКГ) и показателями комплексного лабораторно-инструментального обследования (второй этап) у основной группы. Для проведения этих типов статистического анализа мы предварительно построили корреляционные матрицы с отбором статистически значимых коэффициентов корреляции, после чего методом пошагового исключения добились построения уравнений со статистически значимыми коэффициентами. Выбор МРА и ЛРА обусловлен их способностью учитывать сложные сочетанные взаимосвязи, исключать влияние коллинеарности и компактизировать данные.

Результаты. В уравнение множественного регрессионного анализа для диаметра легочной артерии вошли следующие предикторы: альбумин, креатинин, С-реактивный белок, СА – 125 и тромбиновое время (коэффициент детерминации $R^2 = 0,301$). Для диаметра правой ветви легочной артерии значимыми оказались абсолютное количество эозинофилов, уровень мочевого кислоты и абсолютное количество CD4+ лимфоцитов ($R^2 = 0,241$). Для систолического давления в легочной артерии в модель вошли липопротеиды высокой плотности и фибриноген ($R^2 = 0,129$). В уравнение логистического регрессионного анализа для гидроперикарда вошли абсолютное количество эозинофилов и уровень иммуноглобулинов класса М в крови (отношение шансов (ОШ) = 4,74). Для диастолической дисфункции левого желудочка предикторами являлись глюкоза, ПСА и уровень иммуноглобулинов класса М к SARS-CoV – 2 (ОШ = 5,08). Для диастолической дисфункции правого желудочка в модель вошли альбумин, уровень иммуноглобулинов класса М в крови, фибриноген и уровень иммуноглобулинов класса М к SARS-CoV – 2 (ОШ = 10,63).

Вывод. По результатам анализа выявлены статистически значимые, однако преимущественно слабые и умеренные по силе связи между изучаемыми параметрами. Выявленная сила связей недостаточна для формирования комплекса дообследования других органов и систем у реконвалесцентов COVID-19 при изолированном выявлении у них сердечно-сосудистой патологии по данным ЭхоКГ.

Список литературы:

1. Обоснование модификации тактики диспансерного наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19 / А. О. Быстров, В. Н. Городин, Д. Л. Мойсова,

С. Г. Канорский, В. А. Бахтина, Д. И. Панченко, В. В. Дергун // Журнал инфектологии. – 2025. – Т. 17, №3. – С. 65-73. – DOI 10.22625/2072-6732-2025-17-3-65-73.

2. Cardiac Abnormalities in Long COVID 1-year Post-SARS-CoV – 2 Infection / A. Roca-Fernandez, M. Wamil, A. Telford [et al.] // Open Heart. – 2023. – Vol. 10. – №1. – P. e002241. DOI: 10.1136/openhrt – 2022-002241.

3. Long COVID or Post-COVID-19 Condition: Past, Present and Future Research Directions / C. Fernández-de-Las-Peñas, A. V. Raveendran, R. Giordano [et al.] // Microorganisms. – 2023. – Vol. 11. – №12. – P. 2959. DOI: 10.3390/microorganisms11122959.

Волошка А.А., Логвин Ф.В., Никитюк Н.Ф., Баташев В.В.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (2021–2025 гг.)

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность. Острый вирусный гепатит В (далее – ОВГВ) остается одной из наиболее значимых проблем здравоохранения. Несмотря на наличие эффективных вакцин, по данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируются миллионы новых случаев инфицирования вирусом гепатита В (далее – ВГВ) [1]. На территории Ростовской области (далее – РО) заболеваемость ОВГВ регистрируется на протяжении многих лет и требует совершенствование профилактической работы, в том числе мероприятий, направленных на элиминацию возбудителя. Анализ заболеваемости, проведенный за последние 5 лет, позволяет оценить особенности проявления эпидемического процесса ОВГВ на территории РО [2].

Цель. Провести анализ заболеваемости ОВГВ за период 2021-2025 гг. на территории РО и выявить основные особенности течения эпидемического процесса данного заболевания.

Материалы и методы. В работе использован ретроспективный эпидемиологический анализ. Материалом для исследования послужили данные докладов Управления Роспотребнадзора по Ростовской области

«О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Ростовской области» за 2021-2025 гг.

Результаты и обсуждения. За анализируемый период на территории РО наблюдалась волнообразная динамика заболеваемости с выраженной тенденцией к снижению за последние два года. Пик заболеваемости отмечается в 2023 г. – 28 случаев (0,67 на 100 тыс. населения), однако уже к 2025 г. общее число зарегистрированных случаев сократилось более чем в два раза и составило 12 случаев (0,29 на 100 тыс. населения). Ключевой особенностью эпидемиологической ситуации за анализируемый период является полное отсутствие заболеваемости среди детей и подростков до 17 лет. За весь период 2021–2025 гг. не было зарегистрировано ни одного случая ОВГВ в данной

возрастной категории. Все случаи заболевших пришлось на возрастную группу лиц 18 лет и старше – 100%. Это свидетельствует о высокой эффективности многолетней программы вакцинопрофилактики детей, которая позволила сформировать устойчивый поствакцинальный иммунитет у детей и подростков.

В структуре заболевших по территории проживания преобладают городские жители, на которых приходится основная доля случаев (от 75% до 96% ежегодно). В 2023 г. в городах были выявлены 27 случаев из общего числа заболевших в данном году (28 человек). К 2025 г. наблюдается отчетливая тенденция к снижению заболеваемости среди жителей городов – до 9 случаев. Уровень заболеваемости в сельской местности остается стабильно низким – от 1 до 4 случаев в год, показатель на 100 тыс. населения в 2025 году составил всего 0.19, что ниже среднего значения по области – 0.29. Важно отметить, что за анализируемый период не регистрировались летальные случаи от ОВГВ, что является благополучным прогностическим признаком эпидемиологической обстановки на территории РО.

Выводы. Текущая эпидемиологическая ситуация по ОВГВ в РО за последние годы характеризуется как стабильная с отчетливой тенденцией к снижению заболеваемости. Необходимо отметить, что отсутствие случаев заражения ОВГВ среди детского населения свидетельствует об успехе реализации программы вакцинопрофилактики в регионе. Вместе с тем возрастная группа лиц 18 лет и старше, как группа с высоким риском заражения в городах, нуждается в постоянном эпидемиологическом наблюдении и проведении мониторинга за данным контингентом. Результаты проведенного эпидемиологического анализа свидетельствуют о снижении заболеваемости ОВГВ среди взрослого населения в 2024–2025 гг., что доказывает эффективность проводимого эпидемиологического надзора за данной инфекцией на территории РО.

Список литературы:

1. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. – Текст: электронный // World Health Organization: [сайт]. – URL: <https://www.who.int> (дата обращения: 06.05.2026).

2. Доклад "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Ростовской области в 2024 году". – Текст: электронный // Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области: [сайт]. – URL: <https://61.rospotrebnadzor.ru> (дата обращения: 06.05.2026).

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У РЕБЕНКА НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА В

Городская инфекционная больница, Севастополь

Актуальность темы. Менингоэнцефаломиелит (МЭМ) – крайне тяжёлое, нередко жизнеугрожающее воспалительное поражение центральной нервной системы. Особый интерес вызывает герпетический МЭМ у детей, ввиду его молниеносного развития, полиморфной клинической картины и высокой вероятности неблагоприятных исходов при поздней диагностике. Герпесвирусная этиология занимает важное место среди причин энцефалитов, и при вовлечении спинного мозга – клиническая манифестация становится особенно выраженной и угрожающей. По данным ВОЗ, заболевания, вызванные этим вирусом, как причина смертности от вирусных инфекций, занимают второе место (15,8%) после гриппа (35,8%) [3]. Оценки частоты герпетических миелитов могут составлять от 0,5 до 2 случаев на 100 000 человек в год, однако эти цифры могут варьироваться в зависимости от популяции и региона.

Цель. Демонстрация клинического случая тяжёлого течения герпетического менингоэнцефаломиелита и гриппа В у ребёнка, как примера для обсуждения клинической настороженности, современных подходов к диагностике и лечению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 3 историй болезни одного пациента, находившегося на стационарном лечении в ГБУЗ Городская больница №5-«Центр охраны здоровья матери и ребенка» и ГБУЗС Городская инфекционная больница. Рассмотрены результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, изучена специализированная литература. Диагноз подтверждался при помощи иммуноферментного анализа с выявлением антител класса IgM и IgG к вирусу герпеса 1 типа в ликворе и определении положительной ДНК HSV – 1 методом ПЦР в ликворе, а также обнаружение РНК гриппа В мазке из носоглотки методом ПЦР

Результаты и обсуждение клинического случая. Пациент: П., 10 лет, обратился в приемное отделение ДГБ№5 в связи с острой задержкой мочи и болевыми ощущениями при мочеиспускании на фоне катаральных явлений, фебрильной температурой до 39,5 градусов. В приемном покое осмотрен педиатром, хирургом, катетером получена обильно моча, анализ мочи без особенностей. При передаче ребенка по смене дежурному врачу, развился приступ генерализованных судорог. Пациент был госпитализирован в ОРИТ. Проведены КТ ГМ, ОГК, ШОП, таза, ОБП, ЭХО КГ (все без патологии).

На МРТ ГМ – МР-картина минимального накопления контрастного препарата мягкой мозговой оболочкой и гиперемии поверхностных сосудов головного мозга при контрастном усилении, что при соответствующих клинико-лабораторных данных может соответствовать серозному менингиту. На МРТ

позвоночника – МР-признаки миелопатии с поражением нижнегрудного отдела и конуса спинного мозга, точечным вовлечением конского хвоста.

В ликворе (Цитоз $21 \times 10^6/\text{л}$, лум 60%) РНК гриппа В мазке из носоглотки (+) ДНК HSV – 1 методом ПЦР в ликворе (+).

Больной переведен в ГБУЗС ГИБ с диагнозом: B00.4 Острый герпетический менингоэнцефаломиелит, тяжелое течение, острая задержка мочеиспускания, острые симптоматические генерализованные судорожные приступы

Сопутствующие заболевания: J10.1 Грипп В, вирус гриппа идентифицирован. На фоне лечения этиотропной терапией (ацикловир, озельтамивир), гормональной (метилпреднизолон), противосудорожной (вальпроевая кислота), иммунокорректирующей (иммуноглобулин в/в), симптоматической, отмечено постепенное восстановление самостоятельного диуреза, когнитивных и моторных функций, санация ликвора.

Контроль МРТ на 42 день болезни: МР-картина минимальной гиперемии поверхностных сосудов головного мозга. МР-признаков патологического повышения сигнала на нативных и постконтрастных сериях головного мозга, грудного и поясничного отдела позвоночника не выявлено. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы: при определенной настороженности, своевременном выявлении HSV-инфекции, диагностике ее на ранней стадии развития и немедленном начале лечения, можно предотвратить серьезные последствия заболевания в виде инвалидизации и летального исхода. Клинический случай подчёркивает необходимость раннего неврологического осмотра при подозрении на ЦНС-инфекцию даже при «банальной» ОРВИ, а тем более при гриппе, значимость нейровизуализации (МРТ), показательность мультиорганных проявлений при нейроинфекциях у детей (ишурия, парезы, судороги) и необходимость комплексного, мультидисциплинарного подхода: инфекционист, невролог, реаниматолог, педиатр, ЛОР-врач, окулист.

Список литературы:

1. Диагностика и лечение вирусных энцефалитов у детей. Т.Е. Макарова, Т.Н. Стафеева, Т.А. Горбатко, Н.Ю. Мировольская, Н.И. Отводникова, С.В. Константинов, Э.В. Шафоростова, Е.С. Новик
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Боброва Н.А. Вирусные энцефалиты. – М.: МИА, 2020.
3. «Актуальные проблемы современной вирусологии» Коллективная монография под общей редакцией И.В. Круглова, Н.В. Юминовой 2021г
4. Клинические рекомендации РФ 2025г "Грипп у детей"
5. Иванова Г.П., Скрипченко Н. В. «Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению вирусных энцефалитов у детей» Утверждены на заседании профильной комиссии в рамках Всероссийского ежегодного конгресса «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика» 8–9 октября 2013 года
6. Клинические рекомендации РФ 2025г «Вирусные менингиты у детей»

**ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
СКАРЛАТИНОПОДОБНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ
БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ**

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. Инфекционные заболевания с экзантемой у детей требуют четкой этиологической верификации для назначения адекватной терапии. Скарлатиноподобный синдром – термин, который может относиться к клиническому симптомокомплексу, напоминающему скарлатину (мелкоточечной сыпью и лихорадкой), но возникающему при других заболеваниях. Подобные высыпания встречаются не только при скарлатине, но и при стафилококковой инфекции, псевдотуберкулезе и других патологиях. Однако, в клинической практике встречаются случаи с атипичным набором возбудителей, что затрудняет постановку окончательного диагноза.

Цель работы: проанализировать особенности клинического течения и диагностического поиска при скарлатиноподобном синдроме, вызванном нетипичной микрофлорой ротоглотки.

Материалы и методы. Описание клинического случая. Клиническая картина при поступлении: больной (4 года 2 месяца) поступил с классической триадой: острое начало болезни с лихорадкой до 39,6°C, выраженная интоксикация и яркая экзантема. При осмотре: на гиперемированном фоне имеется мелкоточечная сыпь со сгущением в естественных складках кожи (симптом Пастиа) и чистым носогубным треугольником (симптом Филатова). В ротоглотке картина «пылающего зева», гипертрофия миндалин с налетами, «малиновый» язык. Клинически состояние расценивалось как типичная скарлатина.

Оценена динамика течения заболевания: на 5-7 день болезни отмечено характерное пластинчатое шелушение на ладонях и стопах. Лабораторная диагностика: в общем анализе крови выраженный лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом влево (16×10^9), значительное повышение С-реактивного белка (выше 100 мг/л) и ускорение СОЭ (33 мм/ч). При бактериологическом посеве мазка из зева бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) не обнаружен. ПЦР (носо-ротоглотка) (качественное определение) обнаружены DNA *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*.

Обсуждение: обнаружение пневмококка и гемофильной палочки в зеве при наличии скарлатиноподобной сыпи может свидетельствовать либо о редком варианте течения данных инфекций с токсическим компонентом, либо о носительстве этих патогенов на фоне другого (возможно, вирусного или невыявленного бактериального) заболевания. Данный случай демонстрирует важность бактериологического подтверждения диагноза «скарлатина», так как

отсутствие БГСА меняет тактику эпидемиологического надзора и долгосрочного наблюдения за пациентом.

В данном случае существует 3 гипотезы: а) токсин-продуцирующие штаммы пневмококка: редко некоторые штаммы пневмококка способны вызывать системные реакции, имитирующие стрептококковую инфекцию. Это ставит вопрос о возможной «суперантигенной» активности выделенного штамма. б) микст-инфекция и синергизм: сочетание пневмококка и гемофильной палочки (часто нетипируемой) может приводить к более тяжелому поражению слизистых оболочек ротоглотки, имитирующему стрептококковую ангину. Сыпь в таком случае может иметь токсико-аллергическую природу как реакция на массивный распад бактериальных клеток [5]. в) маскировка первичного агента: нельзя исключать, что пневмококк и гемофильная палочка являются активными колонизаторами, которые подавили рост БГСА, либо ребенок перенес бактериальную или атипичную вирусную инфекцию, которые также могут давать скарлатиноподобную сыпь. [6]

Выводы. Таким образом, скарлатиноподобная сыпь не всегда является патогномоничным признаком стрептококковой инфекции. Сочетанное выделение *S. pneumoniae* и *H. influenzae* у пациента с экзантемой требует тщательного исключения инвазивных форм инфекции и дифференциальной диагностики с токсико-аллергическими состояниями. Этиологическая структура экзантем у детей эволюционирует. Традиционный подход «есть сыпь – значит стрептококк» в эру массовой вакцинации от пневмококка и Hib-инфекции требует пересмотра. Случай доказывает необходимость использования ПЦР-диагностики для поиска редких или труднокультивируемых возбудителей, когда стандартный посев даст неожиданный результат.

Список литературы:

1. Городин В.Н., Федоровская Л.А., Тарасова Л.С. Случай тяжелого течения скарлатины, осложненной синдромом полиорганной недостаточности // Актуальные вопросы инфекционной патологии и современные методы лечения. – Материалы Всерос. научно-практической конференции. – Пенза. – ПДЗ, 1997. – 162 с.
2. Инфекционные болезни у детей: пер. с англ. / под ред. Д. Мари. М. : Практика, 2006. 928 с.
3. Кузьменко Л.Г., Овсянников Д.Ю., Киселева Н.М. Детские инфекционные болезни. М. : Академия, 2009. 528 с.
4. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. М.: Мед. Информ. агентство, 1999. 482 с.
5. Greenhill AR, Phuanukoonnon S, Michael A, Yoannes M, Orami T, Smith H, Murphy D, Blyth C, Reeder J, Siba P, Pomat W, Lehmann D. Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae in paediatric meningitis patients at Goroka General Hospital, Papua New Guinea: serotype distribution and antimicrobial susceptibility in the pre-vaccine era. BMC Infect Dis. 2015 Oct 27;15:485. doi: 10.1186/s12879-015-1197-0. PMID: 26521138; PMCID: PMC4628371.

6. Шлосберг Д., Шульман И.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней : пер. с англ. СПб. : БИНОМ; Невский диалект, 1999. 316 с.
7. Gozum GG, Tatarina-Nulman O, John M. Case Report: Invasive Non Type b Haemophilus influenzae in Immunocompromised Children. Am J Case Rep. 2020 Apr 11;21:e920853. doi: 10.12659/AJCR.920853. PMID: 32277070; PMCID: PMC7172003.

**Городин В.Н.^{1,2}, Суркова А.Д.¹, Мойсова Д.Л.^{1,2}, Сусликов М.А.²,
Заболотнева М.П.², Туркова А.Е.², Пурская О.Г.²**

ЭТИОЛОГИЯ ОКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ ИБ№2 (СОЧИ)

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Инфекционная больница №2, Сочи

Несмотря на то, что на современном этапе заболеваемость острыми кишечными инфекциями в России в многолетней динамике характеризуется тенденцией к снижению (в 2024 году – 456,56 на 100 тыс. населения, что на 14% ниже среднемноголетнего показателя), ОКИ по-прежнему занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости, нанося серьезный экономический ущерб, оцениваемый за 2024 год в 37,5 млрд рублей [1]. Эпидемиологические особенности инфекционных заболеваний отличаются в нашей стране на разных территориях, однако Сочи обладает рядом факторов (в частности, субтропическим климатом, высокой влажностью, круглогодичным значительным потоком туристов), обеспечивающих в некотором роде уникальность эпидемиологических особенностей заболеваний, в том числе острых кишечных инфекций, на его территории.

За 2025 год в ИБ №2 обследовано 3855 больных острыми кишечными инфекциями: 56,6% детей до 18 лет и 44,4% взрослых. Несмотря на применение в ходе диагностического поиска помимо классического бактериологического исследования молекулярно-генетических методов (определение ДНК/РНК *Shigella* spp./Enteroinvasive *Escherichia coli* – EIEC, *Salmonella* spp., *Campilobacter* spp., Adenovirus F, Rotavirus A, Norovirus GII, Astrovirus методом ПЦР кала/ректального мазка (RT-PCR) с помощью набора реагентов «Ампли-Сенс® ОКИ скрин FL), чувствительность которых достигает одного фрагмента возбудителя в пробе, а специфичность составляет 100%, в 61,6% случаев этиология ОКИ не была установлена. При этом важно отметить, что 21,5% пациентов получали антимикробную терапию на догоспитальном этапе, а 23,9% пациентов поступили в стационар на 4-ый и более день болезни, что могло препятствовать этиологической расшифровке диагноза.

Среди ОКИ уточненной этиологии 76% составили острые кишечные инфекции вирусной этиологии для всех возрастов, при этом у детей до 18 лет на вирусные ОКИ приходилось 84% случаев, у взрослых старше 18 лет – 59,4%, а у лиц старше 60 лет – 48,1%, что согласуется с общеизвестной тенденцией к

снижению с возрастом доли вирусов в этиологической структуре ОКИ [2]. Наиболее частым этиологическим агентом вирусных ОКИ во всех возрастных группах был ротавирус: у детей до 1 года в 49,5% случаев, у детей до 18 лет – в 51,4%, у взрослых – в 57,1%, у лиц старше 60 лет – в 47,4% случаев. У приезжих заболевание регистрировалось чаще, чем у жителей Краснодарского Края (62,2% и 37,8% соответственно). Из взрослого населения чаще заболевали женщины (72%), у детей распределение между лицами обоих полов было более равномерным (52,2% – мальчики, 47,8% – девочки). Регистрировались все пути передачи в рамках фекально-орального механизма передачи инфекции, однако у детей ведущим оказался водный путь (55,2%), а у взрослых – пищевой (25%), также в 30,7% случаев у детей и в 44% случаев у взрослых достоверно установить тип эпидемиологически значимого воздействия не удалось.

Вторым по встречаемости возбудителем вирусных ОКИ был норовирус, обусловив у детей до 1 года 39,6% заболеваний, у детей до 18 лет – 34,6%, у взрослых – 29,6%, у лиц старше 60 лет – 31,6% заболеваний. Приезжие лица составили 54,1%, жители Края – 45,9%. Чаще заболевали женщины и мальчики (62,4% и 58,7% соответственно). Ведущим путем передачи инфекции среди детского населения был водный (44,8%), среди взрослого – пищевой (29,4%).

Значительно реже встречались вирусные ОКИ, вызванные аденовирусом: у детей до 1 года в 2,5% случаев, у детей до 18 лет – в 3,6%, у взрослых – в 4,9%, у лиц старше 60 лет – в 5,2% случаев. Жители Края (60%) заболевали чаще, чем приезжие (40%). Инфицированное мужское население превалировало над женским (мальчики 52,4%, мужчины 64,3%). Среди путей передачи инфекции преобладали: водный – у взрослых (28,6%), в равной степени водный и контактно-бытовой – у детей (по 19%).

Среди бактериальных кишечных инфекций практически у всех возрастов (кроме детей до 1 года) лидировал сальмонеллез, составив у детей до 18 лет 46,5% от всех БКИ (и 7,4% от ОКИ установленной этиологии), у взрослых – 68,4% (27,7%), у лиц старше 60 лет – 73,1% (38%). У детей до 1 года сальмонеллез по частоте встречаемости уступил кампилобактериозу и составил 28,6% среди БКИ и 7,8% среди ОКИ установленной этиологии. У 8 человек (3,8%) выявлена генерализованная форма сальмонеллеза. Все они были старше 18 лет, соотношение мужчин и женщин составило 3:5, и каждый из них был жителем Краснодарского Края. Среди заболевших гастроинтестинальными формами сальмонеллеза также преобладали жители Края (68% взрослых и 70,3% детей). Мужской и женский пол заболевали с приблизительно равной частотой (мальчики 47,3% – девочки 52,7%, мужчины 48,5% – женщины 51,5%). Ведущим путем передачи инфекции у взрослых был пищевой (44%), у детей – водный (24,3%), что, вероятно, связано с дефектами сбора эпидемиологического анамнеза.

Второе место по частоте встречаемости среди бактериальных кишечных инфекций занимал кампилобактериоз, составив 19,2% среди всех БКИ всех возрастов и 4,6% среди всех ОКИ уточненной этиологии. У детей до 1 года кампилобактерии выступали этиологическим агентом в 66,7% (18,3%) случаев,

у детей до 18 лет – в 35,8% (5,7%), у взрослых – в 5,6% (2,3%), у лиц старше 60 лет – в 12,2% (6,3%) случаев. Приезжие (63,2%) заболевали чаще, чем жители Края (36,8%). Кампилобактериоз чаще регистрировался у мальчиков (64,9%) и женщин (81,8%). Отмечалась рекордная доля случаев с неустановленным типом эпидемиологически значимого воздействия: 70,2% у детей и 54,5% у взрослых. Среди установленных путей передачи инфекции преобладал водный (12,3%) – у детей и пищевой (36,4%) – у взрослых.

Таким образом, этиологическая структура ОКИ в г. Сочи в 2025 году характеризовалась доминированием вирусных инфекций (рота- и норовирусной) с возрастной спецификой на фоне высокой доли (61,6%) нерасшифрованных случаев заболевания, что диктует необходимость поиска новых, более совершенных методов этиологической расшифровки ОКИ.

Список литературы:

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

2. Городин В. Н. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций у взрослых: учебное пособие / В. Н. Городин, Д. Л. Мойсова. – Краснодар: Новация, 2022. – 129 с.: ил.

Гращенкова А.Н.

СПОРТ КАК ЛЕКАРСТВО: КАК ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕНЯЕТ ПРАВИЛА ИГРЫ В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЯМИ

Центр реабилитационный Березовая роща, Мытищи

Актуальность: Проблема борьбы с инфекциями с помощью антибиотиков и формирующаяся зависимость от лекарственных препаратов.

Цель исследования: Спорт и лечебная физкультура является одним из самых мощных средств для профилактики различных инфекций. Двойственная природа: когда нагрузка лечит, а когда вредит. Невидимый фронт: спорт и устойчивость к антибиотикам.

Материалы и методы: Ключевой вывод современной науки: влияние спорта на иммунитет зависит от дозировки. Это не линейная зависимость «чем больше, тем лучше», а скорее кривая в форме перевёрнутой буквы U.

По прогнозам, без принятия срочных мер устойчивые к антибиотикам инфекции унесут 39 миллионов жизней 2050 году, а ежегодный экономический ущерб достигнет 412 миллиардов долларов. Когда речь заходит об инфекционных болезнях, обычно первыми на ум приходят антибиотики, вакцины и санитарные нормы. Но есть ещё одно мощное, доступное и при этом часто недооцениваемое средство – лечебная физкультура. Современные исследования переосмысливают связь между движением и иммунитетом, показывая, что

физическая активность может не только защитить от инфекций, но и помочь справиться с ними даже в самых тяжёлых случаях.

Систематический обзор и метаанализ 2024 года, охвативший 28 исследований, показал, что умеренные нагрузки (на уровне 50–70% от максимального потребления кислорода) сокращают уровень провоспалительных маркеров и повышают антиоксидантную защиту организма. В то же время интенсивные тренировки (от 70% $\text{VO}_{2\text{max}}$) вызывают временный рост активных форм кислорода и провоспалительных цитокинов, что создаёт «открытое окно» уязвимости для инфекций.

Российские специалисты по спортивной медицине объясняют этот феномен просто: во время интенсивной тренировки организм на несколько часов становится более восприимчивым к вирусам и бактериям. Именно поэтому профессиональные спортсмены, которые тренируются на пределе возможностей, нуждаются в особом режиме восстановления и профилактики.

Регулярные тренировки – один из тех «ничего», который уже работает: они способствуют улучшению состава микрофлоры кишечника, снижают воспалительные процессы и повышают общую иммунную защиту.

ЛФК в действии: от сепсиса до постковидного синдрома. Особенно показательно влияние лечебной физкультуры на течение уже развившихся инфекционных заболеваний. Здесь наука располагает конкретными клиническими данными, а не только теоретическими выкладками.

Сепсис. Китайские исследователи провели рандомизированное контролируемое исследование с участием 96 пациентов с сепсисом, находившихся на неинвазивной вентиляции лёгких. Пациенты, которые выполняли упражнения «Сидячий Бадуаньцин» (адаптированная версия традиционной китайской гимнастики), показали значительно лучшие результаты: их мышечная сила восстановилась быстрее, а пребывание в реанимации сократилось в среднем на 3,35 дня по сравнению с контрольной группой. Кроме того, у них снизилась потребность в неинвазивной вентиляции и уменьшились общие расходы на госпитализацию.

Постковидный синдром. Пандемия COVID-19 дала мощный импульс исследованиям реабилитационных программ для инфекционных больных. Систематический обзор 101 исследования (всего 9593 участника) подтвердил, что реабилитационные вмешательства эффективно улучшают дыхательную функцию и физические возможности пациентов. Наиболее распространённой оказалась комбинация дыхательных упражнений с аэробными нагрузками и силовыми тренировками.

Российские учёные также внесли вклад в эту область, показав эффективность гипоксии-гиперокситерапии (тренировок с чередованием низкого и высокого содержания кислорода) в комплексе с лечебной гимнастикой для пациентов после пневмонии, вызванной SARS-CoV-2. Толерантность к физической нагрузке восстанавливалась значимо быстрее у тех, кто получал такой комплексный подход.

Иммунная арифметика: цифры, которые впечатляют. Американские и китайские исследования 2018–2019 годов показали, что люди, тренирующиеся не реже трёх раз в неделю, болеют простудными заболеваниями на 26–43% реже.

Как это работает? Физические упражнения ускоряют кровообращение, повышают выработку Т-лимфоцитов и макрофагов – клеток первой линии защиты, которые атакуют вторгшиеся вирусы и бактерии. Кроме того, тренировки борются со стрессом – мощнейшим фактором, подрывающим иммунитет. Эндорфины, вырабатываемые при физической активности, не позволяют патологическим процессам распространяться в стрессовых ситуациях. Механическое очищение дыхательных путей играет роль: при тренировке человек дышит глубже и чаще, что способствует удалению инфекционных агентов из верхних дыхательных путей.

Результаты и обсуждение: Как говорится в старой истине спортивной медицины: «Двигайтесь и будьте здоровы». Только теперь у нас есть убедительные научные доказательства, почему это действительно работает.

Одно из самых неожиданных открытий последних лет касается связи физической активности с проблемой антибиотикорезистентности – одной из главных угроз мировому здравоохранению.

Учёные Томского государственного университета сравнили микробиом кишечника у детей 8–10 лет, активно занимающихся тхэквондо, и их менее спортивных сверстников. Результаты оказались впечатляющими: у юных спортсменов кишечная палочка (*E. coli*) была значительно чувствительнее к основным антибиотикам. В то время как у детей из контрольной группы 15 из 19 штаммов проявили устойчивость к амоксициллину, среди спортсменов таких было лишь шесть из тринадцати.

Вывод: Инфекции и лечебная физкультура – это не две отдельные области медицины, а тесно связанные аспекты одного целостного подхода к здоровью. Регулярная умеренная физическая активность не просто укрепляет иммунитет в теории – она меняет состав кишечного микробиома, сокращает время выздоровления при тяжёлых инфекциях и даже помогает бороться с угрозой антибиотикорезистентности.

Практические рекомендации: как тренироваться с умом.

1. Режим: оптимальная доза – не менее 150 минут умеренной нагрузки в неделю. Это может быть ходьба, скандинавская ходьба, плавание, лёгкий бег, танцы или аэробика. Силовые тренировки на тренажёрах также эффективны.

2. Интенсивность: ключевое слово – «умеренная». Не нужно стремиться к изнеможению. Эффективны тренировки в спокойном темпе средней продолжительности. Помните о феномене «открытого окна»: после интенсивной нагрузки организм временно уязвим.

3. Регулярность: желательно заниматься не реже трёх раз в неделю, минимум по 30 минут. Эпизодические интенсивные нагрузки могут принести больше вреда, чем пользы.

4. Дыхание: особенно полезны упражнения, тренирующие дыхательную систему. Это не только улучшает вентиляцию лёгких, но и способствует механическому удалению патогенов из дыхательных путей.

Список литературы:

1. Министерство науки и высшего образования Российской Федерации: официальный сайт. – 2025. – URL: <https://www7.minobrnauki.gov.ru/press-center/news/nauka/97311/> (дата обращения: 02.05.2026). – Текст : электронный.

2. Chen MG, Wang F, Huang L, Qi T, Guo H, Zeng RX, Li X, Chen H, Zhang MZ, Guo L, Zhang X. Effect of Sitting Baduanjin exercise on early rehabilitation of sepsis patients with non-invasive ventilation : a randomized controlled trial. BMC Complement Med Ther. 2024 Sep 6;24(1):330. doi: 10.1186/s12906-024-04626-8. PMID: 39243078; PMCID: PMC11378565.

3. Huang J, Qiao X, Song K, Liu R, Huang S, He J, Zhu S, Reinhardt JD, He C. Effectiveness of Rehabilitation Interventions in Individuals With Emerging Virtual Respiratory Tract Infectious Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Rehabil. 2024 Jul;38(7):857-883. doi: 10.1177/02692155241239881. Epub 2024 Apr 17. PMID: 38629433.

4. Kostenko AA, Koneva ES, Malyutin DS, Tsvetkova AV, Bisheva DR, Vasilieva ES, Bazarov DV, Shestakov AV, Kotenko KV. Rol' gipoksicheskikh trenirovok v reabilitatsii patsientov na rannikh srokakh vosstanovleniya posle pnevmonii, vyzvannoi virusom SARS-CoV – 2 [Hypoxic training in rehabilitation of patients at the early stages of recovery after SARS-CoV – 2 pneumonia]. Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult. 2022;99(4. Vyp. 2):11-16. Russian. doi: 10.17116/kurort20229904211. PMID: 36083812.

Грешнякова В.А.^{1,2,3}

УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

¹ Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней, Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург;

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Вирусный гепатит С отнесен к перечню социально значимых заболеваний, что обусловлено его широкой распространенностью и тяжелыми исходами. Несмотря на то, что цирроз и рак печени редко манифестируют у детей, данные литературы свидетельствуют: у 4,5% детей с хроническим гепатитом С (ХГС) уже регистрируются продвинутые стадии фиброза (F3–F4), а у 23% – начальные (F1–F2) [1]. Более того, несмотря на относительно благоприятное течение ХГС в детстве, без терапии треть взрослых пациентов, инфицированных в раннем детстве, уже в молодом возрасте имеют признаки цирроза

печени. По данным Роспотребнадзора, заболеваемость детей ХГС в России в 2024 г. составила 0,93 на 100 тыс. детск. нас., что является самым низким показателем за весь период наблюдения (за исключением 2021 г., когда низкие показатели заболеваемости были вызваны отсутствием плановых обследований ввиду коронавирусных ограничений). Всего в 2024 г. ХГС зарегистрирован у 281 ребенка, в 2025 г. – у 296 (заболеваемость ХГС – 0,98 на 100 тыс. детск. нас.). Однако, анализ статистических данных выявляет серьезную проблему несоответствия официальных цифр реальной картине. По расчетным данным ВОЗ, в России проживает ок. 2 700 000 человек с ХГС. По данным мета-анализа, среднемировой показатель серопозитивности по гепатиту С среди детей составляет 0,87% (от 0,34% в Европе до 3,02% в Африке), 56,8% – с активной инфекцией (репликацией вируса). Исходя из числа детей в РФ, составляющего, по данным Росстата 33,2 млн (2023), в пересчете на среднемировой показатель (0,87%), в нашей стране может проживать 288 870 детей, серопозитивных по гепатиту С, и 164 078 (56,8%) из них – с активной инфекцией [2]. Роспотребнадзором поставлена задача увеличения охвата населения тестированием на гепатит С, скрининговое обследование на гепатит С включено в программы профилактических осмотров населения в возрасте 25 лет и далее, 1 раз в 10 лет. По официальным данным, в 2024 году обследование на вирусный гепатит С прошли 24,8 млн человек. Однако, в профилактические осмотры детского населения, по состоянию на 2026 г, скрининг на гепатит С не входит. Т.о. проблема низкого охвата диагностикой гепатита С у детей сохраняется. За последние 10 лет заболеваемость гепатитом С снизилась вдвое: с 2,41 на 100 тыс. нас. в 2014 до 0,93 на 100 тыс. нас. в 2024. Достигнуто это благодаря массовой терапии и взрослого населения с ХГС, в том числе женщин репродуктивного возраста. Основным источником инфекции у детей является мать, инфицированная вирусом гепатита С, при этом частота инфицирования, в зависимости от клинической ситуации, колеблется от 1,5% до 10%. По данным российских авторов (ФНКЦИБ), частота перинатального инфицирования у детей составляет ок. 7% [3]. По требованиям СанПин, каждый ребенок, рожденный матерью с гепатитом С, должен пройти обследование на первом году жизни. Однако в реальности, в силу стигматизирующих установок и опасений предвзятого, негативно отношения со стороны общества и медицинского персонала, значительное число матерей не обращаются к инфекционистам для обследования ребенка и не сообщают педиатрам о факте своего инфицирования. Зачастую, дети с ХГС не знают о том, что инфицированы, т.к. родители скрывают от них эту информацию, опасаясь дискриминации детей. Часть взрослых пациентов и сами не наблюдаются инфекционистами и не информированы о возможностях терапии. Данные факты также способствуют недостаточному охвату диагностикой и терапией как детского, так и взрослого населения с ХГС.

Благодаря внедрению препаратов прямого противовирусного действия, произошла смена парадигмы – ХГС на сегодняшний день является полностью излечимым заболеванием. По состоянию на 2026 год в Российской Федерации

для лечения детей зарегистрированы современные пангенотипные схемы: для детей от 3 до 12 лет с массой тела от 12 до 45 кг: глекапревир + пибрентасвир в форме гранул; для детей старше 6 лет софосбувир + велпатасвир таблетки 50 мг + 200 мг (отсутствующие в доступе); для детей старше 12 лет: глекапревир + пибрентасвир таблетки и софосбувир + велпатасвир таблетки 100 мг + 400 мг.; для детей старше 12 лет 1, 4, 5, 6 генотипами вируса также зарегистрирован ледипасвир + софосбувир в таблетках [4]. Важно помнить о необходимости своевременного лечения ХГС ввиду высоких рисков формирования фиброза и цирроза при длительном стаже заболевания [5, 6].

Важнейшим фактором успеха в российской педиатрической практике стало включение гепатита С в перечень заболеваний Фонда «Круг добра» в 2023 г. По итогам 2023-2025 гг., терапию за счет средств Фонда «Круг добра» получили более 2500 детей со всей России. В апреле 2026 Экспертный совет Фонда также пересмотрел и уточнил категории детей, имеющих право на терапию. Теперь четко прописаны условия для назначения препаратов: ребенок должен быть старше трех лет с подтвержденным диагнозом ХГС (давностью не менее шести месяцев), с наличием результатов исследований по фиброзу, генотипу и положительной ПЦР РНК вируса [2].

Несмотря на впечатляющие успехи, сохраняется ряд вызовов. Главным из них является недостаточный охват противовирусной терапией даже среди выявленных пациентов. Региональные данные показывают, что на разных территориях этиотропное лечение получают около 56% больных детей. Сохраняется и низкий уровень генотипирования HCV: по ряду регионов, им не охвачено около 15% пациентов с установленным диагнозом. Хотя при использовании пангенотипных схем знание генотипа не столь критично, отсутствие ПЦР-диагностики может привести к определенным сложностям в случае повторного выявления инфекции – невозможность отдифференцировать повторное инфицирование (в случае различных генотипов вируса) и рецидив. Кроме того, клиническая картина ХГС у детей часто бывает бессимптомной (до 56% случаев), что требует активного скрининга, тогда как реальная диагностика нередко происходит на более поздних стадиях.

Список литературы:

1. Венцловайте Н. Д. Вирусный гепатит С у детей: ретроспективный анализ и перспективы на будущее / Н. Д. Венцловайте, Л. Г. Горячева [и др.] // Клиническая инфектология и паразитология. – 2021. – Т. 10, №2. – С. 208-218.
2. Melikoki V. Seroprevalence of Hepatitis C in Children Without Identifiable Risk-Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. / Melikoki V, Kourlaba G, Kanavaki I, Fessatou S, Papaevangelou V. // J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2021 Jun 1;72(6):e140-e148.
3. Грешнякова, В. А. Вирусный гепатит С с перинатальным путем инфицирования: эпидемиология и особенности клинического течения / В. А. Грешнякова // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2019. – Т. 98, №2. – С. 203-208.

4. Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у детей. – Москва: Министерство Здравоохранения Российской Федерации, 2024. – 62 с.

5. Ефремова, Н. А. Современные представления о патогенетических механизмах фиброза печени / Н. А. Ефремова, // Журнал инфектологии. – 2023. – Т. 15, №1. – С. 16-24. 6. Патогенетическая связь между состоянием микробиоты кишечника и заболеваниями печени / Н. Д. Венцловайте, Л. Г. Горячева [и др.] // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 11, №2(41). – С. 97-105.

Грешнякова В.А.^{1,2,3}, Жданов К.В.^{2,4,5}

НАРУШЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

¹ Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней, Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург;

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург;

⁴ Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург;

⁵ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Хронический гепатит С (ХГС) остается одной из актуальных проблем педиатрии, несмотря на значительные успехи в разработке противовирусной терапии. Течение заболевания носит стертый характер, однако это не исключает риска прогрессирования фиброза и развития осложнений в старшем возрасте [1, 2]. В последние годы всё большее внимание исследователей привлекает роль кишечной микробиоты в патогенезе хронических заболеваний печени, включая вирусные гепатиты. Формирование концепции оси «кишечник-печень» открыло перспективы для понимания механизмов прогрессирования заболевания и поиска дополнительных методов терапии [3-4]. Представляем краткий обзор современных данных о составе кишечной микробиоты у детей с ХГС и механизмах формирования дисбиотических нарушений.

Анатомо-физиологические основы взаимосвязи оси «кишечник-печень». Взаимодействие между кишечником и печенью обусловлено их анатомической близостью и функциональной связью. Воротная вена обеспечивает транспорт около 70% крови из кишечника непосредственно в печень, что создает уникальные условия для постоянного контакта гепатоцитов с молекулами бактериального происхождения. В физиологических условиях кишечный барьер, образованный плотными контактами эпителиоцитов, слоем муцина и секреторным IgA, эффективно предотвращает транслокацию бактерий и их компонентов в портальный кровоток. Микробные ассоциированные молекулярные паттерны (МAMP), такие как липополисахарид (ЛПС) и флагеллин, в норме обеспечивают низкий уровень активации купферовских клеток, поддерживая

иммунологическую толерантность [2-4, 5]. Нарушение целостности кишечного барьера приводит к избыточному поступлению бактериальных продуктов в печень, запуская каскад провоспалительных реакций и усугубляя повреждение гепатоцитов.

Структура дисбиотических нарушений при ХГС у детей. Одним из наиболее характерных проявлений дисбиоза при ХГС у детей является синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке. Исследования свидетельствуют о высокой распространенности СИБР в педиатрической популяции. Так, частота СИБР у подростков с ХГС достигает 81,8% [2]. Этот показатель значительно превышает данные по взрослым пациентам [3], что может быть связано с особенностями иммунного ответа и функциональной незрелостью желудочно-кишечного тракта у детей.

Качественные и количественные изменения микробиоты. Современные методы исследования, включая секвенирование 16S рибосомальной РНК, позволили детально охарактеризовать изменения состава кишечной микробиоты у детей с ХГС. Ключевым является значительное снижение численности бактерий, продуцирующих короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК), в частности бутират-синтезирующих представителей классов *Clostridia* и *Bacteroidia* [2]. Наиболее значимо снижаются следующие таксоны: *Faecalibacterium* – один из основных продуцентов бутирата с выраженными противовоспалительными свойствами; *Roseburia inulinivorans* и *Roseburia intestinalis* – бактерии, участвующие в ферментации пищевых волокон и продукции бутирата; *Coprococcus comes* – представитель *Firmicutes*, также участвующий в метаболизме КЦЖК [2-4]. Снижение численности этих бактерий имеет важные патофизиологические последствия. Бутират является основным источником энергии для колоноцитов и играет критическую роль в поддержании целостности кишечного барьера через регуляцию экспрессии белков плотных контактов. Дефицит бутирата приводит к повышению проницаемости кишечной стенки, создавая условия для транслокации бактерий и их ЛПС-комплексов в портальный кровоток [2-4]. В то же время, у детей с ХГС отмечается тенденция к увеличению численности патобионтов, включая представителей *Enterobacteriaceae*. Сдвиг состава микробиоты в сторону снижения биоразнообразия при увеличении доли потенциально патогенных таксонов является характерной чертой дисбиоза при хронических заболеваниях печени [2-3].

Повышение кишечной проницаемости. Центральным звеном в патогенезе осложнений, связанных с нарушением микробиоты при ХГС, является повышение проницаемости кишечного барьера. Снижение продукции бутирата вследствие дефицита бутират-продуцирующих бактерий приводит к нарушению функции белков плотных контактов (клаудинов, окклюдина, зонулинов), что создает «протечки» в кишечном эпителии [2-4]. Повышенная проницаемость позволяет бактериальным продуктам, включая ЛПС грамотрицательных бактерий, пептидогликан и бактериальную ДНК, проникать в системный кровоток через портальную вену. В печени эти молекулы распознаются Toll-подобными рецепторами (особенно TLR4 на купферовских клетках), что

приводит к активации провоспалительных цитокинов — TNF- α , интерлейкинов IL – 6, IL – 1 β и IL – 8 [3-5].

Иммунологические последствия. Хроническое низкоинтенсивное воспаление, поддерживаемое постоянным поступлением бактериальных продуктов из кишечника, способствует прогрессированию фиброза печени. ЛПС стимулируют звездчатые клетки печени (клетки Ито) к активации и продукции коллагена, что является ключевым механизмом фиброгенеза. Кроме того, ЛПС индуцирует экспрессию молекул адгезии (ICAM – 1, VCAM – 1) на звездчатых клетках, усиливая их пролиферативную активность [4, 5].

Заключение. ХГС у детей ассоциируется с выраженными нарушениями состава кишечной микробиоты, ключевыми характеристиками которых являются снижение численности бутират-продуцирующих бактерий (*Faecalibacterium*, *Roseburia*, *Coprococcus*), высокая частота синдрома избыточного бактериального роста и увеличение доли условно-патогенных микроорганизмов. Эти изменения способствуют повышению проницаемости кишечного барьера, активации провоспалительных цитокинов и создают условия для прогрессирования фиброза печени, несмотря на относительно благоприятное течение заболевания в детском возрасте.

Список литературы:

1. Венцловайте Н. Д. Вирусный гепатит С у детей: ретроспективный анализ и перспективы на будущее / Н. Д. Венцловайте [и др.] // Клиническая инфектология и паразитология. – 2021. – Т. 10, №2. – С. 208-218
2. Венцловайте Н. Д. Патогенетическая связь между состоянием микробиоты кишечника и заболеваниями печени / Н. Д. Венцловайте, Л. Г. Горячева, Н. В. Гончар [и др.] // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 11, №2(41). – С. 97-105
3. Жданов К. В. Синдром избыточного бактериального роста у больных хроническим гепатитом С / К. В. Жданов, Д. А. Гусев, С. М. Захаренко [и др.] // Журнал инфектологии. – 2011. – Т. 3, №4. – С. 98-101.
4. Induri S.N.R., The gut-liver axis in pediatric liver health and disease. / Induri S.N.R., Chun S.A., Dorste A., et al. //Microorganisms. 2023;11(3):597.-9
5. Ефремова Н. А. Современные представления о патогенетических механизмах фиброза печени / Н. А. Ефремова // Журнал инфектологии. – 2023. – Т. 15, №1. – С. 16-24.

ПРОБЛЕМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОТ ЭЛИМИНАЦИИ ОСТРЫХ ФОРМ К ВЫЗОВАМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

¹ Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней, Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург;

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Вирусный гепатит В остается одной из глобальных проблем общественного здравоохранения, несмотря на наличие высокоэффективной вакцины. По оценкам ВОЗ, в мире насчитывается около 296 млн человек с хронической HBV-инфекцией, и ежегодно около 820 000 человек умирают от связанных с ней осложнений, таких как цирроз и гепатоцеллюлярная карцинома. Дети представляют собой особо уязвимую группу, поскольку риск хронизации инфекции обратно пропорционален возрасту инфицирования: у новорожденных, заразившихся перинатально, он достигает 90%, тогда как у детей старшего возраста и взрослых составляет лишь 5–10% [1]. Данный факт определяет первостепенную важность ранней вакцинации и своевременной диагностики в педиатрической практике.

Массовая вакцинация против гепатита В, внедренная в Национальный календарь профилактических прививок России, привела к колоссальному снижению заболеваемости. К 2025 г., по данным Роспотребнадзора, острый гепатит В среди детей до 17 лет был практически ликвидирован – с 2006 г. заболеваемость острым гепатитом В (ОГВ) снизилась в 16,5 раза, а хроническим гепатитом В (ХГВ) – на 30%. В 2025 г. было зарегистрировано лишь 8 случаев ОГВ у детей, заболеваемость составила 0,03 на 100 тыс. детск. нас., и ни одного случая ОГВ с дельта-агентом. С хроническим гепатитом В (ХГВ) ситуация несколько менее успешная – в 2025 году было зарегистрировано 62 случая ХГВ у детей, заболеваемость 0,21 на 100 тыс. детск. нас., а также 2 случая ХГВ с дельта-агентом, заболеваемость 0,01 на 100 тыс. детского населения. Охват вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев на протяжении последних 15 лет стабильно превышает 95%, что соответствует критериям ВОЗ для контроля над инфекцией. В 2024 г. среди детей в возрасте 12 мес. охват своевременной иммунизацией составил 96,9%, в 2023 – 97,07%.

Основными факторами риска инфицирования детей является перинатальный контакт и поведение высокого риска в подростковом возрасте. Дети, рожденные от HBsAg-положительных матерей, подлежат вакцинации по ускоренной схеме 0–1–2–12 месяцев с введением первой дозы в первые 12 часов жизни, а также обязательному диспансерному наблюдению в течение трех лет [1–3].

Действующая в России схема вакцинации предполагает введение первой дозы вакцины в первые 24 часа жизни новорожденного, второй – через месяц,

третьей – через 6 месяцев. Использование преимущественно отечественных рекомбинантных вакцин обеспечило высокий уровень коллективного иммунитета. Однако в последние годы наметился ряд тревожных тенденций. Согласно данным Роспотребнадзора, в ряде регионов РФ в 2025 г. наблюдалось снижение охвата вакцинацией. Так, в отдельных регионах в первом полугодии 2025 г. против гепатита В было привито лишь 35,3% детей до одного года от числа подлежащих [4]. Хотя это может отражать локальную ситуацию с поставками вакцин или организационные трудности, данная статистика контрастирует с общероссийскими показателями и вызывает беспокойство. Ключевыми вызовами являются и участвовавшие отказы родителей от вакцинации. Это формирует неиммунную прослойку, наиболее уязвимую в условиях сохранения источников инфекции среди взрослого населения. Кроме того, пандемия COVID-19 привела к временным перебоям в плановой иммунизации, последствия которых могут проявляться до сих пор.

Клиническая картина ХГВ у детей отличается значительным полиморфизмом: от латентных, бессимптомных форм до высокоактивных вариантов с риском формирования цирроза печени и рака печени уже в молодом возрасте. Окультная форма инфекции представляет особую диагностическую трудность, так как характеризуется отсутствием HBsAg в крови при сохранении HBV-ДНК в ткани печени, что может приводить к серьезным поражениям органа при длительном персистировании вируса. Проблема своевременной диагностики усугубляется отсутствием единой системы скрининга на маркеры гепатитов при профилактических осмотрах детей и подростков.

В отличие от гепатита С, где достижение полной элиминации вируса возможно благодаря препаратам прямого противовирусного действия, лечение хронического гепатита В остается сложной задачей. Полного излечения от HBV-инфекции на сегодняшний день достичь не удастся, однако современные препараты позволяют контролировать репликацию вируса и предотвращать прогрессирование заболевания печени [3]. В педиатрической практике проблема усугубляется ограниченным выбором противовирусных препаратов, разрешенных к применению у детей. Существует широкий спектр противопоказаний и потенциальных побочных эффектов, что существенно ограничивает возможности терапии. Кроме того, длительное лечение с помощью препаратов на основе аналогов нуклеозидов и нуклеотидов зачастую приводит к развитию лекарственной устойчивости [5]. Достижение положительных результатов противовирусного лечения напрямую зависит от сроков диагностики и своевременного назначенной терапии.

Таким образом, на сегодняшний день благодаря массовой вакцинопрофилактике Россия добилась выдающихся успехов в борьбе с острым гепатитом В у детей, практически ликвидировав данную форму инфекции среди несовершеннолетних. Снижение охвата вакцинацией в отдельных регионах и рост числа отказов родителей от прививок создают угрозу накопления неиммунной прослойки, что требует усиления информационной работы с населением. Хронический гепатит В остается нерешенной медико-социальной проблемой в

педиатрии из-за трудностей диагностики оккультных форм, ограниченного арсенала лекарственных средств и отсутствия единых стандартов оказания помощи. Приоритетными задачами являются внедрение систематического скрининга детей из групп риска, разработка педиатрических протоколов противовирусной терапии и обеспечение бесперебойных поставок вакцин и лекарственных препаратов.

Список литературы:

1. Венцловайте Н. Д., Патогенетическая связь между состоянием микробиоты кишечника и заболеваниями печени / Н. Д. Венцловайте и др. // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 11, №2(41). – С. 97-105.
2. Перинатальная HBV – инфекция: диагностика, лечение и профилактика / Л. Г. Горячева, С. М. Харит, Н. В. Рогозина [и др.]. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019. – 32 с.
3. Хронический гепатит В (ХГВ) у детей. – Москва : Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2025.
4. <https://112серов.рф/novosti/informatsiya-ot-rospotrebnadzora/informatsiya-o-deyatelnosti-fs-rospotrebnadzora-po-kontrolyu-za-privivaemymi-infektsiyami-i-organizatsii-vaktsinoprofilaktiki-na-territorii-serovskogo-munitsipalnogo-okruga-v-1-polugodii-2025-goda/> доступ 10.05.2026.
5. Елпаева Е. А., Генетические варианты вируса гепатита В у пациентов с хроническим гепатитом В / Е. А. Елпаева, О. Е. Никитина, М. М. Писарева [и др.] // Журнал инфектологии. – 2015. – Т. 7, №3. – С. 44-50.

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

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ И ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОНЕ НОРМОХРОМНОЙ АНЕМИИ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена
Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского,
Симферополь

Сочетанное течение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и туберкулеза (ТБ) на фоне нормохромной анемии после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии может иметь иммунологические особенности, связанные с влиянием обоих заболеваний на иммунный ответ и развитие анемии [1, 2, 3].

Цель исследования: изучить уровень цитокинов в сыворотке крови у больных ХОБЛ, перенесших туберкулез легких в сочетании с нормохромной анемией.

Обследовано 88 больных мужского пола, которых распределили следующим образом: в 1-ю группу вошли 56 больных хронической обструктивной болезнью легких I-II степени тяжести, перенесших туберкулез легких, с уровнем гемоглобина ≥ 135 г/л. 2-ю группу составили 32 пациента с аналогичной патологией, при уровне гемоглобина < 135 г/л (анемия нормохромная, нормоцитарная с отсутствием ретикулоцитоза). Контролем служили 19 здоровых лиц в соответствующем возрастном диапазоне.

Содержание в сыворотке крови активной формы цитокинов TGF- β 1, IL-1 β и TNF- α определяли методом иммуноферментного анализа, оценка результатов осуществлялась фотометрически.

Анализ цифрового материала свидетельствует, что у больных 1-й группы уровень регуляторного цитокина TGF- β 1 повышен на 91,3% ($p < 0,001$). Наличие анемического синдрома характеризуется возрастанием исследованного показателя еще на 9,6% ($p < 0,02$).

У больных 1-й группы имеет место повышение системного уровня провоспалительного цитокина TNF- α на 22,8% ($p < 0,001$). Развитие анемического синдрома характеризуется статистически значимым нарастанием уровня TNF- α – на 32,7% ($p < 0,001$).

Повышение уровня IL – 1 β в системном кровотоке имеет место у больных как 1-й (на 26,1%, $p < 0,001$), так 2-й групп – соответственно на 40,8%. Статистически значимое нарастание уровня данного показателя было обусловлено наличием малокровия.

Анализ представленных фактов позволяет сделать следующие выводы: нарастание уровня TGF- β 1, TNF- α и IL-1 β в сыворотке крови, обусловлено сочетанием двух рассматриваемых заболеваний, а также формированием анемического синдрома.

Список литературы:

1. Лушникова А.В., Великая О.В. Туберкулез легких и ХОБЛ // Научное обозрение. Медицинские науки. 2014. №2. С. 48-49;
2. Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких. М.: БИ-НОМ. 2000. 512 с
3. Будневский А.В., Есауленко И.Э., Овсянников Е.С., Жусина Ю.Г. Анемии при хронической обструктивной болезни легких. Терапевтический архив. 2016. Т. 88. №3. С. 96-99.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ХОБЛ И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Клинические наблюдения за больными хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) нередко указывают на наличие отчетливой связи быстро прогрессирующего течения с перенесенным туберкулезом (ТБ) легких – клинического маркера резкого снижения эффективности функционирования защитных систем органов дыхания [1, 2, 3]. Установлено также, что ХОБЛ и ТБ имеют такие общие особенности иммуновоспалительного патогенеза, как дисбаланс системы факторов роста – весомый аспект прогрессирования фиброобразования и деформации воздухоносных путей [4].

Основной целью исследования явилось научное обоснование целесообразности коррекции указанной диспропорции, для чего исследована цитокин-продуцирующая функция клеток бронхиального эпителия.

Обследовано 45 больных, разделенных на две группы. В 1-ю вошли 26 пациентов, завершивших курс противотуберкулезной химиотерапии по поводу различных форм ТБС легких, 2-ю составили 19 больных, специфическим легочным процессом, развившимся на фоне ХОБЛ и также закончивших прием туберкулостатиков. Контролем служили 16 здоровых доноров. Концентрацию цитокинов в культуральной среде эпителия бронхов определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов (ООО «Цитокины») IL-1 β , протеиновый контур – TNF- α , IL-4 [5]. Содержание в сыворотке крови активной формы TGF- β 1 изучали методом иммуноферментного анализа.

Установлено, что уровень активной формы TGF- β 1 и IL-4 в супернатанте культуры клеток бронхиального эпителия у больных 2-й группы соответственно в 2,6 раза ($p<0,001$) и 1,5 раза ($p<0,001$) выше, а уровни TNF- α и IL-1 β соразмерно в 1,6 ($p<0,001$) и в 2,8 раза ($p<0,001$) ниже, чем у больных 1-й группы.

Для идентификации иммунного дисбаланса дополнительно изучено содержание основных иммунорегуляторных субпопуляций лимфоцитов в системном кровотоке. Установлено, что у больных 1-й группы содержание CD4+Т-лимфоцитов не выходит за пределы диапазона их физиологического содержания, во 2-й – снижено на 25,3% (p и $p_1<0,001$). Таким образом, достоверно сниженный системный уровень TNF- α в сочетании с повышенным уровнем IL – 4 и уменьшенным содержанием CD4+Т-лимфоцитов свидетельствует, что у больных ХОБЛ после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии формируется особая Th2-ассоциированная форма иммунного дисбаланса, характерная для мультирезистентных форм ТБ легких. Наличие ХОБЛ

формирует условия повышенного риска развития и прогрессирования фиброза легких за счет возросшего уровня фактора роста TGF- β 1, что создает благоприятный эндогенный фон для реактивации туберкулеза.

Список литературы:

1. Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О. Иммунный ответ при сочетании течения ХОБЛ и туберкулеза легких после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии. Вестник физиотерапии и курортологии. 2021, №1, с. 70.
2. Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких. М.: БИ-НОМ. 2000, №1, 512 с.
3. De Mello K. G., Mello F. C., Borga L., Rolla V., Duarte R. S., Sampaio E. P., Holland S. M., Prevots D. R., Dalcolmo M. P. Clinical and therapeutic features of pulmonary nontuberculous mycobacterial disease, Brazil, 1993–2011 // Emerg Infect Dis. 2013. №19 (3). P. 393–399.
4. Fortes A., Pereira K., Antas P.R., Franken C.L., Dalcolmo M., Ribeiro-Carvalho M.M., Cunha K.S., Geluk A., Kritski A., Kolk A., Klatser P., Sarno E.N., Ottenhoff T.H., Sampaio E.P. Detection of in vitro interferon-gamma and serum tumour necrosis factor-alpha in multidrug-resistant tuberculosis patients. Clin. Exp. Immunol. 2005; 141 (3): 541-8.
5. Лурья Е.А. Кроветворная и лимфоидная ткань в культурах. – М.: Медицина, 1972. – 176 с.

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

ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОТ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Среди пациентов с бронхолегочной патологией значимым аспектом является оценка качества жизни (КЖ), так как болезни органов дыхания (БОД) располагаются на ведущем (первом) ранговом месте по заболеваемости и четвертом – по инвалидности, на третьем – по числу дней временной утраты трудоспособности, на пятом – по смертности от всех причин. Это приводит к значительному снижению общего физического и психического состояния больных, их трудоспособности, огромным потерям жизненного потенциала и экономическому ущербу общества [1]. Изучение особенностей КЖ больных бронхиальной астмой (БА) с помощью опросника SF-36 в разных клинических ситуациях имеет принципиальное значение для уточнения программ лечения и реабилитации больных БА [2, 3].

У 221 больного БА с одинаковыми исходными КЖ в период обострения заболевания и в течение года после активизации проведено лечение в разных условиях организации лечебного процесса. Результатом такой терапии явилось

контролируемое течение БА у 82 больных, частично контролируемое – у 58, неконтролируемое – еще у 81. При первом варианте КЖ больных существенно улучшилось по всем параметрам опросника SF-36. Различия между значениями до и после терапии во всех случаях были статистически достоверными и значимо превысили среднепопуляционные уровни. При частично контролируемом течении заболевания состояние пациентов также улучшилось, что благоприятно отразилось на качестве их жизни. Итоговые значения параметров КЖ (боль, жизнеспособность, социальная активность и психическое здоровье) при этом исходе лечения в половине случаев статистически значимо превысили средние значения признаков, а остальные (физическая активность, физические и эмоциональные проблемы, общее здоровье) достигли этих параметров. Что касается больных БА при неконтролируемом течении процесса, то здесь значения всех параметров КЖ (кроме боли) находились ниже средних популяционных показателей.

Таким образом, наиболее благоприятные сдвиги в сравнении с исходными уровнями характерны для всех параметров КЖ при исходе «контролируемое течение» (усредненный сдвиг по 8 показателям – $19,17 \pm 1,22\%$), менее выраженные – при исходе «частично контролируемое течение» ($13,9 \pm 0,86\%$) и минимальные – при исходе «неконтролируемое течение» заболевания ($4,76 \pm 0,35\%$). Наиболее значимыми параметрами КЖ больных бронхиальной астмой в характеристике исходов лечения заболевания явились физическая активность, психическое здоровье и жизнеспособность.

Список литературы:

1. Айсанов З.Р., Авдеев З.Р., Архипов В.В. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Пульмонология. 2017. С. 1:13–20.
2. Муханова И.Ф., Билалов Ф.С., Шарафутдинова Н.Х. Оценка качества жизни у пациентов с болезнями органов дыхания по данным опросника SF-36. Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» 2021 г., №2. С. 511-521.
3. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF – 36. Научно-практическая ревматология. 2016., №1. С. 36-42.

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

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Бронхиальная астма (БА), как и другие хронические заболевания легких, склонные к прогрессированию и протекающие с обострениями, приводит к

стойкому ограничению всех аспектов (физических, психических, социальных) нормальной жизни человека. Оценить эти сдерживания можно путем анализа качества жизни (КЖ) больного человека [1, 2, 3].

Для изучения КЖ в период обострения бронхиальной астмы была сформирована выборка из 110 человек, которые самостоятельно заполнили опросник SF-36 [4]. Собственные данные сравнивали со среднепопуляционными значениями, полученными А.Г. Чучалиным и соавт. во время широкомасштабного исследования «Икар» в России [5]. В период обострения нами регистрировались самые низкие параметры качества жизни, которые статистически значимо отличались от соответствующих показателей, что выражалось в снижении физической активности (ФА – $62,05 \pm 1,08$ баллов) и усиление роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ – $42,32 \pm 3,07$ баллов). Выявлена повышенная роль эмоциональных проблем (РЭ – $49,43 \pm 2,34$ баллов) в ограничении жизнедеятельности, что предполагает в этот период течения заболевания наличие стресса. Изменялись критерии КЖ, связанные с ментальной сферой, – зафиксировано существенное падение показателей «жизнеспособность» (ЖС – $46,34 \pm 0,99$ баллов) и «психическое здоровье» (ПЗ – $53,36 \pm 0,93$ баллов). Снижение жизнеспособности необходимо рассматривать в качестве фактора риска развития различных депрессивных состояний, связанных с заболеванием, что подтверждается низкой оценкой больными своего психического здоровья, т. е. степенью спокойствия и умиротворения. Отмечалось уменьшение социальной активности больных (СА – $63,71 \pm 1,58$ баллов), свидетельствовавшее о невозможности полноценно осуществлять социальные связи в соответствии с возрастом, общественным положением и уровнем потребностей в этот период течения заболевания. Выявлялось также низкое субъективное восприятие общего состояния своего здоровья (ОЗ – $45,95 \pm 1,10$ баллов). Этот показатель был чувствительным ко многим факторам, особенно к факту болезни. Наконец, параметр КЖ «боль» ($67,66 \pm 1,65$ баллов) при обострении БА не отличался от среднепопуляционного значения, что может указывать на его «нечувствительность» в описании данного периода течения заболевания. Это можно объяснить тем, что в период обострения больные серьезно обеспокоены специфическими симптомами БА и не обращают внимание на боль в буквальном ее понимании. Таким образом, обострение бронхиальной астмы существенно ограничивало физическую активность больных, усиливало роль физических и эмоциональных проблем, снижало жизнеспособность, расстраивало психическое здоровье, снижало социальную активность и ухудшало субъективное восприятие больными общего состояния своего здоровья.

Список литературы:

1. Строк А.Б., Баширова С.Б. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой. Качественная клиническая практика. 2008;(3):53-55.
2. Галимова Е. С. К вопросу изучения качества жизни у больных с бронхиальной астмой. Клиническая., №2 (22), С.42 -47.

3. Загидуллин Ш.З., Галимова Е.С., Суховская О.А., Ежова Г.Ю. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы // Пульмонология. 2013. №1. С.49–53.

4. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J. E. Ware, K. K. Snou, M. Kosinski, B. Gandek // The Health Institute, New England Medical Center. – Boston: Mass, 1993. – 198 p.

5. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хроническими obstructивными заболеваниями легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М.:Атмосфера, 2004. – 256 с.

Гусев Д.А.^{1,2}, Дунаева Н.В.^{1,2}, Сафонова А.Е.^{1,2}

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

¹ Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина, Санкт-Петербург;

² Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Цель исследования: проанализировать клинико-лабораторные данные, частоту устойчивого вирусологического ответа (УВО) через 12 недель после завершения ПВТ у пациентов с ХГС в зависимости от наличия онкологических заболеваний.

Материалы и методы: проспективное исследование выполнено в Клинической инфекционной больнице имени С.П. Боткина г. Санкт-Петербург. Финансирование ПВТ проводилось территориальным фондом обязательного медицинского страхования. В исследование были включены 1940 пациентов, получавших противовирусную терапию в период 2024-2025 годов, из которых 6,2% (n=121) были с диагностированными онкологическими заболеваниями, в большинстве случаев в стадии ремиссии. ГЦК была диагностирована у 0,9% (n=17) пациентов, в половине случаев на паллиативной терапии, в половине – в стадии ремиссии. В структуре пациентов с онкопатологией ГЦК составила 14%. Среди пациентов с онкопатологией 34,7% (n=42) получали схему глекапревир/пибрентасвир, 22,3% (n=27) – даклатасвир+софосбувир, по 21,5% (n=26) – grazопревир/элбасвир и велпатасвир/софосбувир ± рибавирин. Среди пациентов без онкологических заболеваний 33,4% (n=607) получали схему глекапревир/пибрентасвир, 22,9% (n=417) – grazопревир/элбасвир, 21,9% (n=398) – велпатасвир/софосбувир±рибавирин, 19,4% (n=352) – даклатасвир+софосбувир. Устойчивый вирусологический ответ оценен у 1697 пациентов, остальные пролеченные находятся в стадии ожидания оценки УВО.

Результаты: В изученной группе пациентов с онкопатологией 50,4% (n=61) составили мужчины, 49,6% (n=60) женщины, в группе без онкопатологии мужчины составили 54,6% (n=992), женщины – 45,4% (n=825) ($\chi^2=0,800$, $p=0,371$). Медиана возраста пациентов без сопутствующей онкопатологии составила 51

[45;60] год, а с онкопатологией – 64 [57;70] года, что оказалась статистически значимым ($p < 0,001$). В группе больных с онкопатологией преобладал генотип 1b – 53,7% ($n=65$) пациентов, за ним следовали генотип 3a – 33,1% ($n=40$), генотип 2 – 10,7% ($n=13$), генотип 1a – 2,5% ($n=3$). Среди пациентов без наличия онкологического заболевания преобладал генотип 3a – 45,1% ($n=819$), за ним следовал генотип 1b – 41,9% ($n=761$), генотип 2 – 8,3% ($n=151$), генотип 1a – 4,1% ($n=75$), статистических различий получено не было ($\chi^2 = 9,717$, $p = 0,285$). Продолжительность инфицирования вирусом гепатита С не различалась в группах пациентов с онкопатологией и без нее и составила 9 [1;18] лет и 11 [2; 20] лет, соответственно ($p = 0,119$). В изученной группе пациентов у 8,3% ($n=10$) диагностирована стадия фиброза 0, у 37,3% ($n=45$) – фиброз 1, у 24,0% ($n=29$) – фиброз 2, 9,1% ($n=11$) – фиброз 3, 20,7% ($n=25$) – фиброз 4, что было сопоставимо с показателями пациентов без онкопатологии, среди которых фиброз 0 зафиксирован у 11,9% ($n=216$), фиброз 1 у 27,5% ($n=499$), фиброз 2 у 28,7% ($n=521$), фиброз 3 у 11,9% ($n=217$), фиброз 4 – 19,9% ($n=361$) ($\chi^2 = 9,211$, $p = 0,101$). У пациентов с онкопатологией, значимо чаще фиксировали СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м(2) – 33,1% ($n=40$), против 20,1% ($n=366$) ($\chi^2 = 11,426$, $p < 0,001$). Уровень АЛТ был значимо ниже в группе пациентов с онкологическими заболеваниями: 53,0 [32,2; 76,5] Ед/л против 64,0 [39,0; 111,0] Ед/л у пациентов без неоплазий ($p < 0,001$).

Частота УВО составила 95,7% ($n=112$), не достигли УВО 1,7% ($n=2$) пациентов, 2,6% ($n=3$) пациентов скончались до истечения 12 недельного контрольного периода. Находятся в периоде 12 недельного наблюдения 3,3% ($n=4$) больных с онкопатологией. Не достигли УВО – 12: мужчина 79 лет с диагностированными раком простаты и раком желудка в стадии ремиссии (генотип 1b, цирроз класса А (5 баллов)) после курса 12 недель терапии препаратом элбасвир/гразопревир; мужчина 58 лет с ГЦК 3a генотип, цирроз класса А (5 баллов)) после курса глекапревира/пибрентасвира длительностью 8 недель. Нарушений режима у данных больных зарегистрировано не было. В изучаемой группе зафиксирован один случай прерывания терапии: женщина 77 лет (2 генотип, 2 стадия фиброза печени), в ходе ПВТ велпатасвиром/софосбувиром был диагностирован рак ободочной кишки, принято решение немедленно оперировать онкопатологию, пациентка пролечена 8 недель за счет территориального фонда ОМС и последние 4 недели на хозрасчетной основе, достигла УВО – 12.

Наличие онкологической патологии в изученной выборке не повлияло на достижение УВО ($\chi^2 = 5,036$, $p = 0,081$). Выбор схемы лечения не повлиял на вирусологическую эффективность ПВТ у больных онкологическими заболеваниями ($\chi^2 = 8,283$, $p = 0,218$). Генотип ($\chi^2 = 5,036$, $p = 0,081$), стадия фиброза печени ($\chi^2 = 12,234$, $p = 0,270$), пол ($\chi^2 = 2,361$, $p = 0,307$), возраст ($p = 0,764$), СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м(2) ($\chi^2 = 0,254$, $p = 0,881$), уровень АЛТ ($p = 0,682$) не влияли на достижение УВО – 12 у больных с неоплазиями. Не выявлено статистически значимых различий в частоте достижения УВО между пациентами с ГЦК и пациентами с иными онкологическими заболеваниями ($\chi^2 = 2,542$, $p = 0,281$).

Вывод: Пациенты с неоплазией были старше, имели более низкую биохимическую активность гепатита, чем пациенты без онкологических заболеваний, однако наличие онкологических патологий не влияло на исход лечения. Препараты противовирусного действия показали одинаковую эффективность в группе пациентов с онкопатологией.

Список литературы:

1. Hiramatsu, N. Suppression of hepatocellular carcinoma development in hepatitis C patients given interferon based antiviral therapy / N. Hiramatsu, T. Oze, T. Takehara // Hepatol. – 2014. – Т. 1, №2. – С. 14–18.

Гусейнова З.Н.¹, Умуткузина Д.А.², Яковлев С.В.^{3,4}, Русейкин В.М.¹

ЧАСТОТА И КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ И ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

¹ Городская клиническая больница имени М.Е. Жадкевича, Москва;

² Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы;

³ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва;

⁴ Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, Москва

Цель. Изучить распространённость, факторы риска, клинико-микробиологические особенности и исходы внебольничных (ВБИ) и нозокомиальных инфекций (НИ) у пациентов терапевтического отделения.

Материалы и методы. Проведено обсервационное исследование распространенности ВБИ и НИ у пациентов терапевтического отделения (70 коек). В исследовании включались все пациенты, находившиеся в отделении в период с 24 ноября по 24 декабря 2025 года. У пациентов регистрировали клинико-демографические характеристики, индекс коморбидности Чарлсона, инвазивные вмешательства, данные микробиологического исследования с оценкой чувствительности возбудителей к антибиотикам, оценивали эффективность антимикробной терапии (АМТ); статистическая значимость принималась при $p < 0,05$.

Результаты. В указанный период в анализ было включено 228 пациентов, из них НИ зарегистрирована у 27 (11,8%), ВБИ – у 43 (18,9%). Пациенты с НИ характеризовались более выраженной коморбидностью: индекс Чарлсона был достоверно выше ($6,4 \pm 2,7$) по сравнению с пациентами с ВБИ ($4,5 \pm 2,1$) и пациентами без инфекции ($3,7 \pm 2,9$), ($p < 0,001$). В нозологической структуре НИ преобладали инфекции нижних дыхательных путей (77,8%), представленные преимущественно пневмониями, а также инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) – 22,2%; при ВБИ доминировала пневмония (100%), в 4,7% сочетавшаяся с ИМВП. У пациентов с НИ по сравнению с ВБИ чаще выявляли почечную недостаточность (34,6% и 9,3%; $p < 0,01$), печёночную недостаточность

(18,5% и 2,3%; $p<0,05$), декомпенсация основного заболевания (48,1% и 11,6%; $p<0,001$), а также чаще применялись инвазивные методы, включая установку уретрального катетера (19,2% и 2,3%; $p<0,05$) и центрального венозного катетера (11,5% и 0%; $p<0,05$). Ключевые факторы риска НИ включали перевод пациентов из других отделений (69,2%; $p<0,001$), наличие уретрального катетера (19,2%; $p<0,05$), установку центрального венозного катетера (11,5%; $p<0,05$) и почечную недостаточность (34,6%; $p<0,01$), что свидетельствует о ведущей роли инвазивных вмешательств и выраженной коморбидной отягощённости в развитии НИ. Госпитализация в предшествующие 3 месяца также достоверно чаще отмечалась у пациентов с НИ (65,4%) по сравнению с пациентами с ВБИ (48,8%) и пациентами без инфекции (24,5%). Тяжесть инфекции, оцененная по частоте развития сепсиса и септического шока, не различалась у пациентов с НИ и ВБИ.

При микробиологическом исследовании биологических образцов у пациентов с НИ среди грамположительных микроорганизмов доминировал *Staphylococcus aureus*, среди грамотрицательных – *Klebsiella pneumoniae*, а при ВБИ – соответственно *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*.

Чувствительные к антибиотикам возбудители достоверно чаще регистрировались при ВБИ (69,8% против 49,1%; $p<0,001$). Полирезистентные (MDR) возбудители чаще наблюдались при НИ (14,8% и 2,3%; $p=0,01$), экстремально-резистентные (XDR) отмечены только при НИ в 3,7% и были представлены колистин-резистентной *K.pneumoniae*; карбапенем-резистентные грамотрицательные бактерии выявлены только при НИ у 11,1% пациентов. Стартовая эмпирическая АМТ была менее эффективна при НИ (40,7% и 69,8%; $p=0,013$). Длительность госпитализации была больше у пациентов с НИ – медиана составила 11 дней, по сравнению с 9 днями при ВБИ и 5 днями у пациентов без инфекций ($p<0,001$). Различий в летальности между группами не выявлено (3,7% при НИ и 2,3% при ВБИ; $p>0,05$).

Выводы. НИ у пациентов терапевтического отделения развиваются в 11,8% и представлены в основном пневмонией. НИ чаще развиваются у полиморбидных пациентов с органной дисфункцией. Этиологическая структура НИ отличается от ВБИ с доминированием *S.aureus* и *K.pneumoniae*, при этом данные возбудители характеризуются более высоким уровнем устойчивости к антибиотикам, причем MDR и XDR патогены отмечены в 14,8 и 3,7% соответственно. Эти данные объясняют более низкую эффективность эмпирической терапии НИ по сравнению с ВБИ.

Список литературы:

1. Яковлев С.В., Сидоренко С.В., Рафальский В.В., Спичак Т.В. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации. – М.: Пре100 Принт, 2016. – 144 с.
2. Кузьменков А.Ю., Виноградова А.Г., Трушин И.В. и др. AMRmap – система мониторинга антибиотикорезистентности в России // Клиническая

микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2021. – Т. 23, №2. – С. 198–204.

3. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный доклад по антибиотикорезистентности. – Женева: WHO, 2023.

4. Российские клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых. – Министерство здравоохранения РФ, 2024.

5. Виноградова А.Г., Кузьменков А.Ю. Практическое применение AMRmap: элементы подхода «от общего к частному» на примере *Klebsiella pneumoniae* // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2019. – Т. 21, №2. – С. 181–186.

**Гутова Т.С.¹, Городин В.Н.^{1,3}, Бахтина В.А.^{1,2}, Кибец В.В.¹,
Варнавская А.С.¹, Воронина С.А.¹, Охотникова О.Б.¹, Пидшморга Ю.В.¹,
Головач О.А.¹, Жук А.С.¹, Загриценко Т.Н.²**

НАРУШЕНИЯ СНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

³ Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. Хронический стресс является одним из ключевых патогенетических факторов, определяющих развитие психофизиологических нарушений у лиц среднего возраста. Существенным проявлением данного состояния выступают нарушения сна, формирующиеся в условиях длительной активации стресс-реализующих систем организма и оказывающие значимое влияние на соматическое здоровье, включая риск развития инфекционной патологии [1, 2]. В условиях глобальных макрострессоров, включая пандемии и социально-экономическую нестабильность, проблема нарушений сна приобретает особую актуальность [1].

Цель. На основе анализа современных данных охарактеризовать механизмы влияния нарушений сна при хроническом стрессе на иммунную функцию и обосновать их роль как фактора повышения риска инфекционных заболеваний.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор зарубежных (PubMed) и отечественных публикаций по проблеме взаимосвязи нарушений сна, иммунной дисфункции и инфекционной заболеваемости.

Результаты и обсуждение. В основе нарушений сна лежит дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и циркадных ритмов, сопровождающаяся изменением секреции кортизола и мелатонина. Хроническая инсомния и фрагментация сна приводят к усилению аллостатической нагрузки, отражающей истощение адаптационных резервов организма [2].

Современные исследования демонстрируют, что нарушения сна и иммунная дисфункция находятся в сложных двунаправленных отношениях.

Физиологический сон характеризуется динамическим взаимодействием между иммунной системой и архитектурой сна: в ранней фазе доминирует врождённый иммунитет и Th1-опосредованное воспаление, в поздней фазе – Th2-ответ. Хронические нарушения сна ассоциированы с усилением воспаления и повышенным риском инфекций [4, 5].

Иммунологические последствия нарушений сна включают снижение активности NK-клеток, угнетение Т-клеточного иммунитета и дисбаланс цитокинового профиля с повышением уровней провоспалительных медиаторов (IL – 6, TNF- α). Как показали исследования, короткая продолжительность сна (<7 часов) ассоциирована с 30% снижением активности NK-клеток по сравнению с нормальной продолжительностью сна (7–9 часов). Данные изменения обуславливают снижение противоинфекционной резистентности организма [3].

Методы менделевской рандомизации подтверждают причинно-следственную связь между нарушениями сна и риском инфекционных заболеваний. Генетически детерминированные нарушения сна ассоциированы с повышенным риском инфекций кожи и подкожной клетчатки (OR 1,29; 95% CI 1,05–1,59) [7]. Депрессия связана с повышенным риском инфекций ЦНС (OR 1,59; 95% CI 1,00–2,53), а тревожные расстройства – с кишечными инфекциями (OR 1,19; 95% CI 1,03–1,37).

В контексте пандемии COVID-19 показано, что психосоциальный стресс и нарушения сна создают взаимный патогенетический круг: тревога о пандемии усугубляет инсомнию, а нарушенный сон повышает восприимчивость к вирусным инфекциям через угнетение врождённого иммунитета. Указанные изменения ассоциированы с повышением риска развития острых респираторных вирусных инфекций, утяжелением течения COVID-19, а также реактивацией латентных инфекций, включая герпесвирусные инфекции (HSV, EBV, CMV) [3, 4].

Психиатрический аспект проблемы заключается в том, что нарушения сна тесно связаны с тревожными и депрессивными расстройствами, синдромом эмоционального выгорания и хроническим дистрессом. Плохое качество сна негативно влияет на иммунное здоровье, прежде всего через усиление системного воспаления и снижение функциональности иммунных клеток. Депрессия и стресс дополнительно усугубляют эти эффекты, особенно в популяциях с хроническими заболеваниями или высоким психологическим дистрессом. Данные состояния формируют патологический круг, в котором психоэмоциональные нарушения усиливают инсомнию, а дефицит сна усугубляет психопатологическую симптоматику и иммунную дисфункцию.

Дополнительное значение имеют поведенческие факторы: снижение приверженности здоровьесберегающему поведению, нарушение режима дня, ухудшение когнитивной регуляции, что способствует увеличению риска инфицирования и распространения инфекционных заболеваний.

Заключение. Нарушения сна следует рассматривать как ключевое промежуточное звено, опосредующее влияние хронического стресса на иммунную

дисфункцию и инфекционную заболеваемость. Практическая значимость заключается в необходимости внедрения комплексных профилактических программ, направленных на нормализацию сна (гигиена сна, когнитивно-поведенческая терапия инсомнии), снижение стрессовой нагрузки и раннюю коррекцию психических расстройств. Меры по управлению стрессом, включая коррекцию нарушений сна и соблюдение гигиены сна, оказывают значимое влияние на иммунный ответ и снижают восприимчивость к вирусным инфекциям. Интеграция психосоматических подходов в систему профилактики инфекционных заболеваний является необходимым условием повышения иммунной устойчивости организма и улучшения показателей психического и соматического здоровья населения.

Список литературы:

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2021. 296 p.
2. McEwen B.S. Neurobiological and systemic effects of chronic stress // *Chronic Stress*. 2017. Vol. 1. DOI: 10.1177/2470547017692328.
3. Irwin M.R. Sleep and inflammation: partners in sickness and in health // *Nature Reviews Immunology*. 2019. Vol. 19, №11. P. 702–715.
4. Feuth T. Interactions between sleep, inflammation, immunity and infections: A narrative review // *Immunity, Inflammation and Disease*. 2024. Vol. 12, №10. DOI: 10.1002/iid3.70046. PMID: 39417642.
5. Cohen S., Doyle W.J., Alper C.M., et al. Sleep habits and susceptibility to the common cold // *Archives of Internal Medicine*. 2009. Vol. 169, №1. P. 62–67.

Давыдова М.А.¹, Клещенко Е.И., Брюханова Г.Д.^{1,2}

СЛУЧАЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У СОТРУДНИКА В ОТДЕЛЕНИИ ОНКОЛОГИИ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Сочинский государственный университет, Сочи

Актуальность. Ветряная оспа представляет собой острое вирусное инфекционное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи, умеренно выраженной лихорадкой и симптомами общей интоксикации, преимущественно доброкачественным течением [1]. Ветряная оспа в 2024 г. по величине экономического ущерба по-прежнему занимала одно из лидирующих мест. Зарегистрировано более 830 тыс. случаев заболевания. Показатель заболеваемости совокупного населения ветряной оспой в 2024 г. (567,38 на 100 тыс. населения) превысил среднесноголетний показатель (557,69 на 100 тыс. населения) и вернулся к уровню заболеваемости, который регистрировался до начала пандемии COVID-19. С 2021 г. продолжает наблюдаться тенденция к росту заболеваемости, что можно считать началом нового многолетнего эпидемического цикла и проявлением тенденции, направленной на восстановление

допандемического уровня циркуляции возбудителя ветряной оспы. Вместе с тем в последние годы темпы роста заболеваемости взрослых выше, чем детей: в 2024 г. среди взрослых заболеваемость возросла на 28%, а среди детей – на 9% по сравнению с 2023 г. [2].

Результаты. Зарегистрирован случай ветряной оспы у сотрудника отделения онкологии, которая также является студенткой медицинского университета. Заболела остро: перед уходом домой с рабочей смены заметила единичные высыпания на лице, сначала значение им не придавала. Но к вечеру, когда была дома, количество высыпаний увеличилось, повысилась температура. На следующий день выставлен диагноз ветряная оспа. На работу о диагнозе сразу же сообщила.

Благодаря своевременному проведению противоэпидемических мероприятий удалось не допустить распространения инфекции и регистрации внутрибольничных случаев в отделении. Стоит отметить ряд моментов, заслуживающих внимания:

1. Отсутствие возможности вакцинации. При трудоустройстве сотрудница представила отрицательный результат анализа на Varicella Zoster virus. Однако возможность провести вакцинацию отсутствует из-за высокой стоимости вакцины.

2. Низкая настороженность в отношении инфекционной патологии. При сборе эпидемиологического анамнеза выяснилось, что в течение 21 дня у сотрудницы был контакт с заболевшим ветряной оспой в одной лекционной аудитории, однако она не придавала этому значения.

3. Отсутствие взаимодействия между организациями. Учебное заведение не информирует медицинские организации, где проходят практику (или работают) студенты, о регистрации инфекционных заболеваний среди учащихся.

Выводы: Данный случай демонстрирует необходимость повышения инфекционной настороженности среди медицинского персонала, совершенствования системы информирования между учебными и лечебными учреждениями, а также решения вопроса о доступности вакцинации против ветряной оспы для медицинских работников.

Список литературы:

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

2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году».

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ГЕПАТИТА С У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Острый гепатит С (ОГС) по-прежнему остается актуальной проблемой. Некоторое снижение заболеваемости в период пандемии новой коронавирусной инфекции сменилось ее подъемом. В Санкт-Петербурге в 2024 году показатель заболеваемости ОГС составил 3,0 на 100 тыс. населения, что выше уровня показателя прошлого года на 34,2% и среднесноголетнего показателя на 81,9%. Показатель заболеваемости ОГС в Санкт-Петербурге выше показателя Российской Федерации в 3 раза [1]. Особое значение приобретает раннее выявление случаев ОГС, и их дифференциальная диагностика с хроническим гепатитом С, а также с поражениями гепатобилиарного тракта другой этиологии [2, 3, 4, 5].

Цель исследования – охарактеризовать клинические и лабораторные проявления ОГС у госпитализированных пациентов.

Материалы и методы: в исследование были включены пациенты ($n = 91$), госпитализированные в СПбГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» (клиническая база кафедры инфекционных болезней Медицинского института ФГБОУ ВО СПбГУ) в 2025 году. Диагноз ОГС у всех пациентов был подтвержден на основании эпидемиологического анамнеза, клинической картины заболевания, а также обнаружением маркеров вируса гепатита С (anti-HCVtotal и RNA HCV) при отрицательных маркерах других вирусов гепатита.

Результаты. Средний возраст госпитализированных пациентов составил $46,5 \pm 12,1$ лет, минимум – 18 лет, максимум – 77 лет. Соотношение мужчин и женщин было сопоставимым: мужчины – 52,8% (95% ДИ: 42,0 – 63,3%), женщины – 47,2% (95% ДИ: 36,7 – 58,0%). При анализе гендерно-возрастной структуры заболевших установлено, что наиболее пораженными возрастными группами были 40 – 49 лет (34,1%; 95% ДИ: 24,5 – 44,8%), 30 – 39 лет (26,4%; 95% ДИ: 17,7 – 36,7%), а также 50 – 59 лет (23,1%; 95% ДИ: 14,9 – 33,1%). Не выявлено статистически достоверной разницы между указанными группами. Гендерное распределение в возрастных группах 30-39 лет и 40-49 лет выявило преобладание мужчин 58,3% (95% ДИ: 36,6 – 77,9%) и 61,3% (95% ДИ: 42,2 – 78,2%) соответственно, тогда как в возрастной группе 50-59 лет преобладали женщины (61,9%; 95% ДИ: 38,4 – 81,9%). Указанное распределение может быть объяснено соотношением мужчин и женщин в различных возрастных группах в нашей стране – в возрасте 50 лет и старше число женщин преобладает над числом мужчин.

В первую неделю заболевания обратились за медицинской помощью 41,9% (95% ДИ: 31,3 – 53,0%) пациентов, на второй – 24,4% (95% ДИ: 15,8 – 34,9%), остальные – в более поздние сроки. Средняя продолжительность

госпитализации составила $15,0 \pm 6,8$ койко-дней. Не выявлено статистически достоверной разницы в длительности госпитализации у мужчин и у женщин ($14,7 \pm 6,0$ и $15,3 \pm 7,4$ койко-дня соответственно; $p > 0,87$). Возраст заболевших и давность заболевания также не влияли на продолжительность нахождения в стационаре.

Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на желтуху (90,4%; 95% ДИ: 79,0 – 96,8%), потемнение мочи (78,9%; 95% ДИ: 65,3 – 89,0%), слабость (50,0%; 95% ДИ: 35,8 – 64,2%), а также тяжесть и боли в правом подреберье (34,6%; 95% ДИ: 22,0 – 49,1%).

При объективном осмотре у всех пациентов определялись желтушное окрашивание кожи, склер и видимых слизистых оболочек различной степени интенсивности. Увеличение размеров печени (на 1-2 см из-под края реберной дуги) выявлено у 49,5% пациентов (5% ДИ: 38,8 – 60,1%), край селезенки пальпировался у 19,8% (95% ДИ: 12,2 – 29,5%) пациентов. В остальном осмотр по органам и системам не выявил каких-либо отклонений от нормальных параметров.

В более, чем в половине случаев (57,0%; 95% ДИ: 45,3 – 68,1%) заболевание протекало в легкой форме (средняя концентрация общего билирубина $37,9 \pm 24,7$ мкмоль/л. Средне-тяжелое течение отмечено в 32,9% (95% ДИ: 22,8 – 44,4%) случаев со средним значением концентрации общего билирубина $135,6 \pm 25,7$ мкмоль/л. Тяжелое течение заболевания встречалось редко (10,1%; 95% ДИ: 4,5 – 19,0%), концентрация билирубина составила $296,9 \pm 42,8$ мкмоль/л. Выявленные различия в частоте встречаемости степеней тяжести ОГС является статистически достоверным ($\chi^2 = 11,636$, $p < 0,001$ и $\chi^2 = 15,672$, $p < 0,001$ соответственно). Повышение концентрации билирубина происходило преимущественно за счет его прямой фракции (среднее значение $105,3 \pm 91,4$ мкмоль/л). Значения концентрации непрямого билирубина были существенно ниже – $13,3 \pm 9,9$ мкмоль/л.

Еще одним критерием для определения тяжелого течения острого вирусного гепатита являются изменения в коагулограмме. В нашем исследовании среднее значение ПТИ находилось в пределах нормальных значений ($104,0 \pm 22,9\%$), а корреляционная связь с концентрацией общего билирубина отсутствовала ($r = 0,0716$, $p = 0,54$). Не выявлено взаимосвязи между концентрацией общего билирубина и содержанием общего белка ($r = -0,10$, $p = 0,46$), альбумина ($r = -0,10$, $p = 0,57$).

У всех пациентов течение ОГС проявлялось высокой цитолитической активностью: АлАТ – $1005,6 \pm 603,5$ Ед/л, АсАТ – $764,7 \pm 477,6$ Ед/л. Взаимосвязь между концентрацией общего билирубина и активностью АлАТ отсутствовала ($r = 0,18$, $p = 0,13$), а с активностью АсАТ была прямой сильной ($r = 0,57$, $p = 0,0001$).

Выявлена прямая сильная корреляционная связь между концентрацией общего билирубина и активностью ЩФ ($r = 0,53$, $p = 0,0005$), ГГТП ($r = 0,51$, $p = 0,0001$).

Выводы. ОГС у госпитализированных пациентов протекает в преимущественно в легкой форме с типичными субъективными и объективными проявлениями. Повышение концентрации общего билирубина при ОГС является отражением синдрома холестаза и не связано с цитолизом и нарушением белково-синтетической функции печени.

Список литературы:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2024 году: государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. – Санкт-Петербург: Управление Роспотребнадзора по г. Санкт-Петербургу, 2025. – 244 с.

2. Гриневич В.Б., Лазебник Л.Б., Кравчук Ю.А. и др. Поражения органов пищеварения при постковидном синдроме. Клинические рекомендации. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022.208(12):4-68.

3. Жданов К. В. и др. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов. Вирусные гепатиты: Достижения и перспективы. 2003. №2. С. 11 – 16.

4. Эсауленко Е.В., Бушманов А.Д., Сухорук А.А. Клинико-лабораторная характеристика гепатита А у пациентов с маркерами вируса гепатита В. Журнал инфектологии. – 2017. – Т. 9, №3. – С. 75-80

5. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Герасимова О.А., Жеребцов Ф.К. Естественное течение хронического гепатита С после трансплантации печени. Инфекционные болезни. 2014. Т. 12. №1. С. 22-26.

Дмитренко Н.Ю., Сухорук А.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Острая печеночная недостаточность (ОПечН) – критическое состояние, при котором наблюдается стремительное (в течение нескольких дней или недель) нарушение функции печени у человека, не имевшего ранее хронических заболеваний этого органа.

Причинами развития ОПечН чаще всего являются вирусные (вирусы гепатита А, В, Е, герпесвирусы и др.) или токсические (лекарства, БАДы, алкоголь, некоторые грибы, промышленные химикаты) поражения печени.

ОПечН при остром гепатите С (ОГС) встречается крайне редко (менее, чем в 1% случаев). В отличие от гепатитов А или В, вирус гепатита С (HCV) редко становится самостоятельной причиной фульминантного (молниеносного) поражения печени. Вероятность ОПечН резко возрастает, если у пациента есть неблагоприятный преморбидный фон (хронические вирусные гепатиты, алкогольная болезнь печени, цирроз печени и др.), а также при ко-инфицировании вирусом гепатита В [1, 2, 3, 4].

Особое значение для быстрого и точного определения этиологического агента развития ОПечН инфекционной природы приобретает ПЦР-диагностика [5].

Цель исследования – проанализировать клинический случай развития и исхода ОПечН.

Материалы и методы: изучен клинический случай пациентки М., 42 лет, женского пола, с основным диагнозом: ОГС, желтушная форма, крайне тяжелое течение, осложнением основного диагноза: ОПечН, коагулопатия тяжелой степени, отечно-асцитический синдром, цитотоксический отек и набухание головного мозга, печеночная энцефалопатия IV степени, прогрессирующий синдром полиорганной недостаточности сопутствующий диагноз: хронический холецистит.

Результаты. Из анамнеза известно, что пациентка гражданка Узбекистана, приехала в Санкт-Петербург около месяца назад. Сбор анамнеза затруднен из-за языкового барьера. Работает уборщицей в пекарне. ВИЧ-инфекцию, туберкулез, вирусные гепатиты – отрицает.

Ухудшение самочувствия 11.05 – появился дискомфорт в правом подреберье, 14.05. присоединилось повышение температуры с ознобом, но до каких цифр сказать не может. Дату появления желтухи, изменения цвета мочи и кала точно не знает.

В стационар поступила 17.05, на 7 день болезни. Жалобы при поступлении на слабость, желтушность кожи и склер, чувство дискомфорта и тяжести в правом подреберье, темную мочу, светлый кал. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, контактна, в пространстве и времени ориентирована верно. Менингеальные и очаговые симптомы отсутствуют. Кожа, склеры и видимые слизистые оболочки желтушные. Сыпи и зуд нет. Тургор кожи сохранен. Зев не гиперемирован, отека, налетов нет. Носовое дыхание не затруднено, патологических выделений нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. ЧДД 17-18 в минуту. Дыхание в легких жесткое, хрипы не выслушиваются. SpO₂ 96%. Пульс 83 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. АД 130/75 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации, асцита нет. Пальпируется край печени, селезенка не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненное с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темная, диурез сохранен. Стул оформленный, ахоличный.

Биохимический анализ крови: АлАТ – 1939 Ед/л, АсАТ – 3121,5 Ед/л, билирубин общий – 371,1 мкмоль/л (прямой – 228,0 мкмоль/л, непрямой – 143,1 мкмоль/л), ЩФ – 206 Ед/л, креатинин – 66,8 мкмоль/л. Коагулограмма: ПТИ – 52%, АПТВ – 41,7 с. Маркеры вирусных гепатитов: HAV IgM и HEV IgM – отрицательно; HBsAg, HBcAb, HBeAg, HBeAb – отрицательные, DNA HBV – отрицательно; HCVAb и RNA HCV – положительные. Маркеры

аутоиммунных заболеваний печени: ЦИК – 334,0 Ед ЦИК, ANA, AMA, AGA – отрицательно. Диагностирован ОГС, желтушная форма, тяжелое течение.

24.05 самочувствие значительно ухудшилось, появились жалобы на выраженную слабость, нарастающую желтуху, чувство тяжести в правом подреберье, снижение аппетита, сонливость, вялость. Состояние с отрицательной динамикой, тяжелое. В сознании, контакту доступна., в пространстве и времени частично дезориентирована, явления печеночной энцефалопатии. Кожные покровы с выраженной желтухой, склеры иктеричны. Внешних проявлений геморрагического синдрома нет. Умеренно выраженная отечность кистей верхних конечностей, пастозность стоп. В легких дыхание жесткое, ЧДД 19-20, хрипы не выслушиваются. SpO₂: 94-95% атмосферным воздухом. АД 105/55 мм рт.ст. Пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, асцита, мягкий, чувствительный в эпигастрии. Пальпируется край печени, селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Моча темно-желтая, стул светло-коричневый.

В биохимическом анализе крови отмечалось нарастание общего билирубина до 595,5 мкмоль/л, снижение общего белка до 58,0 г/л, альбумина до 30,0 г/л, активность трансаминаз – АлАТ – 1911,0 Ед/л, АсАТ – 1382 Ед/л, ферритин – 487,5 мкг/л. В коагулограмме: ПТИ – 12,0%, АПТВ – 97,9 с.

В связи с нарастанием проявлений печеночной энцефалопатии, нарастанием билирубина в динамике выше 500 мкмоль/л, выраженностью синдрома интоксикации пациентка переведена в отделение реанимации.

В динамике (29.05) состояние с ухудшением, выраженная печеночная энцефалопатия (кома), прогрессирование отечно-асцитического синдрома; в лабораторных анализах отмечено значительное снижение активности трансаминаз (АлАТ – 628,0 Ед/л, АсАТ – 257,0 Ед/л), общий билирубин 556,7 мкмоль/л, ПТИ 28,0% (на фоне введения свежезамороженной плазмы).

Несмотря на проведение комплексного патогенетического и симптоматического лечения 30.05. на 20 день болезни наступил летальный исход.

Список литературы:

1. Нечаев В. В. и др. Эпидемиология социально-значимых сочетанных инфекций. Факторы риска летальных исходов. Тихоокеанский медицинский журнал. 2018. №3 (73). С. 68 – 71.

2. Гриневич В.Б., Лазебник Л.Б., Кравчук Ю.А. и др. Поражения органов пищеварения при постковидном синдроме. Клинические рекомендации. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022.208(12):4-68.

3. Ивашкин В. Т. и др. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В. М.: Наука, 2014. – 63с.

4. Жданов К. В. и др. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов. Вирусные гепатиты: Достижения и перспективы. 2003. №2. С. 11 – 16.

5. Жданов К.В., Козлов К.В., Буланьков Ю.И. Оптимизация диагностики инфекции, вызванной SARS-COV – 2, с использованием полимеразной цепной

реакции в крупном многопрофильном стационаре. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. №2 (70). С. 7-10.

*Домонова Э.А., Сильвейстрова О.Ю.,
Горенкова А.И., Апанович П.В., Акимкин В.Г.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСА ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 8 СРЕДИ ДОНОРОВ КРОВИ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Вирус герпеса человека 8 (ВГЧ-8) является этиологическим агентом саркомы Капоши, мультицентрической болезни Кастлемана, первичной лимфомы серозных оболочек. Частота выявления серологических маркеров ВГЧ-8-инфекции у лиц в общей популяции, за исключением ВИЧ-положительных, в большинстве стран мира не превышает 10%. При этом в Великобритании распространенность составляет 0,7–5%, Иране – 2%; Западной Европе и США – 5–6%; ряде стран Средиземноморья – 10–30%; большей части Африки к югу от Сахары – >50%. Трансфузии крови условно-здоровых, но инфицированных ВГЧ-8 доноров при условии наличия активной инфекции представляют потенциальную опасность для реципиентов с ослабленным иммунитетом, ранее не подвергавшихся первичному заражению данным возбудителем. Риск передачи ВГЧ-8, связанный с переливанием крови и (или) ее компонентов, на эндемичных и неэндемичных по саркоме Капоши территориях различается. На сегодняшний момент данных по распространенности ВГЧ-8 среди доноров крови в Российской Федерации представлено недостаточно.

Цель исследования: изучение распространенности вируса герпеса человека 8 среди доноров крови в Московском регионе Российской Федерации.

Материалы и методы. В исследование включено 783 условно-здоровых доноров крови (66,9% мужчин, 33,1% женщин) в возрасте от 18 до 67 лет ($M=40,2\pm 10,1$ лет; $Me=36,24$ лет, IQR 32,0–46,0 лет) из города Москвы и 17 городов Московской области (Балашиха, Волоколамск, Голицыно, Дмитров, Егорьевск, Зарайск, Клин, Красногорск, Люберцы, Мытищи, Ногинск, Одинцово, Пушкино, Раменское, Сергиев Посад, Серпухов, Ступино). Набор участников исследования проводили с декабря 2021 г. по февраль 2022 г. ($n=270$) и с ноября по декабрь 2025 г. ($n=513$) на базе 18 субъектов обращения донорской крови и (или) ее компонентов, осуществляющих деятельность по заготовке, хранению в Московском регионе – станций переливания крови (центров крови), отделений трансфузиологии (отделений переливания крови). Выборка сформирована методом сплошного включения доноров крови в возрасте 18 лет и старше, обратившихся на станции переливания крови, в отделения трансфузиологии для сдачи крови в течение времени исследования до окончания набора. От всех доноров крови, принявших участие в исследовании, получено добровольное информированное согласие. Данные участников исследования

были деперсонифицированы. Взятие, транспортировку, предварительную обработку, хранение биологического материала выполняли согласно методическим рекомендациям, разработанным ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Всего протестировано 1566 образцов биологического материала, включая 783 образца цельной венозной крови и 783 образца сыворотки венозной крови. ДНК ВГЧ-8 в образцах цельной венозной крови определяли методом количественной ПЦР-РВ с использованием комплекта и набора реагентов производства ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора: «РИБО-преп» (ПУ №ФСР 2008/03147 от 06.08.2021), «АмплиСенс® ННВ8-скрин/монитор-FL» (ПУ №РЗН 2022/16512 от 10.02.2022). Вирусоспецифические антитела класса IgG (АТ-IgG) в образцах сыворотки крови выявляли методом твердофазного ИФА при использовании набора реагентов «ВектоННВ – 8-IgG» (ЗАО «Вектор-Бест», Российская Федерация; ПУ №РЗН 2014/1663 от 10.06.2014). ПЦР-РВ, ИФА проводили на приборах, зарегистрированных в Российской Федерации в установленном порядке. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ Microsoft Excel (Windows 11).

Результаты. В 2021–2022 гг. ДНК ВГЧ-8 выявлена в 1/270 исследованных образцов цельной венозной крови в концентрации 0,9 lg копий/105 клеток (мужчина, 46 лет, город Клин, Московская область). Вирусоспецифические АТ-IgG обнаружены в 2/270 случаев. Концентрация АТ-IgG к антигенам ВГЧ-8 в образцах сыворотки крови двух мужчин 36 и 44 лет из городов Зарайск и Сергиев Посад (Московская область) составила 6,3 и 36,2 АЕ/мл соответственно. В 2025 г. ДНК ВГЧ-8 выявлена в 1/513 исследованных образцов цельной венозной крови в концентрации 1,25 lg копий/105 клеток (мужчина, 44 года, город Балашиха). Вирусоспецифические АТ-IgG обнаружены в 7/513 случаев: 2 женщины и 5 мужчин в возрасте от 22 до 55 лет ($M=37,0\pm 11,28$ лет; $Me=39,5$ лет, IQR 31,2–39,5 лет, города Зарайск, Раменское, Одинцово, Сергиев Посад, Серпухов, Клин). Концентрация АТ-IgG к антигенам ВГЧ-8 в образцах сыворотки крови варьировала от 3,3 до 56,7 АЕ/мл ($Me=7,8$ АЕ/мл, IQR 3,7–16,9 АЕ/мл).

Согласно полученным данным распространенность ВГЧ-8 среди доноров крови Московского региона Российской Федерации в 2021–2022 гг. составила 1,11% (3/270; 95% ДИ 0,38–3,22%), в 2025 г. – 1,56% (8/513; 95% ДИ 0,79–3,05%), за весь анализируемый период 2021–2025 гг. – 1,40% (11/783; 95% ДИ 0,79–2,50%). Сравнительный анализ данных частоты выявления маркеров ВГЧ-8-инфекции (ДНК вируса, вирусоспецифические АТ-IgG) у доноров крови за временные периоды 2021–2022 гг. и 2025 г. показал отсутствие статистически значимых различий ($p>0,05$).

Таким образом, распространенность ВГЧ-8 среди доноров крови 18 городов Московского региона Российской Федерации составляет 1,40% (95% ДИ 0,79–2,50%). Потенциальный риск передачи ВГЧ-8, связанный с переливанием крови, незначителен и не требует на данный момент введения скринингового обследования доноров крови Московского региона на маркеры ВГЧ-8-инфекции.

Список литературы:

1. Cesarman, E. Kaposi sarcoma. / E. Cesarman, B. Damania, S. E. Krown [et al.] // Nat. Rev. Dis. Primers. – 2019. – Vol. 5, №9 – P. 1–21. – doi: 10.1038/s41572-019-0060-9.
2. Speicher, D. J. Human herpesvirus 8 in Australia: DNAemia and cumulative exposure in blood donors / D. J. Speicher, J. J. Fryk, V. Kashchuk [et al.] // Viruses. – 2025. – Vol. 14, №10. – P. 2185–2193. – <https://doi.org/10.3390/v14102185>.
3. Gras, J. Prevalence, risk factors, and shedding of human herpes virus – 8 among men having sex with men enrolled in a pre-exposure prophylaxis study / J. Gras, M. Helary, D. Carette [et al.] // Clinical Infectious Diseases. – 2025. – Vol. 81, №6. – P. 1177–1183. – <https://doi.org/10.1093/cid/ciad502>.
4. Взятие, транспортировка, хранение биологического материала для ПЦР-диагностики: методические рекомендации / Э. А. Домонова, М. Г. Творогова, А. Т. Подколзин [и др.]. – Москва: ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии, 2021. – 112 с. – ISBN 978-5-6045286-6-2. – DOI: <https://doi.org/10.36233/978-5-6045286-6-2>.

Дубова Л.В.^{1,2}, Бахтина В.А.^{1,2}, Гаверишкие Я.Г.², Мовсесян О.С.²

ОПЫТ ВАКЦИНАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКЦИНЫ (ААКДС-М) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИИ (С УМЕНЬШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ АНТИГЕНА), СТОЛБНЯКА И КОКЛЮША (С УМЕНЬШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ АНТИГЕНА, БЕСКЛЕТОЧНОЙ)

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Актуальность проблемы: несмотря на высокий охват вакцинацией, коклюш по-прежнему остается серьезной проблемой во всех возрастных группах. Дети первых трех месяцев жизни – группа высокого риска тяжелого течения коклюша [1,2,3]. Всемирная организация здравоохранения признает наиболее эффективным методом профилактики коклюша у детей до того, как они получают три плановые прививки, вакцинацию беременных [4,5]. Мировой опыт по программам иммунизации беременных женщин против коклюша показывает, что до 91% детей до 3 месяцев жизни защищены от коклюша в результате трансплацентарной передачи антител, сформированных у матери после ее вакцинации. [4,5]

Цель: оценить переносимость и эффективность вакцины АаКДС-М у беременных женщин.

Материалы и методы: в период с января 2023г. по декабрь 2025 г. в кабинете вакцинации ГБУЗ СКИБ вакциной АаКДС-М были привиты 266 женщин с физиологически протекающей беременностью (в срок гестации 32–35 нед). Большинство из них 191 (71,8%) вакцинировались по собственному желанию,

узнав о необходимости вакцинации из средств массовой информации, 75 женщин (28,1%) по рекомендации врача гинеколога женской консультации.

Учитывая отсутствие данной вакцины в национальном календаре прививок, вакцинация проводилась на добровольной основе за личные средства. Клиническая переносимость вакцины оценивалась в течение 30 минут после вакцинации, а также в течение 3-х дней ежедневный мониторинг путем телефонных звонков.

Поствакцинальный период у беременных пациенток протекал без осложнений для здоровья матери и плода. В первые 3 дня после вакцинации 34 женщины (12,7%) отмечали реакцию в месте инъекции в виде умеренного болевого синдрома, который купировался самостоятельно и не требовал применения лекарственных препаратов.

В последующем были проанализированы истории развития (ф.112) 187 детей, матери которых получили вакцинацию АаКДС-М вакциной во время беременности. Все дети были рождены в срок с оценкой по шкале Апгар 7-9 б. путем естественного родоразрешения. В дальнейшем, рожденные от привитых матерей 93 ребенка (49,7%) получили вакцину для профилактики коклюша, дифтерии и столбняка «Пентаксим» в возрасте 3 месяцев в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. С отставанием от графика вакцинации (в связи с медицинским отводом или отказом родителей) Пентаксим был введен в возрасте 4-5 месяцев в 18,7% случаев (34 р.); в возрасте 6-9 месяцев в 11,7% случаев (22 р); в возрасте 9-12 месяцев в 7,5% (14 детей); после достижения 12 месяцев и старше начали прививать от дифтерии, столбняка и коклюша 19 детей. Поствакцинальный период у всех детей протекал без нежелательных явлений. Случаев заболевания коклюшной инфекцией среди детей, рожденных от матерей, привитых вакциной АаКДС-М, не зарегистрировано.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ показал, что введенная вакцина АаКДС-М у беременных в сроке 30–35 недель обладает высоким профилем безопасности, не оказывает нежелательного влияния на течение беременности, развитие плода и здоровье новорожденных. В первые месяцы жизни, трансплацентарный иммунитет (сформированный после введения вакцины АаКДС-М) надежно защищает детей от заражения коклюшем в первые месяцы жизни.

Список литературы:

1. Бабаченко, И.В. Коклюш у детей / И.В. Бабаченко. – СПб., 2014. 4. Briand V, Bonmarin I, Lévy-Bruhl D. Study of the risk factors for severe childhood pertussis based on hospital surveillance data. Vaccine. 2007 Oct;25(41):7224-7232.
2. Summary of the Pertussis Vaccines: WHO position paper [Internet]. September 2015 [cited 2020 Aug 31]. Available from: https://www.who.int/immunization/documents/pertussis_pp_2015_summary.pdf?ua=1
3. Тактика формирования приверженности вакцинопрофилактики: практическое руководство / под ред. Н.И. Брико – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 168 с.

4. Нормальная беременность: федеральные клинические рекомендации. – М.; 2020. – 80 с. [Normal'naya beremennost': Federal clinical guidelines. Moscow; 2020. 80 p. (In Russ).]

5. Lagousi T, Gkentzi D, Geropeppa M, et al. Protecting the Offspring, the Gift of Maternal Immunization: Current Status and Future Perspectives. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(11):1953. doi: <https://doi.org/10.3390/vaccines10111953>

Жданов К.В., Сухорук А.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ЭЛИМИНАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Проблема борьбы с хроническим гепатитом С (ХГС) – одна из важнейших в общественном здравоохранении. Программа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по элиминации ХГС к 2030 году включает конкретные целевые показатели для всех стран:

- сокращение числа новых случаев заражения на 90%;
- сокращение числа смертей, связанных с ХГС (от цирроза и рака печени), на 65%;
- выявление 90% всех людей, живущих с ХГС;
- обеспечение терапией 80% пациентов, имеющих показания к лечению.

Ключевым аспектом в достижении указанных целевых показателей является лечение ХГС, которое не только положительно влияет на качество и продолжительность жизни конкретного пациента, но и является мерой профилактики распространения заболевания в популяции.

Лечение с использованием интерферон-содержащих схем требовало пристального медицинского наблюдения за пациентом и в ряде случаев оставалось низкоэффективным [1, 2].

Режимы лечения ХГС с включением препаратов прямого противовирусного действия демонстрируют высокую эффективность при минимальных нежелательных явлениях, что в свою очередь снижает нагрузку на медицинский персонал инфекционной службы [3, 4].

Согласно действующему законодательству Российской Федерации, назначение лечения производится только во время очного приема пациента врачом. Однако, дальнейшее наблюдение, фиксация нежелательных явлений, корректировка терапевтической схемы возможны с использованием телемедицинских технологий.

Телемедицина признана ВОЗ и международным медицинским сообществом как ключевой инструмент для достижения элиминации гепатита С. Она позволяет проводить диагностику, назначать современные препараты прямого противовирусного действия и контролировать лечение дистанционно, что особенно критично для жителей удаленных регионов. Несмотря на существенный прогресс, многие люди по-прежнему сталкиваются с барьерами в доступе к

лечению ХГС и соблюдении режима лечения, такими как географическое положение, социально-экономические проблемы, уровень медицинской грамотности, употребление психоактивных веществ и стигма. Литературные данные свидетельствуют о том, что услуги телемедицины способствуют сокращению времени ожидания и увеличению охвата лечением и последующего наблюдения, снижению затрат на здравоохранение, а также высокой удовлетворенности пациентов [5].

Доказано, что лечение ХГС с использованием телемедицинских технологий не оказывает негативного влияния на результаты лечения по сравнению со специализированными клиниками. Пациенты, получавшие лечение с использованием телемедицины, начинали терапию ХГС и достигали высоких показателей устойчивого вирусологического ответа, сопоставимых с показателями, полученными при использовании традиционных моделей лечения.

Несмотря на то, что опыт использования телемедицинских технологий относительно новый для нашей страны, в исследованиях Гоник М.И. и соавт. с участием 84 пациентов, показано отсутствие статистически достоверных различий в нормализации биохимических показателей крови и достижении устойчивого вирусологического ответа между группами пациентов, лечение которых проводилось с использованием ежедневного дистанционного мониторинга или же в традиционном режиме. Кроме того, доказана возможность качественной регистрации нежелательных явлений в процессе лечения, предупреждения самостоятельного прекращения лечения [6].

Таким образом, телемедицина – современный высокотехнологичный способ оказания медицинской помощи пациентам с ХГС, не уступающий по своей эффективности традиционным способам взаимодействия медицинского персонала и пациентов. Расширение использования телемедицинских технологий может позволить увеличить вероятность достижения целевых показателей ВОЗ по элиминации ХГС.

Список литературы:

1. Козлов К.В., Сукачев В.С. Эволюция противовирусной терапии хронических гепатитов В, С и D. Журнал инфектологии. 2009. Т. 1. №4. С. 23-35.
2. Абдурахманов Д.Т., Морозов В.Г., Никитин И.Г., Богомолов П.О., Гейвандова Н.И., Бессонова Е.Н. и др. Безопасность и эффективность теллапревира в лечении хронического гепатита С у больных российской популяции, включенных в исследование по программе раннего доступа. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. Т. 24. №1. С. 39-46.
3. Чуланов В.П., Исаков В.А. и др. Промежуточные результаты международного многоцентрового проспективного наблюдательного исследования «MOSAIC» по оценке эпидемиологии, субъективных и экономических исходов лечения хронического вирусного гепатита С. Инфекционные болезни. 2018. Т. 16. №1. С. 5-14.
4. Wei L., Jia J.D., Wang F.S., Niu J.Q., Zhao X.M., Mu S., Liang L.W., Wang Z., Hwang P., Robertson M.N., et al. Efficacy and safety of elbasvir/grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1, 4, or 6 infection from the Asia-Pacific

region and Russia: final results from the randomized C-CORAL study. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2019. T. 34. №1. С. 12-21.

5. Fan S., Imsirovic H., Cooper C. Telemedicine and hybrid engagement models facilitate hepatitis C cascade of care during periods of healthcare disruption. Annals of Hepatology. 2026. Vol. 31, Issue 1, P. 102178.

6. Гоник, М.И., Н.А. Шуб, А.О. Буеверов и др. Эффективность противовирусной терапии у пациентов с хроническим гепатитом С при использовании телемедицинских технологий. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2025. – Т. 14, №1. – С. 74-79.

**Завгородний С.С.^{1,5}, Манин Е.А.², Чехвалова Е.В.³,
Таганова А.А.⁴, Носов Д.О.⁴, Жукова Л.И.⁵, Потёмкина М.А.⁶,
Гречаная Т.В.⁷, Куличенко А.Н.²**

СОПРЯЖЕННОСТЬ ПРИРОДНЫХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

¹ Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Краснодарскому краю в Выселковском, Усть-Лабинском, Кореновском, Динском районах, Краснодарский край, ст. Выселки;

² Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт, Ставрополь;

³ Сочинский филиал, Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае;

⁴ Причерноморская противочумная станция, Новороссийск;

⁵ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

⁶ Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Краснодарскому краю, Краснодар;

⁷ Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае, Краснодар

Разнообразие ландшафтно-географических и комфортных климатических условий в Краснодарском крае способствуют формированию сопряженных природных очагов инфекционных болезней, на которых регистрируются несколько природно-очаговых инфекций (ПОИ), не имеющих общих паразитарных систем [1,2]. Тесному контакту человека с природными очагами способствуют плотность населения, наличие рекреационных зон, развитое сельское хозяйство, посещение населением природных очагов в период отдыха [3,4,5].

Цель работы – анализ эпизоотолого-эпидемиологической обстановки по природно-очаговым инфекциям в сопряженных природных очагах Краснодарского края за период 2021–2025 гг.

Материалы и методы. Использованы результаты ежегодного эпизоотолого-эпидемиологического мониторинга территории Краснодарского края, представленные Управлением Роспотребнадзора по Краснодарскому краю, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае», ФКУЗ

«Причерноморская противочумная станция» Роспотребнадзора, ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора.

Результаты. В Краснодарском крае есть две группы наиболее неблагополучных районов по количеству нозологических форм и значимости последних, сопряженных на конкретной территории, и в части их эпидемиологической значимости (рекреационная). Первая группа состоит из двух городских округов – Геленджик и Новороссийск, муниципального округа Анапа, а также Темрюкский, Крымский и Абинский районы. На данной территории сопряжены природные очаги иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ), лептоспироза, геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), туляремии и лихорадки Западного Нила (ЛЗН). Вторая группа включает г. Сочи и Туапсинский муниципальный округ, на территории которых отмечено существование сопряженных природных очагов ИКБ, ГЛПС и лептоспироза.

Как известно, сопряженность природных очагов инфекционных болезней способна отрицательно влиять на развитие эпидемической ситуации на определенных территориях. Что касается Краснодарского края, то особенностью обеих данных групп территорий является образование ими рекреационной зоны, предназначенной для отдыха, восстановления здоровья и проведения досуга, которая популярна и среди жителей края, и гостей из других регионов России, что увеличивает степень контакта человека с природным очагом. Также в пределах существования сопряженных очагов нельзя исключить формирования сочетанных инфекций, например в пределах первой группы территории – ГЛПС, лептоспироза и туляремии. Сочетание перечисленных факторов определяет сложности в осуществлении эпидемиологического надзора за ПОИ в данном регионе, в решении которых необходим комплексный подход, включающий определение истинной заболеваемости в очагах сочетанных и сопряженных инфекций на территории Краснодарского края; детальное изучение особенностей эпидемического и эпизоотического процессов в сопряженных и сочетанных природных очагах инфекционных болезней; учет и регистрация сочетанных инфекций в системе здравоохранения; использование геоинформационных систем и методов математического моделирования для эколого-эпидемиологического районирования территории края с целью пространственного анализа эпидемических проявлений природно-очаговых инфекционных болезней, направленного на выявление возможного существования сочетанных и сопряженных очагов ПОИ; разработка документов по противоэпидемическим и профилактическим мероприятиям в сопряженных и сочетанных очагах ПОИ.

Выводы. Современная эпизоотолого-эпидемическая ситуация на территории Краснодарского края характеризуется наличием активных природных очагов иксодового клещевого боррелиоза, лихорадки Западного Нила, геморрагической лихорадки с почечным синдромом, лептоспироза, туляремии. При планировании противоэпидемических мероприятий следует учитывать существование сопряженных (сочетанных) очагов природно-очаговых инфекций с особенностью в виде совместной циркуляции возбудителей и, как следствие, универсальностью механизмов заражения людей.

Список литературы:

1. Рудаков Н.В., Пенъевская Н.А. Анализ терминов и положений учения о природной очаговости болезней человека. Национальные приоритеты России. 2024; (4):21–8.
2. Куличенко А.Н., Завгородний С.С., Чехвалова Е.В., Манин Е.А., Волынкина А.С., Дубянский В.М., Логвин Ф.В., Жукова Л.И. Современные информационные и молекулярные технологии в практике эпидемиологического надзора за природно-очаговыми инфекциями. Проблемы особо опасных инфекций. 2025; 3:57–67.
3. Городин В.Н., Нежурин А.В., Жукова Л.И. Современные аспекты лихорадки Западного Нила //Инфекционные болезни. 2023; 21(1): 140–147.
4. Жукова Л.И., Рафеенко Г.К., Никишина Т.Ф., Лещева Г.А., Мкртчян М.О., Ванюков А.А., Куккоев С.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика лептоспироза в Краснодарском крае в многолетней динамике //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010;15(6):15-20
5. Ткаченко Е.А., Морозов В.Г., Дзагурова Т.К., Юничева Ю.В., Пиликова О.М., Завора Д.Л., Ишмухаметов А.А., Городин В.Н., Бахтина В.А., Загидуллин И.М., Соцкова С.Е. Этиологические и клинико-эпидемиологические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Краснодарском крае //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016; 21(1):22–30.

***Зайцева О.Г.¹, Бойко Е.О.¹, Ложникова Л.Е.¹, Городин В.Н.^{1,3},
Дубова Л.В.^{1,2}, Бахтина В.А.^{1,2}, Охотникова О.Б.¹, Варнаевская А.С.¹,
Воронина С.А.¹, Кибец В.В.¹, Загриценко Т.Н.²***

ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВАКЦИНАЛЬНЫЙ ОТВЕТ: АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

- ¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;
³ Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. Эффективность вакцинации является критическим фактором контроля инфекционной заболеваемости. Хронический стресс и психические расстройства (депрессия, тревога) могут существенно снижать иммунный ответ на вакцины, что требует учёта психоэмоционального статуса при планировании вакцинации [1].

Цель. Выявить аспекты взаимодействия хронического стресса, психических расстройств и иммунного ответа вакцинации.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор литературы (PubMed, eLibrary) по проблеме взаимосвязи психологического стресса, депрессии и вакцинального ответа.

Результаты и обсуждение. Метаанализы показывают, что хронический стресс и депрессивные расстройства ассоциированы со снижением гуморального иммунного ответа на вакцинацию против гриппа, гепатита В и COVID-19

[3]. В частности, у лиц с выраженной депрессивной симптоматикой уровень антител после вакцинации был на 30–50% ниже по сравнению с лицами без психических нарушений [4].

В материалах конференции (Сочи, 2021) представлены данные об опыте вакцинации против COVID-19 сотрудников медицинских организаций, где показано, что у 7,1% привитых заболевание всё же развилось, причём среди привитых «Спутником» тяжёлая форма протекала у 35,3% [2]. Это может быть частично обусловлено стресс-индуцированной иммуносупрессией у медицинских работников.

Психонейроиммунологические механизмы включают активацию ГГН-оси, гипертонизируемую, снижение активности NK-клеток и нарушение функции дендритных клеток, что приводит к ослаблению как гуморального, так и клеточного звена поствакцинального иммунитета [5]. Дополнительное значение имеют поведенческие факторы: у лиц с психическими расстройствами чаще отмечается снижение приверженности вакцинации и пропуск ревакцинации.

Заключение. Учёт психоэмоционального статуса пациентов, коррекция стресса и депрессивных расстройств являются важными компонентами повышения эффективности вакцинации. Рекомендовано проведение психопрофилактических мероприятий (стресс-менеджмент, когнитивно-поведенческая терапия) перед плановой вакцинацией.

Список литературы:

1. Cohen S., et al. Psychological stress and antibody response to vaccination: a meta-analysis // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2019. Vol. 78. P. 87-96.
2. Дубова Л.В., Зотов С.В., Бахтина В.А., и др. Опыт вакцинации против новой коронавирусной инфекции в условиях ГБУЗ СКИБ г. Краснодара // *Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания: Материалы VIII Всероссийской конференции*. Сочи, 2021. С. 51-52.
3. Madison A.A., et al. Depression and vaccine response: a systematic review // *Psychosomatic Medicine*. 2021. Vol. 83, №6. P. 563-571.
4. Gallagher S., et al. Stress and vaccine immunogenicity: a systematic review // *Vaccine*. 2020. Vol. 38, №27. P. 4249-4259.
5. Kiecolt-Glaser J.K., et al. Stress, inflammation, and vaccination // *Journal of Behavioral Medicine*. 2019. Vol. 42, №4. P. 623-635.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОТСУТСТВИЯ
ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХГС ПОСЛЕ
ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО
ДЕЙСТВИЯ ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА» г. КРАСНОДАР**

¹ Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Острые и хронические гемоконтактные вирусные гепатиты В Российской Федерации отнесены к категории социально значимых заболеваний, вследствие их высокой распространённости среди молодого трудоспособного населения [3,5]. Внедрение новых подходов к терапии ХГС, позволили двигаться к элиминации вируса, снижению заболеваемости этой инфекцией. Основной целью лечения ВГС является излечение, или УВО, с целью предотвращения заболеваний печени, внепеченочных проявлений и смерти [6]. Правительство РФ распоряжением от 22 ноября 2022г. утвердило план по борьбе с хроническим гепатитом С, одним из пунктов которого является разработка типового плана по профилактике и лечению ХГС до 2030 г. [4]. Несмотря на высокую эффективность и безопасность современных методов терапии, практикующим врачам приходится решать проблему оптимального выбора схемы ПВТ с учетом экономических факторов, наличия коморбидных состояний и вероятности появления мутантных, резистентных к препаратам прямого противовирусного действия (ПППД) штаммов вируса [1,2].

Цель исследования. Анализ отсутствия вирусологического ответа НСВ через 12 недель у больных с ХГС получавших лечение препаратами прямого противовирусного действия в 2024 и 2025 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Согласно данным ретроспективного анализа, противовирусная терапия ПППД в ГБУЗ «СКИБ» в 2024 и 2025 гг. проведена 3706 пациентам по всем источникам финансирования. Среди пролеченных у 50 (1,34%) пациентов отмечалось отсутствие вирусологического ответа через 12 недель после окончания терапии. Возраст пациентов, не ответивших на противовирусную терапию (ПВТ), колебался от 22 до 77 лет (средний возраст – $52,2 \pm 1,4$ года). Отсутствие элиминации РНК НСВ отмечалось у 34 мужчин и составил 68,0% в группе не ответивших на терапию. Через 12 недель после проведенного лечения РНК НСВ обнаруживалась у 16 женщин и, среди не ответивших на терапию их доля составила 32,0%. Наиболее распространенным генотипом вируса гепатита С (НСВ) среди всех пролеченных был генотип 1, обнаруженный у 1715 (46,3%) пациентов, генотип 3 выявлялся несколько реже – 1605 (43,3%), генотип 2 был идентифицирован у 386 (10,4%) больных. В группе не ответивших на противовирусную терапию больные чаще всего 38 (76,0%) были инфицированы НСВ генотип 3. Так, у 25 (50,0%) мужчин выявлялся НСВ генотип 3; генотип 1 обнаружен в 6 (12,0%) случаях и трое (6,0%)

мужчин были инфицированы генотипом 2. Среди женщин, у которых ПВТ оказалась неэффективной, у подавляющего большинства – 13 (26,0%) – преобладал также генотип 3. В единичных 2 (4,0%) случаях у не ответивших обнаруживалась РНК HCV генотип 1 и генотип 2 – у одной (2,0%) пациентки. У большинства обследованных больных 1896 (51,2%) по данным ультразвуковой эластометрии определялась стадия фиброза печени F0-F2; стадия фиброза печени F3 была установлена в 646 (17,4%) случаях. Выраженная стадия фиброза печени F4 отмечалась у 1164 (31,4%) наблюдавшихся пациентов. В группе пациентов, не ответивших на проведенную противовирусную терапию стадия фиброза печени F0-F2 по шкале METAVIR, была установлена у 15 (30,0%) человек. Стадия F3 выявлялась у 11 (22,0%) пациентов. На стадии фиброза F4 находились 24 (48,0%) больных, у которых сохранялась РНК HCV после 12 недель лечения. У 19 (38,0%) пациентов с положительной РНК HCV после проведенной ПВТ, патологический процесс был на стадии цирроза печени (ЦП), установленный на основе клинических и лабораторных признаков портальной гипертензии: транзиторный асцит в анамнезе, синдром гиперспленизма, варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) 1-3-й степени, а также наличие в анамнезе кровотечения из ВРВП и проведенного ранее лигирования. Среди пациентов, у которых не был получен вирусологический ответ на проведенную ПВТ, из сопутствующих заболеваний требовавших медикаментозного лечения в 21 (42,0%) случаях диагностировалась патология сердечно-сосудистой системы (ИБС, ОНМК в анамнезе, гипертоническая болезнь), у 24 (48,0%) – расстройства питания и нарушения обмена веществ (ожирение 1-2 степени, сахарный диабет, многоузловой зоб), у 10 (20,0%) – болезни органов пищеварения (язвенная болезнь ДПК, панкреонекроз, абсцесс печени в анамнезе, эрозивный гастрит), у 8 (16,0%) – нервно-психические болезни (эпилепсия, шизофрения, тревожно-панический синдром, астено-невротический синдром, инсомния), у 5 (10,0%) – злокачественные новообразования (с-г легкого, печени, почки, молочной железы), у 5 (10,0%) – заболевания органов дыхания (туберкулез легких с резекцией сегментов в анамнезе, бронхиальная астма, ХОБЛ), у 5 (10,0%) – заболевания опорно-двигательной системы (хроническая радикулпатия, ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз суставов, паралич Белла). Кроме того, у 18 (36,0%) больных из данной группы индекс массы тела (ИМТ) превышал 30кг/м². Для специфической терапии всем больным применялись комбинированные схемы ПППД. Чаще всего назначали комбинацию глекапревир и пибрентасвир 1316 случаев (35,5%). Софосбувир и даклатасвир было пролечено 948 (25,6%) больных. Схему софосбувир и велпатасвир назначали 808 (21,8%) наблюдавшимся. Препаратами grazoprevir и elbasvir лечились 359 (9,7%) пациентов. Софосбувир/велпатасвир и рибавирин получали 198 (5,3%) больных; софосбувир и ледипасвир пролечено 61 (1,7%) человек. Сочетанную терапию глекапревир/пибрентасвир и софосбувир принимали 16 (0,4%) пациентов. В группе не ответивших на проведенную противовирусную терапию в большинстве случаев вирусологический ответ через 12 недель после приема глекапревира и пибрентасвира отсутствовал у 31 (62,0%) пролеченных.

После приема софосбувира/велпатасвира и рибавирина РНК HCV методом ПЦР была выявлена в 7 (14,0%) случаях; у 5 (10,0%) – отсутствовал вирусологический ответ после приема софосбувира и даклатасвира; у 4 (8,0%) – после лечения софосбувиром и велпатасвиром. Прием эпклюзы и рибавирина оказался неэффективным в 2 (4,0%) случаях; отсутствие вирусологического ответа зафиксировано в одном случае (2,0%) после терапии глекапревиром/пибрентасвиром и софосбувиром.

Выводы. Доля больных с ХГС, у которых ПБТ оказалась неэффективной, составила 1,34%.

Чаще сохранение вируса гепатита С после проведенной терапии наблюдалось у пациентов, после курса глекапревир и пибрентасвир 31 (2,35% от количества, пролечившихся данной схемой). Вероятно, это объясняется более частым применением данной схемы лечения. Важно отметить, что избыточная масса тела у большинства не ответивших на ПБТ, наличие коморбидной патологии и необходимость приема сопутствующей терапии, вероятно, также влияли на эффективность проводимой противовирусной терапии. Поэтому требуется дальнейший анализ и мониторинг таких случаев для улучшения результатов лечения. Основная причина неэффективности, проведенной ПБТ, генотип 3 и цирроз печени, лекарственное взаимодействие и низкая комплаентность. Каждый случай отсутствия вирусологического ответа – это показание для персонализации схемы противовирусной терапии для перелечивания. В условиях отсутствия исследования на генодиагностику лекарственной резистентности, необходимо учитывать факторы, при помощи которых можно корректировать схемы ПБТ: повышение комплаентности пациента, более тщательное уточнение приема препаратов по сопутствующей патологии, имеющих потенциально неблагоприятное взаимодействие с противовирусными препаратами, решением врачебной комиссии добавление рибавирина в схему лечения пациентам с высоким ИМТ и выраженным фиброзом.

Список литературы:

1. Дземова, А.А. Хронический гепатит С в Российской Федерации после начала программы элиминации HCV-инфекции / А.А. Дземова, Р.А. Ганченко, Г.Ф. Трифонова, Е.В. Эсауленко // Гепатология и гастроэнтерология. – 2020. – Т. 4, №2. – С. 165-170.
2. Кичатова В.С., Кюрегян К.К. Современный взгляд на резистентность к препаратам прямого противовирусного действия при лечении вирусного гепатита С // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2019. Т. 8, №2. С. 64-71. doi: 10.24411/2305-3496-2019-12009.].
3. EASL Governing Board representative; Panel members. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series //J. Hepatol. 2020. No. 73. P. 1170–1218. doi: 10.1016/j.jhep.2020.08.018.
4. Чуланов ВП. Элиминация вирусных гепатитов как приоритетная задачи борьбы с социально-значимыми инфекционными болезнями. IX Всероссийская междисциплинарная научно-практическая конференция с

международным участием «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания». Сочи, 2022.

5. Эсауленко Е.В., Дземова А.А., Трифонова Г.Ф., Бушманова А.Д., Новак К.Е., Огурцова С.В., Буцкая М.Ю. Гепатит С в России и Северо-Западном федеральном округе: итоги первого этапа глобальной программы элиминации инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2021. Т. 13, №3. С. 40–51.

Захаренко С.М.^{1,2}

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

¹ Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней
Федерального медико-биологического агентства России, Санкт-Петербург;

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В последние десятилетия пробиотики прочно заняли место в повседневной жизни – от йогуртов до лекарственных препаратов. Однако за сухим термином «полезные бактерии» скрывается сложная многогранная биохимия. Как бактерия размером в несколько микрометров может влиять на весь организм? Ответ кроется в языке молекул.

Рассмотрим, как пробиотики взаимодействуют с хозяином на молекулярном уровне и приведем механизмы их действия выйдя за рамки «убивают плохих и кормят хороших».

1. Адгезия и конкуренция за рецепторы (Антимикробный барьер). Первый этап работы пробиотика – это не уничтожение патогенов, а формирование собственной устойчивой популяции. Молекулярной основой колонизации являются адгезины – белки и липотейхоевые кислоты на поверхности бактериальной стенки.

Молекулярный механизм: Рецепторы пробиотиков (например, белковые структуры *Lactobacillus* или *Bifidobacterium*) распознают углеводные остатки (специфичные гликаны) в составе муцина кишечника или на поверхности энтероцитов. Эффект: происходит феномен «стерического затруднения». Пробиотик физически блокирует сайты связывания (адгезию) для патогенов, таких как *E. coli*, *Salmonella* или *C. difficile*. Без прикрепления патоген не может запустить механизм секреции токсинов. Исследования показывают, что эффективность пробиотикотерапии напрямую коррелирует с высокой степенью адгезивности используемых штаммов, особенно в терапии метаболического синдрома, синдрома избыточного бактериального роста, хронических заболеваний печени и дисбиоза [1-3].

2. Принцип «Кворум сенсинга» (Quorum sensing) и деградация сигналов. Грамотрицательные патогены общаются между собой с помощью молекул аутоиндукторов (AHL – ацил-гомосерин-лактоны). Пробиотики эволюционировали, чтобы «подслушивать» и глушить этот диалог.

Молекулярный механизм: Некоторые штаммы *Bacillus* продуцируют ферменты лактоназы, которые гидролизуют лактонное кольцо в молекулах AHL. Например, *Bacillus velezensis* D – 18 эффективно подавляет кворум сенсинг за счет активности лактоназы, разрушающей как длинноцепочечные, так и короткоцепочечные AHL-сигналы, что контролируется геном *utnP* [4]. Результат: Патоген не «понимает», что его достаточно много для атаки (критическая плотность популяции). Ключевые гены вирулентности, отвечающие за биопленки и токсины, остаются репрессированными. Это имеет огромное значение для контроля инфекций на слизистой оболочке кишечника [1].

3. Секреция бактериоцинов. Пробиотики синтезируют рибосомальные пептидные антибиотики – бактериоцины. В отличие от классических антибиотиков (продукты вторичного метаболизма), бактериоцины узконаправлены.

Примеры: Низин (*Lactococcus*), лактококкин 972. Механизм действия на клетку-мишень: существует несколько стратегий. (1) образование пор. Низин специфически связывается с липидом II – ключевым предшественником клеточной стенки бактерий. Это приводит к образованию пор в цитоплазматической мембране, утечке ионов и гибели клетки. (2) ингибирование синтеза стенки. Другие бактериоцины (например, лактококкин 972), напротив, связываются с липидом II, блокируют полимеризацию пептидогликана, вызывая замедленный лизис без немедленного образования пор. (3) бактериостатический эффект. Некоторые лантибиотики (например, нукацин ISK – 1) останавливают рост бактерий, подавляя образование септы (перегородки при делении), при этом не разрушая мембранный потенциал [5].

4. Модуляция иммунитета (PAMP-PRR взаимодействие). Пробиотики работают как иммуномодуляторы, поставляя сигнальные молекулы PAMP (патоген-ассоциированные молекулярные паттерны). Ингибирование NF- κ B (противовоспалительный эффект) – белки пробиотиков ингибируют протеасомную деградацию I κ B (ингибитора фактора NF- κ B). В результате фактор транскрипции NF- κ B не попадает в ядро, и не активируются гены провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL – 8). Это ключевой механизм облегчения симптомов при СРК и колитах.

5. Продукция короткоцепочечных жирных кислот (SCFAs) и эпигенетика. Пробиотики (особенно бифидобактерии) сбраживают неперевариваемые пищевые волокна до ацетата, пропионата и бутирата. Ключевой механизм – HDAC ингибирование: Бутират и валериат являются мощными ингибиторами гистоновых деацетилаз (HDAC). Это эпигенетический механизм: бутират изменяет упаковку хроматина. Исследования на клеточных линиях HT – 29 подтвердили, что бактерии *Megasphaera massiliensis* и *Roseburia intestinalis* продуцируют бутират и валериат, которые ингибируют HDAC класса I, вызывая про-противовоспалительный эффект и апоптоз мутантных клеток.

6. Работа с желчными кислотами (Эндокринная ось). Пробиотики экспрессируют фермент желчнокислотная гидролаза (BSH).

Механизм: BSH отщепляет аминогруппу таурина/глицина от конъюгированных желчных кислот. Результат: Деконъюгированные желчные кислоты

хуже всасываются обратно и сильнее стимулируют рецептор TGR5 в бурой жировой ткани. Это ускоряет липолиз и термогенез (что объясняет эффективность пробиотиков при метаболическом синдроме) [1]. Кроме того, свободные желчные кислоты токсичны для ряда патогенов (*Candida*, *Listeria*).

Заключение.

Понимание молекулярных механизмов действия пробиотиков объясняет штаммоспецифичность их эффектов и является основой для разработки стратегий таргетной пробиотической терапии.

Список литературы:

1. Захаренко, С. М. Антибиотики, пробиотики, пребиотики: друзья или враги? / С. М. Захаренко, А. Н. Суворов // *Consilium Medicum*. – 2009. – Т. 11, №8. – С. 47-51.
2. Синдром избыточного бактериального роста у больных хроническим гепатитом С / К. В. Жданов, Д. А. Гусев, С. М. Захаренко [и др.] // *Журнал инфектологии*. – 2011. – Т. 3, №4. – С. 98-101.
3. Патогенетическая связь между состоянием микробиоты кишечника и заболеваниями печени / Н. Д. Венцловайте, Л. Г. Горячева, Н. В. Гончар [и др.] // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. – 2022. – Т. 11, №2(41). – С. 97-105. – DOI 10.33029/2305-3496-2022-11-2-97-105.
4. Monzón-Atienza L., Bravo J., Torrecillas S., et al. *An In-Depth Study on the Inhibition of Quorum Sensing by *Bacillus velezensis* D – 18: Its Significant Impact on *Vibrio* Biofilm Formation in Aquaculture* // *Microorganisms*. – 2024. – Vol. 12(5). – P. 890.
5. Martinez B., et al. Specific interaction of the unmodified bacteriocin lactococcin 972 with the cell wall precursor lipid II // *Applied and Environmental Microbiology*. – 2008. – Vol. 74(15). – P. 4666-4670.

Иброхимова А.Д.^{1,2}, Калмыкова А.А.¹

ГЕПАТИТ А НА ФОНЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург

Актуальность: гепатит А (ГА) является актуальной проблемой здравоохранения для большинства стран мира, включая РФ и продолжает занимать ведущее место в структуре острых вирусных гепатитов, характеризуясь циклическим течением и поражением печени. В клинической практике наблюдается сочетание ГА с другими инфекциями, в частности с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), которые имеют общие сезонные пики заболеваемости. Однако влияние респираторных ко-инфекций на тяжесть, длительность и исходы ГА остается недостаточно изученным, что и определяет актуальность данного исследования [1–5].

Цель: провести сравнительную оценку влияния ОРВИ на клиничко-лабораторные параметры и длительность течения гепатита А.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 119 историй болезни пациентов с подтвержденным диагнозом: ГА без печёночной комы (anti-*HAV IgM* положительно). Все пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 57 пациентов, у которых были обнаружены маркеры ОРВИ (РС-вирусы, парагрипп 1, 2 и 3 типов, коронавирусы, риновирусы, аденовирусы, метапневмовирус). Группу сравнения составили 62 пациента с ГА, у которых ОРВИ отсутствовали. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием критерия χ^2 (хи-квадрат) для качественных переменных и U-критерия Манна-Уитни для количественных переменных. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: в основной группе пациентов доля легких форм заболевания была существенно ниже и составила 15,8%, тогда как в группе сравнения легкое течение наблюдалось у 27,4% больных ($\chi^2=4,12$; $p=0,042$). Среднетяжелые формы, напротив, преобладали у пациентов с ОРВИ (75,4% и 64,5% соответственно). Доля тяжелых форм была сопоставима в обеих группах и составила одинаково 8,8% и 8,1% ($p > 0,05$). При оценке лабораторных показателей установлено, что наличие ОРВИ ассоциируется с более выраженным цитолизом гепатоцитов. Уровень АЛТ в группе с ОРВИ был в среднем на 16% выше и составил 2552 Ед/л и 2198 Ед/л в группе сравнения ($U=1245$; $p=0,038$). Уровень АСТ в основной группе также был значимо выше – 1498 Ед/л и 1227 Ед/л ($U=1310$; $p=0,029$). Уровень общего билирубина не различался между группами ($p > 0,05$). Анализ длительности симптомов показал, что у пациентов с ГА и ОРВИ желтушный период был более затяжным и в среднем составил 18,7 дня, тогда как в группе сравнения – 16,9 дня ($U=1380$; $p=0,045$). При изучении структуры продромального периода выявлено, что у пациентов с ОРВИ в 2 раза чаще встречался гриппоподобный вариант начала заболевания (22% и 10% соответственно; $\chi^2=4,85$; $p=0,028$). Диспептический вариант чаще наблюдался у пациентов без ОРВИ (42% и 35% соответственно).

Выводы: у пациентов с ГА на фоне ОРВИ достоверно реже регистрируются легкие формы заболевания, отмечаются высокие показатели цитолиза и удлиняется продолжительность желтушного периода. Наличие острой респираторной инфекции изменяет клиническую картину ГА, «маскируя» его под гриппоподобный синдром, что может затруднять своевременную диагностику. Пациенты с ко-инфекцией (ГА + ОРВИ) требуют более пристального наблюдения как группа риска по затяжному и более тяжёлому течению заболевания.

Список литературы:

1. Иброхимова А. Д. Гепатит А на этапе стационарной медицинской помощи / А. Д. Иброхимова, А. Е. Блем, В. В. Журавель // Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России: Материалы XVII научно-практической конференции, Краснодар, 16–17 мая 2024 года. – Краснодар: ИП Кабанов В.Б. (издательство "Новация"), 2024. – С. 50-51.

2. Бушманова А. Д. Клиническая значимость коморбидности у пациентов с гепатитом А / А. Д. Бушманова, В. В. Скворода, Н. В. Иванова // Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России: Материалы XII научно-практической конференции, Краснодар, 30–31 мая 2019 года. – Краснодар: Новация, 2019. – С. 20-21.

3. Бушманова А. Д. Предрасполагающие факторы к тяжелому течению гепатита А / А. Д. Бушманова, К. Е. Новак, Н. В. Иванова, В. В. Скворода // Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания: Материалы V Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием, Сочи, 30 октября – 02 2018 года. – Сочи: ООО «Типография Б+», 2018. – С. 38-39.

4. Abutaleb A. Hepatitis A: Epidemiology, natural history, unusual clinical manifestations, and prevention / A. Abutaleb, S. Kottlil // Gastroenterology Clinics of North America. – 2020. – P. 191–199.

5. Nardo A.D. Pathophysiological mechanisms of liver injury in COVID-19 / A.D. Nardo, M. Schneeweiss-Gleixner, M. Bakail, E.D. Dixon, S.F. Lax, M. Trauner // Liver International. – 2021. – P. 20–32.

Комарова А.Я., Сухорук А.А.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цель – изучить динамику изменения показателя заболеваемости острыми вирусными гепатитами (ОВГ) в Санкт-Петербурге за 2020-2024 гг.

Материалы и методы: проанализированы данные официальной государственной статистики по инфекционным заболеваниям за 2020-2024 гг.

Результаты и обсуждение. За последнее десятилетие заболеваемость ОВГ снизилась в 1,5 раза: с 8,7 на 100 тыс. населения в 2011 году до 5,7 на 100 населения в 2022 году [1].

Вместе с тем заболеваемость ОВГ населения Санкт-Петербурга за анализируемый пятилетний период превосходит в 1,5-2,0 раза показатели заболеваемости в Северо-Западном Федеральном округе (СЗФО) и в Российской Федерации (РФ).

Ограничительные мероприятия в период пандемии COVID-19 сыграли свою положительную роль в снижении заболеваемости ОВГ, значительную долю в структуре которых имеет гепатит А – инфекция с фекально-оральным механизмом передачи, составляя в структуре 45-55% [1, 2, 3].

Санкт-Петербург не является эндемичным регионом для гепатита Е, регистрируются единичные, в основном завозные, случаи заболевания, не играющие роли в структуре заболеваемости ОВГ.

Заболеваемость ОВГ в Санкт-Петербурге в 2020 году составила 4,97 на 100 тыс. населения, в 2021 г. – 4,01 на 100 тыс. населения, что выше значений

показателя по СЗФО (3,61 на 100 тыс. населения и 2,75 на 100 тыс. населения соответственно) и РФ (2,99 на 100 тыс. населения и 2,43 на 100 тыс. населения соответственно).

В 2022-2023 годах отмечалось продолжение очередного периодического подъема заболеваемости гепатитом А, что сказалось на общей заболеваемости ОБГ – 5,71 на 100 тыс. населения в 2022 году и 7,05 на 100 тыс. населения в 2023 году

В 2024 году в Санкт-Петербурге зарегистрировали более 7,5 тысяч случаев вирусных гепатитов. Доля острых форм в этой структуре невелика и составляет около 7,1%, в то время как подавляющее большинство случаев (92,9%) приходится на хронические формы.

Заболеваемость ОБГ в 2024 году составила 9,66 на 100 тыс. населения. Рост показателя частично связан с ростом заболеваемости острым гепатитом С. Вопреки общей тенденции к снижению в начале десятилетия, в последние годы в Санкт-Петербурге фиксируется рост заболеваемости острым гепатитом С – показатель составил 3,0 на 100 тыс. населения, что на 34,2% выше, чем в 2023 году. Однако, необходимо отметить важность проведения дифференциальной диагностики между острой и хронической формой гепатита С при его первичном выявлении [4]. Благодаря широкому внедрению иммунизации [5], заболеваемость острым гепатитом В в последние годы достигла показателя элиминации (менее 1,0 на 100 тыс. населения).

В 2025 году по данным Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга наметилась положительная динамика и заболеваемость ОБГ была в 1,5 раза ниже показателя 2024 года.

Список литературы:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2023 году: государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. – Санкт-Петербург: Управление Роспотребнадзора по г. Санкт-Петербургу, 2024. – 254 с.

2. Военно-полевая терапия: национальное руководство/ под ред. Е.В. Крюкова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2023. – 736 с.

3. Гриневич В.Б., Лазебник Л.Б., Кравчук Ю.А. и др. Поражения органов пищеварения при постковидном синдроме. Клинические рекомендации. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022.208(12):4-68.

4. Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Чирский В.С. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы 2003. №2. С.11-16.

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

*Кононенко А.А., Водяницкая С.Ю.,
Ненадская С.А., Баташев В.В., Логвин Ф.В.*

РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДИАГНОЗОМ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) представляет собой арбовирусную трансмиссивную природно-очаговую инфекционную болезнь, возбудитель которой передается иксодовыми клещами и характеризуется, преимущественно, выраженной интоксикацией организма, развитием тяжелых кровотечений и высокой летальностью среди людей. КГЛ выделяется среди природно-очаговых инфекционных болезней как одна из наиболее эпидемиологически значимых для человека [1].

На территории Ростовской области сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по КГЛ. В настоящее время эта инфекция лидирует среди заболеваний, передающихся клещами. Территория природного очага КГЛ охватывает 42 из 55 административных единиц области.

Это происходит из-за роста численности основного переносчика вируса *H. marginatum* и высокого уровня его спонтанного инфицирования. Кроме того, увеличивается видовое разнообразие клещей, которые участвуют в распространении возбудителя. Активность природных очагов КГЛ ежегодно подтверждается обнаружением маркеров вируса ККГЛ в пробах всех элементов паразитарной системы: мелких млекопитающих, врановых птиц и иксодовых клещей [2,3].

При проведении эпидемиологического анализа заболеваемости КГЛ было выявлено, что с 2020 по 2024 годы зарегистрировано 74 случая заболевания в 23 районах Ростовской области (РО). Наибольшее количество случаев зарегистрировано в пяти районах области: в Сальском районе – 11 случаев, в Зимовниковском районе – восемь случаев, в Орловском и Пролетарском районах выявлено по семь случаев, в Целинском районе – шесть случаев. В Заветинском районе выявлено четыре случая, в Дубовском и в Октябрьском районах – по три случая. По два случая зарегистрировано в Аксайском, Егорлыкском, Красносулинском, Мартыновском, Морозовском, Обливском районах. По одному случаю выявлено в Азовском, Багаевском, Волгодонском, Белокалитвенском, Кагальницком, Песчанокопском, Ремонтненском, Семикаракорском и Тацинском районах. Выявленные различия свидетельствуют о неравномерности пространственного распределения инфекции, что связано с комплексом факторов, включая активность клещей-переносчиков вируса, климатические условия и хозяйственную деятельность населения [3].

Ретроспективный анализ случаев заражения КГЛ в медицинских организациях (МО) выявил, что медицинский персонал подвержен высокому риску

инфицирования. Чаще всего заражение происходит при оказании первой помощи и выполнении манипуляций в различных отделениях. После постановки диагноза КГЛ медработники могут заразиться при контакте с тяжелобольными пациентами, у которых наблюдается геморрагический синдром, что связано с высокой концентрацией вируса в крови пациентов. Заболеваемость КГЛ среди медицинских работников также объясняется недостаточной информированностью медицинского персонала о заболевании, несоблюдением мер биологической безопасности и неправильным использованием средств индивидуальной защиты [1].

С целью снижения уровня заболеваемости медицинских работников КГЛ в МО целесообразно проводить оценку готовности госпитальной базы к оказанию медицинской помощи пациентам с КГЛ. Она включает комплекс критериев, направленных на обеспечение оперативного развёртывания специализированных лечебных учреждений, подготовки персонала и соблюдения требований биологической безопасности.

Для обеспечения населения качественной медицинской помощью необходимо проводить регулярные комплексные проверки готовности медицинских учреждений. Эти проверки охватывают следующие аспекты: организационную готовность, кадровую обеспеченность, материально-техническую оснащённость и гигиеническое воспитание населения.

Организационная готовность включает разработку актуальных алгоритмов действий медицинского персонала при поступлении пациентов с подозрением на КГЛ, своевременное выявление и информирование эпидемиологических служб, соблюдение мер инфекционного контроля и проведение противоэпидемических мероприятий в МО.

Кадровая обеспеченность подразумевает наличие квалифицированных специалистов: врачей-инфекционистов, эпидемиологов, микробиологов, лаборантов и медсестер, которые владеют современными знаниями о клинических проявлениях КГЛ, методах диагностики и лечения.

Материально-техническая оснащённость предполагает наличие необходимого оборудования, диагностических лабораторий и достаточного запаса медикаментов, включая специфические препараты для лечения и профилактики инфекции, а также средств индивидуальной защиты для медицинского персонала.

Гигиеническое воспитание населения направлено на повышение осведомлённости о рисках заражения природно-очаговыми инфекциями, правилах личной гигиены и профилактических мерах, правилах времяпровождения на открытых участках территории и парковых зонах, которые снижают вероятность передачи инфекции человеку при контакте с клещами.

При проведении оценки готовности МО (инфекционного госпиталя, провизорного госпиталя и изолятора) на территории РО, комиссией учитывается: наличие и актуальность схемы перепрофилирования МО для приема и лечения больных; коечный фонд (количество и возможность его приспособления) и наличие специализированных палат изоляции (мельцеровский бокс);

укомплектованность кадрами; подготовленность основного и дублирующего составов персонала МО к работе в условиях госпиталя (высокий уровень теоретической и практической подготовки); настороженность медицинского персонала, качественное и своевременное обучение сотрудников действиям при оказании медицинской помощи пациентам с диагнозом КГЛ; возможность быстрой организации экспресс-диагностики инфекционных агентов; готовность МО обеспечить адекватную помощь пациентам с тяжелыми осложнениями данного заболевания; готовность учреждения к проведению дезинфекционных мероприятий (наличие необходимых дезсредств и инвентаря).

Таким образом, оценка состояния готовности МО к оказанию медицинской помощи пациентам с диагнозом КГЛ позволяет своевременно выявлять недостатки в деятельности организации и разрабатывать меры по повышению уровня эпидемиологической настороженности, предотвращению развития нозокомиальных вспышек как среди медицинского персонала, так и среди пациентов и членов их семей.

Список литературы:

1. Василенко Н.Ф., Малецкая О.В., Прислегина Д.А., Волынкина А.С., Таран Т.В., Манин Е.А., Куличенко А.Н. Обзор нозокомиальных случаев заражения вирусом Крымской-Конго геморрагической лихорадки // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2019. Т. 8, №4. С. 39–47.

2. Куличенко А.Н., Прислегина Д.А. Крымская геморрагическая лихорадка: климатические предпосылки изменений активности природного очага на юге Российской Федерации // Инфекция и иммунитет. 2019. Т. 9, №1. С. 162–172.

3. Доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Ростовской области в 2024 году». – Ростов-на-Дону, 2025. 176 с.

Копышева Е.Н., Сухорук А.А.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Хронические вирусные гепатиты являются крайне распространенными заболеваниями среди лиц, употребляющих внутривенные наркотики, из-за высокого риска передачи вируса через общие иглы, шприцы и другие инструменты. Кроме того, наркотики оказывают разрушающее влияние на иммунную систему, приводя к формированию вторичного иммунодефицита, что приводит к неспособности организма к спонтанной элиминации вирусов гепатита, формированию хронических форм заболевания и прогрессированию фибротических изменений в печени [1, 2].

По оценочным данным UNODC/WHO/UNAIDS/World Bank в 2022 году в мире насчитывалось 13,9 млн потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), из них в Российской Федерации от 1,4 до 1,8 млн человек [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2022 – 2024 годы, во всем мире хроническим гепатитом В (ХГВ) страдают около 254 миллионов человек. ПИН являются одной из наиболее уязвимых групп. Наличие серологических маркеров вируса гепатита В (ВГВ) среди ПИН в разных странах варьируется от 20% до 70%.

Существует прямая зависимость между стажем употребления наркотиков и вероятностью инфицирования ВГВ – более 80% лиц со стажем инъекционного употребления свыше 10 лет инфицированы [4].

Заболеваемость ХГВ среди ПИН в России демонстрирует значительные региональные различия, обусловленные как общей эпидемиологической ситуацией в субъекте, так и спецификой местной наркосреды – от 5,2-15,1% до 60,5% наркозависимых в зависимости от региона и стажа употребления. Сибирский федеральный округ – один из самых пораженных, маркеры ВГВ выявляются у 70-80% ПИН. В городах, являющихся крупными промышленными центрами, уровень выявления маркеров ВГВ среди пациентов наркологического профиля достигает 12,3%. В Санкт-Петербурге серопревалентность среди наркозависимых оценивается примерно в 16%.

По последним оценкам ВОЗ в мире насчитывается около 50 миллионов человек, живущих с хроническим гепатитом С (ХГС). В России оценочное число больных ХГС составляет от 3,5 до 4,7 млн человек.

Среди ПИН распространенность ХГС в разы выше, чем в общей популяции, и по глобальным оценкам достигает 38,8-50,2%; самая высокая распространенность вируса гепатита С (ВГС) среди ПИН зафиксирована в Восточной Европе (48,4%). По оценкам ВОЗ и профильных исследований, в мире около 5,5-5,8 млн ПИН, живут с ХГС [3].

Заболеваемость ХГС среди ПИН в России тесно связана с региональными уровнями наркопотребления. В среднем по стране антитела к вирусу обнаруживаются у 75-85% ПИН. В Калининградской области по итогам 2024 года среди официально зарегистрированных пациентов с наркоманией 67% (901 человек) имеют положительный статус по гепатиту С. В Воронежской области в разные периоды антитела к ХГС выявлялись у 82,4-91,0% обследованных ПИН. Высокая плотность ПИН и распространенность ВГС традиционно фиксируются в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Наименьшие показатели заболеваемости наркоманией в 2024 году зафиксированы в Ненецком и Чукотском автономных округах (0 случаев), а также в Чувашии (1,40/0000), Белгородской (3,20/0000) и Оренбургской (3,40/0000) областях, а соответственно, риск массового распространения ХГС через инъекции в этих субъектах оценивается как минимальный.

В связи с общими путями передачи у 40-60% ПИН, попадающих в стационары, диагностируется сочетание гепатитов В и С. У ВИЧ-инфицированных ПИН ХГВ или ХГС выявляются в 70-80% случаев.

Таким образом, ПИН формируют значительную когорту источников инфекции ВГВ и ВГС, требующую особого внимания и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий. Доказано, что эффективность

современной противовирусной терапии ХГВ и ХГС у ПИН сопоставима с эффективностью у лиц, не употребляющих наркотики [4, 5]. Лечение ПИН будет способствовать снижению риска распространения хронических вирусных гепатитов в популяции в целом.

Список литературы:

1. Сысоев К.А., Чухловин А.Б., Шахманов Д.М., Жданов К.В., Арег А.Т. Профиль цитокинов и хемокинов в плазме крови пациентов с хроническим гепатитом С. Инфекция и иммунитет. 2013. Т. 3. №1. С. 49-58.

2. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Чирский В.С. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы 2003. №2. С.11-16

3. The World Drug Report 2024 <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-annex.html>

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

5. Wei L. et al. Efficacy and safety of elbasvir/grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1, 4, or 6 infection from the Asia-Pacific region and Russia: final results from the randomized C-CORAL study. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2019. Т. 34. №1. С. 12-21.

Копышева Е.Н., Сухорук А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Всемирная организация здравоохранения отмечает, что ежегодно сезонным гриппом заболевает около 1 миллиарда человек, из которых до 5 миллионов переносят инфекцию в тяжелой форме [1].

Современные тенденции заболеваемости гриппом характеризуются возвращением вируса к активной циркуляции после периода «вытеснения» пандемией COVID-19, изменением доминирующих штаммов и ростом числа тяжелых случаев.

Эпидемиологическая ситуация с гриппом в сезоне 2025-2026 годов характеризуется возвращением к классическим эпидемическим циклам. В период пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 вытеснил практически полностью вытеснил из циркуляции возбудителей других ОРВИ [2, 3, 4]. В 2020-2022 годах вспышки гриппа были хаотичными или отсутствовали вовсе. В эпидемическом сезоне 2025-2026 годов подъем заболеваемости начался в ноябре-декабре, а пик пришелся на январь-февраль.

В 2024 г. заболеваемость гриппом в РФ снизилась по сравнению с прошлым годом на 27,1% и составила 121,67 на 100 тыс. населения, но при этом была, как и в 2023 г., выше среднеемноголетних значений (38,93 на 100 тыс. населения) – в 3 раза. Заболеваемость гриппом детского населения по сравнению с 2023 годом снизилась на 33,7% составив 268,8 на 100 тыс. детского

населения, но при этом превысила среднескользящий показатель (92,86) в 2,9 раза. Наибольшая заболеваемость наблюдалась в возрастной группе 1-2 года – 494,7 на 100 тыс. и у детей до 1 года – 416,6 на 100 тыс. [5].

В разрезе субъектов РФ в 2024 году заболеваемость гриппом варьировалась в широком диапазоне от 0,39 на 100 тыс. населения в Чеченской Республике до 610,14 на 100 тыс. населения в Пензенской области [5].

В 2025 – 2026 году значительную долю случаев (до 70 – 75%) занимает вирус гриппа А (H3N2), который отличается высокой изменчивостью. Летом 2025 года появился новый субклад вируса А (H3N2) – субклад К, который к декабрю накопил до 9 мутаций и быстро вытеснил другие варианты.

Также сохраняется циркуляция гриппа А(H1N1) – около 30% в структуре, а на долю вирусов гриппа В приходится менее 1%.

Из-за малого контакта с вирусом в предыдущие годы сформировалась большая прослойка не иммунных лиц, что повышает значимость проведения прививочной кампании.

Во время подготовки к эпидемическому сезону гриппа 2024-2025 гг. в РФ было привито против гриппа 82 859 780 человек, а охват прививками населения РФ составил 56,0% [5].

В рамках всероссийской кампании по вакцинации против гриппа в 2025 году было привито более 80,4 миллиона человек, а охват населения составил 54,5%. В Санкт-Петербурге за 2025 год привились 3,4 миллиона человек (около 61% населения города), из которых 600 тысяч – дети.

Обращает на себя внимание, что, как и в предыдущие годы, подавляющее большинство циркулировавших вирусов гриппа сохранили чувствительность к ингибиторам нейраминидазы, вместе с тем у всех возбудителей снижена чувствительность к ремантадину.

Список литературы:

1. Военно-полевая терапия: национальное руководство/ под ред. Е.В. Крюкова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2023. – 736 с.

2. Жданов К.В. и др. Оптимизация диагностики инфекции, вызванной SARS-COV – 2, с использованием полимеразной цепной реакции в крупном многопрофильном стационаре. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. №2 (70). С. 7-10.

3. Крюков Е.В. и др. Электронно-микроскопические изменения слизистой оболочки носоглотки у пациентов с COVID-19 в зависимости от клинической формы и периода заболевания. Журнал инфектологии. 2021; 13 (2): 5-13.

4. Гриневич В.Б. и др. Поражения органов пищеварения при постковидном синдроме. Клинические рекомендации. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022.208(12):4-68.

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

**Коршунова А.Д., Миронов К.О., Чурилова Н.С.,
Пивнева М.В., Выборнова С.В., Королева И.С.**

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2020–2024 ГГ.

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Гнойные бактериальные менингиты (ГБМ) остаются значимой медико-социальной проблемой в связи с высоким уровнем летальности, риском развития неврологических осложнений и необходимостью постоянного эпидемиологического мониторинга. Особый интерес представляет анализ ситуации в Южном федеральном округе (ЮФО), характеризующемся высокой миграционной активностью и значительным туристическим потоком. Сравнение динамики ГБМ в ЮФО с общероссийскими показателями позволяет оценить региональные особенности эпидемического процесса и определить приоритетные направления профилактики.

Цель. Оценить динамику заболеваемости, этиологическую структуру, серогрупповую характеристику *Neisseria meningitidis* и показатели летальности при ГБМ в ЮФО в 2020–2024 гг. в сравнении с показателями заболеваемости в Российской Федерации (РФ) за аналогичный период.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный описательно-аналитический анализ на основе данных отчетных форм Референс-центра по мониторингу за бактериальными менингитами за 2020–2024 гг.

Результаты. В РФ в 2020–2021 гг. отмечалось снижение заболеваемости ГБМ с 0,77 на 100 тыс. населения (1128 случаев) в 2020 г. до 0,64 (937 случаев) в 2021 г. В дальнейшем зарегистрирован устойчивый рост показателя: до 1,1 (1596 случаев) в 2022 г., 1,25 (1837 случаев) в 2023 г. и 1,42 (2080 случаев) в 2024 г. Аналогичная тенденция наблюдалась при генерализованных формах менингококковой инфекции (ГФМИ), где показатель возрос с 0,26 на 100 тыс. населения (382 случая) в 2020 г. до 0,49 (712 случаев) в 2024 г. В среднем за 2020–2024 гг. показатель заболеваемости ГБМ составил 1,04 на 100 тыс. населения, ГФМИ – 0,37 на 100 тыс. населения. В ЮФО заболеваемость ГФМИ также увеличилась с 0,09 на 100 тыс. населения в 2020 г. до 0,28 на 100 тыс. населения в 2024 г., оставаясь ниже среднероссийских значений на протяжении всего периода наблюдения. В структуре лабораторно подтвержденных случаев ГБМ в РФ преобладал *Neisseria meningitidis* – 648 случаев (49%), далее следовали *Streptococcus pneumoniae* – 367 случаев (27%), другие возбудители – 270 случаев (20%) и *Haemophilus influenzae* – 51 случай (4%). В ЮФО этиологическая структура соответствовала общероссийским показателям при наличии отдельных количественных особенностей. Наиболее частым возбудителем также выявлялся *N. meningitidis* – 46 случаев (31,7%), затем *S. pneumoniae* – 28 случаев (19,3%), прочие бактериальные возбудители – 11 случаев (7,6%), *H.*

influenzae – 2 случая (1,4%). При этом значительную долю составили наблюдения с отрицательным результатом – 58 случаев (40%). В серогрупповой характеристике инвазивных штаммов менингококка в РФ выявлено преобладание *N. meningitidis* серогруппы W – 139 случаев (21%), далее по частоте выделения следовали штаммы серогруппы A – 108 случаев (17%), B – 73 случая (11%) и C – 38 случаев (6%). Менингококк серогруппы Y был выявлен в 17 случаях (2,6%), Y/W – в 8 случаях (1,2%). В 265 случаях (41%) серогруппа не была определена. Среди менингококковых случаев в ЮФО выявлены серогруппы B – 2 случая (4,3%), C – 2 случая (4,3%), Y – 2 случая (4,3%) и W – 1 случай (2,2%). Серогруппа A не регистрировалась. В большинстве случаев серогруппа не определена – 39 наблюдений (84,8%). Показатель летальности при ГФМИ в РФ снизился по сравнению с 2023г. (21%) и составил 124 летальных исхода из 712 случаев (17%). При ГБМ неменингококковой и неуточненной этиологии – 307 летальных исходов из 1368 случаев (22%). В ЮФО аналогичные показатели составили 7 летальных исходов из 46 случаев (15%) и 12 летальных исходов из 99 случаев (12%) соответственно.

Выводы. В 2022–2024 гг. в РФ и ЮФО отмечен рост заболеваемости ГБМ и ГФМИ после периода снижения в 2020–2021 гг. В ЮФО показатели остаются ниже среднероссийских при сохранении сходной этиологической структуры с преобладанием *N. meningitidis* и *S. pneumoniae*. Существенной проблемой является высокая доля негруппируемых штаммов менингококка, что ограничивает полноту эпидемиологического анализа. Сохранение высоких показателей летальности при ГБМ (не менее 12%) свидетельствуют о необходимости совершенствования ранней диагностики, лабораторного мониторинга и профилактики.

Список литературы:

1. Бактериальные менингиты в Российской Федерации: эпидемиологический мониторинг за 2020–2024 гг.: аналитический отчет / Референс-центр по мониторингу бактериальных менингитов. – Москва, 2025. – 120 с.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1104 с.

**Коханова С.А.¹, Водяницкая С.Ю.², Баташев В.В.², Кононенко А.А.²,
Логвин Ф.В.²**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
(ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ) МЕРОПРИЯТИЙ ПО
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ГБУ РО «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»**

¹ Перинатальный центр, Ростов-на-Дону

² Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

В российской службе родовспоможения в последние годы осуществлены значительные преобразования, направленные на развитие материально-

технической базы и внедрение трехуровневой модели организации медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным. Ключевым элементом данной реформы стало формирование сети перинатальных центров. Их основной задачей является оказание высокотехнологичной помощи новорожденным в наиболее критическом состоянии, что способствует достижению одной из главных целей – предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и, как следствие, снижение показателей младенческой смертности [1, 2].

Важнейшим направлением деятельности по организации родовспоможения в государственном бюджетном учреждении Ростовской области «Перинатальный центр» (ГБУ РО «Перинатальный центр») является комплекс мер по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе проведение микробиологического мониторинга, направленного на профилактику ИСМП [1], контроль за рациональным применением противомикробных препаратов (ПМП), дезинфекционных средств и кожных антисептиков.

Регулярное слежение за циркулирующими в отделениях Перинатального центра микроорганизмами, установление их роли в этиологии инфекций, а также наличие антибиотикорезистентности позволяют установить полноценный микробный пейзаж. Интерпретация данных микробиологического мониторинга должна основываться на их восприятии как эпидемиологического показателя, который отражает распространенность популяций условно-патогенной микрофлоры, позволяет анализировать тенденции в ее видовой структуре и чувствительности к препаратам, а также в качестве инструмента для выявления предвестников эпидемиологического неблагополучия.

На основе результатов проводимого микробиологического мониторинга осуществляется целенаправленное планирование профилактических (противоэпидемических) мероприятий, формируется рациональная стратегия и тактика применения ПМП и дезинфекционных средств [3].

Анализируя результаты профилактических (противоэпидемических) мероприятий, необходимо подчеркнуть особое значение комплексной диагностики инфекций у новорожденных во взаимосвязи с результатами бактериологических исследований генитального тракта беременных женщин.

Микробиологический мониторинг патологической колонизации организма новорожденных позволяет оптимизировать подбор стартовой антимикробной терапии при подозрении на ИСМП и обеспечить адекватный курс лечения.

Во избежание возникновения ИСМП у новорожденных необходимо разъяснять будущим матерям, что при планировании и во время беременности необходимо проводить санацию генитального тракта, хронических очагов инфекций и лечение бессимптомной бактериурии путем назначения ПМП.

С целью локализации и ликвидации эпидемических очагов ИСМП в неонатальных отделениях реанимации и интенсивной терапии ГБУ РО «Перинатальный центр» внедрен комплексный подход. Данная стратегия включает три ключевых направления: организацию «макробарьеров» для прерывания путей

передачи госпитальной инфекции между пациентами, создание «микробарьеров» с целью блокировки проникновения патогенов извне энтеральным и парентеральным путями, а также проведение систематического эпидемиологического мониторинга для оценки эффективности реализуемых противоэпидемических мероприятий. Выполнение стратегии обеспечивается систематической и качественной работой комиссии по профилактике ИСМП, включающей врача-эпидемиолога, врача-клинического фармаколога и микробиолога, контролирующей правила выхаживания новорожденных, такие как раннее начало энтеральной нагрузки, максимальное использование в кормлении грудного молока, более широкое внедрение неинвазивных опций респираторной поддержки и др.

С целью стандартизации и повышения качества медицинской помощи в ГБУ РО «Перинатальный центр» комиссией внедрена система стандартных операционных процедур, регламентирующих вопросы эпидемиологической, хирургической, биологической безопасности, а также техники выполнения медицинских манипуляций. Для мониторинга исполнения данных регламентов и соблюдения противоэпидемических требований используется видеонаблюдение. Периодический контроль проводится комиссией по внутреннему контролю качества с применением чек-листов, по итогам которых вносятся коррективы в программу производственного контроля учреждения.

Таким образом, эффективная профилактика возникновения и распространения ИСМП в условиях Перинатального центра требует реализации системного подхода, основанного на выполнении комплекса профилактических (противоэпидемических) мероприятий. К числу ключевых элементов относится контроль за рациональным применением ПМП, плановая ротация дезинфекционных средств и кожных антисептиков. Особую важность представляет микробиологический мониторинг патологической колонизации организма новорожденных, особенно маловесных и недоношенных детей, находящихся под комплексным влиянием гестационного возраста и факторов внутрибольничной среды.

Список литературы:

1. Припутневич Т.В., Зубков В.В., Трофимов Д.Ю., Шевырёва М.П., Марьин Г.Г., Тутельян А.В., Акимкин В.Г., Брико Н.И., Костенко Н.А., Байбарина Е.Н., Сухих Г.Т. Эволюция технологий в микробиологии — ключ к формированию новых возможностей надзора и профилактики инфекций в родовспоможении. Вестник Российской академии медицинских наук. – 2019;74(6):364-370.
2. Макаренцева А.О. Достижения перинатальной реформы и резервы дальнейшего сокращения младенческой смертности в России. Демографическое обозрение. 2023;10 (3):62-81.
3. Моисеева К.Е., Михайлова Ю. П., Алексеева А.В., Харбедия Ш. Д., Сергиенко О. И., Мызникова И. В. Формирование, современное состояние и основные проблемы организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в России. Медицина и организация здравоохранения.2022; 7 (2):89-99.

**ОЦЕНКА ОЖИДАЕМОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВОГО ЭТАПА
СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ДНК ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ
ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ
ОКРУГЕ**

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Актуальность. Современная стратегия профилактики рака шейки матки (РШМ) включает активный скрининг для своевременного выявления предраковой патологии. Для оценки и сохранения репродуктивного здоровья в Российской Федерации с 2026 г. в соответствии с Постановлением Правительства от 29.12.2025 г. №2188 регламентирован протокол обследования при диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста, включающий определение ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска методом ПЦР (ВПЧ-тест качественный) на первом этапе для женщин 21-49 лет, что несомненно повышает чувствительность первичного диагностического звена в сравнении с ранее используемым протоколом на основе цитологического исследования. Однако, применение современных молекулярно-биологических методов (ПЦР-РВ в количественном формате) и информационных технологий обработки данных позволит существенно оптимизировать предлагаемый диагностический подход. Представляет интерес сравнение ожидаемой эффективности при использовании двух алгоритмов скрининга РШМ на примере Южного федерального округа: 1) регламентированный протокол диспансеризации женщин 21-49 лет по оценке репродуктивного здоровья (ДОРЗ 2026) – ВПЧ-тест качественный на первом этапе и 2) инновационный алгоритм, разработанный в ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора – ВПЧ-тест количественный с генотипированием (ВПЧ-тест расширенный) на первом этапе в комплексе с расчетом риска наличия плоскоклеточного интраэпителиального поражения шейки матки высокой степени (HSIL) (1), что явилось целью данного исследования.

Материалы и методы. В исследование включены ретроспективные данные обследования 331 женщины в возрасте 21-49 лет, ($M=33,7$, $Me=33$, $IQR: 28-39$ лет), обратившихся к врачу-гинекологу в медицинские организации Южного федерального округа (Ростовская область, Республика Крым) в 2024 г. Данные включали возраст женщин и результаты лабораторных диагностических исследований: ВПЧ-тест качественный/ВПЧ-тест расширенный и цитология жидкостная. Технология взятия и предварительной обработки биологического материала проведена в соответствии с методическими рекомендациями «Взятие, транспортировка, хранение биологического материала для ПЦР-диагностики», разработанными в ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора (<https://prepcr.crie.ru>). Цитологические заключения сформированы в соответствии с терминологической системой Bethesda (2014). Экстракция и

амплификация ДНК проведена с использованием комплектов и наборов реагентов производства ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, зарегистрированных в Российской Федерации в установленном порядке. Определяли наличие и концентрацию ДНК ВПЧ 14-и (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 68, 59, 66, 68) типов. Результаты ВПЧ-теста оценены в соответствии с разработанным алгоритмом, реализованным в виде онлайн ресурса «Виртуальный помощник расчета риска наличия плоскоклеточного интраэпителиального поражения шейки матки высокой степени (HSIL)» (<https://hpvi.cric.ru/site/calc-hsil>) и сопоставлены с заключениями цитологического исследования (2). Для статистической обработки использованы стандартные методы описательной статистики.

Результаты. 80/331 (24,17%, 95% ДИ: 19,56–28,78%) обследованных женщин инфицировано ВПЧ 14-и исследуемых типов, в 19 случаях (23,75%, 95% ДИ: 14,42–33,08%) обнаружено 2 и более типа одновременно.

Согласно алгоритму обследования ДОРЗ 2026 (ВПЧ-тест качественный на первом этапе) 80/331 женщинам потребовалось цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и в 41/80 случае выявлены отклонения от нормы, характерные для ВПЧ-инфекции, среди которых 12 HSIL. В соответствии с клиническими рекомендациями «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2024) дальнейшее инструментально-диагностическое обследование показано: расширенная кольпоскопия – в 41 случае; патологоанатомическое исследование тканевого биопсийного материала шейки матки – не менее, чем в 12 случаях.

Проведение обследования с применением разработанного нами алгоритма (ВПЧ-тест расширенный в комплексе с расчетом риска наличия HSIL на первом этапе) позволило выявить 80/331 женщин с ВПЧ-инфекцией, среди которых высокий риск наличия HSIL рассчитан для 44/80 случаев с рекомендацией проведения цитологического исследования. При цитологическом исследовании микропрепарата шейки матки установлено 26/44 случаев отклонения от нормы, в том числе 12 случаев HSIL. В результате потребуются проведение обследования методом расширенной кольпоскопии в 26 случаях; патологоанатомическое исследование тканевого биопсийного материала шейки матки – не менее, чем в 12 случаях.

На основании полученных данных диагностические характеристики первого этапа скрининга РШМ при протоколе ДОРЗ 2026 и предлагаемом нами составили: чувствительность – 100% для обоих алгоритмов, специфичность – 78,68% и 89,97%, правильность – 79,46% и 90,33% соответственно.

Таким образом, применение разработанного алгоритма в данной группе женщин при сохранении равнозначной чувствительности с регламентированным протоколом ДОРЗ 2026, позволило сократить количество проводимых цитологических исследований микропрепарата шейки матки на 47,5% и исследований методом расширенной кольпоскопии на 36,6%, что подтверждено повышением значений диагностической специфичности и правильностью.

Заключение. Проведено сравнение ожидаемой эффективности при использовании двух алгоритмов скрининга РШМ на примере Южного федерального округа. Установлены высокие диагностические характеристики инновационного алгоритма, разработанного в ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Показаны и охарактеризованы его преимущества в части повышения специфичности и точности на первом этапе скрининга, а также снижения количества требуемых дополнительных диагностических обследований женщин.

Список литературы:

1. Кулешова, О. Б. Оптимизация скрининга рака шейки матки на основе результатов расширенного ВПЧ-теста / О. Б. Кулешова, В. Г. Акимкин, Э. А. Домонова, А. Н. Герасимов // Медицинский алфавит – 2024. – №31. – С. 14–19. – doi <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-31-14-19>. – ISSN 2078-5631.
2. Кулешова, О.Б. Создание виртуального помощника для расчета риска наличия интраэпителиального поражения шейки матки высокой степени на основании результатов расширенного ВПЧ-теста / Кулешова О.Б., Домонова Э.А., Чекрыжов В.В., Акимкин В.Г. //Акушерство и гинекология. 2025. №S8. С. 18-19. – ISSN 0300-9092.

Лагун Л.В., Аверченко К.В., Шеломовская Е.В.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Введение. Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это большая группа инфекционных заболеваний человека с фекально-оральным механизмом заражения, вызываемых патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами и простейшими. Острые кишечные инфекции являются одними из наиболее распространенных инфекционных заболеваний в детском возрасте [1].

Почти 30% всех случаев смерти от болезней пищевого происхождения регистрируются среди детей младше пяти лет несмотря на то, что они составляют всего лишь 9% всего населения мира. Этот вывод является одним из результатов «Оценок ВОЗ глобального бремени болезней пищевого происхождения» – самого полного на сегодняшний день доклада о воздействии контаминированных пищевых продуктов на здоровье и благополучие людей [2].

Цель исследования. Изучить и проанализировать этиологическую структуру возбудителей острых кишечных инфекций у пациентов детского возраста.

Материалы и методы. В работе использовались данные из историй болезней 84 пациентов детского возраста с острыми кишечными инфекциями, находившихся на стационарном лечении в инфекционных отделениях №2 и №5 в УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в 2018 г. и 2025 г. Возраст пациентов – от 1 до 18 лет.

Проводилась оценка положительных результатов микробиологического исследования фекалий; микроорганизмы были выделены в 87 случаях. Среди всех возбудителей бактериальной природы условно-патогенные микроорганизмы были выделены в этиологически значимом количестве. В результатах проведенного исследования микроорганизмы были представлены как в виде монокультуры, так и микст-инфекции.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе анализа полученных данных установлено, что в этиологическом спектре возбудителей острых кишечных инфекций у детей бактериальные патогены были выделены в 94,3% случаев (n=82), вирусы – 5,7% случаев (n=5).

У 96,4% пациентов с ОКИ микроорганизмы в исследуемом материале присутствовали в виде монокультуры, а у 3,6% – микст-инфекция (по два возбудителя в сочетании разных видов бактерий, либо бактерий и вирусов).

Возбудители ОКИ вирусной природы были представлены энтеровирусами (2,3%), ротавирусами (2,3%) и норовирусами (1,1%).

В структуре бактериальных возбудителей острых кишечных инфекций доминировали энтеробактерии (клебсиелла, энтеробактер, цитробактер, протей, *Salmonella enteritidis*), удельный вес которых в совокупности 91,5%.

В этиологической структуре среди всех возбудителей ОКИ доминировали штаммы *Klebsiella spp.* – 25,3% (n=22), *Citrobacter freundii* – 24,1% (n=21).

Доля облигатных патогенов, в частности возбудителя сальмонеллеза *Salmonella enteritidis*, среди всех энтеробактерий составила 20,0% (n=15), остальные из энтеробактерий – условно-патогенные микроорганизмы.

Среди бактерий существенную роль составили грамотрицательные микроорганизмы (энтеробактерии (n=75), *Pseudomonas aeruginosa* (n=2)), в совокупности – 93,9% (n=77). Грамположительные были выделены в 6,1% (n=5) и это были во всех случаях штаммы *Staphylococcus aureus*.

Выводы. Таким образом, анализ этиологической структуры возбудителей острых кишечных инфекций детей на современном этапе показал, что доминирующими возбудителями при данной патологии являются энтеробактерии, в частности бактериальные патогены *Klebsiella spp.* – 25,3%, *Citrobacter freundii* – 24,1%. В этиологии ОКИ частота обнаружения возбудителя сальмонеллез *Salmonella enteritidis* составила 20,0%.

Список литературы:

1. Характеристика острых кишечных инфекций у детей, госпитализированных в стационар г. Москвы / Ковалев О. Б. [и др.] // Детские инфекции. – 2017. – №16(3). – С. 59-63.
2. WHO's first ever global estimates of foodborne diseases find children under 5 account for almost one third of deaths [Electronic resource] // WHO. World Health Organization. – Mode of access: <https://www.who.int/news/item/03-12-2015-who-s-first-ever-global-estimates-of-foodborne-diseases-find-children-under-5-account-for-almost-one-third-of-deaths>. – Date of access: 10.03.2026.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАЛАМИНА

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Введение. Каламин – редкий вторичный минерал, водный силикат цинка с гидроксидом, обладающий способностью восстанавливать кожные покровы при поражениях. Вещество каламин представляет собой минеральную розовую пудру с высоким содержанием цинка, которую получают из минерала гемиморфита, и также присутствует оксид железа. Название каламина изначально связано с тем, что по форме минерал напоминает тростник (*calamus*). Каламин оказывает успокаивающее, охлаждающее и противовоспалительное действия, обеззараживает, снимает покраснения, подсушивает, способствует формированию на коже защитного барьера. Порошок из минерала часто входит в состав косметических средств. Лосьон каламин применяют при различных повреждениях кожных покровов у детей и взрослых [1, 2].

Цель исследования. Изучить антибактериальную активность вещества каламин.

Материалы и методы. Для проведения работы в исследование включены эталонные штаммы бактерий *Staphylococcus aureus* (ATCC 25923) и *Escherichia coli* (ATCC 25922) и *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 27853).

Для определения антибактериальной активности использовали порошок каламина и готовый лосьон каламин. Для проведения исследования для приготовления бактериальной суспензии использовали чистые суточные культуры эталонных штаммов *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, выращенные на скошенном мясопептонном агаре.

Изначально бактериальную суспензию готовили на 0,9% растворе натрия хлорида до оптической плотности 0,5 по МакФарланду ($1,5 \times 10^8$ КОЕ/мл). Контроль оптической плотности выполняли с помощью прибора денситометра. Готовую суспензию каждой бактериальной культуры наносили на поверхность агаризованной питательной среды Мюллер-Хинтон штриховыми движениями в трех направлениях, поворачивая чашку Петри на 60°. После инокуляции чашки подсушивали при комнатной температуре. Далее асептически на подсушенную поверхность питательной среды пипеткой по определенному шаблону наносили готовый лосьон каламин и взвесь суспензии порошка каламина в объеме по 20 мкл. Исследование проводилось в трех повторях. Чашки повторно подсушивали 15-30 мин, накрыв их стерильными бумажными фильтрами, и инкубировали 18 ч при температуре 37°C.

Учет результатов оценивали по зонам задержки роста эталонных штаммов микроорганизмов в месте нанесения каламина путем измерения их диаметров (диаметры зон задержки роста измеряли с помощью линейки с точностью до 1 мм).

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведенного исследования было установлено, что диаметры зон подавления роста бактериальных

культур под действием лосьона каламин следующие: в отношении *Staphylococcus aureus* – 14 мм, *Escherichia coli* – 12 мм, *Pseudomonas aeruginosa* – 23 мм. Полученные данные показывают наибольшую эффективность лосьона каламин в отношении штамма *P.aeruginosa*, и наименьшую – в отношении *E.coli*.

Значения зон подавления роста эталонных штаммов бактерий под действием 0,1% суспензии из порошка каламина следующие: в отношении *S.aureus* – 9 мм, *E.coli* – 8 мм, *P.aeruginosa* – 14 мм. А значения зон подавления роста изучаемых бактерий под действием 1% суспензии порошка каламина в отношении *S.aureus* составили 12 мм, *E.coli* – 10 мм, и вновь преобладали у штамма *P.aeruginosa* – 21 мм.

Бактерицидная активность каламина в отношении эталонного штамма *S.aureus* показала невысокие результаты.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что антибактериальная активность каламина в отношении всех эталонных штаммов, взятых в эксперимент, преобладала у каламина в виде лосьона. Наибольшая антибактериальная активность каламина (в виде лосьона и взвеси порошка) выявлена в отношении эталонного штамма *P.aeruginosa*. Незначительная бактерицидная активность каламина выявлена в отношении бактериальной культуры *E.coli*, и в основном под действием лосьона каламин. Антибактериальный эффект каламина в отношении *S.aureus* наблюдался, хотя и был недостаточно высоким.

На основании выявленных результатов можно рекомендовать каламин при различных повреждениях кожных покровов у детей и взрослых.

Список литературы:

1. Natural humectants in the formulation of calamine lotion: Its evaluation and comparison / Solanki H. [et al.] // Res J Top Cosmet Sci. – 2016. – №7. – P. 41-45.
2. Structural morphology of zinc oxide structures with antibacterial application of calamine lotion / L.C. Ann [et al.] // AIP Conf Proc. – 2015. – №165. – P. 1012.

**Логвин Ф.В.¹, Ковалев Е.В.^{1,2}, Ненадская С.А.¹, Черная А.С.¹,
Леоненко Н.В.^{1,2}, Воротникова И.С.², Никитюк Н.Ф.¹**

АКТИВИЗАЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону;

² Управление Роспотребнадзора по Ростовской области, Ростов-на-Дону

Введение. Всемирная организация здравоохранения (далее ВОЗ) характеризует корь как крайне заразное заболевание, вызываемое вирусом из семейства парамиксовирусов. Корь всегда считалась серьезной и опасной вирусной инфекцией, какой она остается и в современный период [1].

В последние годы (в 2023 и 2024 гг.) эпидемиологическая обстановка по кори в мировом масштабе приобрела негативный характер. В 2023 году зарегистрировано более 300 000 случаев кори – рост на 79% по сравнению с 2022 годом, в 2024 году сохранялась отчетливая динамика роста заболеваемости корью [2].

Корь также имела широкое распространение и в евразийском регионе, в т.ч. Российской Федерации (далее РФ), в 2024 г. число случаев кори составило 22 455 [2].

Целью исследования было охарактеризовать ситуацию по заболеваемости корью в Ростовской области (далее РО), выявить контингенты риска, группы риска, установить причины активизации эпидемического процесса, а также меры, направленные на повышение иммунной прослойки в период возвращения инфекции.

Материалы и методы: наблюдательные методы исследования, ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости корью за период 2020-2025 гг.

Результаты и обсуждение. В РО перед неблагополучием отмечалось снижение заболеваемости корью в 2020 г. до спорадического уровня (показатель на 100 тыс. населения составил 0,02), в 2021-2022 гг. случаи заболевания не выявлялись.

В связи с завершением пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, возобновлением активного перемещения населения на фоне ухудшения обстановки по кори в мире, на евразийском континенте [3], в т.ч. в РФ с 2022 года началось неблагополучие по кори [2]. На территории РО эпидемиологическая ситуация осложнилась с 2023 года, что подтверждается показателем заболеваемости корью, который составил 9,0 на 100 тыс. населения. В 2024 году продолжилось распространение инфекции, с максимальным уровнем (39,4), превышающим 2023 г. в 4,4 раза и в 2,6 раз среднероссийский показатель (15,35), который в сравнении с предыдущим годом увеличился в 1,7 раз [2].

Подъем заболеваемости связан со снижением популяционного иммунитета, миграционной активностью населения. Последнее подтверждается множественными завозами коревой инфекции из-за рубежа и других территорий РФ. Так, в 2023 году из 375 зарегистрированных случаев 87 (23,2%) расценены как завозные на территорию РО, в 2024 г. из 1639 – 27 случаев (1,6%).

Завозные случаи подтверждены данными генотипирования, так в 2023 году в материале от больных выделены различные линии генотипа D8, которые ранее на территории РО не встречались – генетические варианты вируса, циркулирующие в Австралии, Великобритании, странах Европы, Азии, Таджикистане, Индии. В 2023-2024 годах превалировали заболевания, обусловленные генотипами D8 Patan и D8 Rudaki и их производными сероварами с 1-2 нуклеотидными заменами.

В структуре заболевших преобладали дети, на долю которых в 2023 году приходилось 78,7%, в 2024 г. – 70,8%, от числа заболевших. Отмечается

снижение удельного веса взрослого населения – в 2023 году до 21,3%, в 2024 году до 29,2%.

Анализ вакцинального статуса заболевших показал, что от 91,5% (2023 г.) до 94,0% (2024 г.) составляют не привитые или лица с неизвестным прививочным анамнезом, что является серьезным фактором риска. Этому способствовали ограничительные мероприятия в данный период, перебои в поставках ИЛП для иммунизации детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок.

Особенностью эпидемического процесса кори было формирование групповых очагов с множественными случаями (среди цыганского населения и лиц, систематически отказывающихся от иммунизации по религиозным убеждениям), с максимальным количеством в 2024 г. (10 случаев), число пострадавших 79 человек, что превышает 2023 г. в 3,4 раза.

На территории РО было организовано проведение массовой иммунизации, которая включала: профилактические прививки в плановом порядке, по эпидемическим показаниям в очагах кори, а также подчищающую среди населения, переселенцев и мигрантов. Всего в 2024 г. вакцинировано и ревакцинировано против кори 128 605 человек, в т.ч. детей – 100 518, в 2025 г. – 109 206 человек, в т.ч. детей 78 623. Своевременность охвата прививками против кори детей в возрасте 24 мес. поддерживалась в 2023 г. и 2024 г. на уровне – 95,1%, в 2025 г. – 97,2%.

Оценка популяционного иммунитета осуществлялась путем выявления серопозитивных индивидов к вирусу кори путем определения специфического иммуноглобулина класса IgG в индикаторных группах населения. По результатам проведенного серологического мониторинга удельный вес серопозитивных в 2024 г. составил 95,7% от всех обследованных лиц. Среди детского населения в возрастных группах 1-2 года, 3-4 лет, 9-10 лет уровень противокоревых антител составил 100%, 96%, 96,9% соответственно, в возрастной группе подростков 16-17 лет – 89,7% (ниже регламентируемого), среди взрослого населения в возрасте 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет уровень противокоревого иммунитета составил 97,9%, 99%, 95% соответственно.

Проведенные мероприятия на территории РО с применением рутинной, подчищающей иммунизации среди населения позволили снизить заболеваемость корью в 2025 году в 25,6 раза в сравнении с 2024 г., в том числе среди детского населения (54,7%). Увеличение количества иммунизированных детей, в т.ч. в рамках Национального календаря профилактических прививок, свидетельствует о значимости вакцинопрофилактики кори.

Выводы: проведенный эпидемиологический анализ кори на территории РО, показал, что подъем заболеваемости в 2023 и 2024 гг. связан со снижением популяционного иммунитета и миграционной активностью населения. Проведенные масштабные мероприятия позволили снизить заболеваемость корью в 2025 г. в 25,6 раза в сравнении с 2024 г.

Список литературы:

1. Информационная бюллетень ВОЗ о кори от 29 ноября 2018 года. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/measles>.
2. Эпидемиологическая справка ВОЗ: справка об эпидемиологии отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин, в Европейском регионе: №1/2025. Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ; 2025.
3. Малинникова Е.Ю., Юминова Н.В., Максимов М.Л., Старцева М.А., Погарская И.В., Контаров Н.А. Рост заболеваемости корью на фоне пандемии COVID-19: риски невыполнения международной программы по ее элиминации в Российской Федерации, Европейском регионе и мире за период с 2019 по 2024 г. // РМЖ. – 2024. – №11. – С. 2-6. DOI: 10.32364/2225-2282-2024-11-1.

**Ложникова Л.Е.¹, Бойко Е.О.¹, Зайцева О.Г.¹, Городин В.Н.^{1,3},
Бахтина В.А.^{1,2}, Мойсова Д.Л.^{1,2}, Кибец В.В.¹, Варнавская А.С.¹,
Воронина С.А.¹, Охотникова О.Б.¹**

ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

³ Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. В современном мире наблюдается устойчивая и клинически значимая взаимосвязь между психическими расстройствами (особенно тревожно-депрессивного спектра) и инфекционной патологией. Данные психонейроиммунологии свидетельствуют о том, что психическое состояние человека напрямую влияет на восприимчивость к инфекционным агентам, а тяжёлые инфекции, в свою очередь, способны запускать или усугублять психическую патологию. Хронический стресс, длительно текущие тревожные и депрессивные расстройства выступают значимыми и самостоятельными факторами риска повышения восприимчивости к инфекционным заболеваниям, включая острые респираторные вирусные инфекции, COVID-19 и другие социально значимые инфекции [1, 2].

Цель. На основе анализа современных отечественных и зарубежных данных обобщить психонейроиммунологические механизмы взаимосвязи инфекционных заболеваний и психических расстройств.

Результаты и обсуждение. Патогенетической основой взаимосвязи психических и инфекционных расстройств является активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси. В условиях хронического психоэмоционального стресса наблюдается устойчивая гиперкортизолемиа, которая, с одной стороны, подавляет функцию иммунной системы (снижается активность натуральных киллеров, нарушается продукция цитокинов), а с другой – поддерживает патологическую активацию провоспалительных механизмов.

Данный феномен в нейронауке получил название «аллостатическая нагрузка» – физиологическая цена адаптации организма к хроническим стрессорам, которая при длительном воздействии приводит к функциональному истощению и снижению резистентности к инфекциям [2].

Провоспалительные цитокины (интерлейкин – 6, фактор некроза опухоли-альфа), высвобождающиеся как при стрессе, так и в ответ на инфекционную агрессию, способны проникать через гематоэнцефалический барьер и влиять на нейрохимические процессы в головном мозге. Это приводит к формированию так называемого «болезненного поведения» (слабость, ангедония, социальная отгороженность, снижение аппетита), которое в норме имеет адаптивный характер, но при длительном существовании трансформируется в большой депрессивный эпизод. Таким образом, инфекция выступает не только как пусковой фактор, но и как патогенетический механизм формирования аффективной патологии.

Как отмечает Арсененко Л.Д. (2008) в своем диссертационном исследовании, хроническая герпетическая инфекция, коморбидная с психическими расстройствами, характеризуется дисбалансом нейрофизиологических, психофизиологических и иммунологических механизмов [4]. Важнейшими факторами, способствующими формированию психических расстройств при хронических вирусных инфекциях, являются личностные акцентуации, тяжесть клинических проявлений, а также преобладание медленноволновой активности в правом полушарии головного мозга [4]. Выявлено, что у пациентов с хронической латентной персистенцией герпетической инфекции наблюдаются значимые нарушения иммунитета на фоне отсутствия специфических клинических проявлений, что диктует необходимость комплексного терапевтического подхода [4].

Установлено, что психологический стресс и сопутствующие ему психические расстройства ассоциированы с повышенной восприимчивостью не только к банальным респираторным инфекциям, но и к более тяжёлым вирусным заболеваниям, включая COVID-19. Многочисленные исследования периода пандемии подтвердили, что пациенты с исходными тревожными и депрессивными расстройствами имели более высокий риск заражения, госпитализации и неблагоприятного исхода [3]. Систематический обзор Okobi O.E. и соавт. (2024) подтверждает, что инфекционные заболевания способны вызывать широкий спектр психических симптомов, причём ключевыми механизмами выступают нейровоспаление, прямое инфицирование ЦНС и взаимодействие иммунной системы с психическими процессами [7].

Нейротропное действие некоторых возбудителей (например, SARS-CoV – 2, вируса простого герпеса, вируса Эпштейна-Барр) может напрямую вызывать психотическую симптоматику, не связанную с реакцией личности на болезнь [3]. В работе Bransfield R.C. и соавт. (2023) представлен обширный перечень микроорганизмов (*Borrelia burgdorferi*, *Toxoplasma gondii*, коронавирусы, цитомегаловирус и др.), ассоциированных с психическими расстройствами, что подчёркивает многогранность проблемы [1]. Современные исследования

также показывают, что тяжёлая системная инфекция, сепсис, ассоциированы с развитием хронических тревожных, депрессивных и посттравматических стрессовых расстройств [9].

Заключение. Практическая значимость данных положений заключается в необходимости учёта психонейроиммунологических механизмов при разработке терапевтических и профилактических программ инфекционной службы. Психическое здоровье должно рассматриваться как ключевой, а не факультативный фактор противоинфекционной защиты. Требуется дальнейшее развитие междисциплинарного подхода на стыке инфектологии, психиатрии и клинической психологии [7].

Список литературы:

1. Bransfield R.C., Mao C., Greenberg R. Microbes and Mental Illness: Past, Present, and Future // *Healthcare*. 2023. Vol. 11, №1. P. 83. DOI: 10.3390/healthcare11010083.
2. McEwen B.S. Neurobiological and systemic effects of chronic stress // *Chronic Stress*. 2017. Vol. 1. DOI: 10.1177/2470547017692328.
3. Vindegaard N., Benros M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020. Vol. 89. P. 531–542.
4. Арсененко Л.Д. Психические расстройства при хронических вирусных инфекциях (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты): диссертация ... доктора медицинских наук. Томск, 2008. (EDN: по данным eLibrary)
5. Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Коновалова О.Ю. и др. Социодемографические и клинические особенности у лиц с психических расстройствами и ВИЧ-инфекцией // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019. Т. 10, №3. С. 461–468. EDN YDVNIJ.
6. Cohen S., Tyrrell D.A.J., Smith A.P. Psychological stress and susceptibility to the common cold // *New England Journal of Medicine*. 1991. Vol. 325, №9. P. 606–612.
7. Okobi O.E., Ayo-Farai O., Tran M., et al. The Impact of Infectious Diseases on Psychiatric Disorders: A Systematic Review // *Cureus*. 2024. Vol. 16, №8. P. e66323. DOI: 10.7759/cureus.66323.
8. Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г. Особенности профиля личности у лиц молодого возраста с суицидальным поведением в анамнезе // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2022. Т. 13, №3. С. 248–257. EDN DDUAOI.
9. Связь между перенесенной тяжелой инфекцией и хроническими психиатрическими расстройства // *Новосибирская областная ассоциация врачей*. 2022. URL: <http://www.noav.ru/?p=33369>

ДЕГРАДАЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ: СВЯЗЬ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ОТВЕТОМ И ИСХОДОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Тяжёлая инфекционная патология сопровождается не только системным воспалительным ответом, но и выраженным поражением сосудистого эндотелия. Одним из ранних звеньев этого процесса является деградация эндотелиального гликокаликса (ЭГ) – поверхностного защитно-регуляторного слоя сосудистой стенки, участвующего в поддержании микроциркуляции, сосудистой проницаемости, антикоагулянтного потенциала эндотелия и тканевой перфузии [1, 2]. При сепсисе, тяжёлых бактериальных и вирусных инфекциях деградация гликокаликса может усиливать нарушения микроциркуляции, способствовать прогрессированию органной дисфункции и ухудшать прогноз [1–3].

Цель исследования – оценить динамику маркеров деградации ЭГ и их связь с показателями системного воспалительного ответа и исходом заболевания у пациентов с инфекционной патологией, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Проведено одноцентровое наблюдательное клиническое исследование. В анализ включены 139 человек: 86 пациентов с инфекционной патологией, проходивших лечение в условиях ОРИТ, и 53 условно здоровых лица группы контроля. Возраст пациентов основной группы составил 62 [31–74] года; мужчин было 40 (46,5%), женщин – 46 (53,5%). В структуре инфекционной патологии преобладали респираторные инфекции – 42 пациента (48,8%); кишечные инфекции выявлены у 28 пациентов (32,6%), нейроинфекции – у 16 пациентов (18,6%). Благоприятный исход зарегистрирован у 64 пациентов, неблагоприятный – у 22. Состояние ЭГ оценивали по концентрациям синдекана – 1 (SDC1), синдекана – 4 (SDC4), гиалуроновой кислоты (НА) и эндокана (ESM – 1). Показатели определяли методом иммуноферментного анализа. Для характеристики выраженности инфекционно-воспалительного ответа учитывали уровни С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина (ПКТ) и количество лейкоцитов. Забор крови выполняли в 1-е и 5-е сутки наблюдения. Статистическая обработка включала непараметрические методы, корреляционный анализ Спирмена, поправку Холма при множественных сравнениях и бинарную логистическую регрессию. У пациентов с инфекционной патологией в 1-е сутки выявлены значимые признаки деградации. Концентрация SDC1 составила 17,04 [12,88–21,65] нг/мл против 1,897 [1,335–3,160] нг/мл в контрольной группе ($p < 0,001$). Уровень SDC4 также был выше контрольных значений: 0,232 [0,186–0,382] нг/мл против 0,150 [0,146–0,171] нг/мл ($p < 0,001$). Концентрация ESM – 1 составила 0,0757 [0,0708–0,156] нг/мл против 0,069 [0,067–0,079] нг/мл ($p < 0,001$). Наиболее выраженным оказалось повышение SDC1, что согласуется с современными представлениями о SDC1 как одном из

чувствительных маркеров деградации ЭГ при критических состояниях инфекционного генеза [1, 3]. К 5-м суткам наблюдения отмечалось снижение ряда показателей. Уровень SDC1 уменьшился до 14,04 [10,09–17,15] нг/мл ($p=0,0003$), концентрация HA – до 18,89 [11,38–24,29] нг/мл ($p=0,0011$). При этом SDC4 сохранялся на близком уровне – 0,227 [0,161–0,381] нг/мл, а ESM – 1 составил 0,0904 [0,0721–0,197] нг/мл и оставался выше контрольных значений. Такая динамика указывает на частичное уменьшение выраженности гликокаликсного повреждения при сохранении признаков эндотелиальной активации. В 1-е сутки у пациентов отмечался выраженный инфекционно-воспалительный ответ: СРБ составил 36,8 [10,0–60,1] мг/л, ПКТ – 6,01 [0,50–10,8] нг/мл, количество лейкоцитов – 10,1 [8,53–15,67] $\times 10^9$ /л. К 5-м суткам эти показатели снижались: СРБ – до 11,1 [5,1–42,1] мг/л, ПКТ – до 0,50 [0,45–0,60] нг/мл, лейкоциты – до 8,0 [6,18–10,5] $\times 10^9$ /л (во всех случаях $p<0,05$). Одновременное снижение воспалительных и части эндотелиальных маркеров подтверждает патогенетическую связь между активностью инфекционного воспаления и повреждением сосудистого барьера [2–4]. На 5-е сутки установлены значимые корреляции между маркерами воспаления и компонентами ЭГ. У пациентов с благоприятным исходом выявлена положительная связь между SDC1 и СРБ ($p=0,417$; $p=0,0075$), а также между HA и количеством лейкоцитов ($p=0,457$; $p=0,0030$). У пациентов с неблагоприятным исходом SDC1 коррелировал с количеством лейкоцитов ($p=0,491$; $p=0,020$), HA – с СРБ ($p=0,455$; $p=0,034$) и ПКТ ($p=0,676$; $p=0,015$). Особенно значима связь HA с ПКТ, поскольку она отражает сопряжение бактериально-ассоциированного воспалительного ответа с деградацией ЭГ. Выявлена также связь между ранними проявлениями воспалительного ответа и последующим состоянием ЭГ: количество лейкоцитов в 1-е сутки положительно коррелировало с уровнем HA на 5-е сутки ($p=0,338$; $p=0,0072$) и отрицательно – с уровнем ESM – 1 на 5-е сутки ($p=-0,301$; $p=0,017$). Эти данные позволяют рассматривать раннюю воспалительную реакцию как фактор, связанный с дальнейшей динамикой эндотелиального повреждения при тяжёлых инфекционных заболеваниях. При анализе связи с исходом заболевания установлено, что уровни SDC1 и HA на 5-е сутки статистически значимо ассоциированы с неблагоприятным исходом: для SDC1 $p=-0,317$; $p=0,012$, для HA $p=-0,324$; $p=0,010$. В многомерной модели бинарной логистической регрессии оба показателя сохраняли самостоятельную связь с исходом заболевания: SDC1 – OR 0,88; 95% ДИ 0,78–0,98; $p=0,025$; HA – OR 0,90; 95% ДИ 0,83–0,98; $p=0,016$. Полученные результаты согласуются с данными о прогностической значимости маркеров повреждения ЭГ и эндотелиальной активации при сепсисе и других тяжёлых инфекционных состояниях [3, 5]. У пациентов с тяжёлой инфекционной патологией в условиях ОПИТ формируется системное деградация ЭГ, наиболее отчётливо проявляющееся повышением SDC1, SDC4 и ESM – 1. Динамика SDC1 и HA связана с выраженностью инфекционно-воспалительного ответа и исходом заболевания. Наибольшую прогностическую значимость имели уровни SDC1 и HA на 5-е сутки наблюдения, что позволяет рассматривать их как дополнительные

лабораторные маркеры риска неблагоприятного исхода при тяжёлой инфекционной патологии.

Список литературы:

1. Patterson E.K., Cepinskas G., Fraser D.D. Endothelial Glycocalyx Degradation in Critical Illness and Injury. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:898592. DOI: 10.3389/fmed.2022.898592.
2. Sullivan R.C., Rockstrom M.D., Schmidt E.P. et al. Endothelial glycocalyx degradation during sepsis: Causes and consequences. *Matrix Biol Plus*. 2021;12:100094. DOI: 10.1016/j.mbplus.2021.100094.
3. Воробьёва А.П., Быков Ю.В., Батурин В.А. и др. Нарушения гликокаликса при критических состояниях: патофизиологические и клинические аспекты. *Якутский медицинский журнал*. 2024;(1):77-81. DOI: 10.25789/YMJ.2024.85.20.
4. Воробьёва А.П., Быков Ю.В., Батурин В.А. и др. Медикаментозная коррекция нарушений гликокаликса при осложнениях сахарного диабета. *Забайкальский медицинский вестник*. 2025;(3):118-128. DOI: 10.52485/19986173_2025_3_118.
5. Fernández-Sarmiento J., Salinas-Carmona M.C., Valenzuela C. et al. Biomarkers of Glycocalyx Injury and Endothelial Activation are Associated with Clinical Outcomes in Patients with Sepsis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Intensive Care Med*. 2023;38(1):95-105. DOI: 10.1177/08850666221109186.

Матыцина А.Ф.Элбанна А.М.М.

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА КАК МАСКА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. Токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) (синдром Лайелла) – редкое (1,9 случаев на миллион взрослых в год), но жизнеугрожающее состояние. Чаще всего наблюдается у молодых людей и детей, причём женщины сталкиваются с ним несколько чаще мужчин. Основная причина – приём лекарственных препаратов. Наиболее часто синдром развивается вследствие приёма антибиотиков, противосудорожных средств, нестероидных противовоспалительных препаратов и сульфаниламидов. В редких случаях причиной могут стать инфекции: микоплазменная пневмония или вирусные заболевания. Риск развития возрастает при наличии генетической предрасположенности, нарушениях в работе иммунной системы, а также у пациентов с хроническими заболеваниями. Часто дебютирует с высокой лихорадки и поражения слизистых, что имитирует герпесвирусную инфекцию, ветряную оспу или тяжёлый грипп.

Цель настоящей работы проанализировать клинический случай ТЭН и выделить дифференциально-диагностические критерии, позволяющие отличить его от вирусных экзантем.

Материалы и обсуждение. Анамнез, поступление пациента: пациент Я., 19 лет, поступил в приёмное отделение на 3-и сутки заболевания с жалобами на высокую лихорадку (39,5°C) и высыпания на губах и туловище, но настораживало наличие пузыря на левой ушной раковине. Из анамнеза известно, что за 30 дней до этого принимал противосудорожное средство, применяемое при эпилепсии и биполярных расстройствах (Ламотриджин). Состояние было расценено как тяжелое, предварительным диагнозом стала генерализованная форма острой герпетической инфекции.

Объективно: на красной кайме губ и слизистой рта – обширные болезненные эрозии, покрытые геморрагическими корками, что имитировало тяжелый герпетический стоматит, отмечалась инъекция сосудов склер. На коже груди и спины визуализировались пятнисто-папулезные элементы, пузырь на левой ушной раковине напоминающие ветряную оспу или герпетическую экзантему. Однако, учитывая в анамнезе приема лекарственного препарата, был заподозрен синдром Лайелла, и больной с приема был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии.

За время пребывания в стационаре состояние резко ухудшилось. Пятна на коже приобрели синюшно-пепельный оттенок, слились в единые очаги. Появились дряблые пузыри с серозным содержимым. При осмотре выявлен положительный симптом Никольского (отслойка эпидермиса при касании) и симптом «смоченной папиросной бумаги». Площадь поражения составила не менее 40% поверхности тела.

Лабораторные исследования: ПЦР (кровь) на группу герпесвирусов – отрицательно. В общем анализе крови – нарастающая лейкопения и лимфопения. Биохимия: гиперферментемия, гипопроteinемия.

Диагноз и исход: на основании клинической динамики (симптом обнаженного мяса) и положительного симптома Никольского установлен клинический диагноз Синдром Лайелла (Токсический эпидермальный некролиз). В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии проведена системная ГКС-терапия и 2 процедуры плазмафереза. На фоне лечения новых элементов не было, в инфекционной больнице пациент провел 6 суток, затем переведен для дальнейшего лечения в многопрофильный стационар.

Обсуждение и заключение. Симптом Никольского – клинический симптом, характерный для многих кожных заболеваний, он отражает патологические процессы основного заболевания, но не является патогномоничным признаком определенной болезни кожи. Проявляется отслаиванием эпидермиса при трении по коже или слизистой оболочке. Симптом может наблюдаться при обыкновенной пузырчатке, ленточной пузырчатке, многоформной экссудативной эритеме, псориазе, синдроме Лайелла. Вместе с тем, не характерен для герпетической инфекции.

При оценке динамики патологического процесса следует отметить, что у пациента отмечалось сливное отслоение эпидермиса («симптом смоченной папиросной бумаги»), более массивное и агрессивное поражение слизистых,

отсутствовали эволюционные элементы сыпи: везикула – пустула – корка, отсутствие эффекта от назначения противовирусного препарата ацикловир.

Дифференциальная диагностика герпесвирусной инфекции и синдрома Лайелла требует учёта клинических особенностей, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Для герпетической инфекции характерно зуд, жжение в поражённом участке; покраснение кожи и появление группы пузырьков с прозрачной жидкостью, которая со временем мутнеет; пузырьки могут увеличиваться в размере и сливаться, образуя многокамерные пузыри; на коже пузырьки вскрываются, образуя эрозии, которые заживают с образованием корочки; на слизистых оболочках (рот, половые органы) эрозии заживают дольше, могут вызывать болезненные ощущения.

Боль при герпесвирусных инфекциях и синдроме Лайелла имеет некоторые отличия: герпес может сопровождаться болевыми ощущениями в зависимости от типа вируса, локализации поражения и состояния иммунитета. По характеру это жгучая, колющая, пульсирующая (при невралгии), локализованная боль. При синдроме Лайелла сильная боль в местах поражения кожи возникает из-за образования крупных булл (пузырей), их последующего разрыва и формирования болезненных эрозивных поверхностей, напоминающих ожоги. Кожа болит повсеместно и возникает на фоне или после образования пузырей. Боль усугубляется физическим воздействием, медицинскими процедурами и перевязками. Диагноз герпесвирусной инфекции подтверждается специфическими лабораторными методами исследования (ПЦР и ИФА диагностика).

Синдром Лайелла – это опасная аллергическая реакция, требующая немедленного распознавания и специализированной медицинской помощи. Развитие токсического эпидермального некролиза подчеркивает, насколько важно ответственно относиться к приему лекарственных препаратов. Благодаря современным методам интенсивной терапии шансы пациентов на выживание значительно возросли, но исход по-прежнему зависит от скорости и грамотности действий в первые часы и дни болезни. Прогноз неблагоприятный при быстром присоединении инфекции. Лечение синдрома Лайелла требует немедленной госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии или ожоговое отделение. Основная цель лечения – предотвращение прогрессирования заболевания, борьба с инфекцией и поддержка жизненно важных функций организма. Необходима немедленная отмена всех препаратов, которые могли вызвать развитие синдрома, назначение высоких доз системных кортикостероидов, которые подавляют воспалительный процесс и иммунный ответ.

Список литературы:

1. Городин В.Н., Зотов С.В., Мойсова Д.Л. и др. Основы специфической лабораторной диагностики инфекционных заболеваний (учебное пособие). / Краснодар, 2022. – 152 с.
2. Хохлова З.А. и др. Синдром Лайелла. Случай из практики. Архивъ внутренней медицины. 2017.
3. Cureus. Lamotrigine-Induced Toxic Epidermal Necrolysis: A Case Report. 2025.

4. MDPI. Multidisciplinary Treatment in Toxic Epidermal Necrolysis. 2023.
5. ResearchGate. Lyell's syndrome: a challenge in establishing the etiologic diagnosis. 2018.
6. PMC. Viral Triggers Exposed: A Systematic Review of Virus-Induced SJS/TEN. 2025.
7. ScienceDirect. Toxic epidermal necrolysis secondary to Mycoplasma pneumoniae and herpes simplex virus.

**Моисеева С.В.¹, Акберов А.Р.¹, Лазаренко О.Г.¹,
Леонова Г.Ф.¹, Галимова Н.Р.²**

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

¹ Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Казань;

² Республиканская клиническая инфекционная больница имени профессора А.Ф. Агафонова, Казань

Актуальность. В условиях продолжающейся циркуляции SARS-CoV-2 сохраняется высокая значимость изучения особенностей течения новой коронавирусной инфекции у лиц с хроническими иммунодефицитными состояниями, в частности с ВИЧ-инфекцией [1, 3]. Иммунная дисфункция, структура сопутствующей патологии и статус антиретровирусной терапии (АРВТ) могут формировать стертую и атипичную клиническую картину, изменять динамику лабораторных маркеров и существенно влиять на прогноз заболевания [1, 3].

Цель исследования. Изучить клинические, гематологические и иммунологические показатели у больных сочетанной инфекцией COVID-19/ВИЧ, а также оценить влияние глубины иммунодефицита на исход заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 76 больных сочетанной инфекцией COVID-19/ВИЧ, средний возраст составил $45,3 \pm 9,5$ года. Тяжесть COVID-19 определяли по действующим клиническим рекомендациям Минздрава РФ [2]. Проведен комплексный анализ клинических симптомов, показателей периферической крови, биохимических маркеров воспаления (С-реактивный белок (СРБ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), ферритин) и уровня CD4⁺-лимфоцитов. Статистическую обработку выполняли с оценкой достоверности различий при $p < 0,05$.

Результаты. Среди больных COVID-19/ВИЧ 14 (18,4%) пациентов были вакцинированы от COVID-19; у 14 (18,4%) ВИЧ-инфекция была выявлена впервые. Средняя длительность инфицирования ВИЧ составила $14,0 \pm 2,17$ года. На момент госпитализации АРВТ получали 34 (44,7%) пациента. Летальный исход зарегистрирован у 26 (34,2%) больных. Клиническая картина COVID-19 характеризовалась стертой респираторной симптоматикой: кашель

отмечался у 29 (38,2%) пациентов, одышка – у 27 (35,5%), аносмия – у 2 (2,6%) встречались реже, чем в общей популяции [4], при этом слабость и лихорадка регистрировались в 100% случаев. Неврологические нарушения включали расстройства речи у 12 (15,8%) пациентов, шаткость и падение в позу Ромберга – у 15 (19,7%), энцефалопатию смешанной этиологии – у 18 (23,7%). Диарея отмечалась у 9 (11,8%) больных, рвота – у 7 (9,2%).

Поражение легких регистрировалось в виде вирусно-бактериальной пневмонии у 24 (31,6%) пациентов и вирусной пневмонии в сочетании с пневмоцистной пневмонией – у 18 (23,7%). По данным компьютерной томографии пациенты распределились следующим образом: КТ – 0 – 44 (57,9%), КТ-1 – 16 (21,1%), КТ-2 – 0, КТ-3 – 16 (21,1%), КТ-4 – 0. В кислородной поддержке с применением искусственной вентиляции легких и лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии нуждались 28 (36,8%) больных.

Гематологические показатели отражали выраженные цитопенические изменения, ассоциированные с прогрессированием ВИЧ-инфекции. Лимфопения регистрировалась уже на III стадии: уровень лимфоцитов составлял 6,99% при поступлении, 11,92% в середине заболевания и 12,03% при выписке. На IVB стадии отмечались наиболее низкие значения лимфоцитов – 3,34%, 4,89% и 2,78% соответственно; на IVB стадии лимфоциты также оставались сниженными – 6,71%, 5,63% и 6,71%. Одновременно нарастала анемия: уровень гемоглобина снижался со 143,17 г/л на III стадии до 96,67 г/л на IVB стадии. Тромбоцитопения была наиболее выражена на IVB стадии: количество тромбоцитов составляло $126,81 \times 10^9/\text{л}$ при поступлении, $132,32 \times 10^9/\text{л}$ в середине заболевания и $126,81 \times 10^9/\text{л}$ при выписке.

Биохимические маркеры воспаления повышались по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции: СРБ достигал максимума на стадии IVB – 178,73 мг/л, ферритин – на стадии IVB – 1078,15 мкг/л, ЛДГ – на стадии IVB – 382,88 Ед/л. Низкий уровень CD4^+ -лимфоцитов ассоциировался с более тяжелым течением COVID-19: при $\text{CD4}^+ < 200$ кл/мкл тяжелое течение диагностировалось у 75,0% пациентов, летальность составила 37,5% ($p < 0,01$). Отсутствие АРВТ было значимым фактором неблагоприятного исхода: летальность составила 61,9% против 23,5% на фоне терапии ($p < 0,05$).

Опportunистические заболевания включали кандидоз кожи и слизистых (36,8%), герпесвирусные инфекции (цитомегаловирусная инфекция, вирус Эпштейна-Барр, вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов) (35,5%), пневмоцистную пневмонию (23,7%), легочный микоз (13,1%), менингоэнцефалит, вызванный *M. tuberculosis* (1,3%), и посттуберкулезные изменения верхушки правого легкого (5,2%). Сопутствующая патология была представлена хроническими вирусными гепатитами В и/или С (47,4%), в том числе с исходом в цирроз печени (21,1%), сердечно-сосудистыми заболеваниями (39,5%), хронической болезнью почек и инфекциями мочевыводящих путей (26,3%). У 14 (18,4%) больных заболевание протекало в виде сепсиса с развитием полиорганной недостаточности на фоне крайней степени истощения организма ($\text{ИМТ} < 16\text{--}17$ кг/м²) и прогрессирования ВИЧ-инфекции. Выявлена обратная

корреляция между уровнем CD4⁺-лимфоцитов и длительностью вирусовыделения SARS-CoV – 2 ($r = -0,529$; $p = 0,007$).

Выводы. Течение COVID-19 у пациентов с ВИЧ-инфекцией характеризовалось атипичной клинической картиной с преобладанием проявлений оппортунистических заболеваний и сопутствующей патологии при скудной респираторной симптоматике. Ключевыми факторами, определяющими тяжесть заболевания и неблагоприятный прогноз, являлись глубина иммунодефицита, отсутствие АРВТ и сопутствующая патология.

Список литературы:

1. Еремушкина Я. М., Леонова О. Н., Змушко Е. И. Особенности течения сочетанной инфекции COVID-19 и ВИЧ // Фундаментальная и клиническая медицина. 2022. Т. 7, №4. С. 51-58.

2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 17 от 03.03.2023. М., 2023. 220 с.

3. Нагибина М. В., Калина О. В., Проценко Д. Н. и др. Течение и исходы COVID-19 у ВИЧ-инфицированных пациентов // Клиническая медицина. 2023. Т. 101, №2–3. С. 93-100.

4. Билалова А. Р., Моисеева С. В., Шакирова В. Г. и др. Клинико-лабораторная характеристика больных коронавирусной инфекцией // Практическая медицина. 2023. Т. 21, №1. С. 30-37.

**Мойсова Д.Л.^{1,2}, Бахтина В.А.^{1,2}, Яковчук Е.Е.¹,
Журавлева Е.В.¹, Книжник Т.А.¹**

ОПТИМИЗАЦИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОКИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ГБУЗ «СКИБ»

¹ Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

По информации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в текущем году в Российской Федерации сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по острым кишечным инфекциям (ОКИ). В этиологической структуре в многолетней динамике традиционно преобладают ОКИ неустановленной этиологии, удельный вес которых в 2025 году составил 62,7% (соответствует СМП – 64,1%). Необходимо отметить увеличение охватов лабораторной диагностикой и улучшение этиологической расшифровки случаев ОКИ в динамике – доля ОКИ с установленным возбудителем (включая сальмонеллез и дизентерию) возросла с 33,9% в 2010 году до 37,6% в 2024 году [1].

Материалы и методы. Проанализированы данные 395 пациентов с диагнозом ОКИ, госпитализированных в ГБУЗ «СКИБ» в течение января-марта 2026 года. Была проведена верификация диагноза с помощью классического

бактериологического исследования и молекулярно-генетического метода с помощью тест-систем: ОКИ-скрин (производитель ООО Интерлабсервис Россия) для качественной детекции ДНК бактерий рода *Shigella spp.* /энтероинвазивных *E. coli* (EIEC), *Salmonella spp.*, *Campylobacter spp.* et *jejuni*, ДНК *Adenovirus gr F*, РНК-Rotavirus, РНК-Norovirus, РНК-Astrovirus в фекалиях и ректальных мазках и аналогичных тест-систем АмплиПрайм ОКИ Вирусная панель и АмплиПрайм ОКИ Бактериальная панель (производитель AmpliPrime Россия).

Результаты. Этиология ОКИ установлена в 50% случаев, что значимо превышало общероссийский показатель (37,6%). У взрослых пациентов с клиникой ОКИ за данный период времени норовирус обнаружен в 33% случаев, ротавирус – 8%, сальмонелла – в 5%, кампилобактер -3%, астровирус – 1% случаев.

При сравнении результатов ПЦР диагностики сальмонеллеза и бактериологического исследования выявлено, что в 100% случаев при выделении культуры сальмонеллы имел место положительный результат молекулярно-генетического метода. При этом, у 20% пациентов с обнаруженной в кале ДНК *Salmonella* получен отрицательный результат бактериологического посева. Таким образом, применение молекулярного метода позволило поднять выявление сальмонеллезов на 20%. Обращает на себя внимание тот факт, что эти данные практически в точности повторяют результаты исследования 10-летней давности [2,3], когда при наличии характерных клинико-эпидемиологических данных у 19% больных была обнаружена в кале ДНК *Salmonella* в сочетании с отрицательными результатами бактериологических посевов.

Преимуществами молекулярно-генетического метода исследования являются: высокая скорость получения результата (1-4 часа), исключительные чувствительность и специфичность, одновременное выявление широкого спектра возбудителей (бактериальных и вирусных в одной пробе), обнаружение микстинфекций, отсутствие зависимости от жизнеспособности возбудителя, возможность выявления возбудителей в различных образцах биоматериала (фекалиях и ректальных мазках), стандартизация и автоматизация, экономическая эффективность. При этом необходимо обратить внимание на такую проблему данной тест-системы как совместное выделение ДНК двух возбудителей ОКИ – энтероинвазивных *E.coli* (EIEC) и/или микроорганизмов рода *Shigella spp.* без дифференцировки между ними, что обусловлено специфичностью применяемых генетических мишеней, расположенных на плазмиде и способностью данных микроорганизмов обмениваться ею. Кроме того, клиницистам приходится учитывать широко распространенное у взрослых носительство вирусов кишечной группы. Для дифференциальной диагностики вирусных и бактериальных ОКИ в последнее время предлагается использовать уровень СРБ и фекального кальпротектина [4].

Результаты проведенного анализа данных показали, что среди всех этиологически верифицированных ОКИ у госпитализированных в I-м квартале (холодное время года) взрослых пациентов, существенно преобладают норовирусы.

Применения молекулярных методов в диагностики ОКИ у взрослых пациентов существенно расширяют возможности лабораторной диагностики кишечных инфекций.

Список литературы:

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

2. Опыт применения молекулярных методов диагностики острых кишечных инфекций у взрослых пациентов / В. Н. Городин, Д. Л. Мойсова, Е. Е. Яковчук [и др.] // Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания: Материалы II всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Сочи, 02–05 ноября 2015 года. – Сочи: ООО "Пре100принт", 2015. – С. 49-51. – EDN VQZADJ.

3. Характеристика сальмонеллеза у госпитализированных больных по данным ГБУЗ "СКИБ" / В. Н. Городин, Д. Л. Мойсова, Л. А. Угрюмова [и др.] // Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания : Материалы II всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Сочи, 02–05 ноября 2015 года. – Сочи: ООО "Пре100принт", 2015. – С. 48-49. – EDN VQZAIT.

4. Городин, В. Н. Оптимизация дифференциальной диагностики вирусных и бактериальных острых кишечных инфекций / В. Н. Городин, Д. Л. Мойсова, А. Д. Суркова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2025. – Т. 15, №1. – С. 56-60. – DOI 10.18565/epidem.2025.15.1.56-60. – EDN OGEYUP.

***Моренец Т.М.^{1,2}, Савицкая И.М.¹, Журавлева Е.В.¹, Яцкова Т.В.¹,
Яковчук Е.Е.¹, Книжник Т.А.¹***

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИСТЕРИОЗА У ПАЦИЕНТОВ ГБУЗ СКИБ

¹ Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Листерия – сапрозоонозная инфекция, при которой наблюдается как вспышечная, так и преобладающая на территории России, спорадическая заболеваемость. Актуальность нозологии определяется ростом числа заболевших на территории РФ [1], особенно в мегаполисах [2], тяжестью течения процесса в группах риска (новорожденные, беременные, иммунокомпрометированные лица), природной резистентностью к антимикробным препаратам, обычно назначаемым при нервно-менингеальных формах инфекции, преобладающих при тяжелом листериозе. При верификации клинического диагноза, в основном, используются бактериологические и молекулярно-генетические методы лабораторной диагностики [3].

Цель. Анализ результатов специфической лабораторной диагностики у пациентов СКИБ с диагнозом «листериоз» за период 2014-2025г.г., выполненных бактериологическим методом с использованием стандартных питательных сред и молекулярно-генетическим методом (ПЦР) для определения ДНК *Listeria monocytogenes* методом ПЦР (набором «АмплиСенс *Listeria monocytogenes*-скрин/монитор – FL», производитель «АмплиСенс» ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора РФ), в лабораториях краевого инфекционного стационара.

Результаты. В течение 2014-2025гг. в ГБУЗ СКИБ лабораторно подтвержден диагноз листериоза у 14 пациентов (13 при жизни, 1 посмертно). Среднетяжелое течение отмечено у 3 человек – 21,4% – при генерализованной форме листериоза с наличием менингита (на фоне беременности 27-28 недель -1, в послеродовом периоде после антенатальной гибели плода – 1, на фоне легкой формы CAVID – 19 с обнаружением в СМЖ ДНК листерии + ДНК ННУ 6 – 1). У 11 человек (78,5%) наблюдалось тяжелое течение инфекции, из них у 2 – септическая форма с вовлечением в процесс ЦНС в виде серозного и гнойного менингоэнцефалита, у остальных 8-и -первично-генерализованная форма с развитием гнойного (7) и серозного (1) менингоэнцефалита. В одном случае отмечалась внебольничная пневмония, тяжелая, вирусно-бактериально-грибковой этиологии с выявлением ДНК листерии в мокроте. В общей сложности вовлечение в процесс ЦНС в виде менингита либо менингоэнцефалита отмечено у 13 (92,8%) больных. Кроме беременности и послеродового периода, более чем у половины (64,3%) пациентов отмечен иммунодефицит (наследственная тромбофилия сложного генеза, дерматомиозит, системная красная волчанка, хронический лимфоцитарный лейкоз, ХОБЛ с бронхоэктазами и хроническим легочным сердцем, СД, хронический парапроктит и свищ прямой кишки, у 2-х – аспления). Общая летальность составила 42,8%, при тяжелом течении – 54,5%.

Бактериологическим методом диагноз подтвержден у всех 13 обследованных (100%); гемокультура положительна у 5 из 6- и больных на 16,0±6 дни болезни и 4,4±3,13 дни госпитализации при первичном отрицательном результате у 1 пациента на 12 день болезни и положительном через 6 дней, посев СМЖ – у 4х человек на 3,75±1,29 дни болезни и 2,75±1,29 дни госпитализации, гемокультура + СМЖ – у двух с одним первичным отрицательным и положительным в динамике результатом, положительный посев ткани ГМ у одной пациентки посмертно после прижизненного отрицательного результата 15 дней назад. Кроме того, в одном случае при положительном первичном результате гемокультуры на 4-й день болезни в динамике отмечен повторный высеv листерии через 71 день. У пациентки с отрицательной гемокультурой диагноз подтвержден положительным посевом на листерию из цервикального соскоба, а также определением ДНК *Listeria monocytogenes* методом ПЦР из крови в сроки, соответствующие отрицательному высеvu листерии из крови.

Методом ПЦР обследовано 10 человек из 14-и, материал для анализа у 2 пациентов кровь на 4,5±2,5 дни болезни и 2,0±0 день госпитализации(1

отрицательный результат), у 6 человек – СМЖ на $5,8 \pm 3,18$ дни болезни и $2,0 \pm 0,63$ дни госпитализации (2 исследования первично отрицательны, далее в динамике один из них положителен), у 1 – кровь + СМЖ с отрицательным результатом, 1 – мокрота с положительным результатом. Всего положительные результаты ПЦР-исследования отмечены у 8 из 10 пациентов – 80%, превалировали (50%) исследования СМЖ.

У двух пациентов с отрицательным результатом ПЦР (из крови + СМЖ, СМЖ) диагноз подтвержден в эти же сроки бактериологическим методом посева крови +СМЖ (1), посева крови (1).

При сопоставлении 7-и первичных и последующих результатов бактериологического посева и ПЦР-диагностики в одни и те же сроки болезни в двух случаях положительные результаты совпадали, при остальных 5 анализах отрицательным либо положительным результатам бактериологического исследования соответствовали положительные, либо отрицательные результаты ПЦР, и наоборот.

Приведенные данные свидетельствуют о тяжелом течении листериоза с преобладанием септических и генерализованных форм с вовлечением центральной нервной системы и высокой летальностью; это требует целенаправленного своевременного и желательно параллельного обследования бактериологическим и молекулярно-генетическим методом лиц с менингитами и менингоэнцефалитами, особенно среди групп риска. Бактериологический метод, оставаясь «золотым стандартом» диагностики листериоза, подтверждается, при необходимости, более быстрым методом ПЦР-диагностики, и наоборот, в комплексе эти два метода, дополняя и уточняя друг друга, расширяют возможности лабораторной диагностики листериоза.

Список литературы:

1. Ковалев В.А., Филатов Н.Н., Алешина Е.Н., Симонова Е.Г. Заболеваемость листериозом в Российской Федерации. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2019; (Т. 7 №4): 509-517. DOI:10.23888/HMJ201974509-517
2. Хорева В.В., Пшеничная Н.Ю., Гопаца Г.В., Ляпейкова Е.А., Коннова Ю.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика листериоза в г. Москве. Медицинский алфавит. 2025;(16):34-39. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-16-3439>
3. Тартаковский И.С. Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия №2, том 2, 2000

Мороз К.М., Хабирова Н.Г.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ У НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРСКОГО РАЙОНА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД С 2023 ПО 2025 ГГ.

Северская центральная районная больница, ст. Северская

Цель: провести ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости гриппом у населения Северского района Краснодарского края в период с 2023 по 2025 гг.

Материалы и методы: используются данные результатов ПЦР исследований биоматериала амбулаторных и стационарных пациентов, получавших лечение в ГБУЗ «Северская ЦРБ» МЗ КК. Биоматериал: мазки с носоглотки и/или ротоглотки, собранные в соответствии с МУ 4.2.2039-05 Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории, обученным персоналом. Еженедельный национальный бюллетень по гриппу и ОРВИ ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях Ф-2.

Результаты: В анализ включены данные о заболеваемости населения в 3 эпидемиологических сезонах 2023-2025 гг. В 2024 году перед эпидемическим сезоном проведено дополнительное обучение среднего медицинского персонала, по технике забора биологического материала от пациентов.

Согласно проведенному анализу, эпидемиологические сезоны в Северском районе Краснодарского края имеют начало: первые случаи гриппа зарегистрированы в 2023 г. на 52 неделе – 27.12.23 (тогда как в РФ на 45 неделе) [1], в 2024 на 52 неделе – 26.12.24 (в РФ на 46 неделе) [3], в 2025 на 52 неделе – 25.12.25 (в РФ на 45 неделе) [5].

Снижение заболеваемости гриппом: в Северском районе последний случай гриппа в 2023 зарегистрирован на 17 неделе – 21.03.24 (а в РФ на 7 неделе) [2], в 2024 на 13 неделе – 27.03.25 (в РФ на 12 неделе) [4], в 2026 на 15 неделе - 10.04.26 (в РФ на 9 неделе).

В предэпидемический сезон 2024 года проведено дополнительное обучение среднего медицинского по технике сбора и упаковке мазков от пациентов.

Количество проведенных исследований ПЦР мазков соскобов в Северском районе Краснодарского края в период сезонов:

- 2023 г. – 3389 шт., из них оказалось положительными 126 мазка, что составило 3,7%;

- 2024 г. – 2993 шт., из них положительных выявлено 366, что составило 12,2%;

- 2025 г. – 2288, из них положительных 294, что составило 12,9%;

Среди возрастной структуры заболевших выделены следующие показатели [7, 8, 9]:

– в 2023 г.: 0-12 месяцев – 3 чел., 1-4 года – 6 чел, 5-14 лет – 9 чел., 15-29 лет – 29 чел., 30-59 лет – 65 чел., 60 лет и старше – 14 чел.

– в 2024 г.: 0-12 месяцев – 13 чел., 1-4 года – 25 чел, 5-14 лет – 73 чел., 15-29 лет – 53 чел., 30-59 лет – 152 чел., 60 лет и старше – 50 чел.

– в 2025 г.: 0-12 месяцев – 0 чел., 1-4 года – 0 чел, 5-14 лет – 0 чел., 15-29 лет – 7 чел., 30-59 лет – 13 чел., 60 лет и старше – 10 чел.

Картина структуры выявленных штаммов:

– 2023 г.: грипп А – 95,2%, Грипп А(H1N1)pdm09 – 3,9%, грипп В – 0,8%.

– 2024 г.: грипп А 10,2%, А(H1N1)pdm09- 13,1%, грипп В- 76,7.

– 2025 г.: грипп А – 96,7%, грипп А(H1N1)pdm09 – 3,2%, грипп В – 0.

Структура выявленных штаммов схожа со структурой штаммов по РФ 10, в Северском районе в 2024 году соответственно преобладал грипп В.

Выводы: эпидемиологический сезон в Северском районе Краснодарского края начинается позже, чем среднем по РФ, ввиду климатического расположения региона.

После проведенного в 2024 году обучения среднего медицинского персонала на местах улучшилось качество забора, сбора и логистика биоматериала и, вследствие, увеличилась выявляемость случаев гриппа.

Во всех эпидемических сезонах наибольшее число случаев грипп зарегистрировано среди возрастных групп 30–59 лет и 60 лет и старше, что обосновывает вакцинацию трудоспособного населения и лиц старше 60 лет от гриппа.

Структура выявленных штаммов гриппа, выявленных от пациентов Северского района Краснодарского края, схожа со структурой по РФ.

Список литературы:

1. Еженедельный национальный бюллетень по гриппу и ОРВИ за 45 неделю 2023 года. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ. – URL: <https://www.influenza.spb.ru/surveillance/flu-bulletin/?year=2023&week=45> (дата доступа: 10.04.2026).

2. Еженедельный национальный бюллетень по гриппу и ОРВИ за 17 неделю 2024 года. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ. – URL: <https://www.influenza.spb.ru/surveillance/flu-bulletin/?year=2024> (дата доступа: 10.04.2026).

3. Еженедельный национальный бюллетень по гриппу и ОРВИ за 46 неделю 2024 года. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ. – URL: <https://www.influenza.spb.ru/surveillance/flu-bulletin/?year=2024&week=46> (дата доступа: 10.04.2026).

4. Еженедельный национальный бюллетень по гриппу и ОРВИ за 12 неделю 2025 года. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ. – URL: <https://www.influenza.spb.ru/surveillance/flu-bulletin/?year=2025&week=12> (дата доступа: 10.04.2026).

5. Еженедельный национальный бюллетень по гриппу и ОРВИ за 45 неделю 2025 года. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ. – URL: <https://www.influenza.spb.ru/surveillance/flu-bulletin/?year=2025&week=45> (дата доступа: 10.04.2026).

6. Еженедельный национальный бюллетень по гриппу и ОРВИ за 12 неделю 2026 года. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ. – URL: <https://www.influenza.spb.ru/surveillance/flu-bulletin/?year=2026&week=12> (дата доступа: 10.04.2026).

7. Годовая форма №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за 2023 г. Северский район».

8. Годовая форма №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за 2024 г. Северский район».

9. Годовая форма №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за 2025 г. Северский район».

10. Еженедельный национальный бюллетень по гриппу и ОРВИ за 52 неделю 2024 года. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ. – URL: <https://www.influenza.spb.ru/surveillance/flu-bulletin/?year=2024> 12 (дата доступа: 10.04.2026).

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

К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ 13-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ КОНЬЮГИРОВАННОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (предварительные данные)

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

Актуальность. У больных ревматическими заболеваниями (РЗ) документирован высокий риск развития коморбидных инфекций (КИ), что обусловлено аутоиммунным процессом и/или приемом иммуносупрессивных препаратов. При этом наиболее частыми КИ являются инфекции нижних дыхательных путей (ДП) и ЛОР-органов. Безопасность, клиническую эффективность и иммуногенность 23-валентной пневмококковой полисахаридной вакцины у больных РЗ мы подтвердили в ходе ранее проведенного исследования.

Цель настоящего исследования – оценить безопасность и клиническую эффективность 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакцины (ПКВ-13).

Материал и методы. В открытое проспективное исследование включены 125 больных РЗ. Возраст пациентов варьировал от 18 до 80 лет. На момент вакцинации высокая активность РЗ зарегистрирована у 62 (49,6%), умеренная – у

43 (34,4%), низкая и ремиссия – каждая у 10 (8,0%) больных. За 12 месяцев до вакцинации документировано 42 случая инфекций НДП и/или ЛОР-органов у 90 пациентов: пневмония – 14 (в т.ч. повторная – 1), бронхит – 1, синусит – 13 (в т.ч. повторный – 3), отит – 5 (в т.ч. повторный – 1). Вакцинацию проводили на фоне продолжающейся противоревматической терапии, включающей базисные противовоспалительные и генно-инженерные биологические препараты и системные глюкокортикоиды. ПКВ-13 вводили в количестве одной дозы (0,5 мл) внутримышечно в дельтовидную мышцу плеча. Длительность наблюдения за больными составила 12 месяцев.

Результаты. Местные поствакцинальные реакции (боль и/или покраснение и/или припухлость в месте введения вакцины) зарегистрированы у 12 (9,6%) больных. В основном они носили легкий характер и разрешались самостоятельно в течение 1-2 дней. Только у 3 (2,4%) больных констатировано развитие феномена Артюса, проявления которого были купированы через 3-5 дней на фоне одно- или двукратного приема нестероидного противовоспалительного и/или антигистаминного препаратов. Системные поствакцинальные реакции отсутствовали у подавляющего большинства пациентов. Лишь у одной пациентки (0,8%) наблюдался краткосрочный подъем температуры до субфебрильных значений, купировавшийся самостоятельно. Обострения РЗ и «новые» аутоиммунные феномены не зарегистрированы. В течение 12 месяцев после вакцинации документирован один случай пневмонии (этиология которой не уточнена), инфекций ЛОР-органов не наблюдалось. Большинство больных отметили также существенное снижение частоты ОРВИ после вакцинации.

Заключение. Предварительные данные свидетельствуют о достаточной безопасности и клинической эффективности ПКВ – 13 у больных РЗ. Пациентам ревматологического профиля следует широко рекомендовать вакцинацию против пневмококковой инфекции.

Список литературы:

1. Белов Б.С., Буханова Д.В., Тарасова Г.М., Муравьева Н.В. Проблема инфекций нижних дыхательных путей в ревматологии: актуальность и пути решения. Эффективная фармакотерапия, 2020, 16 (6): 58-66. doi: 10.33978/2307-3586-2020-16-6-58-66.
2. Белов Б.С., Муравьева Н.В., Баранова М.М. и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у больных ревматическими заболеваниями (по данным ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой). Научно-практическая ревматология. 2025; 63 (4): 380-385. doi: 10.47360/1995-4484-2025380-385.
3. Белов Б.С., Тарасова Г.М., Муравьева Н.В. Вакцинация в ревматологии – 2019 (по материалам рекомендаций EULAR). Научно-практическая ревматология. 2019; 57 (6): 618-625. doi: 10.14412/1995-4484-2019-618-625.
4. Белов Б.С., Муравьева Н.В., Насонов Е.Л. Вакцинация при ревматических заболеваниях: актуальные вопросы (по материалам рекомендаций ACR). Научно-практическая ревматология. 2023; 61 (2): 151-157. doi: 10.47360/1995-4484-2023-151-157.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННОЙ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Случай острого гепатита С (ОГС) у беременных встречается крайне редко. По оценочным данным, частота выявления антител к вирусу гепатита С (ВГС) у беременных в России колеблется от 1,0% до 2,8%. При этом активная вирусемия, подтвержденная выявлением РНК ВГС, наблюдается примерно у 0,9%. В подавляющем большинстве случаев (более 75%) инфекцию ВГС впервые обнаруживают во время обязательного скрининга при постановке на учет, и чаще всего это уже хроническая форма, что требует дополнительного обследования [1].

ВГС обычно не влияет на развитие плода и не вызывает врожденных аномалий, а риск внутриутробного заражения минимален (не более 5%). Однако само наличие вируса может повышать риски определенных осложнений беременности, например, внутрипеченочного холестаза, и требует медицинского наблюдения. ВГС низко иммуногенен и не обладает прямым цитопатическим действием на гепатоциты [2]. Состояние физиологической иммуносупрессии при беременности обуславливает низкую цитолитическую активность и замедленное появление диагностически значимых антител, что может вызвать трудности в выявлении случаев ОГС.

Возможность и эффективность этиотропной терапии гепатита С подтверждено клиническими исследованиями и широко внедрено в клиническую практику [3, 4, 5]. Однако, современные препараты прямого противовирусного действия противопоказаны во время беременности и лечение ОГС проводится только лекарственными средствами с патогенетическим или симптоматическим действием.

Цель исследования. Изучить клинические и лабораторные особенности течения ОГС у беременной.

Материалы и методы. Проанализирован случай ОГС у беременной женщины в возрасте 32 лет, наблюдавшейся в СПбГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» (КИБ им. С.П. Боткина) в период с 24.12.2024 по 06.08.2025 года.

Результаты. Пациентка обратилась в КИБ им. С.П. Боткина по направлению врача-акушера-гинеколога женской консультации в связи с жалобами на умеренный кожный зуд и повышение трансаминаз на сроке беременности 11 недель.

Из анамнеза известно, что за 4-5 месяцев до появления симптомов лечилась у стоматолога (удаление зуба) и косметолога (инъекционные процедуры).

Повышение активности трансаминаз (АлАт – 391 Ед/л, АсАт – 156 Ед/л) при нормальном уровне общего билирубина (4 мкмоль/л) выявлено 17.12.2024г. при обследовании по поводу беременности на сроке 10 недель.

Скрининговые маркеры вирусных гепатитов – HBsAg, anti-HCV IgM/IgG – отрицательные.

При обследовании в КИБ им. С.П. Боткина в период с 24.12.2024 по 14.01.2025г. предъявляла жалобы на умеренный кожный зуд, самочувствие было удовлетворительным; объективный осмотр по органам и системам – без патологических изменений. В биохимическом анализе крови цитолитическая активность снизилась (АлАт – 132 Ед/л, АсАт – 47 Ед/л), общий билирубин, желчные кислоты, ЩФ и ГГТП – в пределах нормальных значений, белково-синтетическая функция печени не нарушена. Серологические маркеры вирусных гепатитов, ЦМВ, ВЭБ, ВПГ 1 и 2 типов были отрицательными, в связи с чем был диагностирован гепатоз беременных.

При обследовании 04.02.2025г. жалоб активно не предъявляла, однако активность трансаминаз сохранялась почти на прежнем уровне (АлАт – 152 Ед/л, АсАт – 60 Ед/л).

При обследовании 21.04.2025г. на сроке беременности 25 недель и спустя 4 месяца после первого выявления отклонений в биохимическом анализе крови показатели нормализовались (АлАт – 37 Ед/л, АсАт – 21 Ед/л), но впервые появились антитела к ВГС – anti-HCV IgM/IgG и anti-HCV core, а методом ПЦР была выявлена РНК ВГС – диагностирован ОГС.

При обследовании 02.06.2025г. на сроке беременности 33 недели в биохимическом анализе крови выявлена незначительная цитолитическая активность (АлАт – 59 Ед/л, АсАт – 35 Ед/л), выявлены антитела к NS3-белку ВГС, вирусная нагрузка ВГС – $1,75 \times 10^5$ МЕ/мл. Согласно действующим клиническим рекомендациям, сохранение РНК ВГС более 6 месяцев свидетельствует о переходе ОГС в хроническую форму. При компрессионной эластографии печени получено среднее значение индекса фиброза печени LF INDEX 2,22 у.е. (интервалы от 1,67 у.е. до 2,74 у.е.), что соответствует F1 стадии фиброза печени по шкале METAVIR.

31.07.2025г. на сроке беременности 40 недель путем кесарева сечения родился доношенный мальчик, вес при рождении – 3180 гр., рост – 50 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.

Выводы. Своевременная диагностика ОГС у беременных может вызывать значительные затруднения. Клиническое течение ОГС характеризуется крайне скудной субъективной и объективной симптоматикой, зачастую маскирующейся под симптомы, характерные для беременности. Изменения в биохимическом анализе крови могут быть случайной находкой, а при их трактовке необходимо учитывать данные эпидемиологического анамнеза. Отсроченное появление антител к ВГС требует в диагностически неясных случаях выполнения ПЦР-исследования. В связи с высоким риском перехода ОГС в хроническую форму пациентка должна оставаться под наблюдением врача-инфекциониста. При сохранении РНК ВГС в плазме крови более 6 месяцев диагностируют хронический гепатит С, выполняют определение степени фиброза печени и рассматривают возможность проведения противовирусной терапии после родоразрешения.

Список литературы:

1. Жданов К.В. и др. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. 2003. №2. С.11-16.
2. Сысоев К.А. и др. Профиль цитокинов и хемокинов в плазме крови пациентов с хроническим гепатитом С. Инфекция и иммунитет. 2013. Т. 3. №1. С. 49-58.
3. Абдурахманов Д.Т. и др. Безопасность и эффективность теллапревира в лечении хронического гепатита С у больных российской популяции, включенных в исследование по программе раннего доступа. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. Т. 24. №1. С. 39-46.
4. Жданов К.В. и др. Эволюция противовирусной терапии хронических гепатитов В, С и D. Журнал инфектологии. 2009. Т. 1. №4. С. 23-35.
5. Isakov V. et al. Efficacy of Sofosbuvir plus Ribavirin in treatment-naïve patients with genotype – 1 and -3 HCV infection: Results from a Russian Phase IIIb Study. Antiviral Therapy. 2016. Т. 21. №8. С. 671-678.

Нестерова И.В.^{1,3}, Городин В.Н.^{1,2}, Чудилова Г.А.¹, Матушкина В.Н.¹

ДИСФУНКЦИИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ ЛИЦ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Инфекционная больница №2, Сочи;

³ Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва

Аденовирус (HAdV) может вызывать тяжёлую пневмонию и осложнения, требующие госпитализации в отделение интенсивной терапии, у людей всех возрастов как с ослабленным иммунитетом, так и у иммунокомпетентных лиц [1] Нейтрофильные гранулоциты (НГ), первыми мигрируют к очагу инфекции, реализуя противовирусную защиту через различные механизмы: фагоцитоз, дегрануляцию, продукцию активных форм кислорода (АФК), синтез цитокинов, образование внеклеточных нейтрофильных экстрацеллюлярных сетей (NET), эктосом и могут играть ключевую роль в определении течения и исхода заболевания [2]. При этом функциональная активность НГ при HAdV-инфекции мало изучена.

Цель исследования: уточнить особенности функционирования нейтрофильных гранулоцитов у взрослых иммунокомпетентных лиц при аденовирусной пневмонии различной степени тяжести.

Материалы и методы. Исследованы пациенты госпитализированные в ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» МЗ КК – 30 военнослужащих мужчин, в возрасте 37 (31; 40) лет, в острый период, 5,5 (5; 7,5) от дня начала болезни до момента госпитализации. Методом ПЦР в образцах из дыхательных путей (мазки из носоглотки и зева) в 100% случаев был

подтвержден диагноз аденовирусная инфекция. У 27% пациентов (n=8) выявлена коинфекция с бактериями (*Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*), в 6% случаев (n=2) с вирусом гриппа, в 10% случаев (n=2) обнаружена *Candida albicans*. По клинико-лабораторным показателям выполненным согласно КР «Вирусные пневмонии у взрослых», МКБ 10. Аденовирусная пневмония (J12.0), пациенты были разделены на группы: в группу исследования 1 (ГИ1, n=22) вошли пациенты с нетяжелой пневмонией, в группу исследования 2 (ГИ2, n=8) пациенты с тяжелой пневмонией. Группу сравнения составили 22 условно-здоровых добровольца, в возрасте 37 (31; 40) лет (ГС). Проведено тестирование: количества и фенотипа субпопуляций НГ CD64-CD16+CD32+CD11b+, CD64+CD16+CD32+CD11b+ отвечающих за эффекторные функции (FC 500 «Beckman Coulter», США), фагоцитарной активности НГ (%ФАН), процессов захвата (ФЧ, ФИ), киллинговой и переваривающей способности (%П, ИП) по отношению к *S.aureus* (штамм №209), NADPH- оксидазную активность в спонтанном и индуцированном *S.aureus* NBT- тесте.

Статистический анализ проводился в среде StatSoft Statistica 10.0. Данные представлены в виде медианы (Me) и квартилей (Q1; Q3). Для оценки различий применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Анализ гемограмм выявил, что в ГИ1 при содержании лейкоцитов $6,4 (5,0; 8,0) \times 10^9/\text{л}$, не отличающемся от показателей ГС ($p > 0,05$), а в ГИ2 на фоне повышения уровня лейкоцитов $9,0 (8,1; 10,9) \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), отмечено увеличение количества НГ в ГИ1 до $4,4 (3,2; 7,5) \times 10^9/\text{л}$; в ГИ2 до $7,1 (5,6; 8,9) \times 10^9/\text{л}$ ($p_{1,2} < 0,05$), с долей палочкоядерных форм – $7,5 (6,0; 11,0)\%$ и $13,0 (12,0; 16,0)\%$ в ГИ1, ГИ2 соответственно ($p_{1,2} < 0,05$), что характерно для HAdV-инфекций, при которых во многих исследованиях отмечается повышение количества лейкоцитов и НГ, а также маркеров воспаления – уровня СРБ и прокальцитонина [3,4]. Также в ГИ1 и ГИ2 выявлено снижение абсолютного количества лимфоцитов ($p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,05$).

Проточно-цитометрический анализ выявил в исследуемых группах увеличение доли субпопуляции НГ CD64+CD16+CD32+CD11b+ более выраженное при тяжелом течении пневмонии: в ГИ1 до $13,8 (6,6; 35,3)\%$ в ГИ2 до $48,7 (23,0; 83,4)\%$ против $1,2 (0,7; 2,7)\%$ в ГС ($p_{1,2} < 0,05$). Плотность экспрессии рецепторов (MFI) на НГ данной субпопуляции не отличалась в ГИ1 и ГИ2. Выявлена низкая MFI CD64 – $2,2 (2,1; 3,4)$ против $6,1 (3,3; 9,9)$ и высокая MFI CD32, CD16, CD11b молекул относительно ГС ($p_{1-3} < 0,05$). Количество НГ субпопуляции CD64-CD16+CD32+CD11b+ снижалось ($p_{1,2} < 0,05$), при этом регистрировалось повышение экспрессии CD16 до $83,5 (78,4; 85,7)$ против $33,6 (30,0; 44,3)$ ($p < 0,05$), а MFI CD11b и CD32 не отличались от ГС ($p > 0,05$). Увеличение уровня НГ CD64-позитивной субпопуляции с измененным фенотипом, является особенностью HAdV – инфекции, подтверждающей факты полученные на моделях *in vitro* и *in vivo* о том, что взаимодействие HAdV с НГ опосредованно рецепторами комплемента 1(CR1) и Fc-рецепторами FcγRI (CD64), FcγRII (CD32) и FcγRIIIb (CD16)[4,5].

При оценке микробицидной активности НГ установлено ослабление фагоцитарной функции как процессов захвата (уменьшение в 1,3 раза %ФАН до 54,7 (54,0;57,0)% в ГИ1 и 53,5 (50,0;57,0)% в ГИ2 против 71,0 (69,3; 77,2) в ГС, в 2 раза ФИ ($p_{1,2}<0,05$), так и киллинга и переваривающей активности – снижение в 1,4 раза %П 43,5 (40,1; 46,1) в ГИ1 и 46,5(42,6; 49,2)% ГИ2 против 64,5 (62,6; 66,9) в ГС, и в 2 раза ИП ($p_{1,2}<0,05$) в обеих исследуемых группах ($p_{1,2}<0,05$). Напротив, отмечалось значительное усиление спонтанной NADPH-оксидазной активности. Показано увеличение в 6 раз СЦИсп – 0,6 (0,3; 0,7) и %ФПКсп – 13,5(10,2; 24,7) в ГИ1; в 4,7 раза СЦИсп – 0,4 (0,2;0,5) и 8 раз %ФПКсп – 16,0 (11,7;19,2) в ГИ2 ($p_{1,2}<0,05$). При антигенной нагрузке *S.aureus in vitro* в ГИ1 и ГИ2 было выявлено истощение NADPH-оксидазной активности, на что указывало снижение показателей СЦИст, %ФПКст ($p_{1,2}<0,05$) относительно показателей, установленных в спонтанном NBT-тесте и значений ГС.

Заключение. Установлены нарушения функционирования НГ при HAdV пневмонии у иммунокомпетентных взрослых лиц, наиболее выраженные при тяжелой форме болезни: изменения соотношения субпопуляций НГ и их фенотипа ассоциированные с гиперактивацией и переориентацией функций НГ на цитотоксические, что способствует усугублению клинических проявлений, и снижение фагоцитарной активности НГ, что может обуславливать присоединение бактериальной инфекции и возникновение гнойно-септических осложнений.

Список литературы:

1. Outbreaks of Adenovirus-associated Respiratory Illness on 5 College Campuses in the United States, 2018-2019 / S.A. Kujawski, X. Lu, E. Schneider [et al.] // Clin Infect Dis. – 2021.- Vol. 72(11). – P. 1992-1999.
2. Neutrophil Functional Heterogeneity and Implications for Viral Infections and Treatments / L. Chan, S. Morovati, N. Karimi [et al.] // Cells. – 2022. – Vol. 11. – P. 1322.
3. Potential Diagnostic and Prognostic Biomarkers for Adenovirus Respiratory Infection in Children and Young Adults / G.B. Biserni, S. Scarpini, A. Dondi [et al.] // Viruses. -2021.- Vol. 13(9). – P.1885.
4. Serum Inflammatory Markers in Patients with Adenovirus Respiratory Infection / J.Sun, Y.Xiao, M. Zhang [et al.] // Med. Sci. Monit. Int. Med. J. Exp. Clin. Res. – 2018. – Vol.24. – P.3848–3855.
- 5 Adenovirus phagocytosis by neutrophils triggers a pro-inflammatory response / S,Laurans, S. Huerre, O. Dellis[et al.] // PLoS Pathog. – 2026. – Vol.22(4). – P. e1013504.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРХИТЕКТУРНО-ПЛАНИРОВОЧНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КАК ВАРИАНТ АДАПАТАЦИИ ВАРИАНТЫ К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ КОНЪЮНКТУРЕ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Современная эпидемиологическая конъюнктура является многокомпонентной и динамично изменяющейся, получающая свое развитие за счет комплекса многофакторных локальных территориальных процессов, а также постоянному развитию за счет различных социальных и прочих процессов. Влияние экономических факторов и локальных конфликтов привело к различным изменениям в жизни населения планеты, в том числе за счет перенаправления миграционных и туристических потоков в иные страны и территории. В таких условиях постоянная готовность медицинских организаций к оказанию медицинской помощи больным и лицам подозрительным на инфекционные и паразитарные заболевания, в том числе завозные болезни, остается актуальной задачей современного здравоохранения [1].

В соответствии с действующими требованиями санитарных правил и норм, в рамках обеспечения готовности к эпидемиологическим кризисам, стационарные медицинские организации инфекционного профиля (организации имеющие в своем составе инфекционные отделения), обеспечивают готовность к развертыванию специализированных медицинских формирований – инфекционного госпиталя, провизорного госпиталя, изолятора (далее – госпитальная база) [2, 3, 4]. Для этих целей, разрабатывается и в постоянном режиме актуализируется пакет оперативной документации, в который целесообразно включать: структуру учреждения (план и этапы перепрофилирования) с указанием коечной мощности и базы развертывания соответствующего медицинского формирования, оперативных планов учреждения и отдельных подразделений, в т.ч. предусматривающий разные варианты возникновения и развития ситуации (выявления больного в инфекционном стационаре, выявление за пределами инфекционного стационара, выявление в патологоанатомическом отделении, иные ситуации), схемы учреждения (расположение формирований госпитальной базы и сортировочных пунктов (при наличии), зон общего доступа и зон ограниченного доступа на территории медицинской организации, схем «чистых» и «грязных» потоков, схем движения санитарного транспорта с пациентами на госпитализацию, а впоследствии и машин СМП в пункт санитарной обработки, схем движения персонала, мест расположения укладок), схемы оповещения должностных лиц учреждения, схемы оповещения должностных лиц по муниципальному образованию и региону (выдержки из Комплексных планов по санитарной охране территории соответствующего муниципального образования и субъекта), паспорта на соответствующее формирование госпитальной базы. Помимо «привычных» проблем в работе

медицинских организаций, обусловленных дефицитом кадров и иных ресурсов, может добавляться временное приостановление деятельности структурного подразделения, запланированного под развертывание того или иного формирования госпитальной базы, в том числе в связи с проведением капитальных ремонтных работ. Такие изменения являются существенными для штатной работы подразделения, требующее внесение изменений в структуру и очереди перепрофилирования, а при возникновении необходимости работы в условиях строгого противоэпидемического режима – требует рассмотрения альтернативных вариантов расположения формирований госпитальной базы на мощностях иных подразделений и/или иных медицинских организаций. Для этих целей необходимо воспользоваться инструментом из актуализированной редакции соответствующих методических указаний [4], который регламентируют наличие в учреждении поэтапного плана задействования отделений (стационаров), которые перепрофилируются в зависимости от эпидемической ситуации. Количество очередей (этапов) развертывания не регламентируется и соответственно может иметь произвольное значение, которое должно быть основано на текущих архитектурно-планировочных особенностях структурных подразделений (учреждений). В условиях перехода одного из лечебных подразделений специализированной клинической инфекционной больницы для оказания медицинской помощи взрослому населению (город Краснодар) на капитальный ремонт, текущий план перепрофилирования под госпитальную базу предусматривает 4 очереди развертывания инфекционного госпиталя, 3 очереди развертывания провизорного госпиталя и 1 очередь изолятора. Возможность нескольких очередей развертывания обеспечивается наличием: изолированных отсеков в лечебных отделениях (разделяющих коридоры), боксов, нескольких изолированных лестничных маршей, наличием лифтов, наличием раздаточных с отдельными входами со стороны улиц, наличием помещений с отдельными входами со стороны улиц (для возможности организации сортировочных пунктов, санитарных пропускников, шлюзов для организации «чистых» и «грязных потоков госпитальной базы).

Опыт работы в условиях строгого противоэпидемического режима во время пандемии COVID-19 позволяет уверенно говорить о целесообразности развертывания сортировочных пунктов, в зависимости от вида медицинской организации и расположения её структурных подразделений. В зависимости от разворачивающейся ситуации, может быть организовано несколько сортировочных пунктов, в том числе при развертывании на базе одной медицинской организации и инфекционного госпиталя, и провизорного госпиталя, и изолятора, с учетом обязательной необходимости наличия адекватной навигации для бригад СМП по территории медицинской организации.

Список литературы:

1. Брюханова Г.Д., Городин В.Н., Носиков Д.В., Шестакова И.В., Нежурин А.В. Эмерджентный подход к формированию стратегии противоэпидемической готовности организаций здравоохранения в условиях новой эпидемиологической реальности // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2021. – Т.

26. – №6. – С. 294-307. doi: 10.17816/EID108277. – URL: <https://rjeid.com/1560-9529/article/view/108277> (дата обращения: 24.09.2025 года).

2. Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

3. Методические указания МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

4. Методические указания МУ 3.1.1.2232-07 «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий на случай возникновения очага холеры».

***Пак Е.С.^{1,2}, Коробка В.Л.^{1,2}, Цирульников О.М.^{3,4}, Пасечников В.Д.¹,
Коробка Р.В.^{1,2}, Малеванный М.В.^{1,2}, Кучеренко О.Б.^{1,2}, Новикова Г.В.^{1,2},
Василенко В.С.¹, Агабекян В.С.¹, Петрова Т.М.¹, Пасечников Д.В.⁵***

РЕКОМПЕНСАЦИЯ HCV-АССОЦИИРОВАННОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ УСТОЙЧИВОГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПППД: ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

¹ Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону;

² Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону;

³ Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова, Москва;

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва;

⁵ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель исследования: оценить влияние устойчивого вирусологического ответа (УВО), достигнутого на фоне терапии препаратами прямого противовирусного действия (ПППД) у пациентов с HCV-ассоциированным циррозом печени (ЦП), на степень тяжести заболевания, а именно – частоту перехода пациентов из классов В и С в класс А по классификации Чайлд-Туркотт-Пью (СТР).

Материалы и методы. Выполнено сравнительное проспективное исследование, включившее 320 пациентов с декомпенсированным ЦП, находившихся в листе ожидания трансплантации печени. Критерии включения и исключения: ключевым критерием включения являлось соответствие пациента критериям рекомпенсации Baveno VII. Из исследования исключались больные с гепатоцеллюлярной карциномой или любыми другими злокачественными новообразованиями, с активными инфекциями, тромбозом воротной вены, с синдромом острой печеночной недостаточности на фоне хронической (ACLF), с

установленным портосистемным шунтированием (TIPS), а также пациенты, нуждающиеся в повторной трансплантации печени, лица моложе 18 лет и больные с циррозом иной этиологии (не HCV). Проанализированы демографические, клинические и лабораторные данные, значения индексов MELD-Na и СТР, выраженность печеночной энцефалопатии (ПЭ) и асцита, эпизоды кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, а также общее число осложнений. Сравнение проводилось в двух временных точках: до начала противовирусной терапии и через 12 месяцев после достижения УВО. Дополнительно проведено сравнение между группами пациентов, достигших (класс А, n=113) и не достигших (классы В/С, n=207) рекомпенсации. Для оценки факторов риска использовалась модель пропорциональных рисков Кокса (однофакторный и многофакторный анализ).

Результаты. В когорте пациентов, перешедших в класс А (n=113), зафиксировано выраженное улучшение функционального состояния печени ($p<0,001$). Согласно матрице переходов, снижение градации тяжести поражения по шкале MELD-Na отмечено у 97,3% больных. У пациентов, достигших класса А по СТР, по сравнению с группой В/С, наблюдалось статистически значимое ($p<0,001$) снижение активности трансаминаз (АЛТ, АСТ), уровней общего билирубина и креатинина, показателя МНО и жесткости печени, а также достоверное повышение концентрации альбумина и натрия в сыворотке крови ($p<0,001$). Клинически значимая динамика выражалась в уменьшении степени ПЭ, регрессе асцита и снижении общего числа осложнений ЦП в течение 12 месяцев после достижения УВО ($p<0,001$). Построенная регрессионная модель продемонстрировала высокую прогностическую значимость ($\chi^2=275,451$; $p<0,001$) для оценки вероятности перехода в класс А; независимыми предикторами выступили исходный балл СТР, уровень сывороточного натрия, исходный индекс MELD-Na и концентрация альбумина. ROC-анализ подтвердил, что уровень натрия является высокоточным предиктором динамики состояния по шкале СТР: пороговое значение $\text{Na} < 131,5$ ммоль/л ассоциировано со снижением вероятности улучшения (чувствительность 99,1%, специфичность 96,7%; AUC = 0,881; 95% ДИ: 0,780–0,890; $p<0,001$).

Выводы. Эрадикация вируса гепатита С инициирует масштабную функциональную перестройку печени, что подтверждается сочетанной положительной динамикой прогностических индексов, восстановлением ключевых биохимических параметров гомеостаза и значимым снижением частоты клинических осложнений. Клинически значимый порог натрия (131,5 ммоль/л) является высокоточным маркером низкой вероятности рекомпенсации (чувствительность 99,1%, специфичность 96,7%, AUC=0,881). Этот порог значительно превосходит по прогностической ценности стандартную границу гипонатриемии (135 ммоль/л) и может быть рекомендован для рутинной стратификации пациентов с HCV-циррозом, получающих терапиюППД. Мониторинг уровня натрия с акцентом на порог 131,5 ммоль/л, а также оценка исходных баллов СТР и MELD-Na позволяют уже до начала терапии прогнозировать вероятность достижения рекомпенсации, что помогает в принятии решений о тактике ведения

пациентов (продолжение наблюдения, оптимизация поддерживающей терапии, своевременное направление на трансплантацию печени при низкой вероятности ответа).

Список литературы:

1. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C. Baveno VII Faculty. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022 Apr;76(4):959-974. DOI: 10.1016/j.jhep.2021.12.022. Erratum in: J Hepatol. 2022 Jul;77(1):271. DOI: 10.1016/j.jhep.2022.03.024.
2. El-Sherif O, Jiang ZG, Tapper EB, Huang KC, Zhong A, Osinusi A, et al. Baseline Factors Associated With Improvements in Decompensated Cirrhosis After Direct-Acting Antiviral Therapy for Hepatitis C Virus Infection. Gastroenterology. 2018 Jun;154(8):2111-2121.e8. doi: 10.1053/j.gastro.2018.03.022.
3. Lourenço MS, Zitelli PMY, Cunha-Silva M, Oliveira AIN, Lima RGR, Souza EO, et al. Early liver function improvement following successful treatment of chronic hepatitis C in patients with decompensated cirrhosis: a real-life study. Clinics (Sao Paulo). 2021 Nov 19;76:e3186. doi: 10.6061/clinics/2021/e3186
4. Gentile I, Scotto R, Coppola C, Staiano L, Amoruso DC, De Simone T, et al. Treatment with direct-acting antivirals improves the clinical outcome in patients with HCV-related decompensated cirrhosis: results from an Italian real-life cohort (Liver Network Activity-LINA cohort). Hepatol Int. 2019 Jan;13(1):66-74. doi: 10.1007/s12072-018-9914-6.
5. Pereira GH, Peixoto HR, Giusti ML, Souza ML, Victor LB, Fernandes F, et al. Long-term survival and clinical outcomes following direct-acting antiviral (DAA) treatment in HCV decompensated cirrhosis in Brazil: a real-world study. Braz J Infect Dis. 2022 Sep-Oct;26(5):102697. doi: 10.1016/j.bjid.2022.102697

***Рахимов Р.Р.^{1,2}, Гареев Р.Ф.¹, Рахимов Р.А.^{1,2}, Брянцева Е.В.²,
Матназарова Г.С.²***

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ

¹ Научно-исследовательский институт вирусологии, Ташкент;

² Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент

Введение. Глобальное изменение климата является одним из ключевых факторов, определяющих современные изменения в структуре инфекционной заболеваемости. По данным ИРСС, повышение средней глобальной температуры на ~1,1 °C сопровождается изменением гидрологического цикла, увеличением частоты экстремальных погодных явлений и нарушением экологического баланса, что влияет на условия циркуляции инфекционных агентов [3]. Всемирная организация здравоохранения отмечает, что климатические изменения уже приводят к росту бремени кишечных и респираторных вирусных

инфекций за счёт ухудшения водоснабжения, санитарии и изменения сезонности вирусов [4].

Цель исследования. Оценить влияние изменения климата на эпидемиологию кишечных и респираторных вирусных инфекций на основе современных глобальных данных.

Материалы и методы

Проведён аналитический обзор данных Межправительственной группы экспертов по изменению климата, ВОЗ и региональных публикаций. Используются методы сравнительного эпидемиологического анализа, систематизации и интерпретации глобальных трендов инфекционной заболеваемости в контексте климатических изменений [3,4].

Результаты исследования и обсуждение. Установлено, что повышение глобальной температуры на $\sim 1,1^\circ\text{C}$ ассоциировано с выраженными изменениями эпидемиологии вирусных инфекций.

Кишечные вирусные инфекции демонстрируют наибольшую климатическую чувствительность. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется около 1,7 млрд случаев диарейных заболеваний, при этом вирусные агенты (ротавирус, норовирус, астровирус) являются причиной до 40–60% острых гастроэнтеритов у детей в развивающихся странах [4]. Климатические изменения способствуют росту заболеваемости через ухудшение качества воды: установлено, что после наводнений риск вспышек острых кишечных инфекций увеличивается в среднем на 20–40%, тогда как в условиях засух доступ к безопасной воде снижается более чем на 30% в отдельных регионах, что повышает вероятность фекально-оральной передачи вирусов.

Респираторные вирусные инфекции также демонстрируют значимую климатическую зависимость. Ежегодно вирус гриппа инфицирует до 1 млрд человек, включая 3–5 млн случаев тяжёлого течения и до 290–650 тыс. смертей [4]. Установлено, что снижение абсолютной влажности на 10% может повышать эффективность передачи вируса гриппа на 15–20%, а снижение температуры окружающей среды на 1°C ассоциируется с увеличением сезонной заболеваемости на 5–8% в умеренных климатических зонах.

Дополнительно показано, что экстремальные погодные условия увеличивают время пребывания населения в закрытых помещениях на 20–35%, что способствует росту внутрисемейной передачи респираторных вирусов. Изменение температуры и влажности также влияет на стабильность вирусов: при высокой влажности инаktivация вирусов на поверхностях ускоряется, однако при сухом холодном воздухе их выживаемость увеличивается до 48–72 часов в зависимости от типа вируса [3].

Полученные данные подтверждают, что изменение климата является системным фактором, усиливающим циркуляцию вирусных инфекций. Основные механизмы включают ухудшение водно-санитарных условий, изменение сезонности вирусов, модификацию поведения населения и изменение устойчивости патогенов во внешней среде.

Особое значение имеет сочетание климатических факторов с урбанизацией и высокой плотностью населения, что увеличивает скорость распространения инфекций и частоту вспышек. В ряде стран отмечается недостаточная интеграция климатических параметров в системы эпидемиологического надзора, что снижает эффективность раннего прогнозирования.

Подход «Единое здоровье» рассматривается как наиболее перспективная стратегия, предполагающая интеграцию климатических, экологических и эпидемиологических данных для управления инфекционными рисками [4].

Выводы

Изменение климата оказывает статистически значимое влияние на эпидемиологию кишечных и респираторных вирусных инфекций. Наиболее выраженные эффекты наблюдаются через ухудшение качества воды, увеличение частоты экстремальных погодных явлений и изменение сезонности циркуляции вирусов. Интеграция климатических факторов в системы эпидемиологического надзора является необходимым условием повышения эффективности профилактики инфекционных заболеваний.

Список литературы:

1. Рахимов Р.Р., Гареев Р.Ф. Климатические изменения и инфекционные заболевания в Центральной Азии // Мониторинг состояния и загрязнения окружающей среды. – М.: ИГКЭ, 2025. – С. 209–212.
2. Рахимов Р.Р. Влияние климатических изменений на распространение арбовирусных инфекций в Центральной Азии // Инфекционные болезни: мультидисциплинарный взгляд. – СПб., 2026. – С. 123–124.
3. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Cambridge University Press, 2022.
4. Baker R.E. et al. Infectious disease in an era of global change // Nature Reviews Microbiology. 2022;20(4):193–205. <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00639-z>

***Рахимов Р.Р.^{1,2}, Гареев Р.Ф.¹, Рахимов Р.А.^{1,2},
Брянцева Е.В.², Матназарова Г.С.²***

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И КОНТРОЛЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ: АНАЛИЗ ЦИФРОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ И ПЕРСПЕКТИВ ВНЕДРЕНИЯ

¹ Научно-исследовательский институт вирусологии, Ташкент;

² Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент

Введение. Антибиотикорезистентность (Antimicrobial Resistance, AMR) является одной из наиболее значимых угроз глобальному общественному здравоохранению, приводящей к снижению эффективности антибактериальной терапии, увеличению летальности и значительному росту экономических затрат. Распространение устойчивых к антибиотикам микроорганизмов связано с

увеличением длительности госпитализации и ухудшением клинических исходов инфекционных заболеваний.

Основными факторами развития Antimicrobial Resistance остаются нерациональное применение антибактериальных препаратов, поздняя лабораторная диагностика инфекций, а также ограниченные возможности эпидемиологического надзора. В этих условиях особую значимость приобретают цифровые технологии и искусственный интеллект (Artificial Intelligence, AI), направленные на раннее выявление устойчивости микроорганизмов и оптимизацию антибактериальной терапии [3,4].

Цель исследования. Оценить современные цифровые платформы и методы искусственного интеллекта, применяемые для диагностики, прогнозирования антибиотикорезистентности и поддержки клинических решений.

Материалы и методы. Проведен обзор современных научных публикаций и аналитических источников, посвященных применению Artificial Intelligence, Machine Learning и Bioinformatics platforms в изучении Antimicrobial Resistance. Анализировались данные международных систем эпидемиологического надзора, а также программные инструменты анализа бактериальных геномов и клинко-лабораторных данных, включая открытые базы геномных последовательностей и клинических наблюдений

Результаты и обсуждение. Установлено, что современные цифровые решения существенно расширяют возможности мониторинга и контроля антибиотикорезистентности.

Среди биоинформатических платформ особое значение имеют Antimicrobial Resistance Gene Finder Plus (AMRFinderPlus), разработанный National Center for Biotechnology Information, и ResFinder, созданный Center for Genomic Epidemiology. Эти системы позволяют выявлять гены устойчивости в бактериальных геномах и используются в молекулярной эпидемиологии для отслеживания распространения резистентных штаммов [4].

В области машинного обучения широко применяются программные библиотеки Scikit-learn, TensorFlow, PyTorch и Extreme Gradient Boosting. Они используются для построения предиктивных моделей устойчивости к антибиотикам, анализа клинко-лабораторных данных и выявления скрытых закономерностей в больших медицинских датасетах [3].

Глобальный эпидемиологический мониторинг осуществляется через World Health Organization Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System и European Centre for Disease Prevention and Control, которые обеспечивают стандартизированный сбор и анализ данных о распространении устойчивых микроорганизмов [4].

Клинические системы поддержки принятия решений, интегрированные в электронные медицинские карты, позволяют оптимизировать выбор антибактериальной терапии, снижать уровень необоснованного назначения антибиотиков и учитывать локальные данные антибиотикорезистентности в реальном времени.

Искусственный интеллект также активно применяется в фармацевтических исследованиях для ускоренного поиска новых антибактериальных молекул, моделирования взаимодействия лекарственных веществ с бактериальными мишенями и прогнозирования эффективности новых препаратов [3].

Несмотря на значительный прогресс, сохраняются ограничения, связанные с качеством и стандартизацией клинических данных, ограниченной универсальностью алгоритмов, необходимостью клинической валидации моделей и влиянием региональных эпидемиологических особенностей [3, 4].

Выводы. Искусственный интеллект и цифровые платформы являются перспективными инструментами в борьбе с Antimicrobial Resistance. Их использование позволяет повысить точность диагностики, улучшить прогнозирование устойчивости и оптимизировать антибактериальную терапию. Внедрение данных технологий в систему здравоохранения способствует снижению нерационального применения антибиотиков и замедлению распространения AMR. Однако для эффективной реализации необходимы стандартизация медицинских данных, адаптация алгоритмов к региональным эпидемиологическим условиям и интеграция цифровых решений в клиническую практику.

Список литературы:

1. Рахимов Р.Р. Интеллектуальная система ориентировочной диагностики острых респираторных и кишечных инфекций: пилотная разработка и первичная валидация // VI Международный форум «Дни вирусологии 2025» : сб. тезисов / ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России. – СПб. : [ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева»], 2025. – 212 с. – С. 146-147.

2. Рахимов Р.Р. Контроль и предупреждение распространения лекарственно-устойчивых возбудителей вирусных инфекций с использованием искусственного интеллекта // Вирусные инфекции в XXI веке: вызовы и ответы: сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 105-летию создания ФБУН «Федеральный научно-исследовательский институт вирусных инфекций «Виром» Роспотребнадзора (24–25 сентября 2025 г.) / под ред. д. б. н. Семенова А. В. – Екатеринбург: ИЗДАТЕЛЬСТВО АМБ, 2025. – 128 с. – С. 96-98.

3. Amin D, Garzón-Orjuela N, Garcia Pereira A, Parveen S, Vornhagen H, Vellinga A. Artificial Intelligence to Improve Antibiotic Prescribing: A Systematic Review. *Antibiotics* (Basel). 2023 Aug 6;12(8):1293. doi: 10.3390/antibiotics12081293. PMID: 37627713; PMCID: PMC10451640.

4. Giacobbe DR, Ahmad R, Akilli FM, Ascandari A, Eyre DW, Gallardo-Pizarro A, Garcia-Vidal C, Lopes BS, Lyutsova E, Rakhimov R, Rizzo A, Rohde H, Sadeghi Z, Schweitzer V, Tartari E, Torres-Sangiao E, Guerrero-López A; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) Study Group on Artificial Intelligence and Digitalisation (ESGAID) and the ESCMID Antimicrobial Resistance (AMR) Action Subcommittee (EAAS). How ready are we to use artificial intelligence in our fight against antimicrobial resistance? An ESGAID and

Рудова Т.С.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА АНЕМИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. Анемия широко распространена у ВИЧ-инфицированных больных и в основе ее развития лежит нарушение метаболизма железа и, как правило, в ее развитии принимают участие несколько механизмов, определяющихся воздействием непосредственно ВИЧ, оппортунистических инфекций, миелотоксическим эффектом антиретровирусной терапии. У ВИЧ-инфицированного пациента может наблюдаться сочетание 1-2 и более видов анемий, однако, большинство связано с дефицитом железа: абсолютным и/или функциональным. Абсолютный железодефицит развивается на фоне нарушения всасывания железа в кишечнике и/или увеличения его потерь, чаще всего по причине хронических и/или острых кровотечений, и характеризуется снижением собственных запасов железа в организме. При функциональном железодефиците собственные запасы железа не могут быть использованы в гемопоэзе и поэтому остаются в норме. Условием для его формирования являются длительно текущие воспалительные процессы любой этиологии. В связи с этим важно определить преобладающий вид анемии с целью принятия решения о правильной тактике лечения пациентов.

Цель исследования: выявить среди ВИЧ-инфицированных пациентов стационара больных с анемией и провести дифференциальную диагностику между анемией хронического заболевания (функциональным дефицитом железа) и железодефицитной анемией (абсолютным дефицитом железа), используя лабораторные данные.

Материалы и методы: обследовано 75 ВИЧ-инфицированных пациентов. В условиях клиничко-диагностической лаборатории всем больным был выполнен общий анализ крови с оценкой его показателей, что позволило выделить группу больных с анемией. Дальнейшая лабораторная диагностика проводилась в этой группе с целью установления характера анемии и основывалась на определении диагностически значимых биохимических параметров крови.

Результаты: по данным общего анализа крови снижение гемоглобина и эритроцитов ниже гендерной нормы отмечалось у 27 пациентов (36% от общего числа обследованных). Показатели гемоглобина больных этой группы соответствовали анемии легкой (81,5%), средней (11,1%) и тяжелой (7,4%) степени. Анемия носила нормоцитарный (81,5%) и микроцитарный (18,5%) характер, была чаще нормохромной (81%). По результатам биохимического анализа наблюдались сниженные (70,4%) и нормальные (25,9%) значения сывороточного железа, сниженные (51,9%) и нормальные (48,1%) величины ОЖСС,

сниженные (51,9%) и нормальные (40,7%) значения трансферрина, высокие (70,4%) и нормальные (25,9%) значения ферритина, повышение уровня СРБ (74,1%) и СРБ в пределах нормы (25,9%).

Выводы: для железодефицитной анемии характерны гипохромия эритроцитов, микроцитоз, сниженное содержание сывороточного железа и ферритина, повышенные уровни ОЖСС и трансферрина, нормальный уровень СРБ. Основными лабораторными критериями анемии хронического заболевания являются нормохромия или гипохромия, нормальные или сниженные уровни сывороточного железа, трансферрина и ОЖСС, зачастую повышены значения ферритина (отражает сохраненные запасы железа и функционирует, как положительный белок острой фазы) и СРБ. Полученные лабораторные данные позволяют сделать вывод, что анемия у пациентов с ВИЧ-инфекцией носит преимущественно функциональный характер и вызвана воспалительными заболеваниями и наличием иммунодефицита.

Список литературы:

1. Горыня Л.А., Мазуров В. И., Мусатов В. Б. Анемия у ВИЧ-инфицированных пациентов. Патогенез и современная терапевтическая тактика // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2014. – сер.11, вып.2, С. 54-65.
2. Ковалёва Л.Г. Железодефицитная анемия // Врач. – 2002. – №12. – С. 4-9.
3. Лосева М.И., Зюбина Л.Ю., Шпагина Л.А., Пospelова Т.И., Пасман Н.М., Ковынев И.Б. Анемии, диагностика и лечение. Ч. 1. Железодефицитные анемии: методическое учебное пособие. Новосибирск, 2000.
4. Хасанова Г.Р. Анемия хронического заболевания и ВИЧ-инфекция // Прак. мед. – 2012. -Т.1, №56. – С. 49-51.
5. Шемшура А.Б., Коваленко Н.Ю., Чудайкина Н.Н. и др. Молекулярно-генетическая характеристика случаев острой ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае в 2020-2024 гг. // Материалы XII Всероссийской междисциплинарной научно – практической конференции с международным участием. – (Сочи, 5-8 ноября 2025) – Краснодар «Новация» – С.278.
6. Шемшура А.Б., Хотелева Л.В., Чудайкина Н.Н. и др. Актуальные вопросы лабораторной диагностики и лечения ВИЧ-инфекции // Материалы XI Всероссийской междисциплинарной научно – практической конференции с международным участием. – (Сочи, 5-8 ноября 2024) – Краснодар «Новация» – С.221.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЁЗЕ НАФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

¹ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора, Ставрополь;

² Городская клиническая больница №2, Ставрополь

Изучение роли С-реактивного белка (СРБ), являющегося важным показателем воспалительного процесса и индикатором острых состояний, стало особенно значимым в современных исследованиях.

С-реактивный белок (СРБ) – один из основных белков острой фазы воспаления синтезируемый в печени. Данный показатель является общепризнанным «золотым маркером» воспалительного процесса [1].

Благодаря тому, что повышенные концентрации СРБ могут обнаруживаться в плазме крови уже через 12-48 ч от начала воспаления, длительному периоду циркуляции в кровотоке, а также наличию удобного воспроизводимого лабораторного метода измерения, этот белок широко используется в клинической практике как маркер воспаления [2].

Гиперцитокинемия ведёт к увеличению уровня СРБ в сыворотке крови. В исследовании Akbulut H. et al. выявлена положительная корреляция между уровнем СРБ и ИЛ-6, ФНО- α , ИФН- γ у больных бруцеллёзом [3]. Уровни ИЛ-2 и ИЛ-6 демонстрировали положительную корреляцию с уровнем С-реактивного белка при остром бруцеллёзе в исследовании Tang Y et al. [4].

Установлено, что в раннем периоде эндотоксинаковой агрессии происходит активный синтез острофазных белков – гаптоглобина, кислого α 1-гликопротеина, трансферрина и С-реактивного белка, коррелирующих со степенью эндотоксинемии [5]. При хроническом бруцеллёзе отмечается увеличение концентрации ФНО- α и ИЛ – 1 β , что сопровождается увеличением концентрации СРБ [6]. Также показано, что уровни ФНО- α и ИФН- γ в сыворотке больных бруцеллёзом в острой фазе увеличиваются, и степень роста этих показателей коррелирует с увеличением СРБ и скорости оседания эритроцитов (СОЭ) [7]. Многие авторы отмечают, что СРБ является намного более специфичным и чувствительным показателем, нежели СОЭ. Повышение концентрации СРБ часто предшествует появлению клинических симптомов, включая лихорадку. Интерпретация результатов исследования СРБ должна проводиться только с учётом особенностей клинической картины заболевания.

Исследование уровня С-реактивного белка у больных бруцеллёзом с вовлечением суставов в инфекционный процесс показало, что у пациентов без артрита показатель СРБ был выше, чем у пациентов с поражением суставов [8]. Akinci E. et al. отмечают повышение уровня СРБ у больных бруцеллёзом при развитии у них осложнения – орхэпидидимита. Авторы заявляют, что увеличение концентрации СРБ связано с неблагоприятным течением [9]. С-реактивный белок ингибирует эндотелий-зависимую NO-опосредованную дилатацию

артериол сетчатки путем продукции супероксида, что подтверждает роль СРБ в развитии эндотелиальной дисфункции [10].

СРБ снижает скорость процесса фибринолиза, способствует продукции ингибитора активатора плазминогена, индуцирует высвобождение моноцитарного тканевого фактора, который снижает концентрацию простациклина и оксида азота, что приводит к увеличению адгезии тромбоцитов. Имеются данные о том, что С-реактивный белок разрушает структуру гликокаликса эндотелиальных клеток, и таким образом, СРБ действует не только как воспалительный маркер, но и как медиатор сосудистых заболеваний, причем уровень повышения СРБ коррелирует со степенью выраженности эндотелиальной дисфункции [11]. Научные исследования показали, что СРБ – прогностический маркер, отражающий активность инфекционного процесса.

В связи с этим цель исследования состояла в оценке динамики показателей воспаления (уровня С-реактивного белка и скорости оседания эритроцитов) у пациентов с острым бруцеллёзом до и после лечения.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 65 больных острым бруцеллёзом, находившихся на лечении в инфекционном отделении городской больницы №2 г. Ставрополя в период 2019-2025 гг. Все больные получили курс комбинированной антибактериальной терапии. Группу сравнения составили 32 здоровых донора, не болевшие этой инфекцией, и не вакцинированные против неё. На биохимическом анализаторе Cobas c311 проведена оценка уровня СРБ у больных острым бруцеллёзом с применением набора реагентов для количественного определения С-реактивного белка (CRP) в сыворотке и плазме крови иммунотурбидиметрическим методом. Оценка СОЭ проводилась по методу Вестергрена.

Результаты и обсуждение. Уровень СОЭ до лечения составил $20,91 \pm 1,94$ мм/час, что выше в сравнении с референсным интервалом 2-15 мм/час, а после антибактериальной терапии данные были в пределах нормы ($11,66 \pm 1,75$ мм/час). Уровень С-реактивного белка в сыворотке крови у больных острым бруцеллёзом до лечения превышал значения группы контроля $3,92 \pm 0,79$ мг/л, средний уровень составил $15,63 \pm 3,05$ мг/л, после лечения отмечалась тенденция снижения уровня до $8,9 \pm 3,36$ мм/ч. В норме СРБ представлен в крови в следовых количествах, его концентрация не превышает 5 мг/л. Полученные данные согласуются с данными исследования [12], в котором показано, что повышение уровня С-реактивного белка, СОЭ в острой фазе были значительно выше, чем в хронической фазе бруцеллёза.

Заключение. Оценка концентрации СРБ в динамике позволяет получить полезную диагностическую информацию об активности и степени тяжести заболевания. Проведённое исследование показало, что у пациентов с острым бруцеллёзом уровни С-реактивного белка и скорость оседания эритроцитов перед началом лечения были повышены относительно нормальных значений и контрольной группы. После курса антибактериальной терапии показатели СОЭ вернулись к норме, а концентрация С-реактивного белка снизилась, хотя и сохранила тенденцию к умеренному повышению; регулярный мониторинг

уровня СРБ позволяет своевременно корректировать терапевтический подход и оценить прогноз заболевания.

Полученные результаты подтверждают ранее опубликованные данные, свидетельствующие о повышении уровней указанных лабораторных маркеров воспаления в острую фазу заболевания, что подтверждает диагностическое и прогностическое значение этих показателей в мониторинге активности инфекционно-воспалительных процессов при бруцеллёзе.

Список литературы:

1. В.Н. Пашенко, С.В. Гирин. Диагностическая роль С-реактивного белка в современной клинической практике // Биологическая терапия. – 2010 – №1. – С. 10-14.
2. Akbulut H., Celik I., Akbulut A. Cytokine levels in patients with brucellosis and their relations with the treatment // Indian J. Med Microbiol. – 2007. – Vol. 25 (4). – P. 387-90.
3. Конев Ю.В., Лазебник Л.Б. Эндотоксин в патогенезе атеросклероза // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – №11. – С. 15-26.
4. Шульдяков А. А., Ляпина Е. П., Соболева Л. А. [и др.]. Особенности формирования органопатологии при хроническом бруцеллёзе. // Инфекционные болезни. – 2011. – Т. 9, №3. – С. 49-52.
5. Demirdag K., Ozden M., Kalkan A., Godekmerdan A., Kilic S. Serum cytokine levels in patients with acute brucellosis and their relation to the traditional inflammatory markers // Immunology & Medical Microbiology. – 2003. – Vol. 39, Issue 2. – P.149-153.
6. Al-Kassab A.S., Nur M. A., Malik J.M. Evaluation of serum C-reactive protein in the diagnosis of arthritic and non-arthritic brucellosis // J. Trop Med Hyg. – 1991. – Vol. 94 (2). – P. 92-6.
7. Akinci E., Bodur H., Cevik M.A. [et al]. A complication of brucellosis: epididymo-orchitis. // Int J Infect Dis. – 2006. – Vol. 10(2). – P. 171-7.
8. Devaraj S., Singh U., Jialal I. The Evolving Role of C – reactive protein in atherothrombosis. // Clinical Chemistry. – 2009. – Vol. 55, Issue 2, P. 229-238.
9. Devaraj S., Yun J-M, Adamson G. [et al]. C-reactive protein impairs the endothelial glycocalyx resulting in endothelial dysfunction // Cardiovascular Research. – 2009. – Vol. 84, Issue 3. – P. 479-484.
10. Liang C., Wei W. Analysis of clinical characteristics of 129 acute and chronic occupational brucellosis in HulunBuir City // Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. – 2024. – Vol. 42, Issue 3. – P. 195-198.
11. Tang Y., Ma Ch., Sun H. [et al]. Serum levels of seven general cytokines in acute brucellosis before and after treatment // Infect Drug Resist. – 2021. – Vol. 14. – P. 5501-5510.
12. Уткина Е.А., Афанасьева О.И., Покровский С.Н. С-реактивный белок: патогенетические свойства и возможная терапевтическая мишень // Российский кардиологический журнал. – 2021. – №. 26, Т. 6. – С. 413.

Седнева Е.Ю., Трохимец А.С., Кочубей Г.А.,
Уджуху Р.К., Гавецкая О.Н., Пушкарева С.И.

ВЫЯВЛЕНИЕ БАКТЕРИЙ *LISTERIA MONOCYTOGENES* ИЗ РАЗЛИЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ ДРУГИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Цель: Определение частоты высеваемости *Listeria monocytogenes* из различного клинического материала у новорожденных детей и детей других возрастных групп.

Методы материалы: материалом для исследования были кровь, слизь из зева и ТБД, кал, секционный материал. Нативный материал засекали на кровяной агар. Посевы термостатировали при 37°C 24 часа. Выросшие колонии отбирали для дальнейших исследований по наличию гемолитической активности. На кровяном агаре *L. monocytogenes* образуют мелкие колонии (1–2 мм) с характерным запахом творога, гладкие, резко очерченные, выпуклые (позднее происходит их уплотнение с центральным возвышением), прозрачные, бесцветные, окружены зоной В-гемолиза. Отобранные характерные колонии, подозрительные на принадлежность к *Listeria monocytogenes*, пересекали на бульон Фрейзера и селективную дифференциально-диагностическую питательную среду PALKAM-агар (полимиксин-акрифлавин-лития хлоридцефтазидим-эскулин-маннитол-агар). На средах типа PALKAM-агара через 24 ч инкубирования листерии формируют мелкие, серовато-зеленые или оливково-зеленые колонии с черным ореолом, диаметром 0,5-1,0 мм, иногда с черным центром. Через 48 ч колонии диаметром 1,0-2,0 мм приобретают зеленую окраску с углубленными центрами, окруженными черным ореолом. В бульоне Фрейзера также отмечали почернение как признак возможного присутствия бактерий рода *Listeria*. Для определения принадлежности выделенных микроорганизмов к роду *Listeria* полученные на средах культивирования чистые культуры микроскопировали по Граму (*Listeria* – грамположительные тонкие короткие палочки, спор не образуют), определяли наличие у них каталазы (каталазоположительные). Определяли подвижность при двух температурах инкубирования – 22°C и 37°C (листерии подвижны при температуре 18-25°C и неподвижны при температуре 37°C). Для дифференциации *L. monocytogenes* от других гемолизирующих листерий ставили CAMP-тест с контрольным штаммом *Staphylococcus aureus* (ATCC 25923) (CAMP-тест положительный). Окончательную идентификацию проводили на автоматическом анализаторе VITEK 2 compact.

Определение чувствительности проводилось диско-диффузионным методом. Чувствительность определялась к следующим антибиотикам: бензилпенициллин, ампициллин, меропенем, триметоприм/сульфаметоксазол. Оценка чувствительности проводилась согласно EUCAST.

Результаты: всего было проведено 11986 исследований от 6715 пациентов. В 18 анализах от 10 детей была выделена *Listeria monocytogenes*, что составляло в среднем 0,15%. Среди инфицированных *L. monocytogenes* детей количество новорожденных было 9 человек (90%), 1 ребенок 3-х лет был из отделения онкогематологии (10%). Один случай листериозной инфекции был смертельный – 1 новорожденный, что составляло 11,1% от всех инфицированных новорожденных. Чаще всего *L. monocytogenes* выделялась из крови – 7 анализов (38,88%), из зева – 4 анализа (22,22%), из трахеи – 6 анализов (33,33%), из кала – 1 анализ (5,55%). У всех новорожденных *L. monocytogenes* высевалась сразу в 1-й день после рождения. Все выделенные культуры *Listeria monocytogenes* были чувствительны к бензилпенициллину, ампициллину, меропенему, триметоприм/сульфаметоксазолу.

Выводы. Выделение культуры *Listeria monocytogenes* и её идентификация являются необходимыми для окончательного подтверждения диагноза листериозной инфекции. В нашем исследовании *Listeria monocytogenes* выделялась с частотой 0,15%. В подавляющем большинстве случаев (90%) *L. monocytogenes* выделялась от новорожденных. У всех новорожденных *L. monocytogenes* высевалась сразу в 1-й день после рождения, т. е. имел место листериоз с ранним началом, как результат внутриутробной инфекции.

Список литературы:

1. В.В. Зверева, М.Н. Бойченко Медицинская микробиология, вирусология и иммунология, учебник в 2-х томах. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016
2. Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Организация контроля и методы выявления бактерий *Listeria monocytogenes* в пищевых продуктах Методические указания МУК 4.2.1122—02. Минздрав России Москва, 2002
3. Медицинская микробиология, учебное пособие / Поздеев О.К. Под ред. В.И. Покровского – 4-е изд., испр. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика. И.С. Тартаковский. Институт эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, Москва. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия №2, том 2, 2000.

**Седнева Е.Ю., Трохимец А.С., Кочубей Г.А.,
Уджуху Р.К., Гавецкая О.Н., Пушкарева С.И.**

ВЫЯВЛЕНИЕ ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ГРИБОВ РОДА *MALASSEZIA* С КОЖИ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Цель – определение частоты обсемененности у новорожденных *Malassezia*.

Материалы и методы: Забор материала проводился с кожных покровов и перианальной области с использованием адгезивной прозрачной ленты. Для

проведения обследования на кожу пациента наносилась прозрачная клейкая лента, на которой фиксировались слущенный эпидермис и грибки. После снятия ленты производилась фиксация на предметном стекле и окраса препарата метиленовым синим, препарат тщательно промывался водой, высушивался и исследовался под микроскопом при увеличении 10×90. Регистрировали грибки рода *Malassezia*: округлой (шаровидной) или овоидной (один конец закруглен, другой вытянут) формы с толстой клеточной стенкой, скоплениями шаровидных клеток.

Результат: за 2024 и 2025 гг. всего было обследовано 173 новорожденных. Из них положительный результат был обнаружен у 88 новорожденных, что составило в среднем 50,9%. При этом в 2024 г. было обследовано 88 детей, положительный результат отмечался у 56 новорожденных (63%). В 2025 г. обследовано 85 пациентов, положительный результат у 32 детей (37%).

Выводы: с помощью адгезивной ленты дрожжеподобные грибки рода *Malassezia* выявлялись в 2024г. у 56 новорожденных (63%), в 2025 г. – у 32 новорожденных (37%). В процентном отношении обсемененность грибами рода *Malassezia* за последний год снизилась почти в 2 раза. Полученные данные свидетельствуют о том, что метод мазков – отпечатков с помощью адгезивной ленты достаточно прост, стоимость его невысока. Вместе с тем он высокоинформативен и позволяет быстро обнаружить обсеменение различных участков поверхности кожи новорожденных дрожжеподобными грибами рода *Malassezia*.

Список литературы:

1. Вестник ВГМУ, 2007, Том 6. «Выявление дрожжеподобных грибов рода *Malassezia* на коже здоровых людей и больных себорейным дерматитом, себорейным псориазом и атопическим дерматитом». Козловская В.В. УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» кафедра дерматовенерологии.
2. «Медицинская микология» Руководство для врачей под редакцией проф. В.Б. Сбойчакова. М. ГЭОТАР-Медиа, 2008г.
3. «Микозы: диагностика и лечение» Руководство для врачей. 3-е издание переработанное и дополненное. Клишко Н.Н. М. Фармтек, 2017 г.

**Сизова Ю.В., Тюрина А.В., Аноприенко А.О., Погожова М.П.,
Гаевская Н.Е., Зубенко А.С., Мусенов Ц.А.**

ВЛИЯНИЕ РАСШИРЕНИЯ СХЕМЫ ФАГИРОВАНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ *VIBRIO CHOLERAЕ IN VITRO*

Ростовский-на-Дону противочумный институт Роспотребнадзора,
Ростов-на-Дону

Введение. Оставаясь актуальным особо опасным заболеванием, холера представляет угрозу в случае завоза с эндемичных территорий стран Африки и Азии в регионы Российской Федерации, что обуславливает повышенную

настороженность всех служб, особенно в городах, где расположены крупные порты и международные аэропорты. Одним из таких городов является Сочи, в котором круглогодичный турпоток составляет более 5 млн человек. При проведении лабораторного исследования воды поверхностных водоемов в рамках планового мониторинга холеры в 2024 – 2025 гг. в г. Сочи (преимущественно из источника и рек Мацеста и Агура, отличающихся высокой температурой, минерализацией и содержанием сероводорода) были выделены нетоксигенные штаммы *Vibrio cholerae* O1 серогруппы, генетический анализ которых показал идентичность всех полученных в этот период изолятов, что говорит о возможности сохранения данных культур даже в зимний период [1-3]. В связи с этим возникает необходимость внедрения методов обеззараживания воды, эффективных в отношении холерных вибрионов и одновременно безопасных для экосистемы водоемов, которым в полной мере отвечают бактериофаги, обладающие высокой избирательностью действия и не оставляющие в окружающей среде токсичных продуктов распада [4]. Однако возникает вопрос о возможности сохранения и активности холерных бактериофагов, выделенных и культивируемых в отличающихся условиях, непосредственно в исследуемой водной среде сероводородного источника.

Цель исследования: оценить активность экспериментального холерного бактериофага Rostov-MF и влияние расширения схемы фагирования на эффективность в отношении холерных вибрионов в опыте *in vitro*.

Материалы и методы. Для проведения эксперимента отобрана проба из природного источника сероводородной воды на территории БК «Мацеста» (г. Сочи), разделена на 4 флакона по 50 мл. В каждый флакон вносили взвесь штамма *V. cholerae* O1 El Tor 21693 (ctxA- tcrA-), полученного из лаборатории «Коллекция патогенных микроорганизмов» ФКУЗ Ростовский-на-Дону противочумный институт Роспотребнадзора (выделен из р. Мацеста в июне 2025 г.), в 3 флакона добавляли экспериментальный бактериофаг Rostov-MF (далее – MF, исходный титр $n \times 10^7$ БОЕ/мл), полученный из коллекции-депозитария лаборатории бактериофагов института, в соотношении 1:50, 1 флакон – контрольный, без фага. Все пробы инкубировали в шуттеле при температуре 30-35°C и скорости 100 об/мин. Для оценки влияние расширенной схемы фагирования через 24 и 48 часов в часть флаконов добавляли фаг в аналогичном объеме. Отбор аликвот проводили через 3, 6, 9, 12 и 24 ч после каждого внесения и далее – один раз в сутки. Отобранные аликвоты исследовали бактериологическим (путем посева на плотные питательные среды) и молекулярно-генетическим (ПЦР-РВ) методами.

Результаты и обсуждения. Проведенные исследования показали, что в течение первых суток инкубации отмечался активный рост культуры холерных вибрионов во всех флаконах (и в контроле в том числе), что подтверждалось значительным снижением пороговых циклов в ПЦР-РВ и увеличением числа характерных колоний при бактериологическом посеве. В пробе с бактериофагом MF после 12 ч инкубации получены самые низкие значения циклов (Ct 5,6, в то время как в контроле этот показатель составил 10,6 при исходных

значениях $15,2 \pm 0,3$) и высоких значениях КОЕ/мл при высеве на питательные среды, что говорит об активном размножении холерных вибрионов и наличии периода адаптации к измененным условиям инкубации бактериофага. Через 24 ч термостатирования концентрация холерных вибрионов в опытных пробах сравнивалась с контрольными и к концу вторых суток ее превысила, свидетельствуя не только о сохранении, но и эффективном влиянии экспериментального бактериофага.

Повторное (двух и трехкратное) внесение аналогичной дозы бактериофага в опытах с оценкой эффективности в ПЦР-РВ (для выявления динамики изменения концентрации ДНК целевых микроорганизмов в образцах) и высевами на плотные питательные среды, показало незначительные изменения в зависимости от кратности внесения. Повторное (вторая доза) внесение фага через 24 ч также отмечено наличием двухсуточного периода адаптации, в котором наблюдалось увеличение St по сравнению с контрольными и пробами с однократным внесением МФ. При добавлении третьей аликвоты фага через 48 ч от начала эксперимента период адаптации сократился с двух суток до 24 часов. К 7 дню исследований концентрация холерных вибрионов в пробах при однократном и трехкратном фагировании выравнивалась (St $16,2 \pm 0,2$ при двухкратном – 12,6 и контроле 11,5), что подтверждалось бактериологическим методом.

Таким образом, проведенный эксперимент показал, что экспериментальный бактериофаг Rostov-MF сохраняет свою активность в водной среде источника и реки Мацеста, однако требует периода адаптации до двух суток. Повторное введение бактериофага (двух и трехкратное) не оказывает значимого влияния на результат опыта, однако требует дополнительных материальных и временных затрат, в связи с чем использование расширенной схемы фагирования не несет дополнительной ценности для достижения положительного результата. Перспективным направлением дальнейших исследований является поиск новых фагов для создания фагового коктейля и дополнительных компонентов, способствующих увеличению эффективности санации водных объектов г. Сочи.

Список литературы:

1. Куличенко А.Н. Результаты эпидемиологического мониторинга холерных вибрионов О1-серогруппы в поверхностных водоемах г. Сочи в 2024 г. / А.Н. Куличенко, Н.Е. Гаевская, О.В. Васильева, Е.А. Манин, В.Д. Кругликов и др. // Проблемы особо опасных инфекций. 2025;3:122-131.
2. Кругликов В.Д. Анализ особенностей эпидемиологической ситуации по холере в 2024г. в мире, в Российской Федерации и прогноз ее развития на 2025г / В.Д. Кругликов, Н.Е. Гаевская, Е.В. Монахова, Э.А. Москвитина, В.В. Агафонова, И.В. и др. // Проблемы особо опасных инфекций. 2025;1:35-47.
3. Плаксин О. Сероводородный минеральный источник «Мацеста» микрорайон Старая Мацеста [Интернет] – <https://svyato.info/14423-serovodorodnyy-mineralnyy-istochnik-macesta-mikrorayon-staraya-macesta-gorod-sochi.html> (дата обращения 31.03.2026).

4. Сизова Ю.В. Бактериофаги и биоплёнки: литобзор / Ю.В. Сизова, М.П. Погожова, А.В. Тюрина, Н.Е. Гаевская // Вестник биотехнологии и физико-химической биологии им. Ю.А. Овчинникова. 2025;21(1):47-56.

Сорокина К.А., Рудова Т.С.

ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ И РИСКА РАЗВИТИЯ ГЦК У ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ

Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность: вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатита С (ВГС), развивающиеся параллельно, регистрируются более, чем у 35% пациентов. Причина заключается в схожих механизмах передачи. Такое состояние именуется коинфекцией. Вирусный гепатит С существенно влияет на лечение ВИЧ, поэтому больным требуются особый уход, изменение образа жизни и проведение качественной терапии. Вирус гепатита поражает непосредственно печеночную ткань, ВИЧ-инфекция не атакует клетки печени (вирус иммунодефицита «интересуют» лимфоциты). Однако, препараты, назначаемые при ВИЧ, способствуют интенсивному прогрессированию ВГС. В среднем по статистике ВГС вместе с ВИЧ приводит к циррозу печени через 7 лет, но у моноинфицированных ВГС этот период больше в 3 раза.

Альфафетопrotein (далее АФП) – гликопротеин, вырабатываемый печенью и измеряемый в крови, считается опухолевым маркером, поскольку его высокий уровень может свидетельствовать о наличии гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

Повышенные АЛТ, АСТ указывают на воспалительное поражение печени. Увеличение ГГТ связано с нарушением желчеоттока. Билирубин повышается при активном процессе разрушения гепатоцитов печени.

Цель исследования: проследить частоту повышения уровня АФП и печеночных ферментов, установить частоту рисков развития ГЦК у пациентов с коинфекцией.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе клинко-диагностической лаборатории ГБУЗ «ИБ №2» г. Сочи на протяжении 2026 года, включало в себя 26 пациентов мужского и женского пола старше 18 лет с подтвержденными диагнозами ВИЧ и ВГС. Материалом для исследования служили образцы венозной крови. Определение уровня АФП производилось на анализаторе Mini Vidas, показателей работы печени на биохимическом анализаторе Beckman Coulter AU480 в период с 01.01.2026 по 15.04.2026 гг.

Результаты: из 26 пациентов нормальный уровень АФП 3,1-4,4 нг/мл регистрировался у 13 пациентов, что составило 50% случаев. Повышение уровня АФП в пределах 4,4–20,0 нг/мл отмечалось у 10 пациентов (38%), выше 20 нг/мл, но не достигающее 100 нг/мл отмечается у 2 исследуемых (7,7%). Значение уровня АФП выше 100 нг/мл – у двоих (7,7%), оба пациента по УЗИ с признаками ГЦК, но после КТ диагностики сняты, они отправлены на

дообследование. Повышение уровней Алт, Аст отмечено у 23 пациентов, что составляет 88,5%, билирубина – у 8 (31%), ГГТ – у 23 (88,5%).

Выводы: полученные данные позволяют нам сделать вывод, что коинфекция увеличивает нагрузку на печень и иммунитет, снижает эффективность противовирусных средств и повышает риск осложнений, поражение печени усиливается – здоровая печеночная ткань стремительно превращается в цирротическую, что затем влечет печеночную недостаточность. ВИЧ и гепатит С приводят к циррозу печени, жировому гепатозу, повышению риска гепатоцеллюлярной карциномы. Но при этом есть случаи, указывающие на то, что при успешной своевременной терапии гепатита С и контроле ВИЧ с помощью антитривиральной терапии пациенты могут вести нормальный образ жизни и чувствовать себя относительно нормально.

Список литературы:

1. Авдеева М.Г., Городин В.Н. Вирусные гепатиты: диагностика, лечение, профилактика (пособие для врачей). – Краснодар, 2016. – 382 с.

2. Авдеева М.Г., Городин В.Н., Редько Е.Н. и др. Вирусные гепатиты: стратегия и тактика терапии, организация медицинской помощи. – Краснодар, 2009. – 262 с.

3. Чуланов В.П., Сагалова О.И., Иванова М.Р., Кравченко И.Э. и др. Бремя вирусного гепатита С в Российской Федерации: от реальной ситуации к стратегии // Инфекционные болезни. – 2021. – Т.19, №4. – С. 52-63.

**Сотниченко А.С.^{1,2}, Жукова Л.И.^{1,2}, Бахтина В.А.^{1,2}, Городин В.Н.^{1,3},
Ванюков А.А.^{1,2}, Ковалевская О.И.²**

ДИСТАНЦИОННЫЙ ЦЕНТР КАК ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ КОВИДНОГО ГОСПИТАЛЯ В УСЛОВИЯХ СОБЛЮЖДЕНИЯ СТРОГОГО ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

³ Инфекционная больница №2, Сочи

Пандемия COVID-19 определила новые вызовы для систем здравоохранения в мире, обусловленные отсутствием эффективных средств лечения и профилактики, неполноценностью противоэпидемических мероприятий, проблемами в логистике, финансировании, кадровом и материальном обеспечении [1,2]. Понадобилась своевременная перепрофилизация, принятие мер по противодействию распространения новой коронавирусной инфекции, подготовка специалистов с помощью дистанционного обучения [3,4,5].

С целью оптимизации лечебно-диагностического процесса ковидного госпиталя в условиях соблюдения строгого противоэпидемического режима с использованием персоналом медицинских организаций средств индивидуальной защиты, а также преодоления сложностей своевременного и качественного оформления медицинской документации, обусловленных нехваткой

квалифицированного медицинского персонала, с момента перепрофилизации государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая инфекционная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «СКИБ») в ковидный госпиталь 01.04.2020 был создан Дистанционный центр (ДЦ).

Результаты. Руководителем ДЦ являлся координатор – врач ГБУЗ «СКИБ», подчинявшийся заместителю главного врача ГБУЗ «СКИБ» по амбулаторно-поликлинической работе. Первоначально ДЦ располагался на базе ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России, где были организованы автоматизированные рабочие места (АРМ) для сотрудников центра. Персональный компьютер каждого сотрудника имел доступ к медицинской информационной системе «Самсон» ГБУЗ «СКИБ». Связь сотрудников ДЦ и курировавших пациентов врачей-инфекционистов осуществлялась посредством мобильных телефонов с использованием приложений-мессенджеров, адаптированных к приему медиафайлов (фото- и голосовых сообщений). Техническое сопровождение ДЦ обеспечивали отдел системного управления ГБУЗ «СКИБ» и отдел информационных технологий ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России. В последующем, с сентября 2020 года ДЦ был территориально перемещен в «чистую» зону ГБУЗ «СКИБ». Координатор центра имел доступ к оперативной информации работы госпиталя, получая ее из группы «Оперативный штаб» в приложении-мессенджере. В свою очередь информация о работе центра и ее актуальной коррекции поступала сотрудникам ДЦ посредством сообщений в группе «Дистанционный центр» в приложении-мессенджере. В качестве сотрудников ДЦ работали ординаторы кафедр ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России – инфекционных болезней и фтизиопульмонологии, а также инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС. Первоначально сотрудники ДЦ были волонтерами, а после соответствующего нормативного акта Минздрава РФ – врачами-стажерами ГБУЗ «СКИБ». С целью создания непрерывного цикла работы ДЦ в оперативном режиме (ежедневно с 08:00 до 16:00, без выходных) формировались графики сменности, в которых учитывались необходимое для функционирования ковидного госпиталя количество сотрудников. Всего за период с апреля 2020 г. по май 2022 г. участие в работе ДЦ приняли 20 ординаторов и 7 координаторов – врачей-инфекционистов ГБУЗ «СКИБ». Были разработаны функциональные обязанности и должностные инструкции координатора ДЦ и сотрудников.

Итоги работы Дистанционного центра демонстрируют показатели эффективности его функционирования. Так, проведенный хронометраж деятельности врача-инфекциониста в условиях ковидного госпиталя на оформление медицинской документации составлял 4 часа за восьмичасовой рабочий день. При функционировании ДЦ данное время сократилось до 2 часов в рабочую смену, то есть позволило высвободить 2 часа за каждую смену у каждого врача. За период с апреля 2020 года по май 2022 года в госпиталь на базе ГБУЗ «СКИБ» было госпитализировано 9037 пациентов, в том числе в профильные отделения 8738 (96,7%), по тяжести состояния непосредственно в ОРИТ – 299

(3,3%). Прогнозируемое время врача для самостоятельного заполнения медицинской документации с учетом количества госпитализированных больных и количества работающих врачей должно было составить 3052 часа, а фактически составило 1526 часов на каждую единицу лечащего врача в смену с 08:00 до 16:00 с учетом работы центра, что соответствовало 763 рабочим дням ДЦ. С учетом общего количества врачей в профильных отделениях и ОРИТ в смену с 08:00 до 16:00, равное девяти, длительность работы с медицинской документацией была сокращена с 27468 часов до 13734 часов за рассматриваемый период времени. Высвобожденное время позволило улучшить качество оказания медицинской помощи за счет увеличения продолжительности непосредственной лечебной работы. Большинство госпитализированных пациентов нуждались в более частом осмотре врача, чем предусматривалось нормативными документами, поскольку преобладали больные с тяжелым течением COVID-19. Кроме того, в условиях дефицита кадров освободившееся время позволяло оказывать весь необходимый объем медицинской помощи. Важнейшим аспектом функционирования ДЦ было освобождение лечащего врача от необходимости переодевания (снятия и повторного надевания СИЗ) на период работы с медицинской документацией, что замещалось связью с сотрудником ДЦ посредством мобильных телефонов, функционировавших только в «грязной зоне». Таким образом снижался и риск распространения инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи.

Выводы: Уроки пандемии COVID-19 необходимо сохранить на новом интеллектуальном и организационно-поведенческом уровне общественного здоровья и здравоохранения, чтобы противостоять будущим вызовам. За период работы Дистанционного центра, нового функционального подразделений ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК, аналоги которого мы не нашли в доступных публикациях, была продемонстрирована эффективность, обусловленная экономией врачом-инфекционистом времени, предназначенного для заполнения медицинской документации и соблюдения правил индивидуальной защиты, предотвращения внутрибольничного инфицирования.

Список литературы:

1. Румянцев А.Г. Коронавирусная инфекция COVID-19. Научные вызовы и возможные пути лечения и профилактики заболевания. Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2020; 7(3): 47–53. DOI.org/10.21682/2311-1267-2020-7-3-47-53
2. Курпе Е.В., Ликстанов М.И., Гатин В.Р., Мозес В.Г. Проблемы оказания помощи пациентам с коронавирусной инфекцией в условиях реперофилированного инфекционного госпиталя. Медицинская сестра. 2020; 22(8): 24-27. DOI: 10.29296/25879979-2020-08-04
3. Зобов А.Е., Жарков Д.А., Куликов П.В., Ланцов Е.В., Шипицын К.С. Отечественный опыт борьбы с эпидемическим распространением новой коронавирусной инфекции. Известия Российской Военно-медицинской академии. 2021; 40(S2): 95-98.

4. Жегалова М.Н., Сквикко А.В., Кутенков В.Я., Гладкова Т.В. Новые реалии дистанционного обучения в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2021; 195(5): 135-140. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2021.5.p135-140

5. Кувшинов К.Э., Клипак В.М., Костычева Т.В., Жеребко О.А. Опыт организации первичной медико-санитарной помощи в условиях пандемии COVID-19 в лечебно-диагностическом центре минобороны. Военно-медицинский журнал. 2021; 342(7): 4-10 DOI: 10.52424/00269050_2021_342_7_04.

Сотниченко А.С.^{1,2}, Жукова Л.И.^{1,2}, Сусликов М.А.²

ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ В У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

¹ Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Изучение особенностей клинического течения острого гепатита В на фоне беременности или хронических инфекционных и неинфекционных заболеваний необходимо для улучшения качества диагностики и своевременного и эффективного лечения [1]. Считается, что ко-инфекция ВИЧ и вирусного гепатита В (ВГВ) негативно влияет на течение и исходы гепатита В [2]. ВГВ не ускоряет прогрессирование ВИЧ, но протекает тяжелее, чаще переходит в хроническую форму (у 20–25% ВИЧ-инфицированных после острого гепатита В против 5% в общей популяции), а также повышает смертность, связанную с заболеванием печени [3,4]. АРВТ, включающая препараты против ВГВ, снижает риск развития хронического гепатита В [5]. Несмотря на снижение общей распространённости ВГВ среди ВИЧ-инфицированных, уровень новых случаев заражения остаётся высоким, особенно среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ) [5].

Цель исследования: клиническая характеристика острого гепатита В у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, проходивших лечение с острым гепатитом В (ОГВ) в условиях ГБУЗ «СКИБ» и ГБУЗ «ИБ №2» МЗ КК с 2000 по 2025 годы: 22 пациента с подтвержденным диагнозом «Острый гепатит В» на фоне ВИЧ-инфекции (средний возраст – 35±8,5 лет, соотношение лиц мужского и женского пола – 16:6).

Результаты: В изучаемой группе преобладали жители города Краснодара (13 – 59,0%) и жители районов края (7 – 32,0%). Большинство пациентов не имели постоянного места работы (13 – 59,0%). По данным эпидемиологического анамнеза наиболее частыми вероятными путями заражения гепатитом В, со слов пациентов, были половой (6 – 27,0%) и искусственный при стоматологических вмешательствах (6 – 27,0%). Не был уточнен путь инфицирования у 5 пациентов (23,0%). На употребление парентеральных наркотических препаратов указали 3 пациента (14,0%). Отмечены единичные случаи заражения во время татуажа и при выполнении профессиональных обязанностей (по 1 –

по 5,0%). У 15 пациентов (68,0%) ВИЧ-инфекция была впервые выявлена при обследовании в рамках стационарного лечения по поводу острого гепатита В. Распределение стадий ВИЧ-инфекции в изучаемой группе было представлено следующим образом: 2А – 1 (4,5%), 2Б – 1 (4,5%), 3 – 10 (46,0%), 4А – 6 (27,0%), 4Б – 2 (9,0%), стадия не уточнена – 2 (9,0%). У 8 пациентов (36,0%) сопутствующим диагнозом был хронический гепатит С, у 4 (18,0%) – токсический гепатит вследствие употребления алкоголя/наркотических препаратов, у 5 (23,0%) – хронический гастрит, у 4 (18,0%) – хронический панкреатит, и у 2 (9,0%) – язвенная болезнь желудка.

В подавляющем большинстве случаев острый гепатит В протекал в желтушной (21 – 95,0%) форме среднетяжелого течения (16 – 73,0%). Преджелтушный период по смешанному варианту был установлен у 11 пациентов (52,0%). Реже встречались изолированные варианты (гриппоподобный – 5 (24,0%), диспепсический – 3 (14,0%), астеновегетативный – 1 (5,0%), крапивницеподобный – 1 (5,0%)). Средняя продолжительность преджелтушного периода составила $6,0 \pm 4,0$ дня. У большинства пациентов с наступлением желтухи отмечалось ухудшение общего самочувствия (18 – 86,0%), беспокоили общая слабость и недомогание (21 – 100%), сниженный аппетит (20 – 95,0%), боли в эпигастрии (19 – 90,0%), у части отмечалась изжога (6 – 29,0%), боли в суставах (3 – 14,0%), рвота до 5 раз в сутки (2 – 10,0%). Продолжительность синдрома желтухи в среднем составила $26,0 \pm 9,0$ дней. В 6 (27,0%) случаев наблюдали тяжелое течение ОГВ, при этом у 4 (67,0%) из них была установлена 4 стадия ВИЧ-инфекции с уровнем CD 4 от 80 до 481 кл/мкл и вирусной нагрузкой РНК ВИЧ 401000 копий/мл – 89928 копий/мл. При среднетяжелом течении ОГВ уровень CD 4 составлял 400–1051 кл/мкл, а РНК ВИЧ 107071–296236 копий/мл. Среди осложнений ОГВ у больных с ВИЧ-инфекцией преобладали реактивный холецистит (4 – 18,0%) и реактивный панкреатит (3 – 14%). Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила $21,0 \pm 11,0$ койко-дней.

Выраженных изменений в гемограмме и протеинограмме пациентов с ОГВ и ВИЧ-инфекцией не наблюдали. Показатели холестаза: общий билирубин – $9,1 \div 488,6$ мкмоль/л, прямой билирубин – $2,2 \div 447,6$ мкмоль/л; показатели цитолиза: АЛТ – $117,0 \div 4630,0$ Ед/л, АСТ – $271,0 \div 5420,0$ Ед/л.

Все пациенты получали патогенетическую терапию. Следует отметить, что только 4 пациента (18,0%) с ВИЧ-инфекцией, госпитализированные в 2019–2024 гг., получали антиретровирусную терапию, включая тенофовир, при этом, несмотря на наблюдавшееся тяжелое течение ОГВ у 3 из них, назначение ГКС потребовалось только одному.

Таким образом, ОГВ продолжают регистрировать у больных с ВИЧ-инфекцией, несмотря на возможности специфической профилактики. Желтушная форма ОГВ при ВИЧ-инфекции сохраняет цикличность с типичными вариантами преджелтушного периода, признаками поражения печени с холестазом и интоксикацией в желтушный период. Тяжелое течение ОГВ регистрируют преимущественно у пациентов с 4 стадией ВИЧ-инфекции с более низкими

показателями CD 4 и более высокой вирусной нагрузкой по сравнению с пациентами со среднетяжелым течением. Небольшая востребованность назначения ГКС при тяжелом течении ОГВ у пациентов с ВИЧ-инфекцией, по-видимому, связана с эффективностью схем АРВТ, содержащих активные в отношении ДНК HBV препараты.

Список литературы:

1. Сотниченко А.С., Жукова Л.И., Ковалевская О.И. Острый гепатит В у беременных //Эпидемиол. инфекц. болезни. Актуал. вопр. 2025; 15(4): 68–73 DOI: 10.18565/epidem.2025.15.4.68-73
2. Thio CL. Hepatitis B in the Human Immunodeficiency Virus-Infected Patient: Epidemiology, Natural History, and Treatment. Semin Liver Dis 2003; 23:125–136. doi: 10.1055/s – 2003-39951
3. Thornton AC, Jose S, Bhagani S, Chadwick D, Dunn D, Gilson R, et al. Hepatitis B, hepatitis C, and mortality among HIV-positive individuals. Aids 2017; 31(18):2525–2532. doi: 10.1097/QAD.0000000000001646.
4. Falade-Nwulia O, Seaberg EC, Snider AE, Rinaldo CR, Wolinsky SM, Witt MD, Thio CL. Outcomes of acute hepatitis B virus (HBV) in HIV infection with and without HBV-active antiretroviral therapy. AIDS. 2021 May 1;35(6):991-993. doi: 10.1097/QAD.0000000000002844. PMID: 33587444; PMCID: PMC8101059.
5. Falade-Nwulia O, Seaberg EC, Snider AE, Rinaldo CR, Phair J, Witt MD, Thio CL Incident hepatitis B in HIV-infected and HIV-uninfected men who have sex with men from pre-HAART to HAART periods: a cohort study. Annals of Internal Medicine 2015; 163(9):673–680. DOI: 10.7326/M15-0547

***Сотниченко А.С.^{1,2}, Ковалевская О.И.¹, Михайлюк Э.И.¹,
Савицкая И.М.¹, Хархардинова О.А.¹***

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЛИСТЕРИОЗА ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК ЗА 2024-2025 ГОДЫ

¹ Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

При изучении случаев тяжелого течения листериоза с вероятностью наступления неблагоприятного исхода в 33,3% по данным ряда исследований установлено, что заболевание протекает в атипичной форме, отмечена поздняя диагностика, низкая чувствительность возбудителя к антибактериальным препаратам вследствие его внутриклеточной персистенции, частая резистентности к проводимому лечению [1, 2, 3]. Заболевание имеет тяжелое течение у новорожденных, больных старческого возраста и лиц с иммунодефицитами (онкопатология, аутоиммунные заболевания на фоне специфической терапии и т. д.). Беременность, сопровождающаяся иммунной супрессией, а также плацентарный тропизм *L. monocytogenes*, позволяют отнести данное физиологическое состояние к факторам риска заболевания. Внутриутробное инфицирование, приводящее к фетальному и неонатальному листериозу, имеет вероятность

летального исхода до 20–35% [4], по некоторым источникам – до 90–100% [5]. Установлены некоторые особенности течения листериоза в постковидном периоде [6], что указывает на необходимость актуализации информации о данном заболевании с целью своевременной диагностики и предотвращения неблагоприятных исходов.

Цель: изучить факторы риска и клинические особенности тяжелого течения листериоза центральной нервной системы, а также рассмотреть клинический случай листериоза беременных по данным ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 3 медицинских карт пациентов с листериозом, проходивших лечение в ГБУЗ «СКИБ» в 2024-2025 годах, завершившихся летальными исходами, и 1 медицинской карты беременной пациентки, стационарное лечение которой завершилось выздоровлением.

Результаты. По данным ГБУЗ «СКИБ» в 2024-2025 годах установлено 4 случая госпитализации пациентов с листериозом. У трех пациентов старшей возрастной группы листериоз протекал в менингоэнцефалитической форме и завершился летальным исходом.

Первый пациент, мужчина, 60 лет, госпитализирован по линии СМП в ОРИТ ГБУЗ «СКИБ» на 2-й день болезни в тяжелом состоянии. При поступлении отмечалось психомоторное возбуждение. Из анамнеза уточнено, что накануне беспокоила выраженная головная боль и нарушение речи, повышение температуры тела до 39°C. По данным КТ головного мозга (КТ ГМ) патологии не выявлено. С учетом нарастания неврологической симптоматики (возбуждение, дезориентация), наличия ригидности мышц затылка на 2–3 поперечных пальца проведена люмбальная пункция, выявлен цитоз $4095 \times 10^6/\text{л}$ (нейтрофилы 81%), белок 4,1 г/л. По данным эпиданамнеза пациент имел контакт с почвой на приусадебном участке, не исключал переохлаждение накануне заболевания. Выявлена значимая фоновая гематологическая патология – хронический лимфоцитарный лейкоз в процессе полихимиотерапии. По результатам лабораторной диагностики при поступлении установлена анемия (эритроциты $2,63 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 88 г/л), увеличение СОЭ до 52 мм/ч, СРБ до 53,1 мг/л, прокальцитонина до 0,327 нг/мл. При исследовании СМЖ в динамике отмечено увеличение уровня белка до 6,47 г/л, снижение цитоза до $1211 \times 10^6/\text{л}$ (лимфоциты 83%). Диагноз был подтвержден обнаружением *L. monocytogenes* (СМЖ) в ПЦР и бактериологическим методом. Проводилась антибактериальная терапия с коррекцией по динамике клинических и лабораторных показателей (меропенем, ванкомицин, тигециклин, максиктам, азтреонам, линезолид), патогенетическая (ГКС, маннитол), иммунокорректирующая (иммуновенин), симптоматическая терапия.

Второй пациент, мужчина, 67 лет, был переведен в ОРИТ ГБУЗ «СКИБ» из другой медицинской организации на 9-й день болезни в тяжелом состоянии. Из анамнеза уточнено, что заболевание началось остро, отмечалось повышение температуры тела до 39°C, пациент перестал вступать в контакт. На 4-й день болезни доставлен в медицинское учреждение по месту жительства. По

данным КТ ГМ патологии не выявлено. В связи с нарушением сознания (сопор) переведен на ИВЛ. Выполнена люмбальная пункция: цитоз $1488 \times 10^6/\text{л}$ (нейтрофилы 75%), белок 3 г/л. По данным осмотра врача-оториноларинголога на 7-й день болезни выявлен двусторонний острый верхнечелюстной синусит, двусторонний острый отечно-катаральный этмоидальный синусит. Выполнена экстраназальная гайморотомия. На фоне проводимой антибактериальной (меропенем, ампициллин+сульбактам) и патогенетической терапии отмечено развитие синдрома полиорганной недостаточности в рамках сепсиса (прокальцитонин 40,41 нг/мл, СРБ 320 мг/л, ОПП (мочевина 38,2 ммоль/л, креатинин 917,7 мкмоль/л), ОДН 3 ст, ЦН, ОССН). По данным общего анализа СМЖ в динамике: цитоз $220 \times 10^6/\text{л}$ (нейтрофилы 71,9%), белок 5,448 г/л. ПЦР-диагностика (СМЖ): ДНК *Listeria monocytogenes* – положительно. В ОРИТ ГБУЗ «СКИБ» продолжена комбинированная антибактериальная терапия с учетом динамики данных (меропенем, линезолид, тигециклин, сульцеф, цефоперазон-сульбактам, бисептол, цефепим-сульбактам), интенсивная терапия СПОН. Заключительный клинический диагноз был представлен комбинированной патологией: листериоз и сепсис, обусловленный ассоциацией микроорганизмов (*Enterococcus faecium* + *Acinetobacter baumannii*), двусторонний отечно-катаральный этмоидальный синусит, двусторонний острый экссудативный средний отит, состояние после левосторонней экстраназальной гайморотомии. Фоновым заболеванием являлся первично-множественный синхронный рак (С-г предстательной железы, С-г крыла кожи носа после хирургического лечения, С-г спинки носа, лба).

Третья пациентка, 82 лет, переведена в ОРИТ ГБУЗ «СКИБ» из другой медицинской организации на 8-й день болезни. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39°C , появления головной боли, выраженной общей слабости. Проходила лечение в кардиологическом отделении с диагнозом «Эндокардит?». С учетом нарастания неврологической симптоматики (пациентка стала вялой, апатичной, перестала реагировать на окружающих) проведена КТ ГМ, по которой выявлен участок пониженной плотности в правой лобно-теменной области (участок ишемии?), и люмбальная пункция (цитоз $46,8 \times 10^6/\text{л}$ (нейтрофилы 59%), белок 2,8 г/л). По данным ПЦР (СМЖ) выделена ДНК *Listeria monocytogenes*. В ОРИТ «СКИБ» госпитализирована в тяжелом состоянии, на ИВЛ, сознание – умеренная кома 6-7 баллов по ШКГ. Проводилась антибактериальная (меропенем, тигециклин), патогенетическая (ГКС, маннитол), интенсивная терапия СПОН. Заболевание протекало на фоне значимой сопутствующей патологии: ИБС, ПИКС (2009 г/), состояние после ЧТКА, НРС, ХСН III ФК, дегенеративный порок аортального клапана: критический стеноз с умеренной недостаточностью, состояние после трансфеморального протезирования АК, Гб, ДЭП II ст., сахарный диабет, ХБП С4.

Более благоприятное течение листериоза отмечено у беременной пациентки, 32 лет, со сроком гестации на момент поступления 27 недель. При обращении в ГБУЗ «СКИБ» на 10-й день болезни беспокоили жалобы на общую слабость, повышение температуры тела до $38,8^\circ\text{C}$, озноб, ломоту в суставах,

головную боль на фоне повышения температуры, боль в горле, сухой кашель умеренной интенсивности. Из анамнеза уточнено, что на фоне симптоматической терапии катаральных и респираторных проявлений улучшения состояния не отмечалось. Установлен предварительный диагноз «Острая инфекция верхних дыхательных путей». Значимых отклонений в данных общеклинической диагностики не выявлено (лейкоциты $9,05 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 100 г/л, тромбоциты $142 \times 10^9/\text{л}$, СРБ 10,4 мг/л). С учетом сохранения субфебрилитета проведено дообследование бактериологическим методом (кровь), выделена *Listeria monocytogenes* (чувствительность: ампициллин, бензилпенициллин, меропенем, триметоприм\ сульфаметоксазол, эритромицин). По данным УЗИ патологии со стороны беременности не выявлено. Ведение пациентки согласовывалось со штатным гинекологом ГБУЗ «СКИБ». На фоне антибактериальной терапии отмечено купирование лихорадочно-интоксикационного синдрома. Установлен заключительный диагноз: «Листериоз, первично-генерализованная форма (бакпосев крови + *Listeria monocytogenes*), средней степени тяжести». Пациентка выписана с выздоровлением.

Таким образом, на примере данных клинических случаев подтверждено значимое влияние на тяжесть течения заболевания возраста и преморбидного фона пациента (наличие онкологической патологии (2 летальных случая из 3-х представленных), множественной кардиологической патологии в сочетании с эндокринопатией, ХБП и ДЭП). Сочетание данных факторов предполагает обязательное обследование лиц с неврологической симптоматикой на листериоз с целью назначения своевременной адекватной терапии. Необходимо отметить, что листериоз становится «случайной находкой» у данной категории пациентов при их курировании в отделениях терапевтического и неврологического профиля. Течение листериоза у беременных на примере пациентки, проходившей лечение в ГБУЗ «СКИБ», подтверждает возможное нетяжелое течение заболевания у данной группы лиц, что тем не менее не исключает необходимости своевременной диагностики и лечения патологии с целью предотвращения фетального и неонатального листериоза, протекающего в большинстве случаев неблагоприятно.

Список литературы:

1. Еремушкина Я.М., Кускова Т.К., Смирнова Т.Ю. Листериоз как одна из причин неблагоприятных исходов у пациентов с иммуносупрессивными состояниями // Лечащий врач. – 2020. – №4. – С. 60. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000360
2. Нагибина М.В., Венгеров Ю.Я., Тишкевич О.А., Смирнова Т.Ю., Байкова Л.Б., Свистунова Т.С., Рыжов Г.Э., Матосова С.В., Цветкова Н.А., Садыкова В.Д. Листериоз центральной нервной системы // Терапевтический архив. – 2019. – №11, Том 91. – С. 38-44. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000360
3. Морозова О.П., Филиппова Г.М., Никонорова М.А., Мазуренко М.А. Менингит листериозной этиологии (клинический случай) // Журнал инфектологии. – 2024. – №2, Том 16. – С. 77-78. EDN: UBVIPG

4. Созаева Л.Г., Тетова В.Б., Кузнецов Р.Э., Саморуков В.Ю., Тумгоева Л.Б., Масс Е.Е. Мультидисциплинарное решение Листерийный менингит у пациентки на сроке беременности 33-34 недели. Мультидисциплинарное решение // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2018. – №1, Том 23. – С. 30-39. DOI: 10.18821/1560-9529-2018-23-1-30-39

5. Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Слюсарь Е.А., Матиско М.А. Листерии в патологии человека // Университетская клиника. – 2017. – №4-1 (25). – С. 51-54. EDN: ZWUJFX

6. Леонтьева Н.И., Соловьева А.И., Антипят Н.А., Лапейкова Е.А. Клинико-лабораторные и эпидемиологические особенности течения листериоза у взрослых пациентов групп риска в постковидном периоде // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2025. – №3. том 30. – С. 144-151. DOI: 10.51620/3034-1981-2025-30-3-144-151.

Сухорук А.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С СРЕДИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Неблагоприятные гигиенические условия и недостаточный медицинский контроль в учреждениях пенитенциарной системы повышают риск инфекций, передающихся через кровь, в т.ч. и хронического гепатита С (ХГС). Растущая заболеваемость ХГС среди заключенных после их освобождения приводит к распространению инфекции и среди населения в целом.

Количество заключенных в Российской Федерации в 2024 году составило 313 304 человек [1].

Метаанализ 93 исследований с общей выборкой в 145 823 человека установил, что распространенность ХГС среди заключенных во всем мире оценивается в 17,7% (95% ДИ: 15,0 – 20,7%). Самая высокая распространенность гепатита С на континентах, включенных в это исследование, была зарегистрирована среди заключенных в Австралии и Океании – 28,4% (95% ДИ: 21,6-36,4%) и в Европе – 25,1% (95% ДИ: 19,4 – 31,8%) [2]. Необходимо отметить, что во всех исследованиях оценивали частоту выявления антител к ВГС без определения наличия РНК ВГС, что может завышать показатели распространенности заболевания.

Данные отечественных исследователей крайне ограничены и разрозненны. В исследовании, проведенном в Федеральном казенном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть №70 Федеральной службы исполнения наказаний» России (Томская область) в 2024 году с участием 3022 человек, установлено, что ХГС диагностирован у 414 человек (13,7%) [3].

Анкетирование 183 осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях Алтайского края, Кемеровской и Новосибирской областей выявило распространенность ХГС около 50% [4].

Сопоставимые данные были получены и при исследовании 142 образцов плазмы крови лиц из учреждений пенитенциарной системы – антитела к ВГС были обнаружены в 59,86% (95% ДИ: 51,3 – 68,0%) образцов (определение наличия РНК ВГС не выполнялось) [5].

Обращает на себя внимание, что во многих исследованиях распространенность ХГС оценивалась лишь по наличию антител к вирусу гепатита С, что не соответствует современным требованиям к диагностике этого заболевания [6, 7].

Таким образом, распространенность ХГС среди заключенных значительно превышает показатели распространенности среди общего населения, что делает пенитенциарные учреждения зонами высокого риска. Здоровье в тюрьмах и других закрытых учреждениях тесно связано со здоровьем общества в целом, особенно в том, что касается инфекционных заболеваний.

Список литературы:

1. Количество заключенных. Россия. [Электронный ресурс] URL: <https://statbase.ru/data/rus-persons-held-in-prisons-count/>
2. Salari N., Darvishi N., Hemmati M. et al. Global prevalence of hepatitis C in prisoners: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Arch Virol. 2022.167(4). P. 1025-1039.
3. Новикова Ю.Р., Азарных А.А., Карачакова Е.С. и др. Распространенность гепатита С в пенитенциарной системе Томской области. Интеллектуальный потенциал России 2024: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ч. 2. – Уфа: Аэтерна, 2024. С. 178-183.
4. Одинцова Л.Н., Савицкий В.Н. Некоторые проблемы медико-санитарного обеспечения осужденных к лишению свободы. Государство и право: теория и практика. 2019. №1 (13). С. 44-55.
5. Ануфриева Е.В., Домский Н.А., Останкова Ю.В. Распространение серологических маркеров гемоконтатных вирусных гепатитов в и среди лиц из учреждений пенитенциарной системы. Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием «Боткинские чтения». Сборник тезисов / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И., профессора Трофимова Е.А. СПб.: 2023. С.19.
6. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Чирский В.С. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы 2003. №2. С.11-16.
7. Абдурахманов Д.Т., Морозов В.Г., Никитин И.Г. и др. Безопасность и эффективность теллапревира в лечении хронического гепатита С у больных российской популяции, включенных в исследование по программе раннего доступа. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. Т. 24. №1. С. 39-46.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В У ЗАКЛЮЧЕННЫХ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Распространенность гепатита В в местах лишения свободы значительно превышает показатели среди общего населения. Во многом это обусловлено высокой долей лиц, употребляющих инъекционные наркотики, нанесением татуировок и пирсинга самодельными и нестерильными иглами, а также специфическими условиями содержания.

Подозреваемые, обвиняемые и осуждённые представляют группу высокого риска по заболеванию парентеральными вирусными гепатитами, относительный риск заболевания которыми по сравнению с гражданским здравоохранением для вирусного гепатита В составляет 32,7, а для вирусного гепатита С – 43,8. По данным С. В. Провоторовой и соавт. (Липецкая область) среднесуточное (с 2012 по 2018 гг.) значение первичной заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) составило 716,14 (95% ДИ: 632,9 – 799,4), в том числе в тюрьмах – 6103,68 (95% ДИ: 4746,9 – 7460,5) на 100 000 заключённых. По данным исследования Е.В. Ануфриевой и соавт. (Санкт-Петербург) в 2023 году маркёры вирусного гепатита В были выявлены у 52,9% обследованных подозреваемых и обвиняемых [1].

Динамика показателя заболеваемости вирусным гепатитом В (острым и хроническим), на 100 000 вновь арестованных (следственные изоляторы) и осуждённых (исправительные учреждения) характеризуется устойчивой тенденцией к снижению. Так, в 2014 г. заболеваемость в следственных изоляторах составила 79,2 на 10 тыс. человек, в исправительных учреждениях – 39,0 на 10 тыс. человек; к 2024 г. показатели составили 45,0 на 10 тыс. человек и 21,2 на 10 тыс. человек соответственно [1]. В 2020 г. случаи заболевания вирусными гепатитами носили единичный характер, что, вероятно, связано с их недостаточным выявлением вследствие процессов, связанных с пандемией COVID-19. Необходимо подчеркнуть важность полноценного обследования с определением не только скринингового HBsAg, но и других маркеров, а также определения выраженности фибротических изменений в ткани печени [2, 3].

Данное явление не уникально для России. По оценкам Dolan K. et al. в 2013 году 4,8% заключённых во всём мире были инфицированы вирусным гепатитом В. В стране с самой большой пенитенциарной популяцией – США – хроническим вирусным гепатитом В могут страдать от 0,9 до 11,4% заключённых, в Венгрии – около 1,5%, Турции – 2,6%, Индонезии – 3,2% [4].

Высока актуальность проблемы вирусных гепатитов и в странах БРИКС. По данным метаанализа исследований, проведённых в разное время в тюрьмах Индии, распространённость гепатита В в пенитенциарных учреждениях составила 8,1% (95% ДИ: 4,0-12,3%), что предполагает также высокую первичную заболеваемость. В тюрьмах Бразилии общая распространённость инфекции

вируса гепатита В по данным исследования, проводившегося в 2017-2020 гг., составила 10,1% (95% ДИ: 8,4-12,1%) [1].

Таким образом, хронический вирусный гепатит В представляют серьезную проблему для пенитенциарного здравоохранения. Среди пенитенциарной популяции вирусный гепатит В выявляется в 4 раза чаще, чем в гражданском здравоохранении. Подозреваемые, обвиняемые и осуждённые представляют ключевую группу, среди которой должны проводиться мероприятия по лечению и вакцинопрофилактике вирусного гепатита В.

Список литературы:

1. Пономарёв С.Б., Михайлова Ю.В., Стерликов С.А., Запороженко В.Г. Эпидемиология вирусных гепатитов в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2025; 71(4):13. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1823/30/lang.ru/>.
2. Ивашкин В. Т., Ющук Н. Д. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В. – М., 2014. – 67 с.
3. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Чирский В.С. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы 2003. №2. С.11-16.
4. Жданов К.В., Козлов К.В., Сукачев В.С. Эволюция противовирусной терапии хронических гепатитов В, С и D. Журнал инфектологии. 2009. Т. 1. №4. С. 23-35.
5. Smith JM, Uvin AZ, Macmadu A, Rich JD. Epidemiology and Treatment of Hepatitis B in Prisoners. Curr Hepatol Rep 2017 Sep;16(3):178-183. DOI: 10.1007/s11901-017-0364-8

Сухорук А.А., Жданов К.В.

СТРУКТУРА ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из наиболее актуальных проблем мирового здравоохранения, уступая по распространенности только ОРВИ и гриппу. Ежегодно в мире фиксируется более 1 миллиарда случаев диарейных заболеваний [1].

В Санкт-Петербурге ситуация с острыми кишечными инфекциями (ОКИ) характеризуется стабильно высоким уровнем заболеваемости, который зачастую превышает среднероссийские показатели [2].

Цель – выявить основные этиологические агенты в структуре заболеваемости ОКИ в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы: проанализированы данные федерального статистического наблюдения по инфекционным и паразитарным заболеваниям за 2024 год. Оценка доверительного интервала для частот (95% ДИ: НГ – ВГ)

проводилась методом Клоппера – Пирсона. Для выявления связи между качественными признаками использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Различия между признаками считали статистически значимыми при достигнутом значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В 2024 году в Санкт-Петербурге было зарегистрировано 52410 случаев ОКИ различной этиологии (без учета случаев бактерионосительства).

Обращает на себя внимание, что в 60,74% (95% ДИ: 60,32 – 61,15%) случаев этиология заболевания осталась неустановленной, что достоверно превышает долю случаев с установленной этиологией ($\chi^2 = 9,68$, $p = 0,002$).

В структуре ОКИ установленной этиологии вирусные заболевания регистрируются значительно чаще, чем бактериальные (63,03% и 36,97% соответственно; $\chi^2 = 13,52$, $p < 0,001$).

Среди возбудителей вирусных диарей преобладают ротавирусы (47,91%; 95% ДИ: 47,05 – 48,78%) и норовирусы (45,26%; 95% ДИ: 44,40 – 46,12%).

В структуре бактериальных ОКИ первое место занимают другие сальмонеллезные инфекции (47,02%; 95% ДИ: 45,89 – 48,15%), а доля брюшного тифа крайне незначительна (0,04%). Среди возбудителей других сальмонеллезных инфекций лидируют сальмонеллы группы D – 64,06% (95% ДИ: 62,46 – 65,63%). Вторым по частоте регистрируется заболевание, вызванное кампилобактериями (30,76%; 95% ДИ: 29,73 – 31,82%). Примерно одинаковую долю в структуре занимают эшерихиозы и шигеллезы – 6,12% (95% ДИ: 5,59% – 6,68%) и 4,75% (95% ДИ: 4,28 – 5,25%) соответственно. Возбудителями шигеллеза в 40,99% случаев (95% ДИ: 35,88 – 46,27%) являются шигеллы Зонне, шигеллы Флекснера – в 22,71% (95% ДИ: 18,49 – 27,39%).

Необходимость повышения этиологической расшифровки ОКИ не вызывает сомнения. Как показал опыт пандемии COVID-19, активное использование метода ПЦР может значительно ускорить выявление возбудителя, а значит и определить правильную тактику ведения пациентов [3, 4, 5].

Выводы. Среди установленных причин заболеваемости ОКИ в современный период в Санкт-Петербурге лидируют рота- и норовирусы, а также сальмонеллы группы D и кампилобактерии. Увеличение этиологической расшифровки позволит повысить эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении возбудителей ОКИ, а также оптимизировать тактику ведения пациентов в части назначения средств этиотропной терапии.

Список литературы:

1. Военно-полевая терапия: национальное руководство / под ред. Е.В. Крюкова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2023. – 736 с.
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2023 году: государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. – Санкт-Петербург: Управление Роспотребнадзора по г. Санкт-Петербургу, 2024. – 254 с.

3. Жданов К. В., Козлов К.В., Буланьков Ю.И., Захаренко С.М., Улюкин И.М., и др. Оптимизация диагностики инфекции, вызванной SARS-COV – 2, с использованием полимеразной цепной реакции в крупном многопрофильном стационаре. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. №2 (70). С. 7-10.

4. Лобзин Ю. В. Избранные вопросы терапии инфекционных больных. СПб.: Фолиант. 2005. 909 с.

5. Гриневич В. Б., Лазебник Л.Б., Кравчук Ю.А., Радченко В.Г., Ткаченко Е.И., Першко А.М.,и др. Поражения органов пищеварения при постковидном синдроме. Клинические рекомендации. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022. №12 (208). С. 4-68.

Такмазян А.С.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГЕРПЕСВИРУСНОГО ГЕПАТИТА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6 ТИПА(ННВ-6) У ИММУНОКОМПЕТЕНТНОЙ ПАЦИЕНТКИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ БЕЗ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ ЦНС

Инфекционная больница №2, Сочи

Актуальность. ННВ-6 – это бета-герпесвирус, которым инфицировано более 90% взрослого населения мира. Первичная инфекция обычно протекает в детстве как roseola infantum (внезапная экзантема) или бессимптомно, после чего вирус пожизненно персистирует в латентном состоянии с возможной реактивацией при иммуносупрессии. Хотя ННВ-6 хорошо известен как причина энцефалита и пневмонита у иммунокомпрометированных пациентов, его роль в поражении печени у иммунокомпетентных лиц недостаточно признана. Описаны случаи от легкого гепатита до фульминантной печеночной недостаточности и острой печеночной недостаточности (ALF). В некоторых случаях ННВ-6-гепатит сопровождается аутоиммунными чертами (положительные ANA, гипергаммаглобулинемия) и может отвечать на иммуносупрессию, а не на противовирусную терапию. Хроническое употребление алкоголя вызывает иммунную дисфункцию (нарушение функции Т-клеток, макрофагов, снижение продукции цитокинов), что теоретически может способствовать реактивации герпесвирусов. Недавнее исследование 2025 года показало, что ННВ-6-позитивность в ткани печени встречается чаще у лиц с алкогольным поражением печени (72% при хроническом употреблении против 48% в контроле), а также активирует NF-κB сигналинг и рекрутирует CD163-позитивные макрофаги, усиливая воспаление. Это подтверждает биологически правдоподобную связь между алкоголем и реактивацией ННВ-6 с поражением печени.

Цель работы: демонстрация клинического случая ННВ-6-ассоциированного гепатита у пациентки с эпизодами употребления алкоголя в анамнезе, без признаков энцефалита, как примера для обсуждения настороженности

клиницистов к этой потенциально недооцененной этиологии острого гепатита у данного контингента.

Результаты и обсуждение: в середине февраля в приемное отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Инфекционная больница №2» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ ИБ №2) бригадой скорой медицинской помощи была доставлена пациентка с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5°C, рвоту до 7 раз в сутки, приносящую облегчение, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, боли в животе без четкой локализации.

Из анамнеза заболевания стало известно, что заболевание началось остро за 2 дня до госпитализации с лихорадки, слабости, рвоты до 4 раз за сутки, рассеянных болей в животе. Лечилась самостоятельно приемом жаропонижающих, энтеросорбентов. За сутки состояние ухудшилось – присоединились потемнение цвета мочи, желтушность кожных покровов. Пациентка вызвала бригаду СМП и была доставлена в хирургическое отделение ГБУЗ ГБ №4 г. Сочи, где была осмотрена хирургом – данных за хирургическую патологию не выявлено; тут же проведен забор крови, по результатам которого пациентка была переведена в ГБУЗ ИБ №2. Отмечает эпизодическое употребление алкоголя за неделю до начала болезни; без хронических заболеваний; ранее не принимала гепатотоксичные препараты.

Из эпидемиологического анамнеза: проживает с детьми (трое детей 17,14, 3,5 лет) в квартире с центральным водоснабжением, выездов за пределы Краснодарского края и территории РФ за последние 6 месяцев не отмечает. Характер питания домашний. Питались все члены семьи.

Объективно при поступлении состояние тяжелое, выраженная желтуха; печень увеличена, болезненна; асимптоматический живот. Рассмотрены результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, изучена специализированная литература. Проведены следующие исследования: ПЦР на ВГ HAV/HBV/HCV/HDV/HEV отрицательны; CMV/EBV/HSV/VZV отрицательны; HHV 6DNA положительная (ПЦР крови, мочи), иммуноферментный анализ крови с выявлением антител класса IgG к вирусу герпеса 6 типа. Биохимические показатели крови: ALT > 1000 Ед/л, AST > 4000 Ед/л; общий билирубин 66 мкмоль/л; МНО 3,61; PTI 18,9%; лейкоцитоз $18,2 \times 10^9/\text{л}$; CRP 20 мг/л; По результатам УЗИ органов брюшной полости – диффузное изменение паренхимы печени; на КТ органов грудной клетки, брюшной полости, головного мозга – признаки двустороннего плеврального выпота, признаки гепатомегалии, выпот в брюшной полости, патологических изменений в веществе ГМ не выявлено.

На фоне лечения: поддерживающая терапия: инфузии Рингера, адеметионин, орнитин, лактулоза, омепразол; противовирусная терапия: ганцикловир; свежезамороженная плазма; эноксапарин для профилактики тромбозов; эмпирическая антибактериальная терапия цефтриаксоном до исключения сопутствующей бактериальной инфекции. В динамике отмечено: ALT/AST снизились на 50% к 4-му дню, к выписке: ПЦР HHV 6 отрицательная; печёночные

пробы нормализованы; состояние удовлетворительное. Контроль КТ на 7-й день болезни: инфильтративных изменений легких, объемной патологии органов грудной клетки не выявлено, гепатомегалия, явления перипортального отека, как косвенный признак гепатита. Пациентка была выписана с полной нормализацией печёночных проб и отрицательной ПЦР на ННВ 6 под наблюдением врача-инфекциониста поликлиники.

Такими образом, расширенный вирусологический скрининг при тяжёлых гепатитах с цитолитическим синдромом критически важен для установления этиологии поражения печени. Стоит помнить, что алкоголь является потенциальным триггером реактивации герпесвирусов (в частности, ННВ 6). Мультидисциплинарный подход в диагностике и лечении способствует благоприятному исходу. ННВ 6 ассоциированный острый гепатит следует включать в дифференциальную диагностику у взрослых с тяжёлым цитолизом, так как ранняя диагностика и комплексная терапия позволяют избежать инвазивных исследований и снизить риск осложнений.

Список литературы:

1. Авдеева М.Г., Городин В.Н. Вирусные гепатиты: диагностика, лечение, профилактика/ учеб.-метод. пособие. – Краснодар, 2016. – 382 с.
2. Анохин В. А., Сабитова А. М. «Инфекции, вызванные вирусами герпеса 6-го типа: современные особенности» // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016. Т. 61, №5. С. 127–131.
3. Викулов Г. Х. «Герпесвирусные инфекции человека в XXI веке: принципы диагностики и терапии» // Доктор.Ру. 2015. №7(108). С. 34–38.
4. Исаков В. А., Архипова Е. И., Исаков Д. В. «Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей». СПб.: СпецЛит, 2013. 670 с.
5. Калугина М. Ю., Горелов А. В., Чугунова О. Л. «Современные представления об инфекции, вызванной вирусом герпеса человека 6 типа» // Клиническая медицина. 2016. №1(27). С. 16–23.

Трякина И.П.¹, Шипилов М.В.¹, Мхитарьянц И.А.²

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва;

² 9-й лечебно-диагностический центр Министерства обороны России, Москва

В настоящее время сальмонеллез остается одной из актуальных проблем для Российской Федерации, он характеризуется преобладанием спорадических случаев, в то время как крупные вспышки регистрируются значительно реже [3, 5]. Одной из актуальных проблем современной инфектологии остается рост антибиотикорезистентности возбудителя и формирование затяжных форм бактерионосительства [1, 4, 7]. Приводим собственное клиническое наблюдение малосимптомного течения инфекции, вызванной *Salmonella enteritidis*.

Пациентка А., 49 лет (бухгалтер на рыбоперерабатывающем предприятии), обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на абдоминальный дискомфорт, периодическое разжижение стула и метеоризм. Данные симптомы сохранялись в течение 2–3 недель. Лихорадка и болевой синдром отсутствовали. Самостоятельный прием спазмолитиков (дротаверин) и сорбентов значимого эффекта не дал. При первичном обследовании показатели общего анализа крови, мочи и биохимического профиля оставались в пределах референсных значений. Однако при бактериологическом исследовании кала была выделена *Salmonella enteritidis*. Лабораторно отмечен массивный («пышный») рост возбудителя.

При осмотре инфекциониста состояние было расценено как удовлетворительное. Объективно: нормостеническое телосложение, кожные покровы физиологической окраски, чистые. Пульс – 78 ударов/мин. Язык влажный, обложен незначительным белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный, без патологических примесей. Был выставлен диагноз: «Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, энтероколитический вариант, легкое течение».

Согласно протоколам лечения [5], был назначен курс антибактериальной терапии: ципрофлоксацин (500 мг 3 раза в день в течение 7 дней) в сочетании с пробиотиками (*Saccharomyces boulardii*) и ферментативными препаратами. Несмотря на проведенную терапию, контрольное бактериологическое исследование вновь выявило обильный рост *S. enteritidis*, что может быть обусловлено снижением чувствительности штамма к фторхинолонам [1, 7]. В связи с неэффективностью первого антибактериального курса лечения был назначен рифампицин (150 мг 3 раза в день в течение 7 дней) на фоне продолжающейся пробиотической поддержки. Третий контрольный посев кала снова дал положительный результат на *S. enteritidis*.

Клиническое состояние пациентки оставалось стабильным, жалобы отсутствовали, температура тела сохранялась в пределах нормы, однако характер стула оставался нестабильным: чаще кашицеобразный, редко – оформленный. Для санации очага и элиминации возбудителя был назначен сальмонеллезный бактериофаг перорально (30 мл 3 раза в день). После завершения курса приема сальмонеллезного бактериофага (через 10 дней после окончания приема препарата) было проведено контрольное бактериологическое исследование кала, рост *Salmonella enteritidis* не обнаружен. Пациентка отметила полную нормализацию стула, исчезновение явлений метеоризма и дискомфорта в животе.

Таким образом, отсутствие выраженной клинической картины острой кишечной инфекции на фоне длительного и массивного выделения возбудителя позволяет классифицировать данный случай как сальмонеллезное бактерионосительство (формирующееся затыжное носительство). Неэффективность двух курсов антибактериальной терапии подчеркивает актуальность проблемы резистентности и возможной биопленкообразующей способности возбудителя [1, 4, 7]. Успешная элиминация *S. enteritidis* у данной пациентки при помощи сальмонеллезного бактериофага подтверждает целесообразность

использования фаготерапии как альтернативного или дополняющего метода при неэффективности стандартных схем антибиотикотерапии [2, 6].

Список литературы:

1. Амплеева, Н. П. Сальмонеллез: распространение, вопросы лекарственной устойчивости / Н. П. Амплеева, В. Ф. Павелкина, Д. И. Базаркин // Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – 2024. – №1 (34). – С. 27–31.
2. Бехтерева, М. К. Место бактериофагов в диагностике, терапии и профилактике инфекционных заболеваний ЖКТ / М. К. Бехтерева // Современная медицина. – 2019. – №3 (15). – С. 69–74.
3. Ковалев, Е. В. Результаты эпидемиологического анализа заболеваемости сальмонеллезной инфекцией в Ростовской области в современных условиях / Е. В. Ковалев [и др.] // Медицинский вестник Юга России. – 2024. – Т. 15, №2. – С. 117–125.
4. Милютин, Л. Н. Современные аспекты постинфекционного сальмонеллезного бактерионосительства у детей / Л. Н. Милютин, А. О. Голубев, Т. М. Андропова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2019. – №1. – С. 22–27.
5. Сальмонеллез у взрослых: клинические рекомендации. – Москва: ННОИ, 2024. – 96 с.
6. Шипилов, М. В. Диарея: руководство для врачей / М. В. Шипилов. – Санкт-Петербург: Гиппократ, 2011. – 392 с.
7. Salmonellosis: An Overview of Epidemiology, Pathogenesis, and Innovative Approaches to Mitigate the Antimicrobial Resistant Infections / B. Lamichhane [et al.] // Antibiotics (Basel). – 2024. – Vol. 13, no. 1. – P. 76.

Уланова Е.А.¹, Грешнякова В.А.^{1,2,3}

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ И ГЕПАТОБИЛИАРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КОРИ У ДЕТЕЙ

¹ Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней
Федерального медико-биологического агентства России, Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург;

³ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Введение. Осложненное течение кори наблюдается у пациентов в трети случаях [1]. Наряду с осложнениями со стороны лор-органов поражение желудочно-кишечного тракта является наиболее часто встречающимися и наблюдается, по данным литературы, у каждого десятого пациента [1]. Точных данных, отражающих частоту поражения печени при кори, в литературе нет. Частота варьирует от 40,2% до 87,3% во взрослой популяции и от 2,0% до 43,0% у детей [2-5].

Цель. Изучить частоту встречаемости и особенности поражения желудочно-кишечного тракта и печени при кори у детей.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование историй болезни 87 детей, находившихся на госпитализации в ФНКЦИБ с диагнозом В05 «Корь» в период с января 2023 по декабрь 2024. Поступившие пациенты были в возрасте от 1 мес. до 17 лет 2 мес., медиана составила 6,7 лет (Q1-Q3: 3,1-10,9). В выборке преобладали дети дошкольного (n=27, 31,0%) и младшего школьного возрастов (n=29, 33,3%), реже на госпитализацию поступали дети грудного (n=10, 11,5%), раннего (n=11, 12,6%) и старшего школьного возрастов (n=10, 11,5%). Уровень АЛТ исследован у всех 87 пациентов, АСТ – у 65. Микроскопическое исследование кала выполнено 67 детям, посев кала – 84, ПЦР кала – 12. У двоих детей выявлена сопутствующая кишечная инфекция: кампилобактериоз и энтерогеоморрагический эшерихиоз – данные пациенты исключены из исследования при оценке частоты кишечных осложнений.

Результаты и обсуждение.

Диспепсические нарушения наблюдались у 43,5% детей (n=37/85), со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта – у 25,9%, со стороны нижних отделов – у 32,9%. Дебют нарушений приходился на 6 день заболевания (Q1-Q3: 4-6 день), медианная продолжительность составила 2 дня (Q1-Q3: 1-3 дня). Воспалительные изменения в копрограмме (наличие лейкоцитов, слизи) были выявлены у 21,2% (n=14/66), при этом в случае наличия кишечных проявлений – у 30,3% (n=10/33), а при их отсутствии – у 9,09% (n=3/33). Высев условно-патогенной флоры был выявлен у 25,6% пациентов (n=21/82), частота высева была сравнима у пациентов с гастроинтестинальными нарушениями и без них: 28,6% (n=10/35) против 23,4% (n=11/47).

Прием антибактериальных препаратов отмечался в анамнезе у 13,5% пациентов с гастроинтестинальной симптоматикой (n=5/37) и увеличивал вероятность развития диспепсических нарушений в 1,16 раз (95% ДИ 1,018-1,313). У лиц, не принимавших антибиотики, гастроинтестинальные нарушения отмечались достоверно реже: в 40,0% случаев (n=32/80) против 100% (n=5/5), соответственно $p = 0,013$.

Повышение активности АЛТ выше нормы было зарегистрировано у 35,6% пациентов (n=31), АСТ – у 60,3% (n=38). Повышение активности АЛТ и/или АСТ выше 2 норм отмечалось у 18,4% (n=16).

У детей к более старшему возрасту частота повышения АЛТ возрастала до 70,0%, в то время как у детей грудного возраста составляла всего 10,0%, у детей раннего возраста – 18,2%, дошкольного возраста – 25,9%, младшего школьного – 48,3%. Относительно повышения АСТ значимых различий между возрастными группами обнаружено не было. Гиперферментемия так же была более выражена выше у детей старшего школьного возраста. Медиана уровня АЛТ составила 130,0 Ед/л (Q1-Q3: 31,0-220,0 Ед/л) у детей старшего школьного возраста по сравнению с 24,0-38,0 Ед/л. у детей других возрастных групп, а медиана АСТ – 121,5 Ед/л (Q1-Q3: 28,0-196,0 Ед/л.) по сравнению с 49,5-57,0 Ед/л.

Связи между наличием кишечных проявлений и поражением печени (повышение АЛТ и/или АСТ выше 2 норм) у пациентов с корью обнаружено не было. Развитие гепатита у пациентов с диспептическими нарушениями со стороны нижних отделов ЖКТ отмечалось в 14,3% случаев (n=4/28) по сравнению с 15,8% (n=9/57) при их отсутствии.

Выводы. Поражение желудочно-кишечного тракта и печени при кори у детей встречается достаточно часто: в 43,5% и 35,6% (повышение АЛТ), соответственно. Частота и выраженность синдрома цитолиза нарастает у пациентов к более старшему возрасту. Развитие гепатита не ассоциировано с наличием кишечных проявлений, что ставит под сомнение реактивный характер коревого гепатита.

Список литературы:

1. Gastanaduy P., Haber P., Rota P.A. Patel M. Measles. In: Hall E., Wodi A.P., Hamborsky J., Morelli V., Schillie S., eds. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (The Pink Book)*. 14th Ed. Washington: The Public Health Foundation; 2021: 193-206.
2. Ben-Chetrit E., Oster Y, Jarjou'i A., Megged O., Lachish T., Cohen M.J. et al. Measles-related hospitalizations and associated complications in Jerusalem, 2018-2019. *Clin Microbiol Infect*. 2020; 26 (5): 637-642.
3. Грешнякова В. А. Случаи развития гепатита при кори у пациентов детского возраста во время эпидемического подъема в России в 2023-2024 гг. *Клиническая инфектология и паразитология*. 2026; 15 (1): 133-140.
4. Usachova O.V., Pakholchuk T.M., Silina E.A., Vorobiova N.V., Kulesh I.O. et al. Measles: age characteristics of the course. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 2023; 2(130): 89-95.
5. Уланова Е. А. Особенности поражения печени при кори у пациентов детского возраста. *Современная Педиатрия. Санкт-Петербург – белые ночи – 2025: Сборник материалов X Юбилейного Всероссийского форума с международным участием, Санкт-Петербург, 20 июня 2025 года – 21 июня 2026 года. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации "Союз педиатров России", 2025. – С. 123-125.*

**ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ И ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ
ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ
СТАЦИОНАРОВ МОСКВЫ**

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва;

² Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы;

³ Городская клиническая больница имени М.Е. Жадкевича, Москва;

⁴ Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, Москва

Введение. Нозокомиальные инфекции (НКИ) остаются одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения вследствие высокой распространённости, роста антибиотикорезистентности возбудителей, увеличения продолжительности госпитализации и летальности пациентов. По данным международных исследований, частота инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в стационарах Европы и США составляет от 5 до 10%, а в отделениях реанимации и интенсивной терапии может превышать 20%.

Цель. Изучить распространённость, факторы риска, клинико-микробиологические особенности и исходы внебольничных (ВБИ) и нозокомиальных инфекций (НКИ) у пациентов хирургического профиля стационаров Москвы.

Материалы и методы. Проведено точечное однодневное исследование распространённости НКИ и ВБИ в хирургических отделениях 8 стационаров Москвы. Все находившиеся в день исследования в отделении пациенты были обследованы согласно протоколу. Регистрировались клинико-anamnesticheskie данные пациентов с НКИ и ВБИ с оценкой сопутствующей патологии, предшествующей терапии, характера медицинских вмешательств, тяжести инфекционного процесса, этиологической структуры возбудителей и длительности госпитализации. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. В исследование были включены 501 пациент из хирургических отделений, из которых ВБИ зарегистрированы у 104 пациентов (20,7%), НКИ – у 94 (18,7%).

Установлено, что развитие НКИ тесно ассоциировано с тяжестью состояния пациентов, наличием сопутствующих заболеваний, предшествующим лечением и объёмом медицинских вмешательств.

Статистически значимыми факторами риска развития НКИ у пациентов хирургического профиля являлись инсулинзависимый сахарный диабет (7,4% у пациентов с НКИ, 2,0% без НКИ, $p=0,01333$), активная инфекция COVID-19 (4,3% с НКИ и 0,2% без НКИ, $p=0,003184$), пневмония (3,2% с НКИ и 0,2% без НКИ, $p=0,024476$), нарушение сознания ($\text{ШКГ} < 14$) (8,5% с НКИ и 1,7% без

НКИ, $p=0,001654$), малая подвижность вследствие перенесенного ОНМК/травмы (10,6% с НКИ и 1,2% без НКИ, $p=0,000007$) и прием биологических препаратов (3,2% с НКИ и 0% без НКИ, $p=0,004062$). Для ВБИ статистически значимым фактором оказался прием ингибиторов протонной помпы (49,9% с ВБИ и 38,5% без ВБИ, $p=0,049488$). Следует отметить, что при попарном сравнении статистически значимым для обеих групп инфекций были нарушения сознания и малая подвижность вследствие перенесенного ОНМК/травмы ($p=0,048$ и $0,014$, соответственно).

Существенное значение имели факторы, связанные с предшествующим лечением. Применение антибактериальных препаратов в течение 3-х месяцев до госпитализации (33,0% у пациентов с НКИ и 4,2% без НКИ, $p=0,0000001$), госпитализации в предшествующие 3 месяца – 21,3% с НКИ и 1,7% без НКИ ($p=0,0000001$), лечение ран на дому (20,2% с НКИ и 0% без НКИ, $p=0,0000001$), а также проведение инвазивных процедур во время данной госпитализации (55,3% с НКИ и 0% без НКИ, $p=0,0000001$) достоверно повышали риск развития НКИ, что, вероятно, обусловлено колонизацией резистентной госпитальной флорой и нарушением нормального микробиома. Для ВБИ статистически значимым фактором являлось лечение ран на дому (4,8% с ВБИ и 0% без ВБИ, $p=0,047012$).

В нозологической структуре в группе пациентов с НКИ были не только хирургические инфекции – интраабдоминальные (перитонит – 13,2%, абсцесс брюшной полости – 8,8%, аппендицит – 12,3%, острый деструктивный панкреатит – 6,1%), послеоперационные раневые (поверхностная инфекция – 4,4%, глубокая – 13,2%), инфекция костей и суставов (7,9%), но и другие инфекции – нижних дыхательных путей (5,3%), острый средний отит (1,8%), трофические язвы/пролежни (1,8%), инфекции, связанные с внутрисосудистым катетером (1,8%), диарея, вызванная *Clostridioides difficile* (3,5%). Также в структуру НКИ статистически не значимо входили ИВЛ-ассоциированная пневмония (0,9%), цистит (0,9%), дивертикулит (2,6%), инфекции желчевыводящих путей (7,9%), абсцесс печени (1,8%), тромбоз/флебит (0,9%), инфекции внутрисуставных имплантов (0,9%), медиастинит после стернотомии (0,9%) и другие (3,5%). В структуре ВБИ наиболее часто регистрировали интраабдоминальные инфекции – инфекции желчевыводящих путей – 26,1%, аппендицит – 25,2%, перитонит – 13,9%, дивертикулит – 7,8%, другие инфекции – 25,9%.

У пациентов с НКИ статистически значимо чаще отмечались синдром системной воспалительной реакции (ССВР) без сепсиса (61,7% у НКИ и 15,4% у ВБИ, $p=0,0000001$), тяжелое течение инфекции (71,3% у НКИ и 17,6% у ВБИ, $p=0,0000001$) и сепсис с полиорганной недостаточностью (11,7% у НКИ и 2,8% у ВБИ, $p=0,000489$); септический шок с одинаковой частотой отмечен при ВБИ и НКИ.

Традиционные клинико-лабораторные показатели, включая лихорадку, лейкоцитоз, уровень С-реактивного белка и прокальцитонина, не продемонстрировали достоверной разницы между пациентами с НКИ и ВБИ, что свидетельствует о необходимости комплексного подхода к диагностике.

В этиологической структуре НКИ доминировали *Escherichia coli* (23,8%), *Staphylococcus aureus* (20,6%), *Klebsiella pneumoniae* (11,1%), *Enterococcus faecalis* (9,5%), в то время как при ВБИ – *Escherichia coli* (46,5%), *Klebsiella pneumoniae* (11,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (11,6%).

Средняя продолжительность госпитализации пациентов с НКИ составила 17,5 дней, с ВБИ – 14,2. Статистически значимых различий по летальности между группами не выявлено.

Заключение. НКИ у пациентов хирургического профиля ассоциированы с тяжёлым состоянием, наличием сопутствующих заболеваний, ограничением подвижности, предшествующей антибактериальной терапией, повторными госпитализациями и инвазивными вмешательствами. По сравнению с ВБИ НКИ характеризовались более тяжелым течением, высокой частотой ССВР, сепсиса с полиорганной недостаточностью. В структуры НКИ чаще выявлялись как грамположительные, так и грамотрицательные возбудители – *Escherichia coli* и *Staphylococcus aureus*, тогда как при ВБИ преобладала грамотрицательная флора (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*).

Список литературы:

1. Яковлев С. В. и др. Распространённость и клиническое значение нозокомиальных инфекций в лечебных учреждениях России: исследование ЭР-ГИНИ //Антибиотики и химиотерапия. – 2016. – Т. 61. – №. 5-6. – С. 32-42.

2. Magill S. S. et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections //New England Journal of Medicine. – 2014. – Т. 370. – №. 13. – С. 1198-1208.

Хачатрян А.В.², Ваниюков А.А.^{1,2}, Савицкая И.М.², Рыцарев Ю.О.²

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ИЕРСИНИОЗА У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

² Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Иерсиниоз – инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Yersinia* (например, *Yersinia enterocolitica* или *Yersinia pseudotuberculosis*).

Иерсиниоз/псевдотуберкулез регистрируется повсеместно в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек. Клинически иерсиниоз характеризуется исключительным многообразием синдромов, нередко системного характера, что в сочетании со сложностью лабораторного подтверждения диагноза объясняет актуальность данной проблемы не только для инфекционистов, но и врачей смежных специальностей. [3]

Иерсинии, особенно *Y. enterocolitica*, принято считать одной из наиболее частых причин развития иммунопатологических состояний (серонегативных спондилоартропатий, узловой эритемы, аутоиммунного тиреоидита, болезни Крона, идиопатической крапивницы и др.), что связывают с хромосомными и плазмидными факторами возбудителя. Способность интернализироваться

непосредственно в цитоплазму эукариотических клеток-мишеней, приводит к резкому нарушению функций макрофагов и других фагоцитирующих и не фагоцитирующих клеток. В результате чего подавляются основные механизмы элиминации возбудителя из организма, нарушается продукция цитокинов, нарастают апоптотические явления в органах естественной и адаптивной защиты, иммуносупрессивные и прочие иммуномодулирующие эффекты. Кроме того, способность иерсиний проявлять антигенную мимикрию к белкам клеток щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, соединительной ткани, тубулярного эпителия почек человека стимулирует развитие разнообразных аутоиммунных процессов уже в остром периоде иерсиниозной инфекции, обостряющаяся проблемой подбора тактики лечения больных. [5]

Целью работы является представление клинических случаев развития генерализованного иерсиниоза/псевдотуберкулеза у больных с сопутствующими ревматологическими заболеваниями.

Пациентка Д. 1980 г.р., доставлена в приемное отделение ГБУЗ «СКИБ» 29.05.2025, с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 37,5-38,5 с 28.02.2025, снижение массы тела за последние 2 месяца на 5 кг. Анамнез заболевания: заболевание началось постепенно с 28.02.2025, когда появились жалобы на общую слабость, кровотечение из геморраидальных узлов, снижение массы тела. 08.04.2025 обратилась в частную клинику: ОАК: эр 2,4 Т/л, гемоглобин 77 г/л. УЗИ л/узлов, молочных желез: выявлены множественно структурно измененные л/узлы аксиллярной, над и подключичной областей (лимфопролиферативное заболевание?). ФКС: дискинезия толстой кишки по гипокинетическому типу, долихосигма, трансвертоптоз, внутренний геморрой. ФГДС: поверхностный гастрит, ДГР, недостаточность кардии. 11.05.2025-14.05.2025 жалобы на ежедневное повышение температуры тела до 37,3°C, общую слабость, регионарную лимфаденопатию. 15.05.2025 проходила обследование в КОД эр 2,8 Т/л, гемоглобин 88 г/л, мочевины 9,9 ммоль/л, креатинин 133 мкмоль/л, АСТ 334 Ед/л, АЛТ 156 Ед/л, ГГТ 110 Ед/л. 14.05.2025 проведена стерильная пункция: нео-клетки не обнаружены. 22.05.2025 выполнена биопсия лимфоузла: данных за лимфопролиферативное заболевание не получено. 23.05.2025 обратилась в приемное отделение ККБ №2. Госпитализирована в пульмонологическое отделение. ОАК: лейкоц 10,2 Г/л, эр 1,86 Т/л, гемоглобин 67 г/л, СРБ 90,1 мг/л, альбумин 27 г/л, мочевины 15,2 ммоль/л, креатинин, 142,1 мкмоль/л, АСТ 362,3 Ед/л, АЛТ 142,3 Ед/л, щелочная фосфатаза 538 Ед/л. Гемостаз: Д-димер 9,07 мкг/мл. ПКТ 1,23 нг/мл. ЦМВ IgG 224,5 ЕА/мл (+), токсоплазмоз IgG 74,1 МЕ/мл (+), волчаночный антикоагулянт (скрин) Ratio – 1,38. 29.05.2025 ОАК: эритроциты 3,12 Т/л, гемоглобин 93 г/л, тромбоциты 143 Г/л, нейтрофилов 76%. 29.05.2025 БАК: СРБ 13,6 мг/л, альбумин 23 г/л, мочевины 10,7 ммоль/л, креатинин 151,2 мкмоль/л, АСТ 234,6 Ед/л, АЛТ 160,2 Ед/л, ГГТ 604 Ед/л, д-димер 7,22 мкг/мл, АЧТВ 56,1 сек. Консультирована ревматологом ККБ №2: Системная красная волчанка с поражением других органов, острое течение, средней степени активности, с поражением почек (люпус-нефрит?), печени (люпус-гепатит?), конституциональными нарушениями

(лихорадка, лимфаденопатия, снижение веса), иммунологическими нарушениями (снижение комплемента, АТ к дсДНК более 150 Мед/мл, ложноположительная РМП)? Проведено лечение: адеметионин 800 мг/сут, диклофенак 25 мг/мл, омепразол 40 мг/сут, парацетамол 10 мг/мл, янтарная кислота 400 мг/сут, АБТ в\в: левофлоксацин 1 г/сут 23.05-29.05.2025, иперациллин+тазо-бактам 4,5 г/сут 27.05-29.05.2025.

28.05.2025 получен положительным результат бак.посева крови на *Yersinia pseudotuberculosis*, взятый 23.05.2025 в КОД, в связи с чем для дальнейшего лечения переведена в ГБУЗ «СКИБ»; при поступлении 29.05.2025 состояние средней тяжести, обусловленное интоксикационным синдромом. При физикальном обследовании без особенностей. При сборе эпидемиологического анамнеза не исключает употребление таких продуктов питания как овощи, фрукты, молочные, мясные и кондитерские изделия.

Лабораторно: ОАК (29.05-05.06.2025): лейкоциты $3,7-2,2 \times 10^9/\text{л}$, гранулоциты $2,7-1,5 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,13-2,56 \times 12/\text{л}$, гемоглобин 97-80 г/л, тромбоциты $134-87 \times 10^9/\text{л}$. БАК (29.05-05.06.2025): АЛТ 210-135 ед/л, АСТ 241-207 ед/л, мочевины 10,7-6,6 ммоль/л, креатинин 153-132 ммоль/л, СРБ 14,2-2,3 мг/л, ЩФ 585-317 ед/л, ГГТ 728 -354 ед/л. ПКТ (01.06-05.06.2025) 0,301-0,812. ОАМ (01.06-05.06.2025): белок 2,400-1,850 г/л, лейкоциты 6,8,12, эритроциты б/к, цилиндры, ураты, бактерии. ИФА *Yersinia enterocolitica/Yersinia pseudotuberculosis* (02.06.2025): IgM 3,635 положительный (IgG, IgA – отрицательные). УЗИ ОБП+почек: признаки умеренной гепатоспленомегалии, выраженных диффузных изменений паренхимы печени, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, дилатация селезеночной вены, малого гидрперитонеума, брюшной и забрюшинной лимфаденопатии. Признаки увеличения обеих почек с утолщением паренхимы, выраженных диффузных изменений паренхимы обеих почек по типу о.нефрита, отека паранефральной клетчатки обеих почек.

Проводимая терапия: АБТ, в\в: ципрофлоксацин 400 мг/сут – 8 дней, меропенем 3,0 г/сут – 7 дней; дезинтоксикационная, гастропротективная, гепатопротективная терапия, профилактика ТЭО. На фоне лечения сохранялись ежедневные подъемы температуры тела до фебрильных цифр. После получения двукратных отрицательных бак.посевов крови, лихорадка расценивалась, как проявление основного заболевания СКВ. Для дальнейшего лечения пациентка переведена в ревматологическое отделение с выздоровлением по псевдотуберкулезу.

Пациент К, 1976 г.р. доставлен в приемное отделение ГБУЗ «СКИБ» 07.04.2026, с жалобами на ежедневное повышение температуры тела до 38,0-39,0°C 3-4 раза в сутки, боли в коленных, голеностопных, правом тазобедренном суставах. С 14 лет наблюдается у ревматолога по поводу анкилозирующего спондилита, поздняя стадия, очень высокой степени активности (BASDAI 6.3, ASDAS с поражением илео-сакральных сочленений (двусторонний сакроилиит IV стю), позвоночника (обызвествление продольных связок, боли воспалительного ритма), с висцеральными проявлениями рецидивирующие

артриты), внескелетные проявления (рецидивирующий увеит), HLA-B 27(+). Анамнез заболевания: считает себя больным с 25.03.2026, когда появились жалобы на слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5°C, усилились имеющиеся боли в суставах, появилось покраснение конъюнктивы глаз. Обратился к ревматологу по месту жительства, назначен преднизолон 15 мг/сут. Состояние с ухудшением: боли в суставах усилились, не купировались НПВС, появились жжение в глазах и инъекция склер. 01.04.2026 осмотрен офтальмологом, госпитализирован в офтальмологическое отделение ККБ №1 с острым приступом глаукомы, обострением хронического иридоциклита. По согласованию с ревматологом преднизолон отменен, назначен метотрексат 25 мг/нед. ОАК от 01.04.2026: лейкоциты $14 \times 10^9/\text{л}$. СРБ 266 мг/л. ОАК от 06.04.2026, лейкоциты $20 \times 10^{10}/\text{л}$, тромбоциты $634 \times 10^9/\text{л}$. БАК; СРБ 185 мг/л. 07.04.2026 в бак.посеве крови выделена *Yersinia enterocolitica*. Дополнение: в конце февраля 2026 отмечал периодические боли в животе спастического характера. Эпид.анамнез: постоянный контакт с мышами в гараже.

Учитывая положительный бак.посев крови, 07.04.2026 переведен в ГБУЗ «СКИБ». При поступлении 07.04.2026 состояние средней тяжести, обусловлено интоксикацией и выраженным артралгическим синдромом. Физикально – без особенностей.

Лабораторно: ОАК (07.04-22.04.2026): лейкоциты $14,37-7,40 \times 10^9/\text{л}$, гранулоциты $11,4-7,5,7 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,82-3,98 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 131-113 г/л, тромбоциты $630-428 \times 10^9/\text{л}$. БАК (07.04-22.04.2026): СРБ 142,1-117 мг/л. ПКТ (14.04.2026): 0,099. ОАМ (07.04-22.04.2026): белок 0,310-0,332 г/л, лейкоциты 10-14, эритроциты 2-6.

ИФА *Yersinia enterocolitica/Yersinia pseudotuberculosis* (14.04.2026): IgM 1,737 (положительный), IgG 1,315 (положительный), IgA 1,151 (сомнительный). РПГА (09.04.2026) с иерсиниозным диагностикумом ОЗ титр 1:400. УЗИ ОБП+почек: признаки гепатомегалии, диффузных изменений паренхимы печени, поджелудочной железы. Диффузных изменений обеих почек.

Проводимая терапия: АБТ в/в: ципрофлоксацин 400 мг/сут – 14 дней, амикацин 1,5 г/сут – 10 дней; метотрексат 25 мг/нед, гастропротективная, глазные капли. На фоне лечения подъемы температуры тела сократились до одного раза в сутки, однако интенсивность суставного синдрома выросла. После получения двукратных отрицательных результатов бак.посевов крови, пациент выписан с выздоровлением по иерсиниозу под наблюдение и лечение ревматолога по месту жительства.

Таким образом можно предположить, что наличие у пациентов каких-либо иммуносупрессивных состояний, таких как приведенные выше диффузные заболевания соединительной ткани или применение на постоянной основе лекарственных препаратов, подавляющих иммунный ответ, повышает риск развития генерализованной формы иерсиниоза/псевдотуберкулеза.

Список литературы:

1. Авцын А.П., Исаčkova Л.М., Жаворонков А.А. Основные черты патогенеза псевдотуберкулеза (иерсиниоза) // Арх. патологии. – 1990. – №5.

2. Кузин А.В., Сергеева А.Е. Случай генерализованного течения иерсиниоза у подростка: сложный путь к диагнозу.
3. Нарзуллаев Н. У., Мирзоева М. Р., Остонова Г. С. Новые взгляды на методы диагностики иерсиниоза. «Клиническая медицина».
4. Шестакова И. В., Ющук Н.Д., Попова Т.И. Иерсиниоз: диагностические ошибки// Врач. – 2017.-№7.-С. 71-74. Российский педиатрический журнал. 2025;6(1):20.
5. Шестакова И.В. Иерсиниозы: клинико-патогенетические особенности и прогнозирование исходов генерализованной и вторично очаговой форм. Диссертация 2009.

Хурум З.Ю.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, Краснодар

Сальмонеллы – полиэтиологическая группа инфекций, в структуре которой насчитывается более 22 тыс. серотипов бактерий рода *Salmonella*, у которых меняются адаптация к условиям обитания и способам воздействия со стороны человека, развитие устойчивости к дезинфектантам и антибиотикам, генетическая неоднородность, что способствует образованию новых эпидемических вариантов возбудителей и изменению (нередко утяжелению) клинических проявлений вызываемых ими заболеваний [1,2].

Бактерии, принадлежащие к роду *Salmonella*, были названы в честь доктора ветеринарной медицины Дэниела Элмера Сэлмона, который вместе со своим помощником мистером Теобальдом Смитом в процессе поиска причин холеры, популярной у свиней, выделил в 1885 году новый вид бактерий — *Bacillus cholerasuis*, переименованный в *Salmonella enterica* сероварную холеру. Эти бактерии представляют собой грамотрицательные, относительно анаэробные, неспорулирующие прямые палочки, принадлежащие к семейству *Enterobacteriaceae*. Это внутриклеточные факультативные патогены, размер которых колеблется от 2 до 3 мкм [3].

Номенклатура рода *Salmonella* сложна и противоречива в аспекте разделения этого рода бактерий на виды, подвиды, подроды, группы, подгруппы и серотипы (серовары). Род *Salmonella* в настоящее время разделен на два вида: *S. bongori* и *S. enterica*, на основе геномного родства и биохимических реакций. Род *Salmonella* подразделяется на семь подвидов: I, II, IIIa, IIIb, IV, V и VI. Это разделение основано на обычной среде обитания, биохимических и генетических критериях.

В ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК с августа по декабрь 2025 года обратились за медицинской помощью четверо больных, у которых был подтвержден бактериологически диагноз гастроинтестинального сальмонеллеза.

Б-й Г, 71 год, заболел 06.10.25 с повышения температуры до 39,0°C, слабости, жидкого стула до 10 раз ежедневно. Бригадой скорой медицинской

помощи 08.10.25 в 14 часов 51 минут доставлен в Специализированную клиническую инфекционную больницу (СКИБ) с диагнозом-Бактериальная кишечная инфекция в состоянии гиповолемии – АД 75/50 мм рт.ст., ЧСС – 80 в минуту. На приемном покое СКИБ проведена инфузионная терапия до 3000 мл в течение 4 часов, поднято АД до 90/50 мм рт.ст., ЧСС – 67 в минуту, сатурация до 96%. После проведения обзорной рентгенографии брюшной полости, где выявлены R-признаки частичной кишечной непроходимости, с диагнозом-Острая кишечная непроходимость, исключив острую инфекционную патологию направлен в приемное отделение ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК.

При осмотре в приемной смотровой хирургического профиля – состояние больного оценивается как средней тяжести. В сознании, адекватному и продуктивному контакту доступен. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. АД 130/90 мм рт.ст. Пульс 84 в минуту, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по правому флангу, мезогастрии без признаков раздражения брюшины. Послеоперационный рубец после лапаротомии без признаков воспаления. Печень, селезенка, желчный пузырь не пальпируются. Перистальтика выслушивается. Перкуторно – кишечный звук. Симптом поколачивания в поясничной области отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. В анамнезе жизни: ИБС, стенокардия напряжения, острый инфаркт миокарда (ОИМ) в декабре 2024 г., Реканализация ПКА (2024 г.). Мерцание-трепетание, тахиформа, ХСН IIА-III ф.кл. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Оперирован в 2014 году по поводу рака толстого кишечника, колостомы, затем закрытие стомы. В эпидемиологическом анамнезе – употребление различных салатов накануне заболевания, контакт с инфекционными больными отрицает.

Проведено обследование от 08.10.25: общий анализ крови – гемоглобин – 173 г/л, гематокрит – 49,3%, эритроциты – $4,83 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 216×10^9 Ед/л, моноциты – 4,30%, лейкоциты – $4,39 \times 10^9$ Ед/л, нейтрофилы – 77,7%, лимфоциты – 17,1%, эозинофилы – 0%, общий билирубин – 13,4 мкмоль/л, АСТ – 33 МЕ/л, АЛТ – 39 МЕ/л, мочевины – 19,2 ммоль/л, креатинин – 165,0 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 203 ЕД/л, СРБ – 143 мг/л. В общем анализе мочи-удельный вес – 1,04, pH – 5,8, белок – 0,7 г/л, кетоны – 2,3 ммоль/л, эритроциты и лейкоциты – отрицательные. ЭКГ от 08.10.25: мерцание-трепетание с ЧСС 88 в минуту. УЗИ ОБП от 08.10.25: УЗ-признаки дилатации петель кишечника, полипа желчного пузыря, диффузных изменений печени, поджелудочной железы. КТ ОБП от 08.10.25: Данных за тромбоз мезентериальных сосудов не выявлено. КТ-признаки толстокишечной непроходимости. Билиарный сладж. Добавочная левая почечная артерия. Снижение экскреторной функции обеих почек. Гиперплазия, структурные изменения предстательной железы. Атеросклероз брюшной аорты и ее ветвей. ГПОД. Рентген ОБП от 08.10.25: В проекции

правого мезогастрия определяются формирующиеся кишечные арки. Убедительных данных за свободный газ не выявлено.

Осмотрен инфекционистом 08.10.25 в 23.00 в приемном отделении, рекомендовано при исключении хирургической патологии направить в СКИБ с диагнозом Бактериальная кишечная инфекция?

Учитывая анамнез заболевания: операция по поводу ЗНО кишечника в 2014 г., полипоз толстой кишки с удалением полипов в 2025г, контрольную колоноскопию две недели назад (заключения нет), боли в животе после приема большого объема клетчатки, жалобы на момент осмотра: боли в животе в мезогастрии и по левому флангу, объективный осмотр, данные УЗИ брюшной полости – дилатация петель до 26 мм с вялой перистальтикой, рентгена брюшной полости – имеется наличие чаш Клойбера и формируются арки в мезогастрии, по КТ признаки толстокишечной непроходимости, больному выставляется диагноз – злокачественное новообразование сигмы? спаечная болезнь с явлениями частичной толстокишечной непроходимостью. Учитывая данные моменты, решено провести консервативную терапию.

В ходе проведенного лечения – инфузионная терапия, ципрофлоксацин 0,5 мг 2 р/день внутрь, метронидазол 0,5 мг 3 р/день внутрь, дротаверин 2 мл 2 р/день в/м, кетопрофен 100 мг 2 р/день в/м, прозерин 1,0 2 р/день в/м. состояние больного улучшилось. Снизилась температура на 2 день пребывания в стационаре, а стул нормализовался на 3 день, боли в животе перестали беспокоить. Получен бактериологический посев крови и мочи от 08.10.25 – нет роста микрофлоры.

Больной выписан из стационара на 8 день болезни в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Частичная кишечная непроходимость. Состояние после закрытия колостомы. Провел 5 койко-дней. Уже после выписки из стационара был получен результат бактериологического посева кала от 08.10.25, где выделена культура *Salmonella enteritidis*.

Трое пациентов 20.06.25, 24.08.25 и 25.09.25, все жители г. Краснодара, обратились в приемную хирургию ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК. Из них 2 женщины и 1 мужчина в возрастной категории от 34 до 51 года. Один пациент – самостоятельно, двое – по направлению территориальной поликлиники с диагнозами – острый холецистит и острый аппендицит на 3(33,3%) и 4 (66,6%) дни болезни, с жалобами на повышение температуры от 38,5 до 39,2°C , тошноты (66%), рвоты многократной (33,3%), болей в правой подвздошной области живота и внизу живота (66,6%),жидкого стула от 10 до 15 раз в сутки.

В эпидемиологическом анамнезе – за 24 и 48 часов до заболевания употребление куриного паштета (33,3%) и яиц (66,6%).

При лабораторном исследовании: лейкоциты – $8,86 \pm 1,3 \times 10^9$ Ед/л, нейтрофилы – $78,5 \pm 1,8\%$, гематокрит – $51,1 \pm 2,1\%$, эритроциты – $5,73 \pm 2,2 \times 10^{12}$ /л, альфа-амилаза крови – $13,00 \pm 1,9$ МЕ/л

УЗИ ЖКТ – без патологии у 66,6% пациентов. У 33,3% УЗ-признаки локального гидроперитониума в правой подвздошной области.

Все три пациента с приемного отделения ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК были направлены в СКИБ после исключения острой хирургической патологии с диагнозом – Бактериальная кишечная инфекция неуточненной этиологии и были госпитализированы. У 2 пациентов из испражнений выделена *Salmonella enteritidis*. У 1- *Salmonella* группы С без идентификации.

Выводы: у всех четырех пациентов начиналось заболевание остро с фебрильной лихорадки, диспептического синдрома с преимущественной локализацией болей в правой подвздошной области (75%), что вынудило обратиться за консультативной помощью к хирургу для исключения острой кишечной непроходимости, аппендицита, холецистита.

Пожилкой возраст пациента (25% случаев) и наличие множества сопутствующей патологии осложнило своевременную диагностику сальмонеллеза, что привело к госпитализации в непрофильное хирургическое отделение.

Гастроинтестинальная форма сальмонеллеза не представляет особой трудности для диагностики. Причиной сальмонеллезной инфекции являются как традиционные для региона пищевые продукты, так и завозные из ближних регионов и тропических стран. Заболевания были вызваны штаммами сальмонелл, как постоянно циркулирующими в регионе (*S. Enteritidis* (75% случаев), так и в 25% случаев новым для региона, не выявляемыми ранее типами сальмонелл неидентифицированными сальмонеллами группы С).

Список литературы:

1. Горелов А.В., Плоскирева А.А., Руженцова Т.А. и др. Острые кишечные инфекции в таблицах и схемах: учебное пособие для врачей. Москва: Мосспринт, 2018. 47 с.

2. Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Миноранская Н.С., Липнягова С.В., Калинина Ю.С., Левицкий С.В., Гулик В.В. Сальмонеллез у взрослых: клинико-эпидемиологические особенности, оптимизация терапии // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 9, №4. С. 98–102. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2020-9-4-98-102>

3. Полянин, Д. А. Сальмонеллез: этиология и пути передачи / Д. А. Полянин, А. В. Женихов, Э. Ю. Мамедов. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2023. – №37 (484). – С. 46-49. – URL: <https://moluch.ru/archive/484/106039>

4. Клинические рекомендации "Сальмонеллез у взрослых". Разраб.: Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ). – 2024.

КИШЕЧНЫЙ ИЕРСИНИОЗ

Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, Краснодар;
Кубанский медицинский институт, Краснодар

Иерсиниозы – группа бактериальных инфекций с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, вызываемых микроорганизмами рода *Yersinia*. Характеризуется полиорганностью клинических проявлений с частым поражением ЖКТ, интоксикацией, склонностью к генерализации [1].

Возбудитель кишечной формы иерсиниоза *Yersinia enterocolitica* был открыт Д. Шляйфетейном и М. Колеманом в 1939 г. Бактерия была названа в честь швейцарского бактериолога А. Йерсена, открывшего в 1884 г. возбудителя чумы. Первые заболевания у людей, вызванные *Y. enterocolitica*, были зарегистрированы в 1962–1963 гг. во Франции, Бельгии, а также Швеции и других скандинавских странах. *Yersinia enterocolitica* – грамотрицательная палочка (или коккобактерия) длиной 1–3 мкм и шириной 0,5–0,8 мкм без спор и капсул. Возбудитель иерсиниоза довольно активно размножается и длительно сохраняется при низких температурах (в том числе, от 0°C до +4°C). В условиях бытового холодильника *Yersinia enterocolitica* сохраняется долго, поэтому иерсиниоз еще называют «Болезнь холодильника». Достаточно долго иерсинии выживают на различных продуктах питания и даже могут на них размножаться (например, на овощах, особенно приготовленных в виде салатов [2].

Сохраняющееся на протяжении многих лет пристальное внимание к иерсиниозу не является случайным. Традиционно их актуальность связана с эпидемиологическими особенностями. Однако для практикующих врачей всех специальностей серьезными проблемами являются не широкое распространение и рост уровня заболеваемости, а диагностика, лечение и реабилитация больных иерсиниозом/ псевдотуберкулезом. Причины кроются в многообразии клинических проявлений, отсутствии патогномичных симптомов и единой тактики ведения больных и трудностях лабораторной диагностики [3].

Представим 2 клинических случая кишечного иерсиниоза выявленные в непрофильных отделениях ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК в 2024 и 2025 годах.

Больной К, 20 лет, впервые обратился за медицинской помощью 13.09.24 в 14:30 в платную клинику г. Краснодара к терапевту, который выставил диагноз-Лихорадка неуточненная. Острый аппендицит? Пневмония? Назначен обширный план обследования.

13.09.24 в 17.30 самостоятельно пришел в приемную хирургию ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК с жалобами на боли в животе, слабость, повышение температуры до 38,5°C.

При объективном осмотре – состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, без сыпи. Периферические лимфатические узлы не увеличены. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Язык чистый. Живот симметричен, в акте дыхания участвует. Перкуторно без особенностей. При

пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, правой подвздошной области. Аппендикулярные знаки сомнительные. Печень +1 см. Селезенка не пальпируется.

При осмотре терапевтом – терапевтическая патология исключена. С диагнозом – Острый аппендицит? Кишечная колика? госпитализирован в хирургическое отделение.

Лабораторные данные от 13.09.24: гемоглобин – 154 г/л, тромбоциты – 308×10^9 Ед/л, микроциты – 0,70%, лейкоциты – $9,26 \times 10^9$ Ед/л, нейтрофилы – 82,4%, лимфоциты – 13,4%, общий билирубин – 12,6 мкмоль/л, АСТ – 23 МЕ/л, АЛТ – 36 МЕ/л, мочевины – 5,9 ммоль/л, креатинин – 124 мкмоль/л, СРБ – 15 мг/л. Электролиты и глюкоза крови в норме. Общий анализ мочи без патологии.

Инструментальные исследования: УЗИ ЖКТ от 13.09.24 – по правому флангу визуализируется петля кишечника в диаметре до 13 мм без перистальтики, в остальных отделах без патологии. На момент осмотра свободной жидкости в брюшной области не обнаружено. ЭКГ от 13.09.24: без патологии.

14.09.24 в 00:30 проведена диагностическая лапароскопия-при осмотре в малом тазу умеренное количество серозного выпота. Аппендикс расположен обычно, неизменен. В брыжейке тонкого кишечника увеличенные до 1,7 см лимфатические узлы. При дальнейшей ревизии органов брюшной полости и малого таза патологии не выявлено. Послеоперационный диагноз – острый мезаденит.

15.09.24 – состояние средней тяжести. Температура нормализовалась, сохранились умеренные боли в животе в области послеоперационных ран.

16.09.24 в 11:50 осмотрен инфекционистом и уточнен анамнез заболевания: заболел 02.09.24 с появления тошноты, 7 кратной рвоты, болей в животе, повышения температуры до 38,5°C, которая самостоятельно снизилась в течение суток.

06.09.24 беспокоило подташнивание, дискомфорт в животе, был однократный жидкий стул. 13.09.24 снова повышение температуры до 38,0, однократный жидкий стул в связи с чем и обратился за медицинской помощью. 14-15.09.24 стула у пациента не было.

В эпидемиологическом анамнезе частое употребление свежих салатов

При объективном осмотре определяется только болезненность при пальпации в области послеоперационных рубцов.

Для уточнения этиологии мезаденита рекомендовано дообследование - бактериологический посев кала на КПФ, кровь на ВИЧ, РПГА с сальмонеллезным, дизентерийным, Vi-диагностикумами; РПГА и ИФА с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами.

18.09.24 получены результаты серологических исследований – РПГА с сальмонеллезным, дизентерийным, Vi-диагностикумами – отрицательные. РПГА с иерсиниозным диагностикумом ОЗ –антигеном положительный в титре – 1:400, а с антигеном О⁹ – отрицательный. РПГА с псевдотуберкулезным диагностикумом –отрицательный. ИФА на АТ *Yersinia enterocolitica* Ig M+,

IgG-, IgA-. Кровь на ВИЧ-инфекцию отрицательный. В этот же день больной с диагнозом – Иерсиниоз (*Yersinia enterocolitica*), гастроэнтероколитическая форма, средней тяжести для дальнейшего лечения переведен в инфекционную больницу г. Краснодара (ГБУЗ СКИБ). Бактериологический посев кала от 16.09.25 на кишечную патогенную флору – отрицательный.

Проведено 5 к/дней. За время нахождения в стационаре проводилось лечение: цефтриаксоном 2гр в сутки с 13.04.24, спазмолитики, инфузионная терапия.

Пациент Б, 36 лет, 27.09.25 в 14.45 направлен территориальной поликлиникой с диагнозом – Хронический пиелонефрит, обострение. Острый трахеобронхит в терапевтическую приемную ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК с жалобами на повышение температуры до 39°C, выраженную слабость, боли в пояснице, учащенное болезненное мочеиспускание, потемнение мочи, боли в суставах (локтевых, коленных, тазобедренных) боли и отёк кистей рук и стоп. Считает себя больным с 14.09.25 когда повысилась температура до 37-38°C, появился насморк, боли в горле, кашель длившиеся в течение 5 дней. За период болезни диспептических явлений не отмечает. С 25.09.25 присоединились боли и отечность крупных суставов. С 26.09.25 боли в поясничной области, учащенное и болезненное мочеиспускание в связи с чем обратился к врачу-нефрологу 27.09.25 в 10:30, который выставил диагноз-хронический пиелонефрит, обострение. Острый бронхит. Назначено обследование и антибактериальная терапия амбулаторно. Госпитализирован 27.09.25 в 16:00 в терапевтическое отделение с диагнозом – Хронический пиелонефрит, обострение. Лихорадка неясного генеза. Артрит неуточненный?

Проведены лабораторные исследования от 27.09.25 гемоглобин – 113 г/л, тромбоциты – 211×10^9 Ед/л, моноциты – 5,90%, лейкоциты – $17,16 \times 10^9$ Ед/л, нейтрофилы – 85,4%, лимфоциты – 6,1%, эозинофилы – 2,3%, общий билирубин – 12,5 мкмоль/л, АСТ – 99 МЕ/л, АЛТ – 146 МЕ/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 137, мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 579 ЕД/л, СРБ – 329 мг/л. В общем анализе мочи-удельный вес – 1,03, pH – 5,5, белок – 0,8 г/л, кетоны – 3,9 ммоль/л, эритроциты и лейкоциты – отрицательный. Антистрептолизин-О-148,4 МЕ/мл, ревматоидный фактор – отрицательный. Бактериологический посев крови и мочи-нет роста микрофлоры. Моча по Нечипоренко от 29.09.25-лейкоциты – 2600 1/мл, эритроциты – 300 1/мл, цилиндры -0 1/мл.

От 27.09.25 – ЭКГ без патологии.

Осмотрен 28.09.25 специалистами – хирургом и неврологом – хирургической и неврологической патологии не выявлено. Инфекционистом, учитывая длительную лихорадку в течение 2 недель, сочетание интоксикационного, катарального, артралгического, болей в пояснице с дизурическими расстройствами рекомендовано дообследование – кровь на стерильность, ВИЧ-инфекцию, ИФА на иерсиниоз и хламидийную инфекцию.

От 28.09.25 КТ легких: Инфильтративных изменений в легких не выявлено. Апикальный легочный фиброз. От 28.09.25 КТ брюшной полости: КТ-картина мезентериального панникулита (Петли кишечника визуализируются

обычными. Мезентериальная клетчатка тяжиста (преимущественно слева), на этом фоне определяются множественные увеличенные мезентериальные л/узлы до 9 мм).

Осуществлена консультация лор-врача от 29.09.25: левосторонний отечно-катаральный верхнечелюстной синусит. От 30.09.25 Рентгенограмма придаточных пазух носа: рентгенпризнаки левостороннего катарального верхнечелюстного синусита. Рентгенограмма обеих кистей: Признаки артроза межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных суставов. От 30.09.25 Эхокардиография – регургитация на МК.

Проводилось лечение цефеперазон/сульбактам в/в, инфузионная терапия, фуросемид, преднизолон 60 мг однократно.

03.10.25 получены результаты исследований – ИФА на АТ *Ch. trachomatis* и *Ch. pneumoniae* IgM и IgG- отрицательные. ИФА на АТ *Yersinia enterocolitica* Ig M+, IgG-, IgA-. Кровь на ВИЧ-инфекцию отрицательный. С диагнозом Иерсиниоз (*Yersinia enterocolitica*), генерализованная форма, средней тяжести для дальнейшего лечения переведен в инфекционную больницу г. Краснодара (ГБУЗ СКИБ).

Проведено 6 к/день.

Выводы: до настоящего времени сохраняются сложности в своевременной и правильной диагностике иерсиниоза связанные с многообразием клинических проявлений данного заболевания, что способствует направлению пациентов в непрофильные стационары и поздней постановке диагноза (в первом случае на 16 день болезни, во втором случае на 19 день). По данным исследований врачи любой специальности на амбулаторном и стационарном этапе сталкиваются с иерсиниозом, клинические проявления которого полиморфны и сходны с симптомами других заболеваний, что вынуждает ставить множество разных предварительных диагнозов одному и тому же больному. Описанные нами клинические случаи наглядно это демонстрируют.

Приведенные случаи иллюстрируют необходимость при обследовании больных с длительным лихорадочным синдромом в сочетании с суставным и диспептическим синдромами включать в дифференциально-диагностический ряд инфекционные заболевания, такие как иерсиниоз.

В ходе изучения данных клинических случаев выявлено, что заболели в 100% случаев мужчины, средний возраст составил 28 лет $\pm$ 0,5. Отмечается поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью (на 11 и 13 день болезни), что может повлиять на исход болезни при несвоевременном начале специфической терапии и возможным развитием осложнений. Средний койко-день составил – 5,5. В 100% случаев диагноз иерсиниоза подтвержден серологически. Оба случая имеют спорадический характер и зарегистрированы в осенний период (сентябрь 2024 и 2025 года).

Список литературы:

1. Шерхова, Д. З. Иерсиниозы: этиология, патогенез, клиника и лечение / Д. З. Шерхова, Э. Б. Хутинаева. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2022. – №3 (398). – С. 55-57. – URL: <https://moluch.ru/archive/398/88103>.

2. Сагынбаева В. Э., Голованова Е. В., Лазебник Л. Б., Бойцов С. А. Иерсиниоз – причина развития внекишечных воспалительных заболеваний кишечника или признак реактивации оппортунистических инфекций на фоне биологической терапии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;153(5): 78–85).

3. Пикуза О.И., Захарова Н.С. Клинические особенности и лабораторные подходы к диагностике иерсиниозов, вызванных *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*. // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, №4.

Шелопугина Д.А.¹, Калинина Э.Н.¹, Епифанцева Н.В.¹, Кульда Н.О.²

АКТУАЛЬНОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ)

¹ Читинская государственная медицинская академия, Чита;

² Краевая клиническая инфекционная больница, Чита

Анализ причин возникновения острых кишечных инфекций (ОКИ) в настоящее время показывает, что вирусные возбудители занимают лидирующие позиции. Тем не менее, среди бактериальных агентов, вызывающих ОКИ, сальмонеллы остаются наиболее распространенными. Согласно официальным статистическим данным, в 2024 году уровень заболеваемости сальмонеллезом в Российской Федерации зафиксирован на отметке 24,68 случаев на 100 тысяч человек населения. Несмотря на то, что в Забайкальском крае зафиксирован более низкий уровень данного показателя (14,83 на 100 тысяч жителей), эпидемиологическая обстановка в регионе признана сложной. В 2025 году в Могочинском районе зафиксирована вспышка сальмонеллеза, затронувшая 45 человек. Установлено, что причиной заболевания стал пищевой путь передачи инфекции, связанный с употреблением мяса птицы, полуфабрикатов и яиц. Данное событие подтверждает, что сальмонеллезная инфекция сохраняет высокий эпидемический потенциал даже в современных условиях, характеризуясь способностью к быстрому распространению, тяжелому течению, особенно среди детей и лиц с ослабленным иммунитетом, а также формированием полирезистентных штаммов к антибиотикам. Таким образом, проблема сальмонеллеза остается крайне актуальной для практического здравоохранения, требуя постоянного совершенствования лабораторной диагностики, оптимизации схем терапии с учетом антибиотикорезистентности, усиления санитарно-эпидемиологического надзора на всех этапах производства и оборота пищевых продуктов.

Цель исследования: выявить основные факторы и причины возникновения сальмонеллеза, охарактеризовать его клинические особенности и проследить за изменениями в эпидемиологической обстановке в Забайкальском крае в течение 2022–2025 годов для разработки мер профилактики.

Материалы и методы. В рамках данного ретроспективного исследования был проведен анализ статистических данных, полученных из формы федерального статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях». Дополнительно были изучены 301 истории болезни пациентов с подтвержденным диагнозом сальмонеллез, проходивших стационарное лечение в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в период с 2022 по 2025 годы. Распределение госпитализированных по годам: 2022 г. – 40 чел., 2023 г. – 86 чел., 2024 г. – 76 чел., 2025 г. – 94 чел. Установление диагноза осуществлялось путем бактериологического исследования фекалий, что позволило получить чистую культуру патогена и провести его серологическую идентификацию с применением фенотипических методик. Параллельно проводился анализ медицинской документации, охватывающий данные объективного обследования, субъективные жалобы, анамнез болезни и эпидемиологический анамнез, а также результаты прочих лабораторных тестов. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакетов программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel for Windows (версия 10.0).

Результаты. В возрастно-половой структуре среди заболевших преобладали дети в возрасте от 0 до 12 лет – 190 человек (63,1%), из них: до 1 года – 22 чел. (7,3%), 1–3 года – 72 чел. (23,9%), 4–12 лет – 96 чел. (31,9%). В возрастной группе от 18 до 44 лет было выявлено 53 человека, что составляет 17,6% от общего числа. Средний возраст (45–59 лет) охватывал 23 человека (7,6%), пожилой возраст (60–74 года) – 20 человек (6,6%), а подростки (13–17 лет) – 10 человек (3,3%). Установлено незначительное преобладание мужчин – 171 чел. (56,9%), женщины составили 130 чел. (43,1%). В течение всего периода исследования наблюдалось устойчивое преобладание *Salmonella enteritidis* (серогруппа D). Ее доля среди всех подтвержденных случаев составила 87,5% в 2022 году, 91,8% в 2023 году, 94,7% в 2024 году и 91,4% в 2025 году. Параллельно с этим, отмечалось последовательное сокращение присутствия *Salmonella typhimurium* биовар В, чья доля снизилась с 12,5% в 2022 году до 1,1% к 2025 году. Примечательно, что в 2025 году впервые был зафиксирован случай *Salmonella typhimurium* биовар А, составивший 7,5% от общего числа верифицированных случаев. Заболевание характеризовалось четкой летне-осенней сезонностью. Наиболее высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в Каларском муниципальном округе, Шилкинском районе и г. Чите. Основным путем передачи являлся пищевой, связанный с употреблением продуктов птицеводства. У всех пациентов диагностирована гастроинтестинальная форма. Гастроэнтеритический вариант зафиксирован у 243 больных (82%), гастроэнтероколитический – у 38 (12,6%), преимущественно у детей от 0 до 3 лет. Гастритический вариант не регистрировался. По тяжести течения: легкая форма – у 39 (11,9%), среднетяжелая – у 219 (71,1%), тяжелая – у 38 (17%). Из общего числа пациентов у 2 больных (0,7%) выявлено субклиническое течение инфекции.

Выводы. Анализ причин возникновения сальмонеллеза в Забайкальском крае показывает, что доминирующим возбудителем остается *Salmonella*

enteritidis (серогруппа D). При этом продолжается циркуляция других сероваров, в том числе отмечается появление *Salmonella typhimurium* биовар А. Сохраняющаяся актуальность сальмонеллеза в регионе требует усиления эпидемиологического надзора, контроля за продукцией птицеводства и внедрения расширенных методов лабораторной диагностики.

Список литературы:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году». – Москва : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. – 424 с. – ISBN 978–5–7508–2350–5. – URL: https://www.rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=30171 (дата обращения: 24.01.2026).
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Забайкальском крае в 2024 году». – Чита : Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю, 2024. – 247 с. – URL: <https://75.rosпотребнадzor.ru/upload/iblock/cb7/a89flv9lroma6spf5slfl5ny-gczrrghm/ГД%202024.pdf> (дата обращения: 20.02.2026).
3. Сапега, Е. Ю. Проявления эпидемического процесса острых кишечных инфекционных заболеваний в субъектах Дальневосточного федерального округа в 2021-2023 гг. / Е. Ю. Сапега, Л. В. Бутакова, О. Е. Троценко. – DOI10.62963/2073-2899-2024-47-42-44 // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2024. – №47. – С. 42-44.

**Шемшур А.Б.^{1,3}, Топольская С.В.¹, Лебедев П.В.^{1,3},
Милованова И.И.¹, Чудайкина Н.Н.¹, В.Н.Городин ^{2,3}**

ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ У БОЛЬНЫХ С НЕЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2025 Г.

¹ Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, Краснодар;

² Инфекционная больница №2, Сочи;

³ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Продолжение реализации «Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации...» [1,2] путём расширения охвата тестированием и лечением населения, как в России в целом, так и в Краснодарском крае, привело к закреплению тенденции снижения интенсивности эпидпроцесса: интенсивный показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в крае уменьшился с 40,8 на 100 тыс. населения в 2024 г. до 35,1 в 2025 г. [3, 4].

Число больных, получавших антиретровирусную терапию (АРТ) в Краснодарском крае, составило в 2025 году 24 174 чел. (91,6% от всех, состоявших на диспансерном учете). У большинства больных (89,2%) лечение позволило

подавить репликацию ВИЧ до неопределяемого уровня (<500 копий/мл). Однако у 10,8% пациентов, несмотря на продолжение приема антиретровирусных препаратов (АРВП) в 2025 году, не удалось добиться прекращения вирусной репликации, у них была зарегистрирована определяемая вирусная нагрузка (Ме – 12 315 (95% ДИ; 1 877–22 753 копий/мл).

С целью повышения эффективности АРТ, в соответствии с действующими рекомендациями [], при содействии ФБУН РостовНИИМП Роспотребнадзора (Ростов-на-Дону), ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России (Санкт-Петербург) и ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва) методом популяционного секвенирования по Сэнгеру и NGS-секвенирования были исследованы образцы крови, полученные в 2025 г. от 147 пациентов с вирусологической неэффективностью лечения.

Как и в предыдущие периоды развития эпидпроцесса, среди обследованных пациентов преобладал наиболее распространенный на территории России субтип А6 ВИЧ (75%). Вместе с тем, среди пациентов с неэффективной АРТ выявлялись и другие субтипы и рекомбинантные формы вируса, зарегистрированные ранее на территории Краснодарского края (субтип В – 9%; CRF63_02A6 – 9%; CRF02_AG – 5%; CRF03_AB – 1%).

Общая частота выявления мутаций резистентности ВИЧ у обследованных в 2025 г. пациентов с неэффективной АРТ составила 82,4%, что выше средне-многолетнего показателя за последние 5 лет (67,4% за 2021–2025 гг.). Чаще всего среди прочих выявлялись мутации устойчивости к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (НИОТ) – 52,9% (M184V, K65R, T215Y и др.). На втором месте по частоте формирования находились мутации устойчивости к ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (ННИОТ) – 47,1% (K103N, V106I, E138A, G190S, P225N и др.). Реже всего встречались мутации устойчивости к ингибиторам протеазы (ИП) – 5,9% (M46I, I50L, L89V и др.).

Необходимо подчеркнуть, что в 2025 г. продолжился зарегистрированный в последние годы в Краснодарском крае тренд все более частого обнаружения среди пациентов с неэффективной АРТ мутаций устойчивости к ингибиторам интегразы (ИИ) – 17,6% в 2025 г., по сравнению с 11,2% в 2023–2024 гг. (рост в 1,6 раз) (T97A, E138K, G140S, Q148H, G163R). Аналогичным образом, в указанной группе больных стали всё чаще выявляться штаммы ВИЧ, устойчивые одновременно к НИОТ и ИИ (11,8% в 2025 г., по сравнению с 6,7% в 2023–2024 гг., рост в 1,8 раза).

При исследовании 106 образцов крови, полученных в 2025 г. от больных ВИЧ-инфекцией, состоявших на диспансерном учёте и никогда не получавших антиретровирусного лечения, в 13 случаях было выявлено присутствие мутаций резистентности (в большинстве случаев – к ННИОТ). Показатель первичной лекарственной устойчивости в 2025 г. в Краснодарском крае составил 12,3%.

Таким образом, результаты, полученные на фоне расширения масштабов АРТ в Краснодарском крае, свидетельствуют об учащении выявления в 2025 г.

мутаций резистентности у пациентов с вирусологической неэффективностью лечения, не только традиционно к НИОТ и ННИОТ, но и к ИИ, все более широко применяемым в современных схемах. Значимо увеличилась частота формирования штаммов ВИЧ, обладающих комбинированной устойчивостью одновременно к НИОТ и ИИ. Значительная часть пациентов (почти каждый восьмой) в последние годы были изначально инфицированы штаммами ВИЧ, в той или иной степени устойчивыми к антиретровирусным препаратам.

Выявленные закономерности диктуют необходимость усиления работы по повышению приверженности наблюдению и лечению, особенно среди пациентов с длительным стажем терапии и неоднократной сменой состава используемых препаратов. В целях повышения эффективности АРТ, оптимизации состава терапии, необходимо продолжение и расширение систематического геномного эпиднадзора за штаммами ВИЧ, циркулирующими в Краснодарском крае.

Список литературы:

1. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года. [//http://government.ru/docs](http://government.ru/docs)

2. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2024 г. [//https://www.demoscope.ru/weekly/2026/01103/biblio02.php](https://www.demoscope.ru/weekly/2026/01103/biblio02.php)

3. Справка об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае в 2025 году. [// http://www.hivkuban.ru/statistics/](http://www.hivkuban.ru/statistics/)

4. Надзор за распространением штаммов ВИЧ резистентных к антиретровирусным препаратам. – Методические рекомендации. МР 3.1.1.0075/1-13 – М.: Роспотребнадзор, 2013. [//https://base.garant.ru/70632632/?ysclid=m9v134pkvo2377795](https://base.garant.ru/70632632/?ysclid=m9v134pkvo2377795)

**Шемшуря Т.А.¹, Бахтина В.А.^{1,2},
Угрюмова Л.А.¹, Яковчук Е.Е.¹, Гребеник Н.П.¹**

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ОПИСТОРХОЗА У ПАЦИЕНТОВ ГБУЗ «СКИБ»

¹ Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Согласно экспертной оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гельминтозы по числу больных стоят на третьем месте среди всех наиболее значимых инфекционных и паразитарных болезней. Одним из основных биогельминтозов на территории РФ является описторхоз (возбудитель *Opisthorchis felinus*, распространенный преимущественно на территориях бассейнов рек Западной Сибири). По статистическим данным Роспотребнадзора в 2025 году в стране зарегистрировано 13376 случаев заболевания. Реальная заболеваемость описторхозом, вероятно, намного превышает официальную статистику, что обусловлено полиморфизмом и неспецифичностью клинических

проявлений, отсутствием патогномичных признаков, вследствие чего заболевание остается нераспознанным. Заражение происходит при употреблении в пищу сырой или термически плохо обработанной рыбы и рыбопродуктов семейства карповых [4]. Личинки (метацеркарии) с пищей попадают в желудок, затем в двенадцатиперстную кишку, достигают внутрипеченочных желчных протоков.

Патогенез острой фазы обусловлен токсико-аллергическим действием метаболитов гельминтов на организм хозяина, в результате чего повышается проницаемость сосудов, пролиферативно-экссудативные изменения в слизистых оболочках пищеварительного тракта и, как следствие, развитие эрозивно-язвенных поражений (гастрит, гастроудоденит). Острая фаза заболевания продолжается до двух месяцев, после чего клинические симптомы постепенно исчезают и болезнь переходит в хроническую фазу, которая наиболее часто проявляется поражением гепатобилиарной системы за счет продуцирования токсичных и иммуногенных продуктов жизнедеятельности, нарушением метаболизма клеток, что является одним из факторов способствующих развитию холангиокарциномы и рака печени [3].

Для лабораторной диагностики описторхоза [1] целесообразно комплексное использование нескольких лабораторных методов: трехкратное исследование кала с интервалом 2–5 дней несколькими копроовоскопическими методами (обусловленное цикличностью выделения яиц возбудителем) и серологическое исследование крови для выявления специфических иммуноглобулинов класса M(IgM) и G(IgG) методом иммуноферментного анализа (ИФА). Одним из высокочувствительных методов, позволяющим обнаружить яйца гельминтов, даже при низкой их концентрации является метод обогащения Parasер. Исследование проводится в специальной закрытой системе с раствором, в котором после центрифугирования концентрируются яйца гельминтов. Иммуноферментный анализ при остром процессе имеет высокую диагностическую ценность, позволяет выявить IgM, которые достигают максимального значения через 1,5–2 недели, а к 6–8 неделе заболевания начинают снижаться. Продукция IgG достигает максимума к 2–3 месяцам и держится на высоком уровне довольно долго. Однако, нужно учитывать, что ИФА может давать ложноположительные результаты за счет наличия у описторхисов антигенных детерминант, общих с некоторыми гельминтами [4].

Материалы и методы: из десяти пациентов с описторхозом, пролеченных в краевом инфекционном стационаре в 2025 году, заслуживают внимания два случая заболевания, проанализированные в данной работе. Паразитологическая диагностика выполнялась двумя методами копроовоскопии: методом толстого мазка по Като и методом обогащения Parasер. Серологическая диагностика выполнялась методом ИФА, тест-системы «Описторх-IgM-ИФА-БЕСТ» и «Описторх-IgG-ИФА-БЕСТ», (ЗАО «Вектор-Бест», Россия).

Пациент К., 1976 г.р. в мае 2025 года амбулаторно обследовался в г. Сургут по поводу субфебрилитета и диспептических проявлений. В кале обнаружены яйца кошачьей двуустки. Лечение не получал. В августе 2025 года

самостоятельно обратился в ГБУЗ «СКИБ» с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 38,90С, сыпь на коже груди, спины, верхних и нижних конечностей. По результатам анализов в двух порциях из трех исследуемых обнаружены яйца описторхисов и яйца аскарид. В общем анализе крови наблюдалась незначительная эозинофилия (6,2%), остальные показатели в пределах нормальных значений. В биохимическом анализе: АЛТ – 59 Ед/л, АСТ – 53 Ед/л, СРБ 31,1 мг/мл. Методом ИФА были выявлены антитела к антигенам описторхиса: IgM ОП – 0,498 (Опкр – 0,342) и IgG ОП – 1,399 (Опкр – 0,166). Заключительный клинический диагноз: В 66.0-Описторхоз, хронический описторхоз, дерматит. Суперинвазия?

Пациентка Б., 1985 г.р. Заболевание началось остро в июле 2025, когда появились жалобы на общую слабость, недомогание, боли в верхней части живота, повышение температуры тела до 38,8⁰С. В стационаре стороннего ЛПУ было диагностировано токсическое повреждение печени с холестазом и выявлены IgG к антигенам описторхиса, а также было проведено трехкратное копроовоскопическое исследование, ни в одной из порций яйца гельминтов обнаружены не были. В связи с сохраняющимися жалобами и результатами анализов, в августе 2025 года пациентка госпитализирована в инфекционную больницу. Показатели общего анализа крови и биохимические анализы были в пределах нормальных значений. При копроовоскопическом исследовании двумя методами в трех пробах были найдены яйца описторхисов. В ИФА выявлены IgM ОП – 1,957 (Опкр – 0,395) и IgG ОП – 0,501 (Опкр – 0,173) к описторхисам. Заключительный клинический диагноз: В 66.0 – Описторхоз, хронический описторхоз, дискинезия желчевыводящих путей.

При сборе анамнеза оба пациента не отрицали прием термически плохо приготовленной и слабосоленой рыбы семейства карповых.

Выводы:

В неэндемичных территориях врачи первичного звена испытывают сложности при постановке диагноза описторхоз, так как пациенты не имеют специфических проявлений болезни. Важно учитывать данные эпидемиологического анамнеза: нахождение на территории эндемичного очага, употребление потенциально зараженной рыбы семейства карповых (строганины, малосоленной, слабоявленной) [2].

При лабораторном исследовании для повышения точности диагностики глистной инвазии [5] целесообразно использовать комплекс методов, включающий трехкратное исследование кала копроовоскопическими методами, исследование сыворотки крови на наличие специфических иммуноглобулинов к антигенам описторхисов.

Такие факторы как: отсутствие специфической клинической картины, низкий уровень квалификации сотрудников лаборатории, вероятность получения ложноположительных и ложноотрицательных результатов ИФА, обуславливает трудности диагностики, что приводит к необоснованному назначению лечения или его отсутствию. Поэтому диагноз должен быть установлен на

основании: клинической картины, сбора эпиданамнеза, всех данных лабораторных и инструментальных исследований.

Список литературы:

1. Методические указания МУК 4.2.3145-13 «Лабораторная диагностика гельминтозов и протозоозов».

2. Методические указания. МУ 3.2.3967-23.3.2. «Профилактика паразитарных болезней, Мероприятия по снижению риска заражения населения возбудителями паразитов».

3. Клинические рекомендации 2025 год «Описторхоз у взрослых и детей»

4. Т.Н.Ткаченко, В.И.Офицеров «Описторхоз и его диагностика» Новости «Вектор-Бест» информационный бюллетень №1(19) март 2001г.-11-15.

5. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). Руководство для врачей под ред. В.П.Сергиева, Ю.В.Лобзина, С.С.Козлова.-Санкт-Петербург: Фолиант, 2008,-584с.

Яценко Г.А.¹, Пурская О.Г.¹, Гошкина А.М.^{1,2}, Мередова А.^{1,2}

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ *Mycoplasma pneumoniae* И *Chlamydophila pneumoniae* ПО ДАННЫМ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

¹ Инфекционная больница №2, Сочи;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Атипичные бактериальные возбудители, прежде всего *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydophila pneumoniae*, сохраняют значимость в этиологической структуре респираторных инфекций. Микоплазмы и хламидии отличаются от традиционных патогенов рядом особенностей: внутриклеточным паразитизмом, отсутствием клеточной стенки, устойчивостью к некоторым антибиотикам и специфическими подходами к диагностике и лечению. *Mycoplasma pneumoniae* – наиболее распространённый представитель микоплазм, возбудитель респираторных заболеваний. Относится к роду *Mycoplasma*, семейству *Mycoplasmataceae*, классу *Mollicutes*. *Chlamydophila pneumoniae* (ранее – *Chlamydia pneumoniae*) – один из видов хламидий, возбудитель респираторных инфекций. Относится к семейству *Chlamydiaceae*, роду *Chlamydophila*. Оценка частоты их выявления различными лабораторными методами представляет интерес для совершенствования диагностики и интерпретации результатов обследования.

Цель исследования. Оценить динамику выявления *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydophila pneumoniae* в 2023–2025 гг. по данным ПЦР и ИФА в бактериологической лаборатории государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Инфекционная больница №2» министерства здравоохранения Краснодарского края в г.Сочи.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лабораторных исследований, выполненных в 2023–2025 гг. Изучены результаты ПЦР-

исследований (носо-ротоглотка) на ДНК *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydomphila pneumoniae*, а также ИФА крови с определением IgM и IgG к указанным возбудителям. Оценивали число выполненных исследований, количество положительных результатов и их удельный вес.

Результаты. В 2023 г. методом ПЦР выполнено по 326 исследований на ДНК *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydomphila pneumoniae*; положительные результаты получены в 11 (3,4%) и 0 случаях соответственно. В 2024 г. число ПЦР-исследований составило по 738, при этом ДНК *Mycoplasma pneumoniae* выявлена в 203 случаях (27,5%), *Chlamydomphila pneumoniae* – в 18 (2,4%). В 2025 г. выполнено по 410 ПЦР-исследований; положительные результаты зарегистрированы в 6 (1,5%) случаях для *Mycoplasma pneumoniae* и в 2 (0,5%) – для *Chlamydomphila pneumoniae*.

По данным ИФА, IgM к *Mycoplasma pneumoniae* выявлены в 2023 г. в 83 из 2301 исследования (3,6%), IgM к *Chlamydomphila pneumoniae* – в 30 из 2297 (1,3%). В 2024 г. отмечен выраженный рост частоты положительных результатов: IgM к *Mycoplasma pneumoniae* выявлены в 697 из 2086 исследований (33,4%), IgM к *Chlamydomphila pneumoniae* – в 148 из 2084 (7,1%). В 2025 г. число ИФА-исследований возросло, вместе с тем увеличилось и количество выявляемых положительных результатов: *Mycoplasma pneumoniae* IgM определялись в 3440 исследованиях, из них положительных 845 (24,6%), *Chlamydomphila pneumoniae* IgM определялись в 3436 исследованиях, из них положительных 209 (6,1%).

IgG к *Mycoplasma pneumoniae* в 2023 г. выявлены в 79 из 2288 (3,5%); IgG к *Chlamydomphila pneumoniae* – в 101 из 2294 (4,4%). В 2024 г. так же отмечается рост частоты положительных результатов: IgG к *Mycoplasma pneumoniae* выявлены в 545 из 2083 (26,2%); IgG к *Chlamydomphila pneumoniae* – в 249 из 2084 (11,9%). В 2025 г. положительные результаты IgG к *Mycoplasma pneumoniae* составили 783 из 3440 (22,8%), IgG к *Chlamydomphila pneumoniae* – 482 из 3438 (14,0%).

Учитывая тот факт, что диагностическое значение имеет нарастание титров IgM антител в 4 раза и более при исследовании в парных сыворотках, которое должно проводиться с интервалом в 10-14 дней, данный контроль не проводился по причине клинического улучшения пациентов и выписки из стационара.

Высокие титры IgM-антител у некоторых пациентов выявлялись уже в ранние сроки болезни, однако у взрослых пациентов в случае повторного инфицирования *Mycoplasma pneumoniae* или *Chlamydomphila pneumoniae* может не происходить выработка IgM-антител, и реинфекция приводит к IgG-ответу, что не исключает большее количество пациентов с респираторной инфекцией, вызванными атипичными бактериальными возбудителями, с учетом клинического течения заболевания.

Заключение. Во все годы *Mycoplasma pneumoniae* выявлялась существенно чаще, чем *Chlamydomphila pneumoniae*, как методом ПЦР, так и по результатам серологического обследования. Наиболее высокий уровень

выявления *Mycoplasma pneumoniae* от общего количества обследуемых пациентов зарегистрирован в 2024 г., особенно по данным ПЦР.

Для *Chlamydomphila pneumoniae* ПЦР-выявляемость оставалась низкой во все годы, тогда как серопозитивность, особенно по IgG, была выше и имела тенденцию к увеличению.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексной лабораторной диагностики с использованием молекулярно-биологических и серологических методов для своевременного выявления возбудителя и выбора АБТ.

Список литературы:

1. Городин В.Н., Зотов С.В., Мойсова Д.Л. и др. Основы специфической лабораторной диагностики инфекционных заболеваний (учебное пособие). / Краснодар, 2022. – 152 с.

2. Кузнецова А.А. Эпидемиология, особенности клиники, диагностики и лечения микоплазменной пневмонии у детей / А.А. Кузнецова, С.С. Мякушин, Е.И. Науменко // Международный научно-исследовательский журнал. – 2025. – №12 (162).

3. Рукуйжа М.С., Незабудкин С.Н., Коростовцев Д.С., Медведев Д.С. *Chlamydomphila pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*: диагностика, роль в формировании бронхообструктивного синдрома и обострении бронхиальной астмы // Фундаментальные исследования. 2014. №7-5. С. 1020-1024.

Яценко Г.А.¹, Пурская О.Г.¹, Гошкина А.М.^{1,2}, Мередова А.^{1,2}

ДИНАМИКА СЕРОТИПОВОГО СПЕКТРА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ИЗОЛЯТОВ *SALMONELLA SPP.*, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА В 2023-2025 гг.

¹ Инфекционная больница №2, Сочи;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Сальмонеллез сохраняет ведущие позиции в структуре бактериальных острых кишечных инфекций. Микробиологический мониторинг культур сальмонелл имеет ключевое значение для предотвращения распространения инфекций, контроля за эпидемиологической ситуацией и разработки эффективных мер профилактики. Особую настороженность в последние годы вызывает не только увеличение числа лабораторно подтвержденных случаев, но и рост доли штаммов с пониженной чувствительностью к фторхинолонам, что ограничивает возможности антибактериальной терапии в случаях необходимости проведения антимикробной терапии.

Цель исследования. Оценить динамику выявляемости *Salmonella spp.*, изменение серотипового спектра и чувствительности к антибактериальным препаратам у изолятов, выделенных от пациентов инфекционного стационара в 2023–2025 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов бактериологических исследований кала, выполненных в 2023–2025 гг. Оценивали число положительных результатов, серотиповую структуру выделенных изолятов и показатели чувствительности к антибактериальным препаратам. Отдельно анализировали долю штаммов, нечувствительных к ципрофлоксацину, как маркер нарастающей резистентности к фторхинолонам.

Результаты. В 2023 г. из 5662 исследований положительные результаты на *Salmonella* spp. получены в 41 случае (0,7%), в 2024 г. – в 241 из 7993 (3,0%), в 2025 г. – в 263 из 7000 (3,8%). Таким образом, за период наблюдения отмечен выраженный рост числа лабораторно подтвержденных случаев сальмонеллеза. В 2023 г. все выделенные изоляты были представлены *S. Enteritidis*. В 2024–2025 гг. установлено расширение серотипового разнообразия: число выявленных серотипических категорий увеличилось с 1 в 2023 г. до 14 в 2024 г. и 19 в 2025 г. Во все годы доминировала *S. Enteritidis* – 41, 166 и 173 изолята соответственно. Однако в 2024–2025 гг. возросла роль *S. Muenchen* (20 и 24 случая), *S. Typhimurium* (16 и 21 случай) и *Salmonella* группы C (19 случаев в 2024 г. и 19 случаев в 2025 г.). Среди протестированных изолятов доля штаммов, нечувствительных к ципрофлоксацину, увеличилась с 32,4% в 2023 г. до 68,4% в 2024 г. и 75,3% в 2025 г. Наиболее часто нечувствительность к фторхинолонам выявлялась у *S. Muenchen*, *S. Enteritidis*, *Salmonella* группы C и *S. Kentucky*. Для *S. Typhimurium* была характерна более вариабельная антибиотикочувствительность с наличием как чувствительных, так и устойчивых изолятов.

Закключение. В 2023–2025 гг. отмечены рост числа лабораторно подтвержденных случаев сальмонеллеза, расширение серотипового спектра *Salmonella* spp. и выраженное увеличение доли штаммов, нечувствительных к ципрофлоксацину. Доминирующим серотипом остается *S. Enteritidis*, однако возрастает эпидемиологическая значимость *S. Muenchen*, *S. Typhimurium* и *Salmonella* группы C. Полученные данные свидетельствуют о необходимости постоянного серотипирования выделяемых изолятов и мониторинга антибиотикорезистентности, прежде всего к фторхинолонам, для своевременной коррекции терапии и совершенствования эпидемиологического надзора.

Список литературы:

1. Городин В.Н., Зотов С.В., Мойсова Д.Л. и др. Основы специфической лабораторной диагностики инфекционных заболеваний (учебное пособие). / Краснодар, 2022. – 152 с.
2. Куземцева С.В., Михайлова О.А. Микробиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за сальмонеллезом // Национальные приоритеты России. – 2017, – №4 (26). – С. 92-96.
3. Рожнова С.Ш., Головинова М.А., Христюхина О.А. Роль лабораторной диагностики и микробиологического мониторинга в профилактике «госпитальных» сальмонеллезом // Эпид. и вакцинопрофилактика. – 2005. – №3 (22). – С. 42-44.

Оглавление

<i>Адаменко Л.В., Рыцарев Ю.О., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Савицкая И.М., Малахова В.П.</i> ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАВОЗНОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ СКИБ С 2022 г ПО 2025 г	3
<i>Адаменко Л.В., Рыцарев Ю.О., Бахтина В.А., Ванюков А.А., Савицкая И.М., Подсадняя А.А., Головчанская К.В.</i> СЛУЧАИ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ СКИБ В ПЕРИОД С 2024 г. ПО ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2026 г.....	7
<i>Алагова М.В., Сухорук А.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	9
<i>Алагова М.В., Сухорук А.А., Жданов К.В.</i> ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	11
<i>Амбарнова Н.М., Мурашова Е.А.</i> ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГОРОДЕ-КУРОРТЕ СОЧИ	13
<i>Андержанова А.А., Котова Д.П., Журавлева М.В., Яковлев С.В., Мелёшкина Ю.А., Лукина М.В., Балалаева М.А.</i> УРОВЕНЬ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИНИМАЮЩИХ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЮ	15
<i>Андержанова А.А., Яковлев С.В., Мелёшкина Ю.А., Котова Д.П., Лукина М.В., Балалаева М.А., Журавлева М.В.</i> ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	17
<i>Анциферова И.Н., Иванов Я.В., Рыбакова С.А., Савицкая Е.А., Калинина Э.Н., Мошкин А.Б.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ НА ПРОБЛЕМНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	19
<i>Баранова М.М., Буханова Д.В., Муравьева Н.В., Белов Б.С.</i> СЕРЬЕЗНЫЕ КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ.....	22

*Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Ложникова Л.Е., Городин В.Н., Бахтина В.А.,
Мойсова Д.Л., Кибец В.В., Варнавская А.С., Воронина С.А.,
Охотникова О.Б.*

**ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНТЕГРАЦИИ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ИНФЕКЦИОННУЮ
ПРАКТИКУ 23**

*Бойко Е.О.¹, Зайцева О.Г.¹, Ложникова Л.Е.¹, Городин В.Н.,
Бахтина В.А.¹², Мойсова Д.Л., Воронина С.А.¹, Охотникова О.Б.¹,
Кибец В.В.¹, Варнавская А.С.¹*

**ТИПЫ ЭКЗОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ 26**

*Бойко Е.О.¹, Ложникова Л.Е.¹, Зайцева О.Г.¹, Городин В.Н.¹³,
Лебедев П.В., Мойсова Д.Л., Кибец В.В.¹, Охотникова О.Б.¹,
Варнавская А.С.¹, Воронина С.А.¹*

**ПСИХОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....28**

*Быстров А.О., Городин В.Н., Мойсова Д.Л., Угрюмова Л.А.,
Помитун С.С., Дергун В.В.*

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА С
ПАТОЛОГИЕЙ ДРУГИХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА 30**

Волошка А.А., Логвин Ф.В., Никитюк Н.Ф., Баташев В.В.

**ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ
ГЕПАТИТОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (2021–2025 гг.).....32**

Гончарова Н.А.

**РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ОСТРОГО
ГЕРПЕТИЧЕСКОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА
ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У РЕБЕНКА НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ
ГРИППА В 34**

Городин В.Н., Аслоньянц А.М., Элбанна А.М.М.

**ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
СКАРЛАТИНОПОДОБНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ
ИНФЕКЦИИ.....36**

*Городин В.Н., Суркова А.Д., Мойсова Д.Л., Сусликов М.А.,
Заболотнева М.П., Туркова А.Е., Пурская О.Г.*

**ЭТИОЛОГИЯ ОКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ПО ДАННЫМ
ГБУЗ ИБ№2 (СОЧИ).....38**

<i>Гращенкова А.Н.</i> СПОРТ КАК ЛЕКАРСТВО: КАК ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕНЯЕТ ПРАВИЛА ИГРЫ В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЯМИ.....	40
<i>Грешнякова В.А.</i> УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА	43
<i>Грешнякова В.А., Жданов К.В.</i> НАРУШЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С	46
<i>Грешнякова В.А., Клыбанская Ю.В.</i> ПРОБЛЕМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОТ ЭЛИМИНАЦИИ ОСТРЫХ ФОРМ К ВЫЗОВАМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ	49
<i>Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О.</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ И ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОНЕ НОРМОХРОМНОЙ АНЕМИИ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ.....	51
<i>Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О.</i> ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ХОБЛ И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ	53
<i>Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О.</i> ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОТ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	54
<i>Гришин М.Н., Зайцев Ю.А., Корчагина Е.О.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	55
<i>Гусев Д.А., Дунаева Н.В., Сафонова А.Е.</i> ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	57

<i>Гусейнова З.Н., Умуткузина Д.А., Яковлев С.В., Русейкин В.М.</i> ЧАСТОТА И КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ И ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ	59
<i>Гутова Т.С., Городин В.Н., Бахтина В.А., Кибец В.В., Варнавская А.С., Воронина С.А., Охотникова О.Б., Пидиморга Ю.В., Головач О.А., Жук А.С., Загриценко Т.Н.</i> НАРУШЕНИЯ СНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	61
<i>Давыдова М.А., Клещенко Е.И., Брюханова Г.Д.</i> СЛУЧАЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У СОТРУДНИКА В ОТДЕЛЕНИИ ОНКОЛОГИИ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА	63
<i>Дмитренко Н.Ю., Комарова А.Я.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ГЕПАТИТА С У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	65
<i>Дмитренко Н.Ю., Сухорук А.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	67
<i>Домонова Э.А., Сильвейстрова О.Ю., Горенкова А.И., Апанович П.В., Акимкин В.Г.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСА ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 8 СРЕДИ ДОНОРОВ КРОВИ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	70
<i>Дубова Л.В., Бахтина В.А., Гавришкив Я.Г., Мовсесян О.С.</i> ОПЫТ ВАКЦИНАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКЦИНЫ (ААКДС-М) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИИ (С УМЕНЬШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ АНТИГЕНА), СТОЛБНЯКА И КОКЛЮША (С УМЕНЬШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ АНТИГЕНА, БЕСКЛЕТОЧНОЙ)	72
<i>Жданов К.В., Сухорук А.А.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ЭЛИМИНАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С	74
<i>Завгородний С.С., Манин Е.А., Чехвалова Е.В., Таганова А.А., Носов Д.О., Жукова Л.И., Потёмкина М.А., Гречаная Т.В., Куличенко А.Н.</i> СОПРЯЖЕННОСТЬ ПРИРОДНЫХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	76

<i>Зайцева О.Г. , Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Городин В.Н., Дубова Л.В., Бахтина В.А., Охотникова О.Б., Варнавская А.С., Воронина С.А., Кибец В.В., Загриценко Т.Н.</i>	
ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВАКЦИНАЛЬНЫЙ ОТВЕТ: АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	78
<i>Запашняя О.В., Бахтина В.А., Кулбужева М.И.</i>	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОТСУТСТВИЯ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХГС ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА» г. КРАСНОДАР	80
<i>Захаренко С.М.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	83
<i>Иброхимова А.Д., Калмыкова А.А.</i>	
ГЕПАТИТ А НА ФОНЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	85
<i>Комарова А.Я., Сухорук А.А.</i>	
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	87
<i>Кононенко А.А., Водяницкая С.Ю., Ненадская С.А., Баташев В.В., Логвин Ф.В.</i>	
РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДИАГНОЗОМ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ.....	89
<i>Копышева Е.Н., Сухорук А.А.</i>	
ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ.....	91
<i>Копышева Е.Н., Сухорук А.А.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ.....	93
<i>Коришнова А.Д., Миронов К.О., Чурилова Н.С., Пивнева М.В., Выборнова С.В., Королева И.С.</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2020–2024 ГГ.	95

*Коханова С.А., Водяницкая С.Ю., Баташев В.В., Кононенко А.А.,
Логвин Ф.В.*

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ (ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ) МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ГБУ РО «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»	96
---	-----------

Кулешова О.Б., Домонова Э.А., Романюк Т.Н., Акимкин В.Г.

ОЦЕНКА ОЖИДАЕМОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВОГО ЭТАПА СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДНК ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ	99
---	-----------

Лагун Л.В., Аверченко К.В., Шеломовская Е.В.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	101
---	------------

Лагун Л.В., Красковская А.С., Пилипенко Н.А.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАЛАМИНА	103
--	------------

*Логвин Ф.В., Ковалев Е.В., Ненадская С.А., Черная А.С., Леоненко Н.В.,
Воротникова И.С., Никитюк Н.Ф.*

АКТИВИЗАЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ.....	104
---	------------

*Ложникова Л.Е.¹, Бойко Е.О.¹, Зайцева О.Г.¹, Городин В.Н., Бахтина В.А.,
Мойсова Д.Л., Кибец В.В.¹, Варнавская А.С.¹, Воронина С.А.¹,
Охотникова О.Б.¹*

ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	107
--	------------

Массоров В.В., Быков Ю.В., Батулин В.А.

ДЕГРАДАЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ: СВЯЗЬ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ОТВЕТОМ И ИСХОДОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ	110
---	------------

Матыцина А.Ф.Элбанна А.М.М.

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА КАК МАСКА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ.....	112
--	------------

Моисеева С.В., Акберов А.Р., Лазаренко О.Г., Леонова Г.Ф., Галимова Н.Р.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ	115
--	------------

<i>Мойсова Д.Л., Бахтина В.А., Яковчук Е.Е., Журавлева Е.В., Книжник Т.А.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОКИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ГБУЗ «СКИБ» ..	117
<i>Моренец Т.М., Савицкая И.М., Журавлева Е.В., Яцкова Т.В., Яковчук Е.Е., Книжник Т.А.</i> ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИСТЕРИОЗА У ПАЦИЕНТОВ ГБУЗ СКИБ.....	119
<i>Мороз К.М., Хабирова Н.Г.</i> РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ У НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРСКОГО РАЙОНА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД С 2023 ПО 2025 ГГ. .	122
<i>Муравьева Н.В., Баранова М.М., Белов Б.С.</i> К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ 13-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ КОНЬЮГИРОВАННОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (предварительные данные) ...	124
<i>Мусатов В.Б., Дмитренко Н.Ю., Сухорук А.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННОЙ	126
<i>Нестерова И.В., Городин В.Н., Чудилова Г.А., Матушкина В.Н.</i> ДИСФУНКЦИИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ ЛИЦ	128
<i>Носиков Д.В., Бахтина В.А., Ванюков А.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРХИТЕКТУРНО-ПЛАНИРОВОЧНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КАК ВАРИАНТ АДАПАТАЦИИ ВАРИАНТЫ К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ КОНЬЮНКТУРЕ	131
<i>Пак Е.С., Коробка В.Л., Цирульников О.М., Пасечников В.Д., Коробка Р.В., Малеванный М.В., Кучеренко О.Б., Новикова Г.В., Василенко В.С., Агабекян В.С., Петрова Т.М., Пасечников Д.В.</i> РЕКОМПЕНСАЦИЯ НСУ-АССОЦИИРОВАННОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ УСТОЙЧИВОГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ППД: ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ	133
<i>Рахимов Р.Р., Гареев Р.Ф., Рахимов Р.А., Брянцева Е.В., Матназарова Г.С.</i> ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ.....	135

Рахимов Р.Р., Гареев Р.Ф., Рахимов Р.А., Брянцева Е.В., Матназарова Г.С.
**ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И
 КОНТРОЛЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ: АНАЛИЗ
 ЦИФРОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ И ПЕРСПЕКТИВ ВНЕДРЕНИЯ 137**

Рудова Т.С.
**ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА АНЕМИИ У ВИЧ-
 ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ 140**

Саркисян Н.С., Голубь О.Г., Гавриш Д.А.
**ОЦЕНКА ДИНАМИКИ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ
 ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЁЗЕ НАФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ 142**

*Седнева Е.Ю., Трохимець А.С., Кочубей Г.А., Уджуху Р.К., Гавецкая О.Н.,
 Пушкарева С.И.*
**ВЫЯВЛЕНИЕ БАКТЕРИЙ *LISTERIA MONOCYTOGENES* ИЗ
 РАЗЛИЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА У
 НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ ДРУГИХ ВОЗРАСТНЫХ
 ГРУПП 145**

*Седнева Е.Ю., Трохимець А.С., Кочубей Г.А., Уджуху Р.К., Гавецкая О.Н.,
 Пушкарева С.И.*
**ВЫЯВЛЕНИЕ ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ГРИБОВ РОДА
MALASSEZIA С КОЖИ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У
 НОВОРОЖДЕННЫХ 146**

*Сизова Ю.В., Тюрина А.В., Аноприенко А.О., Погужова М.П.,
 Гаевская Н.Е., Зубенко А.С., Мусенов Ц.А.*
**ВЛИЯНИЕ РАСШИРЕНИЯ СХЕМЫ ФАГИРОВАНИЯ НА
 ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ *VIBRIO CHOLERAЕ* IN
 VITRO 147**

Сорокина К.А., Рудова Т.С.
**ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ И РИСКА РАЗВИТИЯ ГЦК У
 ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ 150**

*Сотниченко А.С., Жукова Л.И., Бахтина В.А., Городин В.Н.,
 Ванюков А.А., Ковалевская О.И.*
**ДИСТАНЦИОННЫЙ ЦЕНТР КАК ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ДЛЯ
 ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ КОВИДНОГО ГОСПИТАЛЯ В
 УСЛОВИЯХ СОБЛЮДЕНИЯ СТРОГОГО
 ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА 151**

Сотниченко А.С., Жукова Л.И., Сусликов М.А.
ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ В У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 154

<i>Сотниченко А.С., Ковалевская О.И., Михайлюк Э.И., Савицкая И.М., Хархардинова О.А.</i> АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЛИСТЕРИОЗА ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК ЗА 2024-2025 ГОДЫ.....	156
<i>Сухорук А.А.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С СРЕДИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ.....	160
<i>Сухорук А.А.</i> ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В У ЗАКЛЮЧЕННЫХ	162
<i>Сухорук А.А., Жданов К.В.</i> СТРУКТУРА ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	163
<i>Такмазян А.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГЕРПЕСВИРУСНОГО ГЕПАТИТА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6 ТИПА(ННV-6) У ИММУНОКОМПЕТЕНТНОЙ ПАЦИЕНТКИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ БЕЗ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ ЦНС	165
<i>Трякина И.П., Шпилов М.В., Мхитарьянц И.А</i> ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА	167
<i>Уланова Е.А., Грешнякова В.А.</i> ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ И ГЕПАТОБИЛИАРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КОРИ У ДЕТЕЙ	169
<i>Умуткузина Д.А., Гусейнова З.Н., Яковлев С.В.</i> ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ И ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРОВ МОСКВЫ.....	172
<i>Хачатрян А.В., Ванюков А.А., Савицкая И.М., Рыцарев Ю.О.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ИЕРСИНИОЗА У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	174
<i>Хурум З.Ю.</i> ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗ.....	178
<i>Хурум З.Ю., Мирзоева Р.К.</i> КИШЕЧНЫЙ ИЕРСИНИОЗ.....	182

<i>Шелопугина Д.А., Калинина Э.Н., Епифанцева Н.В., Кульда Н.О.</i> АКТУАЛЬНОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ)	186
<i>Шемишур А.Б., Топольская С.В., Лебедев П.В., Милованова И.И., Чудайкина Н.Н., В.Н.Городин</i> ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ У БОЛЬНЫХ С НЕЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2025 Г.	188
<i>Шемишур Т.А., Бахтина В.А., Брюмова Л.А., Яковчук Е.Е., Гребеник Н.П.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ОПИСТОРХОЗА У ПАЦИЕНТОВ ГБУЗ «СКИБ»	190
<i>Яценко Г.А., Пурская О.Г., Гошкина А.М., Мередова А.</i> ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ MYCOPLASMA PNEUMONIAE И CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE ПО ДАННЫМ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА	193
<i>Яценко Г.А., Пурская О.Г., Гошкина А.М., Мередова А.</i> ДИНАМИКА СЕРОТИПОВОГО СПЕКТРА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ИЗОЛЯТОВ SALMONELLA SPP., ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА В 2023-2025 ГГ.	195