

16+

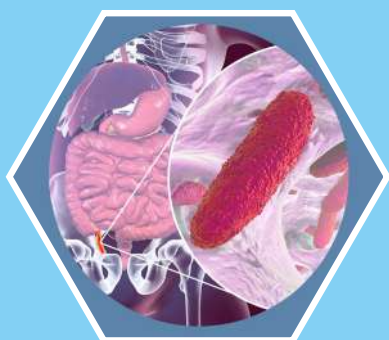
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

ISSN 1728-1261

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Public Health of the Far East

PEER REVIEWED SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL



Миксома аппендикса
в послеродовом периоде
в практике гинеколога

с. 21



Особенности течения
коронавирусной инфекции
у детей

с. 27



Патология органов пищеварения
как индикатор социального
благополучия населения
Хабаровского края

с. 49

№ 1 (91) март 2022 г.



**Научно-практический рецензируемый журнал
«Здравоохранение Дальнего Востока»**

Издается с 2002 года. № 1 (91), март 2022 г.

Дата выхода в свет: 28.03.2022

Главный редактор:

Г.В. Чицова – д.м.н., профессор (г. Хабаровск)

Зам. главного редактора:

В.Н. Короблев – д.м.н., к.э.н., профессор (г. Хабаровск)

Ответственный секретарь:Д.А. Яхьева-Онихимовская – к.м.н., доцент
(г. Хабаровск)**Редакционная коллегия:**

А.А. Баранов – д.м.н., профессор (г. Ярославль)
Ю.М. Бухонкина – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Н.Ю. Владимирова – д.м.н. (г. Хабаровск)
В.В. Войцеховский – д.м.н., профессор
(г. Благовещенск)
В.Е. Воловик – д.м.н., профессор, академик РАЕ
(г. Хабаровск)
А.В. Воронов – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Л.О. Глазун – д.м.н., профессор (г. Хабаровск)
В.И. Горбачев – д.м.н., профессор (г. Иркутск)
О.В. Горшкова – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
И.В. Жуковец – д.м.н., доцент (г. Благовещенск)
В.В. Заднепровская – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
А.С. Зенюков – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Е.Г. Зоткин – д.м.н., профессор (г. Москва)
В.Э. Кокорина – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
С.М. Колесникова – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
П.П. Кузьмичев – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
О.М. Лесняк – д.м.н., профессор (С.-Петербург)
Л.Ф. Лучишева – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Т.Е. Макарова – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
О.В. Молчанова – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Н.В. Новикова – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Э.Н. Оттева – д.м.н. (г. Хабаровск)
Т.А. Петричко – д.м.н. (г. Хабаровск)
Е.В. Полухина – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
А.П. Ребров – д.м.н., профессор (г. Саратов)
А.Г. Рыков – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Л.Д. Скворычева – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
С.А. Сумин – д.м.н., профессор (г. Курск)
К.П. Топалов – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
В.В. Унжаков – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
О.В. Ушакова – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
А.В. Щеголев – д.м.н., профессор (г. Санкт-Петербург)

Редакционный совет:

И.Ф. Ахтямов – д.м.н., профессор (г. Казань)
Ю.Я. Бойченко – к.м.н. (г. Хабаровск)
В.В. Егоров – д.м.н., профессор (г. Хабаровск)
Г.А. Пальшин – д.м.н., профессор (г. Якутск)
З.В. Сиротина – д.м.н., профессор (г. Хабаровск)
В.С. Ступак – д.м.н. (г. Москва)
Д.А. Сычев – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН
(г. Москва)
Zhang Fengmin – д.м.н., профессор (г. Харбин, КНР)
Масанобу Кобаяси – д.м.н., профессор
(г. Саппоро, Япония)
Мариус М. Скарлат – д.м.н., профессор
(г. Тулон, Франция)

Выпускающий редактор:

И.Г. Климонова

Дизайн, верстка:

Е.В. Евстратьева

Фото на обложку:

Н.З. Шелепенко

Переводчик:

А.В. Литвинов

Корректор:

Н.О. Грузинская

Архив номеров:<http://zdravdv.ucoz.ru>**Правила публикации авторских материалов:**<http://zdravdv.ucoz.ru>**Полнотекстовые версии** всех номеров размещены

на сайте Научной электронной библиотеки:

www.elibrary.ru**Учредители:**

Министерство здравоохранения Хабаровского края;
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»
министерства здравоохранения Хабаровского края

**Плата за публикацию материалов
нерекламного характера не взимается****Издатель:**

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»
министерства здравоохранения
Хабаровского края

Отпечатано в редакционно-издательском
центре ИПКСЗ, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Тираж 99 экз. Цена свободная

Регистрационное свидетельство

ПИ № ТУ27-00546 от 18 ноября 2015 г.
выдано Управлением Федеральной службы
по надзору в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
по Дальневосточному федеральному округу

Подписной индекс в каталоге подписных изданий
Хабаровского края 14395

Адрес редакции и типографии:

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9,
Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения
Тел./факс: +7 (4212) 27-24-92, 27-25-10
E-mail: rec@ipksz.khv.ru; <http://zdravdv.ucoz.ru>

© КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

Public Health of the Far East
Peer-reviewed scientific and practical journal

№ 1 (91), march 2022

Editor-in-Chief:

G.V. Chizhova – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)

Deputy Editor-in-Chief:

V. N. Korablev – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)

Executive Secretary:

D. A. Yakhieva-Onikhimovskaya – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

Editorial board:

A.A. Baranov – MD, PhD, DSc, Prof. (Yaroslavl)
Yu.M. Bukhonkina – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
N.Yu. Vladimirova – MD, PhD, DSc. (Khabarovsk)
V.V. Voitsekhovskiy – MD, PhD, DSc, Prof. (Blagoveshchensk)
V.E. Volovik – academician of the Russian Academy of Natural Sciences, MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)
A.V. Voronov – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
L.O. Glazun – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)
V. I. Gorbachev – MD, PhD, DSc, Prof. (Irkutsk)
O.V. Gorshkova – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
I.V. Zhukovets – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Blagoveshchensk)
V.V. Zadneprovskaya – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
A.S. Zenyukov – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
E. G. Zotkin – MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow)
V.E. Kokorina – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
S. M. Kolesnikova – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
P. P. Kuzmichev – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
O.M. Lesnyak – MD, PhD, DSc, Prof. (St. Petersburg)
L.F. Luchsheva – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
T. E. Makarova – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
O.V. Molchanova – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
N.V. Novikova – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
E.N. Otteva – MD, PhD, DSc. (Khabarovsk)
T.A. Petrichko – MD, PhD, DSc. (Khabarovsk)
E.V. Polukhina – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
A.P. Rebrov – MD, PhD, DSc, Prof. (Saratov)
A.G. Rykov – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
L.D. Skovycheva – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
S.A. Sumin – MD, PhD, DSc, Prof., (Kursk)
K.P. Topalov – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
V.V. Unzhakov – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
O.V. Ushakova – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)
A.V. Schegolev – MD, PhD, DSc, Prof. (Saint-Petersburg)

Editorial Council:

I. F. Akhtyamov – MD, PhD, DSc, Prof. (Kazan)
Yu.Ya. Boychenko – MD, Ph.D. (Khabarovsk)
V.V. Egorov – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)
G.A. Palshin – MD, PhD, DSc, Prof. (Yakutsk)
Z.V. Sirotina – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)
V.S. Stupak – MD, PhD, DSc. (Moscow)
D.A. Sychev – corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow)
Zhang Fengmin – MD, PhD, DSc, Prof., (Harbin, China)
Masanobu Kobayashi – MD, PhD, DSc, Prof. (Sapporo, Japan)
Marius M. Scarlet – MD, PhD, DSc, Prof. (Toulon, France)

Executive Editor:

I.G. Klimonova

Designer:

E.V. Evstrat'eva

Cover photo:

N.Z. Shelepenko

Translator:

A.V. Litvinov

Proofreader:

N.O. Gruzinskaya

Archive of the issues:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

The rules of publication for the authors:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

Full-text versions of all issues are available at Scientific Electronic Library website: www.elibrary.ru

Managed by:

Health Ministry of Khabarovsk Krai
Postgraduate Institute for Public Health Workers

Publication of not advertising materials is free of charge**Published by:**

Postgraduate Institute for Public Health Workers

Printed by:

Postgraduate Institute for Public Health Workers
Printing Centre
Khabarovsk, 9, Krasnodarskaya str.

Circulation 99 copies. Free price

Registration certificate

ПИ № ТУ27-00546 on november 18, 2015
issued by the Office
Federal Service for Supervision of Communications,
Information Technology and Communications
for Far Eastern Federal District

Subscription index at Khabarovsk krai
subscription catalog 14395

Address of the editorial office/publishing office:

9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk,
680009, Russia
Phone/fax: +7 (4212) 27-24-92, 27-25-10
E-mail: rec@ipkszh.khv.ru; <http://zdravdv.ucoz.ru>

© Postgraduate Institute for Public
Health Workers

I. ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

- В. Н. Кораблев*
Об экономических и демографических
проблемах Хабаровского края 5

II. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Т. А. Кильметов, И. Ф. Ахтыамов*
Теоретические и практические
предпосылки варианта иммунокоррекции
при лечении пациентов с перипротезной
инфекцией 13

- В. Л. Коваленко, А. С. Серебрянская,
А. С. Барбашова*
Хирургическое лечение гигантской
плеоморфной аденомы околоушной
слюнной железы 18

- Ю. Н. Колесников, А. А. Колесникова,
А. Э. Павлов, М. В. Ступак, Е. А. Ольферук,
О. А. Муравьева, Г. В. Чижова*
Миксома аппендикса в послеродовом
периоде в практике гинеколога 21

- А. В. Литвинов, Л. Ф. Лучшева,
А. В. Насатюк, К. Ю. Сливко, А. В. Федоров,
О. Г. Рыбак*
Лейкедема (клинический случай) 25

- А. М. Николаев, Т. Е. Макарова,
Е. А. Ульянова, А. К. Косолапова,
Е. Н. Борин*
Особенности течения коронавирусной
инфекции у детей 27

- Е. С. Сопова, В. Е. Воловик,
Н. А. Тарнавский, В. А. Михайлюк*
Тактика лечения и маршрутизация
пациента в стационаре хирургического
профиля в условиях новой
коронавирусной инфекции 30

- М. В. Щеткина, Л. И. Слыш*
Оптимизация лечения больных
атопическим дерматитом с нарушением
психоэмоционального статуса 35

III. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- М. Ю. Кунгурцева, Е. В. Неврычева*
Вовлеченность пациента в оказание
самопомощи при неотложных состояниях
(лекция для средних медицинских
работников) 43

I. EDITORIAL

- V. N. Korablev*
On the economic and demographic
problems of the Khabarovsk Krai 5

II. CLINICAL MEDICINE

- T. A. Kilmetov, I. F. Akhtyamov*
Theoretical and practical background
of the variant of immunocorrection
in the treatment of patients
with periprosthetic infection 13

- V. L. Kovalenko, A. S. Serebryanskaya,
A. S. Barbashova*
Surgical treatment of giant pleomorphic
adenoma of the parotid salivary gland 18

- Yu. N. Kolesnikov, A. A. Kolesnikova,
A. E. Pavlov, M. V. Stupak, E. A. Olferuk,
O. A. Muravieva, G. V. Chizhova*
Muxoma of the appendix in the postpartum
period in the practice of a gynecologist 21

- A. V. Litvinov, L. F. Luchsheva,
A. V. Nasatyuk, K. Yu. Slivko, A. V. Fedorov,
O. G. Rybak*
Leukedema: a clinical case 25

- A. M. Nikolaev, T. E. Makarova,
E. A. Ulyanova, A. K. Kosolapova,
E. N. Borin*
Features of the course of coronavirus
infection in children 27

- E. S. Sopova, V. E. Volovik, N. A. Tarnavsky,
V. A. Mikhailiuk*
Treatment tactics and patient routing
in a surgical hospital in the context
of a new coronavirus infection 30

- M. V. Shchetkina, L. I. Slysh*
Optimization of treatment of patients
with atopic dermatitis with impaired
psychoemotional status 35

III. PREVENTURE MEDICINE

- M. Yu. Kungurtseva, E. V. Nevrycheva*
Involvement of the patient in the provision
of self-help in emergency conditions
(lecture for nurses) 43

4 СОДЕРЖАНИЕ

*К. П. Топалов, Е. К. Скоромец,
Т. Г. Трэмбач*
Патология органов пищеварения
как индикатор социального благополучия
населения Хабаровского края 49

IV. ОБМЕН ОПЫТОМ

Н. В. Абросимова, И. В. Крюкова
Правовые особенности допуска
фармацевтических работников
к профессиональной деятельности
в процессе перехода здравоохранения
от сертификации к периодической
аккредитации 57

*О. В. Кожемяко, Е. И. Зейлер,
О. Г. Лаптурова, О. Г. Антонюк,
О. А. Лаптурова*
Итоги работы учреждений службы крови
Дальневосточного федерального округа
в 2021 году 62

CONTENTS

*K. P. Topalov, E. K. Skoromets,
T. G. Trembach*
Pathology of the digestive system as an
indicator of social well-being of the
population of the Khabarovsk Krai 49

IV. SHARING EXPERIENCES

N. V. Abrosimova, I. V. Kryukova
Legal features of the admission
of pharmaceutical workers to professional
activities in the transition of health
care from certification to periodic
accreditation 57

*O. V. Kozhemyako, E. I. Zeiler,
O. G. Lapturova, O. G. Antonyuk,
O. A. Lapturova*
The results of the work of blood service
institutions Far Eastern Federal District
in 2021 62

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-5-12
УДК 61:314(571.620)

Об экономических и демографических проблемах Хабаровского края

В. Н. Кораблев

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 27 25 10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

On the economic and demographic problems of the Khabarovsk Krai

V. N. Korablev

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia; zip code: 680009; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

В статье автор анализирует некоторые показатели социально-экономического развития Дальнего Востока, в т. ч. Хабаровского края как типичного субъекта и связанные с этим проблемы демографии. Исследование позволило выявить ряд накопленных рисков: ослабление экономической активности, низкий уровень инвестиций в основной капитал, высокий уровень государственного долга, низкий уровень доходов населения, стремительный отток населения, в котором доминирует миграционная убыль, высокий уровень естественной убыли населения, нарастающий в последние годы за счет низкой рождаемости и высокой смертности, сочетание снижения численности женщин фертильного возраста и низкого суммарного коэффициента рождаемости, формирование регрессивного типа населения в виде уменьшения численности населения в группе моложе трудоспособного возраста и трудоспособного возраста и, наоборот, увеличения лиц старше трудоспособного возраста, более короткая, чем в целом по России, средняя ожидаемая продолжительность жизни населения. Автор делает вывод о том, что развитие Дальнего Востока России может происходить только под государственным патронажем за счет государственных инвестиций через федеральные целевые программы.

Ключевые слова: Дальний Восток, Хабаровский край, экономика, демография.

In the article, the author analyzes some indicators of the socioeconomic development of the Far East, including the Khabarovsk Krai as a typical subject, and related demographic problems. The study made it possible to identify a number of accumulated risks: a weakening of economic activity, a low level of investment in fixed assets, a high level of public debt, a low level of income of the population; the rapid outflow of the population, which is dominated by migration loss; a high level of natural population loss, which has been growing in recent years due to low birth rates and high mortality; a combination of a decline in the number of women of childbearing age and a low total fertility rate; the formation of a regressive type of population in the form of a decrease in the population in the group younger than working age and working age group, and, conversely, an increase in number of people older than working age; shorter than in Russia as a whole, the average life expectancy of the population. The author concludes that the development of the Russian Far East can only take place under state patronage through public investment through federal targeted programs.

Keywords: Far East, the Khabarovsk Krai, economy, demography.

Хабаровский край – это типичный субъект Российской Федерации, расположенный на Дальнем Востоке России, входит в состав Дальневосточного федерального округа (далее – ДФО). Площадь его территории составляет 787,6 тыс. км² или 4,6 % территории России (4-е место в Российской Федерации) и 11,3 % территории Дальневосточного федерального округа (2-е место в ДФО) [1].

Хабаровский край обладает рядом конкурентных преимуществ, которые могут быть использованы в процессе его социально-экономического развития. К ним относятся¹:

- достаточно диверсифицированное промышленное производство и относительно сбалансированная структура экономики;
- природно-ресурсный потенциал, крупнейшая на Дальнем Востоке экономически привлекательная лесосырьевая база;
- развитый рыбопромышленный комплекс;
- транспортно-географическое положение, которое определяет роль региона как транзитного центра на Дальнем Востоке не только для транспортных перевозок, но и для телекоммуникационных связей;

¹ Распоряжение Правительства РФ от 24 сентября 2020 г. № 2464-р «Об утверждении Национальной программы социально-экономического развития Дальнего Востока на период до 2024 г. и на перспективу до 2035 г.».

– традиционная открытость Хабаровского края, наличие контактов со странами Азиатско-Тихоокеанского региона, особенно со странами Северо-Восточной Азии в области экономики, торговли, культуры, науки, образования, туризма, спорта, общественных и гуманитарных обменов и пр.

Главной целью Стратегии социального и экономического развития Хабаровского края является формирование такой территориальной социально-экономической системы, которая обеспечивала бы высокий жизненный уровень и качество жизни населения для реализации геополитической задачи закрепления населения на Дальнем Востоке на основе формирования и развития высококонкурентной экономики.

Основным приоритетом в социальной сфере является формирование условий, обеспечивающих привлекательность территории края для проживания населения, привлечения новых жителей и закрепления проживающего и прибывающего населения.

На формирование населенческого потенциала оказывает влияние социально-экономическое положение края (рис. 1).

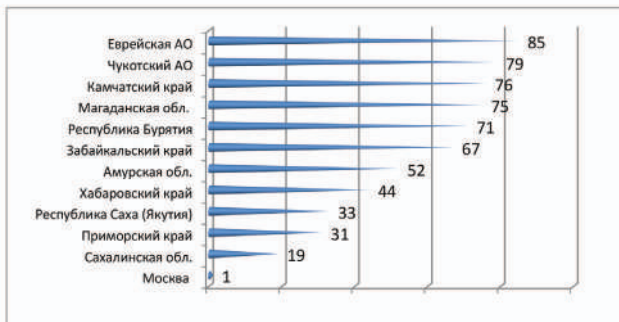


Рис. 1. Рейтинг социально-экономического положения Хабаровского края среди субъектов ДФО за 2019 год [5]

Оказалось, что по итогам 2019 года в рейтинге социально-экономического положения субъектов федерации (85 субъектов) Хабаровский край занял 44-е место (в 2012 году – 34-е место), а среди субъектов ДФО – 4-е место после Сахалинской области, Приморского края и Республики Саха (Якутия).

Таким образом, за 8 лет позиции Хабаровского края в рейтинге социально-экономического положения субъектов федерации существенно снизились.

В оценке социально-экономического положения важное значение имеет объем доходов консолидированных бюджетов (рис. 2).

Из рисунка следует, что в 2019 году Хабаровский край в рейтинге субъектов ДФО по объему доходов консолидированного бюджета занял 4-е место с объемом доходов в 132,7 млрд руб. после Республики Саха (Яку-

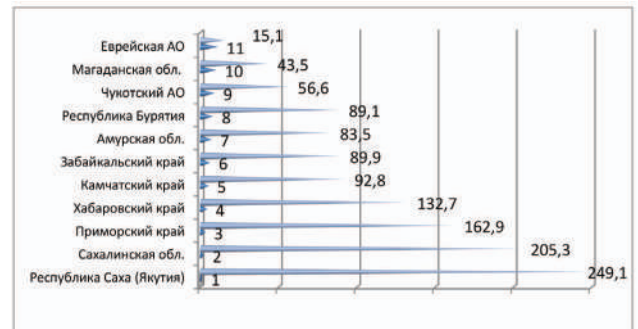


Рис. 2. Рейтинг субъектов ДФО по объему доходов консолидированного бюджета за 2019 год (млрд руб.) [5]

тия), Сахалинской области и Приморского края. По сравнению с 2012 годом объем доходов консолидированного бюджета в крае номинально увеличился почти в 1,5 раза.

Инвестиции в основной капитал свидетельствуют об активности и перспективе экономики (рис. 3).

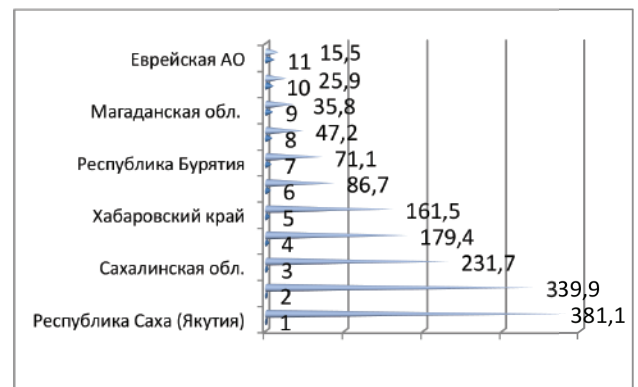


Рис. 3. Объем инвестиций в основной капитал в субъектах ДФО в 2019 году (млрд руб.) [5]

Из рисунка следует, что в 2019 году Хабаровский край по общему объему инвестиций в основной капитал занимал 5-е место в ДФО в размере 161,5 млрд руб. Здесь лидерами были Республика Саха (Якутия), Амурская и Сахалинская области. Замыкали рейтинг Магаданская область, Чукотский АО и Еврейская АО. По объему инвестиций в основной капитал на душу населения край в 2019 году занимал 7-е место в ДФО в размере 122,5 тыс. руб. Для сравнения можно отметить, что в 2012 году Хабаровский край по данному показателю занимал 6-е место с объемом финансирования в размере 125,4 тыс. руб., что отражает негативные процессы в экономике.

В оценке экономической ситуации в регионе важное значение имеет оценка объема и динамики госдолга (рис. 4).

Из рисунка следует, что в 2019 году в 3 из 11 субъектов ДФО (Республика Бурятия, Еврейская АО и Хабаровский край) объем госдолга

вырос, достигнув максимального значения в Хабаровском крае – 51,93 млрд руб.

Таким образом, в целом в 2019 году в экономике Хабаровского края накопилось ряд проблем: ослабление экономической активности, низкий уровень инвестиций в основной капитал, высокий уровень госдолга, что неизбежно отражается на социальной сфере.

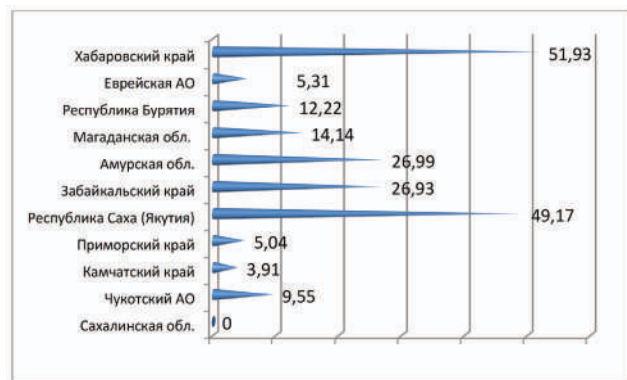


Рис. 4. Объем и динамика государственного долга субъектов ДФО за 2019 год (млрд руб.) [5]

На рисунке 5 представлено отношение денежных доходов населения к стоимости фиксированного набора потребительских товаров и услуг по итогам 2019 года (раз).

Из рисунка следует, что в 2019 году отношение денежных доходов населения к стоимости фиксированного набора потребительских товаров и услуг колебалось от максимальной

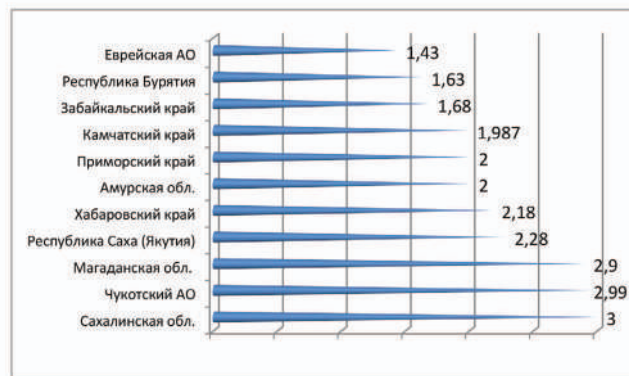


Рис. 5. Отношение денежных доходов населения к стоимости фиксированного набора потребительских товаров и услуг по итогам 2019 года (раз) [5]

величины в Сахалинской области (3) до минимально значения в Еврейской АО (1,43). Хабаровский край занимал 5-е место (2,18).

Данный показатель коррелирует с таким показателем, как доля населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума (рис. 6).

Из рисунка следует, что в 2019 году доля населения с денежными доходами ниже вели-

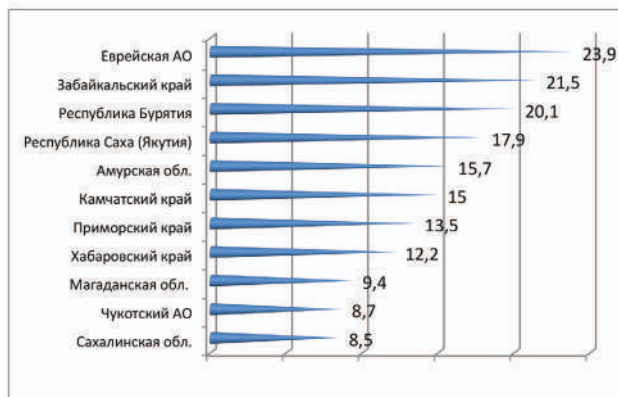


Рис. 6. Доля населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума по итогам 2019 года (в %) [5]

ны прожиточного минимума в ДФО колебалась от максимального значения в Еврейской АО – 23,9 % до минимального значения в Сахалинской области – 8,5 %. В Хабаровском крае данный показатель составил 12,2 %, что соответствует 4-й позиции в рейтинге.

Нарастающие социально-экономические проблемы в ДФО и Хабаровском крае негативно отразились на демографической ситуации в регионе.

Процесс сокращения численности населения в ДФО и Хабаровском крае начался еще в 1991 году (рис. 7).

Из представленных данных следует, что в период с 1991 по 2018 гг. с территории ДФО убыл более, чем каждый 5-й житель (-23,5 %). Прирост населения ДФО к 2020 году обусловлено входением в состав ДФО двух субъектов – Забайкальский край и Республики Бурятия.

В Хабаровском крае в указанный период времени произошло снижение численности населения почти на 20 % – с 1 624,4 до 1 321,1 тыс. человек.

В общей потере населения за период с 1991 по 2016 гг. естественная убыль составила 9,2 %, а миграционный отток – 90,8 %. Во внутрирегиональном миграционном потоке наибольшую активность проявляют жители

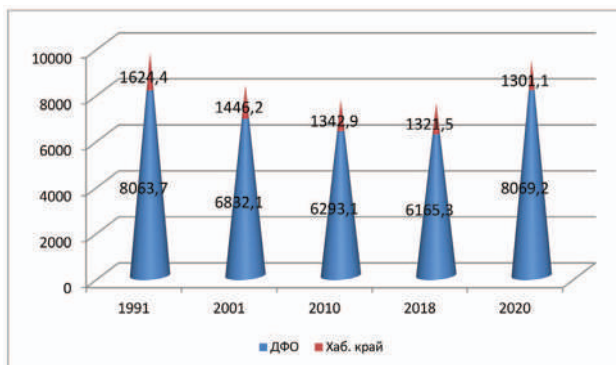


Рис. 7. Динамика численности населения ДФО и Хабаровского края в период с 1991 по 2020 гг. (тыс. человек на 1 января) [5]

Приморского и Хабаровского краев, Республики Саха (Якутия). В межрегиональной миграции основной вектор в миграционных процессах ориентирован на Центральный, Северо-Западный и Южный федеральные округа. Внешняя миграция со странами дальнего зарубежья не имеет существенного значения. Основными причинами оттока населения всегда были суровые климатические условия и отдаленность от центральных районов страны. В последнее десятилетие к ним добавились факторы резкого снижения уровня жизни населения, утрата сравнительных преимуществ региона в области доходов, ухудшение социально-экономической и экологической ситуации [4].

Регион теряет в первую очередь интеллектуальный населенческий потенциал. Это, прежде всего, люди экономически активного возраста, как правило, с высшим образованием, а также молодые женщины, что отрицательно сказывается на перспективах рождаемости в регионе. По данным Е. Мотрич, среди уехавших доля имеющих высшее образование составляет 64 %, средне специальное – 24,9 %. Между тем, для обеспечения показателей социально-экономического развития ДФО до 2025 года из общего числа занятых в народном хозяйстве должно быть 40,7 % квалифицированных работников, а сейчас их меньше трети [2].

Результаты социологических опросов свидетельствуют о том, что жители Дальнего Востока, особенно молодежь, не видят для себя перспектив в регионе. Исследование ВЦИОМ студенческой молодежи восточных территорий показывает, что из пятисот опрошенных студентов каждый четвертый хочет покинуть родной регион по окончании учебного заведения. Для них наступает самый активный период: молодые специалисты пытаются искать работу самостоятельно, мечтают о карьерном росте, повышении благосостояния. Появляется семья, дети, нужна отдельная квартира. Поэтому причины называли такие: на новом месте больше возможностей для карьерного роста (37 %), больше найти возможностей по специальности (33 %), более подходящий климат (33 %). 39 % ответили, что останутся в регионе, если будет реальная возможность приобрести собственное жилье [3].

В Хабаровском крае миграция населения в период с 2000 по 2020 гг. носила неравномерный характер (рис. 8).

Из рисунка следует, что в первом десятилетии миграционное сальдо имело переменный характер. Во втором десятилетии, начиная с 2012 года, сложился устойчивый миграционный отток населения, который на конец периода составил почти 24 тыс. человек.

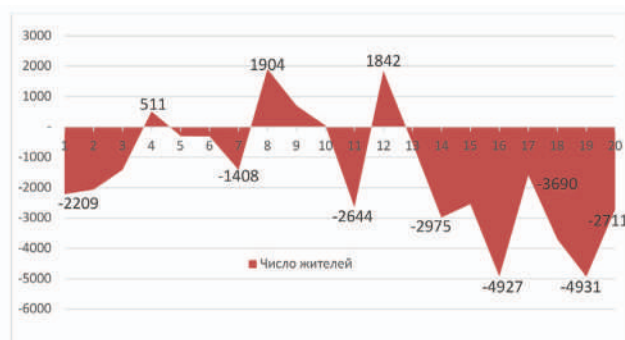


Рис. 8. Миграция населения Хабаровского края в период с 2000 по 2020 гг. (чел.) [6]

Естественный прирост (убыль) населения зависит от трех факторов: рождаемости, смертности и возрастной структуры населения. В Хабаровском крае естественное воспроизводство населения в период с 1991 по 2020 гг. характеризовалось следующими показателями (рис. 8).

Из рисунка следует, что в период с 1990 по 2020 гг. в Хабаровском крае преобладала естественная убыль населения за счет снижения рождаемости и роста смертности, кроме короткого периода с 2012 по 2016 гг., что можно объяснить вхождением в детородный возраст многочисленного поколения молодых женщин, рожденных во второй половине 80-х годов прошлого столетия.

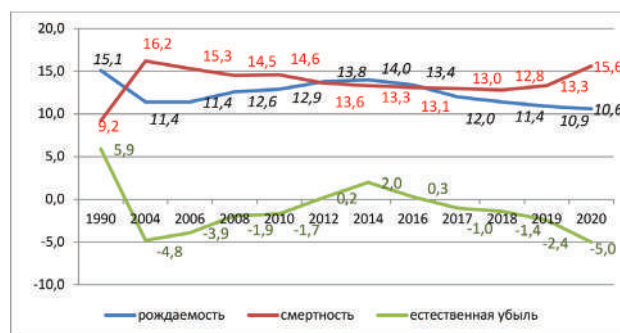


Рис. 9. Естественное воспроизводство населения в Хабаровском крае в период с 1991 по 2020 гг. [6]

Показатель смертности населения в Хабаровском крае, достигнув максимального значения в 2004 году (16,2 на 1000 населения), стал снижаться до уровня 12,8 случаев на 1 000 населения в 2018 году с последующим ростом. Рост смертности можно объяснить демографической волной, сформированной в послевоенный период, когда с 1946 года стала расти рождаемость вплоть до 1960 года (соответственно 23,8 и 24,9 на 1 000 населения). При средней продолжительности жизни в 2018 году в 72,9 года, именно в этот период к своему естественному уходу подошло многочисленное поколение, рожденное в послевоенные годы.

Таблица 1

Возрастная структура женщин фертильного возраста в Хабаровском крае за 1991–2020 гг. [6]

Годы	Число женщин по возрастным интервалам (абс.)				Итого
	15–19	20–29	30–39	40–49	
1991	30 884	73 838	111 920	98 026	314 668
2000	61 327	110 670	132 905	113 973	418 875
2010	64 611	117 502	101 575	120 329	404 017
2020	51 882	116 896	103 891	99 955	372 624
Итого	208 704	418 906	450 291	432 283	1 510 184

С 2017 года в крае отмечается резкое нарастание естественной убыли населения с максимальной величиной в 2020 году (-5,0 на 1 000 населения). При этом общая тенденция естественной убыли населения в Хабаровском крае соответствует таковой в Российской Федерации. В период с 2016 по 2020 гг. в Российской Федерации естественная убыль населения возросла соответственно с -0,1 до -4,8 случаев на 1 000 населения. В 2020 году показатель рождаемости в Российской Федерации составил 9,8, а смертности – 14,6 случаев на 1 000 населения. В целом, начиная с 2017 года, процесс естественной депопуляции населения в Российской Федерации, ДФО и Хабаровском крае резко ускорился, приблизившись к уровню 1990 года.

На показатель рождаемости негативное влияние оказывает и складывающаяся возрастная структура женщин фертильного возраста. Есть основания предполагать, что ситуация с рождаемостью может ухудшаться в дальнейшем, поскольку позитивные (с точки зрения влияния на рождаемость) перемены в возрастной структуре населения существенно изменятся. Возрастная структура женщин фертильного возраста в Хабаровском крае представлена в таблице 1.

Из таблицы следует, что в Хабаровском крае минимальное число женщин фертильного возраста отмечалось в 1991 году. Видимо, это обусловлено экономическим кризисом 70-80-х

годов прошлого столетия в СССР и снижением рождаемости в данный период до уровня 17–18 на 1 000 населения (для сравнения – в 1950 году – 45,7, в 1960 году – 22,7 на 1 000 населения). Это подтверждается числом женщин фертильного возраста в интервале 15–19 лет (30 844) и значительное увеличение их в интервале 20–29 лет (73 838) и 30–39 лет (111 920). К 2000 году число женщин фертильного возраста достигает максимума, а затем к 2020 году постепенно снижается на 10,5 %, особенно в возрастном интервале 15–19 лет (-15,4 %) и 40–49 лет (-12,3 %). В обоих случаях это можно объяснить экономическими кризисами 90-х и 70-х годов прошлого столетия.

Таким образом, в Хабаровском крае за последние два десятилетия отмечается устойчивое снижение числа женщин фертильного возраста, что неизбежно отразится на рождаемости даже при сохранении суммарного коэффициента рождаемости (рис. 10).

Из рисунка следует, что на протяжении 1990–2020 гг. суммарный коэффициент рождаемости в Хабаровском крае был стабильно ниже, чем в Российской Федерации и не обеспечивал даже простого воспроизводства населения.

Сложившаяся за три десятилетия демографическая ситуация негативно отразилась на возрастной структуре населения Хабаровского края (рис. 11).

Из рисунка следует, что в Хабаровском крае в период с 1990 по 2020 гг. произошло

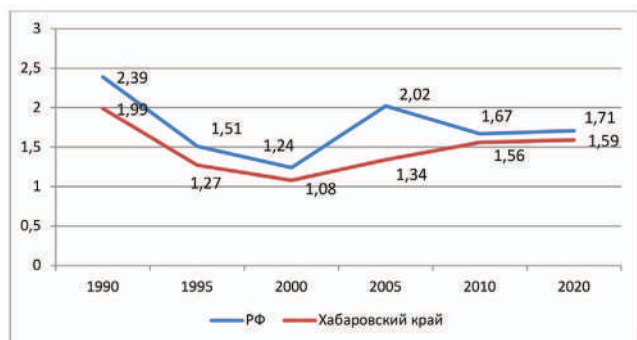


Рис. 10. Суммарный коэффициент рождаемости в России и Хабаровском крае с 1990 по 2020 гг. (число детей в расчете на 1 женщину) [6]

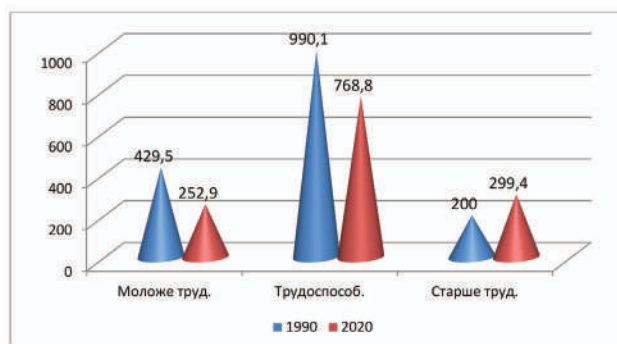


Рис. 11. Динамика численности населения Хабаровского края по возрастным группам с 1990 по 2020 гг. (на 1 января, тыс. чел.) [6]

резкое уменьшение численности населения в группе моложе трудоспособного возраста (-41,2 %) и трудоспособного возраста (-22,4 %). В то же время произошло увеличение лиц старше трудоспособного возраста (+47 %).

В Хабаровском крае, как и в ДФО, убыль населения также отмечается преимущественно с северных районов (табл. 2).

Из таблицы следует, что в период с 2004 по 2020 гг. из Хабаровского края убыло 9,2 % населения или 133 115 чел., т. е. около 8,0 тыс. человек за год. Массовый отток населения в крае отмечается в таких муниципальных районах как Аяно-Майский, Верхнебуреинский, Николаевский, им. П. Осипенко, Охотский, Тугуро-Чумиканский и Ульчский, откуда убыло от 30 до 42 % жителей. При этом среднее число жителей в сельском муниципальном образовании в 2020 году составило 28,9 тыс. чел. Это означает, что в условиях сложившейся тенденции оттока населения в крае каждые три-четыре года с карты административного деления будет условно исчезать одно сельское муниципальное образование.

По рангу показателя плотности населения в 2019 году Дальневосточный округ находится на последнем, восьмом месте среди всех федеральных округов России, Хабаровский край – на 78-м месте среди всех субъектов страны и на пятом – среди субъектов, входящих в ДФО. Плотность населения в среднем по краю составляет 1,7 чел./км²,

что в 1,6 раза выше, чем в ДФО и в 4,6 раза меньше, чем по России в целом. Плотность населения в северных и центральных районах края не превышает 0,1–0,2 чел./км², что соответствует показателям Крайнего Севера. К северу от Комсомольска более-менее крупные населенные пункты практически отсутствуют. Только более южные, развитые районы заселены плотнее – от 1 до 6 чел./км². Городское население в 2019 году составило 82,05 %.

Население размещено по территории края неравномерно, что обусловлено его значительной протяженностью, удаленностью населенных пунктов от краевого и районных центров, их труднодоступностью.

Важнейшим интегральным демографическим показателем является ожидаемая продолжительность жизни (табл. 3).

Из таблицы следует, что ожидаемая продолжительность жизни населения ДФО в 2019 году была на три года меньше, чем в РФ, а в 7 из 11 субъектов мужчины не доживают до пенсионного возраста.

Таким образом, анализ социально-экономической ситуации на Дальнем Востоке России и в Хабаровском крае в диапазоне 30 лет позволяет выявить ряд рисков:

1. Ослабление экономической активности, низкий уровень инвестиций в основной капитал, высокий уровень государственного долга, низкий уровень доходов населения.

Таблица 2

Численность населения муниципальных районов Хабаровского края (на 1 января)

Район	2004	2013	2020	2020 в % к 2004
Хабаровский край	1 434 242	1 342 083	1 301 127	90,7
г. Хабаровск	582 464	593 636	610 305	104,8
г. Комсомольск-на-Амуре	280 320	25 7891	241 072	85,9
Амурский район	7 4983	63 425	57 527	76,7
Аяно-Майский район	3 242	2 110	1 877	57,9
Бикинский район	28 210	23 505	22 045	78,1
Ванинский район	42 127	36 115	32 253	76,6
Верхнебуреинский район	33 140	26 404	23 508	70,9
Вяземский район	25 865	22 309	20 657	79,9
Комсомольский район	31 492	29 334	27 408	87,0
Район им. Лазо	52 366	44 325	39 058	74,6
Нанайский район	19 373	17 064	15 652	80,7
Николаевский район	42 108	30 857	25 093	59,6
Район им. П. Осипенко	6 575	4 976	4 207	63,9
Охотский район	11 938	7 435	6 086	50,9
Советско-Гаванский р-н	46 982	42 243	37 459	79,7
Солнечный район	36 048	32 484	29 044	80,6
Тугуро-Чумиканский р-н	2 841	2 078	1 965	69,2
Ульчский район	23 883	17 573	14 626	61,2
Хабаровский район	90 285	88 319	91 285	101,1

Таблица 3

Ожидаемая продолжительность жизни населения ДФО за 2019 год

Субъект	Продолжительность жизни (лет)		
	оба пола	мужчины	женщины
РФ	73,34	68,24	78,17
ДФО	70,22	64,99	75,57
Республика Бурятия	70,77	65,36	76,12
Республика Саха (Якутия)	73,0	68,14	77,87
Забайкальский край	68,88	63,3	74,76
Камчатский край	70,57	65,63	75,89
Приморский край	70,54	65,57	75,62
Хабаровский край	70,05	64,44	75,72
Амурская область	68,66	63,52	73,91
Магаданская область	69,66	64,21	75,33
Сахалинская область	70,28	65,03	75,73
Еврейская АО	68,08	63,23	72,82
Чукотский АО	68,09	64,37	72,77

2. Стремительный отток населения, в котором доминирует миграционная убыль.

3. Высокий уровень естественной убыли населения, нарастающий в последние годы за счет низкой рождаемости и высокой смертности.

4. Сочетание снижения численности женщин фертильного возраста и низкого суммарного коэффициента рождаемости.

5. Формирование регрессивного типа населения в виде уменьшения численности населения в группе моложе трудоспособного возраста и трудоспособного возраста и, наоборот, увеличения лиц старше трудоспособного возраста.

6. Более короткая, чем в целом по России, средняя ожидаемая продолжительность жизни населения.

Следует констатировать, что в настоящее время в Дальневосточном регионе сложилась демографическая ситуация, которая представляет угрозу национальной безопасности России, становится тормозом для его социально-экономического развития. В целях стабилизации численности населения в Дальневосточном регионе и в Хабаровском крае в ближайшей перспективе и его роста в долгосрочном периоде необходимо проведение государством (в первую очередь) и местными органами власти активной демографической политики, особенно в части смягчения негативного влияния социально-экономических и социально-психологических факторов.

В 2013 году развитие Дальнего Востока объявлено национальным приоритетом России на весь XXI век. Цель новой государственной политики – создание на Дальнем Востоке глобально конкурентоспособных условий инвестирования и ведения бизнеса [1].

На IV Восточном экономическом форуме (11–13 сентября 2018 года) Президент Российской Федерации В.В. Путин выступил со стратегической инициативой о необходимости разработки Национальной программы по развитию Дальнего Востока, которая должна определить государственную политику Дальневосточного макрорегиона до 2025 года и на перспективу до 2035 года.

В Указе Президента Российской Федерации от 26 июня 2020 г. № 427 «О мерах по социально-экономическому развитию Дальнего Востока» определены следующие цели социально-экономического развития региона:

- прекращение миграционного оттока населения;
- превышение среднероссийских показателей качества жизни населения;
- превышение среднероссийских показателей экономического развития и др.

Распоряжением Правительства РФ от 24 сентября 2020 г. № 2464-р утверждена «Национальная программа социально-экономического развития Дальнего Востока на период до 2024 г. и на перспективу до 2035 г.» (далее – Национальная программа).

Программа включает в себя как реализацию национальных проектов (в отношении регионов Дальнего Востока), так и амбициозные проекты, способные обеспечить не только опережающее развитие в сравнении с другими регионами России, но и конкурентоспособность Дальнего Востока в сравнении со странами Азиатско-Тихоокеанского региона. В качестве цели в области социального развития в рамках Национальной программы развития Дальнего Востока предлагается следующая формулировка: «Рост численности населения в регионах

Дальнего Востока на основе повышения качества жизни дальневосточников и реализации специальных мер государственной поддержки демографического развития Дальнего Востока».

Таким образом, сегодня, как и ранее, инструментом опережающего развития не только Дальнего Востока в целом, но и здравоохранения, являются государственные инвестиции в виде федеральных целевых программ. Для здравоохранения Дальнего Востока жизненно

важным является наличие общей стратегии и стратегического плана развития региона, определяющего зоны роста или территории опережающего социально-экономического развития, характер медико-демографических и миграционных процессов в регионе, состояние здоровья населения, состояние сети медицинских организаций, их ресурсное и технологическое обеспечение, эффективность менеджмента на всех уровнях управления.

Список литературы

1. *Здравоохранение Дальневосточного федерального округа : информ.-справ. изд. – СПб. : Асклепий-инфо : Первый ИПХ, 2021. – 420 с.*
2. Мотрич, Е. А. *Блеск и нищета Дальнего Востока // Тихоокеан. звезда. – 2012. – 11 окт.*
3. Мотрич, Е. А. *Дальневосточный регион в демографическом пространстве России: пореформенный тренд // Пространственная экономика. – 2017. – № 3. – С. 133–153.*
4. Мотрич, Е. А. *Почему длинный рубль стал коротким // Тихоокеан. звезда. – 2013. – 22 марта.*
5. *Рейтинг социально-экономического положения субъектов РФ. Итоги 2019 года. – URL: <http://www.riarating.ru> (дата обращения: 18.02.2022).*
6. *Управление Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю, Магаданской области, Еврейской автономной области и Чукотскому автономному округу. – URL: <http://www.habstat.gks.ru> (дата обращения: 18.02.2022).*

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-13-17
УДК 616.72-089.844-06:616-002-085.276

Теоретические и практические предпосылки варианта иммунокоррекции при лечении пациентов с перипротезной инфекцией

Т. А. Кильметов, И. Ф. Ахтямов

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; тел.: +7 9991571807; e-mail: t.kilmetov@gmail.com

Theoretical and practical background of the variant of immunocorrection in the treatment of patients with periprosthetic infection

T. A. Kilmetov, I. F. Akhtyamov

Kazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 49 Butlerova Street, City of Kazan, Russia;
zip code: 420012, phone: +79991571807; e-mail: t.kilmetov@gmail.com

В статье представляется результат лечения 76 пациентов с инфекционными осложнениями после эндопротезирования крупных суставов. При лечении использовали двухэтапный вариант ревизионного эндопротезирования, где в качестве промежуточного этапа устанавливался спейсер из костного цемента, изготовленный интраоперационно. Всем пациентам выполнялся анализ иммунологического статуса. Согласно анализу данных, выявлены основные направления иммунокоррекции, благодаря которым удалось улучшить результаты лечения.

Авторы статьи проводят анализ иммунного статуса пациентов с парапротезной инфекцией.

Ключевые слова: эндопротезирование, парапротезная инфекция, иммунный статус, иммуностимулирующая терапия.

The article presents the result of treatment of 76 patients with infectious complications after arthroplasty of large joints. In the treatment, a two-stage version of revision arthroplasty was used, where a bone cement spacer made intraoperatively was installed as an intermediate stage. All patients underwent an analysis of the immunological status. According to the analysis of the data, the main directions of immunocorrection were identified, thanks to which it was possible to improve the results of treatment. The authors of the article analyze the immune status of patients with paraprosthetic infection.

Key words: endoprosthesis replacement, paraprosthetic infection, immune status, immunostimulating therapy.

Глубокая инфекция области имплантата представляет собой опасное осложнение, является значимой проблемой для конкретного пациента и специальности в целом [1]. Этиопатогенез его обусловлен проникновением инфекционного агента непосредственно во время хирургического вмешательства, контаминации раны в раннем послеоперационном периоде, гематогенном заносе из отдаленных очагов хронической инфекции в организме или реактивацией «дремлющей» инфекции в оперированном суставе. Проблемными моментами являются как трудности ранней диагностики, так и отсутствие стандартов лечения подобных осложнений [7, 16]. Установить диагноз возможно лишь при физикальном обследовании с оценкой данных дополнительных методов исследований.

Развитие инфекционного процесса во многом обусловлено иммунологическим

статусом пациента [13]. Установлено, что дефекты иммунной системы тесно связаны с другими патогенетическими звеньями заболевания и методами его лечения, в частности, с эндогенной интоксикацией, операционным стрессом и используемым методом борьбы с инфекцией [8, 15].

При нормально функционирующих механизмах иммунной системы в организме сохраняется функциональное равновесие между про- и противовоспалительными цитокинами [17]. При неблагоприятном развитии заболевания, возникает неконтролируемая продукция провоспалительных цитокинов, которая приводит к избыточной продукции агрессивных радикалов и молекул, развитию массивных повреждений клеток и тканей организма [18]. Бесконтрольное выделение цитокинов способствует тому, что они из факторов иммунной защиты превращаются в фактор агрессии [9].

Известно выраженное супрессивное воздействие на иммунную систему большинства антибиотиков, что связывают с непосредственной диффузией их в иммунокомпетентные клетки или влиянием через центральные, периферические и молекулярные звенья системы иммунологического гомеостаза. Действие антибиотика на иммунную систему зависит от вида и количества препарата. На этом основан метод индивидуального иммунологического подбора антибиотика [11]. Немаловажным фактором является вариант применения препарата в виде системной или локальной терапии. Появление значительного количества возбудителей, резистентных к антибиотикам, вынуждает использовать высокие дозировки, комбинации препаратов, что может усилить негативное их воздействие на иммунную систему [2]. В этой связи поиски оптимума медикаментозного воздействия на патологический очаг инфекции и защитную реакцию организма в целом актуален и крайне востребован.

Цель исследования. Обосновать варианты иммунокоррекции у пациентов с глубокой перипротезной инфекцией.

Материалы и методы. На базе Республиканской клинической больницы МЗ Республики Татарстан в период с 2016 по 2020 год наблюдались 57 пациентов с инфекционными осложнениями после одностороннего первичного эндопротезирования тазобедренного и 19 – коленного суставов. В 37 случаях были оперированы мужчины и в 39 – женщины, а средний возраст составил 60,5 лет.

У наблюдаемых пациентов изучен анамнез и общеклинические показатели. Обследование и все лечебные мероприятия осуществляли с согласия самих пациентов с соблюдением принятых этических норм.

Коморбидный фон отличался разнообразием, причем из сопутствующей патологий необходимо выделить наличие сахарного диабета – 17,9 %, ожирения – 23 % и ревматоидного артрита – 2 %.

Длительность течения инфекционно-воспалительного процесса до проводимого нами лечения составила от 6 до 12 мес. У большинства (43 пациента или 61 %) инфекционный процесс длился более 6 месяцев.

Дополнительные исследования включали лабораторную оценку периферической крови (гематология и биохимия) и мочи, бактериологический посев отделяемого с определением чувствительности к антибиотикам, электрокардиографию, рентгенологические и ультразвуковые исследования, изучались показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Наряду с этим проводилось иммунологическое

исследование, которое включало определение фенотипа лимфоцитов, двухцветное маркирование лимфоцитов проводили в цельной крови в прямой реакции иммунофлуоресценции с моноклональными антителами фирмы «Becton Dickinson» (США). В работе был использован набор моноклональных антител IMK Plus «BD, USA» (CD3, CD4, CD8, CD14, CD16/56, CD19, CD25+, CD HLA-DR). NK-клетки определяли по экспрессии CD16 и CD56 антигенов. Проводилось изучение степени активации Т-лимфоцитов по уровню экспрессии маркера HLA-DR. Учет реакции иммунофлуоресценции проводили на проточном цитофлуориметре «FACSCalibur» (Becton Dickinson, США) в программе SimulSET.

Всем пациентам в качестве тактики лечения был проведен двухэтапный вариант ревизионного эндопротезирования с промежуточной установкой цементного спейсера интраоперационно изготовленного по авторским разработкам. В основе конструкций спейсеров как для тазобедренного и коленного суставов лежит концепция увеличения площади отдачи костным цементом антибиотика для повышения эффективности локального воздействия на патогенную флору. Локальная антибиотикотерапия на послеоперационном этапе сочеталась с системной.

Результаты

Имунокоррекция была приоритетным направлением в исследовании, поскольку шло формирование концепции мультимодального воздействия на организм пациента с перипротезной инфекцией. При анализе структуры популяций и субпопуляций лимфоцитов показатели основных фенотипов были в рамках нормальных количественных значений. Особенностью иммунограмм пациентов с перипротезными осложнениями был комплекс показателей, свидетельствующий о нарушениях противoinфекционной резистентности: сниженное содержание нейтрофилов в периферической крови, недостаточный ответ на активационные сигналы в НСТ- и BURST-тестах, пониженное абсолютное содержание Т-клеток, значительное снижение Т-хелперов, В-лимфоцитов и естественных киллеров; отмечалось повышенное содержание в сыворотке крови IgA и снижение IgM. Уровень IgG имел нормальное значение.

Пациенты имели признаки вторичной индуцированной иммунной недостаточности в предоперационном периоде, которые усилились в течение первой недели после ревизионного эндопротезирования. Иммунограмма указывала на ведущие признаки дефицита: относительную лимфопению, снижение иммунорегуляторного индекса и уровня IgG. В по-

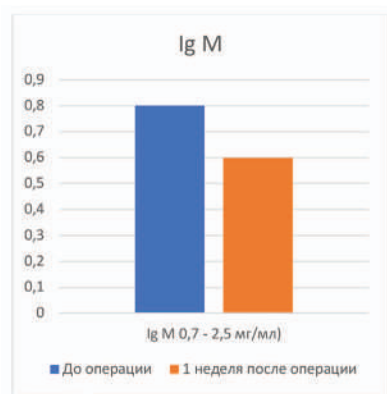


Рис. 1. Динамика изменений показателей IgM

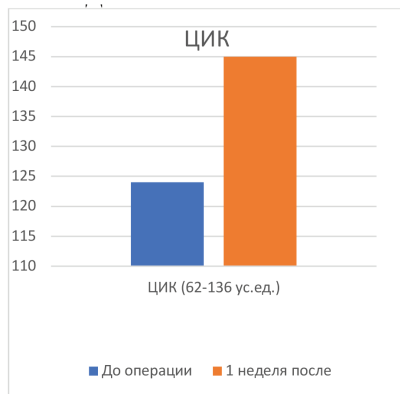


Рис. 2. Динамика изменений уровня ЦИК

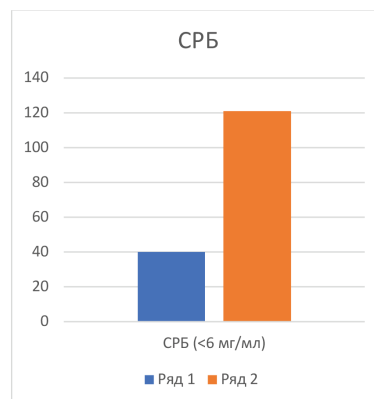


Рис. 3. Динамика изменений уровня СРБ

слеоперационном периоде стабильно низкими остались показатели иммунограммы у пожилых пациентов, имеющих очаги хронической инфекции.

Анализ полученных данных позволил сформулировать следующие варианты иммунокоррекции статуса пациентов при гнойно-воспалительных парапротезных процессах:

1. Сниженное содержание IgM в сыворотке крови в предоперационном периоде является показанием к проведению заместительной терапии внутривенными иммуноглобулинами (ВВИГ), содержащими этот класс белков, в режиме насыщения. Всего 14 пациентов получили заместительную терапию антистафилококковым гаммаглобулином или пентаглобином.

2. Значительные нарушения фагоцитоза при низком уровне В-клеток в сочетании с нейтропенией являются показанием к применению глюкозаминилмурамилдипептида (ГМДП), повышающего функциональную активность клеток. Имеем 26 наблюдений.

3. Тенденция к восстановлению основных иммунологических параметров на любом этапе лечения может быть поддержана азоксимер бромидом, поскольку диапазон его иммуностропного действия чрезвычайно широк: усиление фагоцитоза и активности естественных

киллеров, активация В- и Т-клеток, стимуляция синтеза антител. Вариант использован в системе лечения 38 пациентов.

Развитие перипротезного гнойно-воспалительного процесса сопровождалось динамикой ряда показателей: дальнейшим снижением уровня IgM (рис. 1), повышением уровня циркулирующих иммунных комплексов (рис. 2) и содержания СРБ в сыворотке крови (рис. 3). Также отмечалось падение фагоцитарной активности нейтрофилов, снижение эффективности «кислородного взрыва», низкое значение фагоцитарного числа (рис. 4). Наблюдалось смещение в структуре субпопуляций лимфоцитов со значительным уменьшением содержания в периферической крови Т-хелперов и В-клеток (рис. 5).

Обсуждение результатов

Полученные данные свидетельствуют о том, что обширная оперативная травма, наличие массивного инородного тела, длительная иммобилизация и многокомпонентная лекарственная терапия способны вызвать избыточное напряжение механизмов иммунного ответа, создавая условия для супрессии одних и активации других [14]. Компенсаторные реакции в этот период реализуются ещё не в полной мере, что приводит к развитию

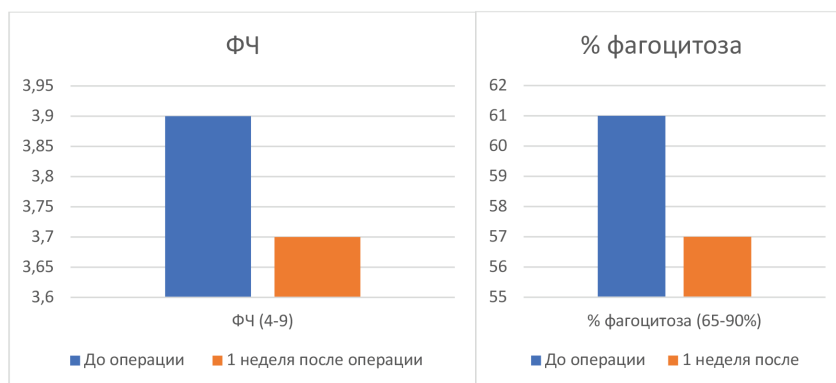


Рис. 4. Динамика изменений фагоцитарной активности нейтрофилов

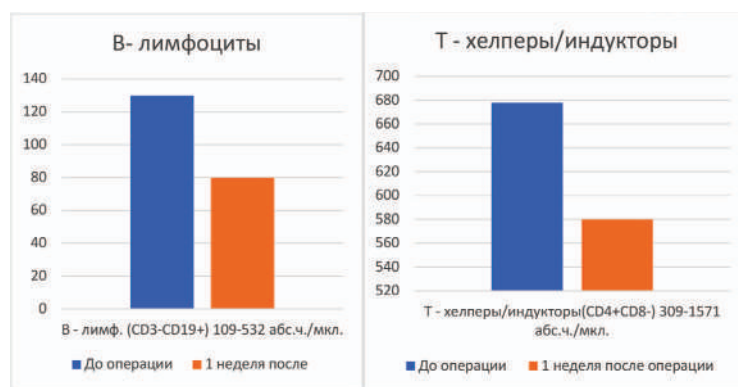


Рис. 5. Динамика изменений в клеточном звене иммунной системы

транзиторной иммунной недостаточности. Гнойно-воспалительный процесс в послеоперационном периоде формировался на фоне значительно выраженной недостаточности гуморального иммунитета, которая в последующем была оценена как транзиторная. В то же время наиболее значимыми в патогенезе инфекционно-воспалительного осложнения были, несомненно, нарушения фагоцитоза.

Особенности прерорбидного состояния пациентов позволили выделить четыре предполагаемых фактора иммуносупрессии и, соответственно, рассмотреть разные варианты возникновения транзиторного иммунодефицита, который по своему характеру был вторичным, индуцированным. Он инициировался определенными функциональными нарушениями в разных звеньях иммунного ответа, что повлияло на тяжесть течения воспалительного процесса. Оперативное вмешательство, стресс, кровопотеря и лекарственная терапия являются важными факторами, усиливающими супрессию антибактериального иммунного ответа.

Рассматриваемое осложнение представляет собой частный случай имплантат-ассоциированной инфекции и вне зависимости от путей проникновения возбудителя, времени развития и выраженности клинических проявлений является специфической для эндопротезирования [10]. У пациентов с первично возникшей парапротезной инфекцией чаще всего мы не наблюдаем остро воспалительного процесса, об этом можно говорить, если инфекция возникает в ранний послеоперационный период. Локальный ответ включает вазодилатацию, агрегацию тромбоцитов, нейтрофильный хемотаксис, высвобождение лизосомальных ферментов. Системный ответ сопровождается температурной реакцией, лейкоцитозом, изменениями в печеночном синтезе и концентрации в плазме отдельных белков.

У значительной части пациентов имеется гуморальное, клеточное или сочетанное им-

мунодефицитное состояние, и в этом случае, как правило, развивается гипергический тип воспалительной реакции. Основные изменения иммунной системы заключаются в снижении клеточного и гуморального иммунного ответа на чужеродные антигены, в увеличении частоты и выраженности аутоиммунных реакций, уменьшении способности к иммунологической толерантности и склонности к развитию лимфопролиферативных заболеваний [3].

Показано, что при данном типе инфекции наблюдается снижение в крови концентрации IgM, т. е. снижен первичный гуморальный ответ. Содержание IgG и IgA имеет тенденцию к увеличению. Дисбаланс иммуноглобулинов приводит к снижению эффективности противомикробной защиты, вследствие чего повышается восприимчивость к инфекциям [12]. Нарушение нормального баланса между Т-хелперами 1 и 2 типа (Тх1/Тх2) с последующим дисбалансом цитокинов, ими продуцируемых, приводит к неадекватному развитию клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

В большинстве случаев число миелоидных клеток (нейтрофилов, моноцитов, макрофагов) не меняется, тогда как их функциональная активность страдает: ослабляются эффективность фагоцитоза (за счёт понижения генерации активных форм кислорода), цитотоксическая и антигенпрезентирующая функции [5]. По данным Т.И. Виткина и О.Ю. Кытикова (2006) фагоцитарная активность нейтрофилов исходно снижена по отношению к норме на 8,6 %, показатель фагоцитарного резерва при поступлении снижен на 16 % ($p < 0,01$), завершённость фагоцитоза исходно снижена на 37 % по отношению к норме. Низкий показатель фагоцитарного числа сочетается со сниженным суммарным процентом завершающих стадий фагоцитоза, что говорит об истощении резервных кислородозависимых механизмов бактерицидности нейтрофильных гранулоцитов вначале гнойно-воспалительного процесса,

недостаточном киллинге и расщеплении антигена [4]. Воспаление приобретает длительное вялотекущее хроническое течение, если не полностью удалён антиген, или иммунная система не распознаёт собственные белки, а также при нарушении секреции противовоспалительных цитокинов. В этом случае воспаление имеет склонность к распространению и массивному повреждению тканей, что усугубляет тяжесть клинических проявлений и способствует развитию более тяжёлых осложнений. Нарушение нормального функционирования иммунной системы определяет более тяжёлое, затяжное течение любых заболеваний, снижает эффективность стандартной и адекватной традиционной терапии [6].

Выводы

Для успешного лечения парапротезной инфекции необходим комплекс мероприятий, а именно:

- оперативное лечение перипротезной инфекции в один или два этапа с полным удалением всех компонентов эндопротеза;
- системная антибиотикотерапия должна сочетаться с локальным воздействием на очаг воспаления;
- необходимая иммунокоррекция обусловлена статусом пациента, что предопределяет выбор варианта в каждом конкретном случае и значительно снижает риски повторного осложнения.

Список литературы

1. Ахтямов, И. Ф. Ошибки и осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава / И. Ф. Ахтямов, И. И. Кузьмин. – Казань : Центр оперативной печати, 2006. – 328 с.
2. Важность выполнения алгоритма диагностики поздней глубокой перипротезной инфекции тазобедренного сустава / Г. А. Куковенко, П. М. Елизаров, С. С. Алексеев и др. // *Травматология и ортопедия России*. – 2019. – Т. 25, № 4. – С. 75–87.
3. Влияние стафилококков на продукцию цитокинов нейтрофилами периферической крови человека / А. В. Зурочка, В. А. Зурочка, Е. Б. Зуева, и др. // *Рос. иммунол. журн.* – 2016. – Т. 10 (19), № 1. – С. 73–80.
4. Зазирный, И. М. Лечение больных с инфекцией эндопротезированных коленных суставов : материалы Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы в травматологии и ортопедии» / И. М. Зазирный // *Травматология и ортопедия*. – 2010. – № 2. – С. 188–189.
5. Карбышева, С. Б. D-лактат – маркер бактериального воспаления нативных и протезированных суставов / С. Б. Карбышева, А. Г. Григоричева, И. В. Жильцов и др. – doi 10.21823/2311-2905-2017-23-2-6-14 // *Травматология и ортопедия России*. – 2017. – № 23 (2). – С. 6–14.
6. Кильметов, Т. А. Инфекционные осложнения после эндопротезирования крупных суставов / Т. А. Кильметов, С. А. Лапина, С. А. Ардашев // *Практ. медицина*. – 2015. – Т. 1 (89), № 1. – С. 76–78.
7. Классификация и алгоритм диагностики перипротезной инфекции тазобедренного сустава / Т. Винклер, А. Трампуз, Н. Ренц и др. // *Травматология и ортопедия России*. – 2016. *Ортопедия России*. – 2016. – № 1. – С. 33–45.
8. Кузьмин, И. И. Патогенетические особенности инфекционного процесса в травматологии и ортопедии / И. И. Кузьмин // *Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова*. – 2000. – № 4. – С. 67–71.
9. Медуницын, Н. В. Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней / Н. В. Медуницын, В. П. Покровский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 525 с.
10. Морозов, С. Ю. Иммунокоррекция и принципы ее применения // *Рус. мед. журн.* – 2008. – Т. 16, № 4. – С. 242–244.
11. Неблагоприятные тенденции в этиологии ортопедической инфекции: результата 6-летнего мониторинга структуры и резистентности ведущих возбудителей / С. А. Божкова, А. Р. Касимова, Р. М. Тихилов и др. – doi 10.21823/2311-2905-2018-24-4-20-31 // *Травматология и ортопедия России*. – 2018. – Т. 24, № 4. – С. 20–31.
12. Оценка иммунного статуса человека. Иммунокоррекция / Е. Г. Кирдей, Т. С. Белохвостикова, Е. Ю. Беломестнова и др. – Иркутск, 1993. – 18 с.
13. Сергеев, А. Ю. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. – М. : Триада-Х, 2001. – 472 с.
14. Щербина, А. Ю. Маски первичных иммунодефицитных состояний: проблемы диагностики и терапии / А. Ю. Щербина. – doi 10.17650/2311-1267-2016-3-1-52-58 // *Рос. журн. дет. онкологии и гематологии*. – 2016. – Т. 3, № 1. – С. 52–58.
15. Evaluation of sonicate fluid cultures in comparison to histological analysis of the periprosthetic membrane for the detection of periprosthetic joint infection / V. Janz, G. I. Wassilew, O. Hasart et al. // *Intern. Orthopaedics*. – 2013. – № 37 (5). – P. 931–936.
16. Tentino, J. R. Prosthetic joint infections: bane of orthopedists, challenge for infectious disease specialists // *Clinical Infectious Diseases*. – 2003. – № 36 (9): May 1. – P. 1157–1161.
17. Trampuz, A. Diagnosis and treatment of implant-associated septic arthritis and osteomyelitis / A. Trampuz, W. Zimmerli. – doi 10.1007/s11908-008-0064-1 // *Current Infectious Disease Reports*. – 2008. – № 10 (5). – 394–403.
18. Validation of synovial aspiration in girdlestone hips for detection of infection persistence in patients undergoing 2-stage revision total hip arthroplasty / V. Janz, B. Bartek, G. I. Wassilew et al. – doi 10.1016/j.arth.2015.09.053 // *The J. of arthroplasty*. – 2016. – № 31 (3). – P. 684–687.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-18-20
УДК 616.316-006.55-089

Хирургическое лечение гигантской плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы

В. Л. Коваленко, А. С. Серебрянская, А. С. Барбашова

ГБУЗ МО «Ступинская областная клиническая больница»,
142800, Московская область, г. Ступино, ул. Чайковского, 7; тел.: + 7 (4966) 42-64-64; e-mail: stupinomed@mail.ru

Surgical treatment of giant pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland

V. L. Kovalenko, A. S. Serebryanskaya, A. S. Barbashova

The Stupino Regional Clinical Hospital, 7 Tchaikovsky Street, Stupino, Moscow Oblast,
zip code: 7142800, Russia; phone +7 (4966) 42-64-64; e-mail: stupinomed@mail.ru

Представлено наблюдение хирургического лечения гигантской плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы. Плеоморфная аденома околоушной слюнной железы является преобладающей формой среди опухолей слюнных желез. Медленный рост, скудная симптоматика приводят к поздней диагностике и значительному поражению околоушной слюнной железы. Сложности хирургического лечения опухоли связаны с прохождением в толще железы магистральных сосудов и нервных стволов.

Ключевые слова: плеоморфная аденома, околоушная слюнная железа, паротидэктомия.

A case of surgical treatment of a giant pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland is presented. Pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland is the predominant form among tumors of the salivary glands. Slow growth, poor symptoms lead to late diagnosis and significant damage to the parotid salivary gland. The complexity of surgical treatment of the tumor is associated with the passage of the main vessels and nerve trunks in the thickness of the gland.

Key words: pleomorphic adenoma, parotid salivary gland, parotidectomy.

Опухоли слюнных желез, по данным исследований отечественных и зарубежных авторов, составляют 1–2 % от всех опухолей. При этом на новообразования околоушных слюнных желез приходится от 1 до 3 % среди опухолей головы и шеи [1].

Среди новообразований околоушных слюнных желез наиболее часто встречаются доброкачественные опухоли (70–80 %). Самым распространенным доброкачественным новообразованием является плеоморфная аденома (ПА), на долю которой приходится от 40 до 80 % всех опухолей слюнных желез. Чаще всего ПА диагностируется у женщин в возрасте 30–60 лет. Этиология ПА околоушной слюнной железы окончательно не выяснена. Воспалительные заболевания, гормональные нарушения, генетическая предрасположенность являются факторами риска, повышающими вероятность ее образования [2, 4]. Пациенты с ПА длительное время не предъявляют жалоб, и опухоль, как правило, диагностируется случайно. Новообразование плотной консистенции распола-

гается в задне-нижнечелюстной ямке, имеет округлую форму с ровной поверхностью [3]. На компьютерной томограмме ПА имеет вид одиночного образования округлой формы, в большинстве случаев с четкими границами и ровными контурами.

Лечение ПА околоушной слюнной железы хирургическое. При расположении опухоли вблизи основного ствола лицевого нерва проводят субтотальную резекцию околоушной слюнной железы либо полное ее удаление (паротидэктомия). Самым распространенным осложнением хирургического лечения ПА околоушной слюнной железы является неврит лицевого нерва вследствие его прохождения через железу. После проведения хирургического лечения прогноз в большинстве случаев благоприятный. Рецидивы встречаются у 5–10 % больных, чаще всего при недостаточном объеме резецируемых тканей; малигнизация наблюдается в 3,6–30 % случаев [1, 2].

Представляем собственное наблюдение хирургического лечения гигантской ПА околоушной слюнной железы.

Больной М., 69 лет, проживает в психоневрологическом интернате г. Ступино Московской области. Госпитализирован 11.11.2021 г. в плановом порядке в Ступинскую областную клиническую больницу с жалобами на наличие опухоли в правой околоушной области, переходящей на боковую часть шеи, затруднение при повороте и поднятии головы, образование кровоточащей язвы в области задней поверхности опухоли.

Из анамнеза установлено, что пациент более 20 лет страдает параноидной шизофренией и дисциркуляторной энцефалопатией 2–3 степени с когнитивными нарушениями. Время появления новообразования пациент точно указать не смог в связи с психическим заболеванием, однако на фотографии паспорта за 2003 г. видна опухоль правой околоушной области больших размеров. Впервые за медицинской помощью с вышеуказанными жалобами обратился в сентябре 2021 г. Консультирован в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, где было рекомендовано выполнить по месту жительства оперативное лечение распадающейся опухоли.

При поступлении состояние пациента относительно удовлетворительное. Не встает с постели из-за ранее перенесенного перелома шейки правого бедра и больших размеров опухоли правой околоушной области. Психоневрологический статус: дезориентирован в месте и времени. Контакт по вопросам формальный. Мышление паралогичное. Беспомощен. Полностью обслуживается медперсоналом. Питания пониженного. Телосложения астенического. Кожные покровы бледноватые. Тургор тканей понижен. Дыхание в легких везикулярное. Пульс 76, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Локально: конфигурация лица изменена за счет наличия больших размеров опухоли в правой околоушной области, переходящей на правую боковую поверхность шеи (рис. 1). Вверху опухоль начинается от козелка правого уха и распространяется вниз до правой ключицы. При пальпации новообразование плотное, бугристое, относительно подвижное, размерами 22×11 см. На задне-нижней поверхности опухоли располагается трофическая язва размером 4×5 см с серозно-геморрагическим отделяемым (рис. 2). Задне-нижняя поверхность опухоли прилежит к передней поверхности правого плечевого сустава, где имеются трофические нарушения кожи по типу пролежня из-за давления опухоли. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта в полном объеме.



Рис. 1. Внешний вид опухоли спереди



Рис. 2. Внешний вид опухоли сзади



Рис. 3. СКТ головы и шеи больного М., фронтальный срез

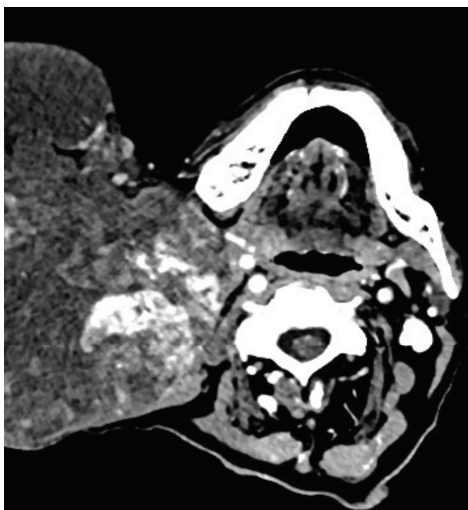


Рис. 4. СКТ шеи больного М., поперечный срез

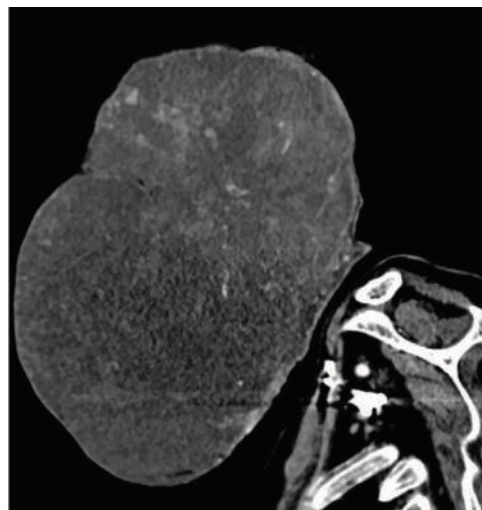


Рис. 5. СКТ шеи больного М., сагиттальный срез

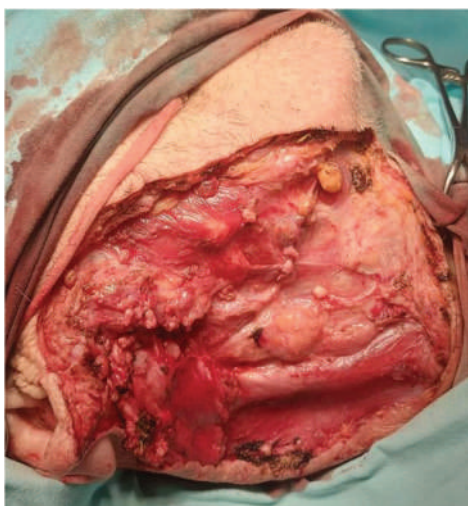


Рис. 6. Операционное поле после удаления опухоли



Рис. 7. Пластическое закрытие раневого дефекта

Компьютерная томография головы с контрастом (рис. 3, 4, 5): в области правой околоушной слюнной железы определяется гигантское объемное образование размером 21,5×10,3 см, неоднородно накапливающее контрастное вещество, распространяющееся на мягкие ткани шеи до надключичной области. При цитологическом исследовании пунктата опухоли – картина плеоморфной аденомы.

18.11.2021 г. – паротидэктомия с удалением гигантской опухоли правой околоушной

слюнной железы, сохранением основной ветви лицевого нерва, пластическим закрытием раневого дефекта (хирург Коваленко В.А.; рис. 6, 7). Течение после операции без осложнений. На 5-е сутки после операции начал вставать и передвигаться с помощью костылей и медперсонала. Гистологическое исследование № 8347 – плеоморфная аденома с трофическими нарушениями; вес опухоли 2 428 гр. Выписан в удовлетворительном состоянии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьев, В. В. Слюнные железы. Болезни и травмы: рук. для врачей / В. В. Афанасьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 296 с.
2. Лебедев, М. В. Плеоморфная аденома околоушной слюнной железы / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова, К. И. Керимова // Вестн. Пенз. гос. ун-та. – 2019. – № 1 (25). – С. 77–79.
3. Результаты диагностики и хирургического ле-

4. Хасанов, А. И. Паротидэктомия с одномоментной реконструкцией послеоперационного дефекта / А. И. Хасанов, Ф. Ш. Камалова, А. Ч. Полвонов // Опухоли головы и шеи. – 2017. – Т. 7, № 7. – С. 42–45

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-21-24
УДК 616.346.2-006.325.03

Миксома аппендикса в послеродовом периоде в практике гинеколога

Ю. Н. Колесников¹, А. А. Колесникова³, А. Э. Павлов², М. В. Ступак¹, Е. А. Ольферук¹,
О. А. Муравьева¹, Г. В. Чижова⁴

¹КГБУЗ «Перинатальный центр» имени проф. Г.С. Постола МЗ ХК,
680028, г. Хабаровск, ул. Истомина, 85; тел.: +7 (4212) 45-40-03; e-mail: perinatalcenter@rambler.ru

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева МЗ ХК,
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³ООО «Иммунореабилитационный центр»,
680000, г. Хабаровск, ул. Гоголя, 39; тел.: +7 (4212) 46-69-32; e-mail: irts10@mail.ru

⁴КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, тел.: +7 (4212) 27-25-10, e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

Myxoma of the appendix in the postpartum period in the practice of a gynecologist

Yu.N. Kolesnikov¹, A. A. Kolesnikova³, A. E. Pavlov², M. V. Stupak¹, E. A. Olferuk¹,
O. A. Muravieva¹, G. V. Chizhova⁴

¹The Perinatal Center named after prof. G.S. Postol under Health Ministry of the Khabarovsk Krai, 85 Istomin Street, Khabarovsk, Russia;
zip code: 680028, phone: +7 (4212) 45-40-03; e-mail: perinatalcenter@rambler.ru

²Khabarovsk Krai Clinical Hospital No.1 named after professor S.I. Sergeev under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street,
680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³Immunorehabilitation Center, LLC, 39 Gogol Street, Khabarovsk, Russia;
zip code: 680000; phone +7 (4212) 46-69-32; e-mail: irts10@mail.ru

⁴Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia;
zip code: 680009; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

Миксома (мукоцеле) аппендикса – это киста червеобразного отростка, содержащая слизь различной консистенции (от водянистой до желеподобной) с хроническим воспалением отростка с рубцовым сужением основания аппендикса, сдавлением и облитерацией его просвета. Является редким своеобразным новообразованием аппендикса, и встречается в 0,02–0,5 % от всех аппендэктомий, распространено у женщин репродуктивного возраста. Миксому часто обнаруживают как случайную, бессимптомную находку в 25 % случаев. Диагноз миксомы аппендикса устанавливается только интраоперационно. В настоящее время наиболее объективным методом диагностики, а также лечения доброкачественной миксомы является лапароскопия. В данной статье представлен клинический случай миксомы аппендикса, диагностированный у пациентки в послеродовом периоде, у которой с целью верификации диагноза и лечения была применена методика лапароскопической сальпингэктомии и аппендэктомии. Данный клинический случай ещё раз доказывает, что не существует определенных патогномичных признаков, характерных для миксомы аппендикса, в том числе в послеродовом периоде, поэтому необходим тщательный сбор анамнеза, проведение углубленных диагностических методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ) и своевременное применение в диагностике лапароскопических методов у пациенток с миксомой аппендикса. Это позволит грамотно провести дифференциальную диагностику, избежать ошибок как в диагностике, так и в лечении данных больных, сократить пребывание в стационаре и тем самым повысить качество жизни женщины.

Ключевые слова: миксома аппендикса, лапароскопия, киста.

Myxoma (mucoccele) of the appendix is a cyst of the appendix containing mucus of various consistency (from watery to jelly-like) with chronic inflammation of the appendix with cicatricial narrowing of the base of the appendix, compression and obliteration of its lumen. It is a rare peculiar neoplasm of the appendix, and occurs in 0.02–0.5 % of all appendectomy, common in women of reproductive age. Myxoma is often found as an incidental, asymptomatic finding in 25 % of cases. The diagnosis of myxoma of the appendix is established only intraoperatively. Currently, the most precise method for the diagnosis and treatment of benign myxoma is laparoscopy. This article presents a clinical case of appendix myxoma diagnosed in a patient in the postpartum period, in which the method of laparoscopic salpingectomy and appendectomy was applied to verify the diagnosis and treatment. This clinical case once again proves that there are no certain pathognomonic signs characteristic of appendix myxoma, including in the postpartum period, therefore, careful history taking, in-depth diagnostic examination methods (ultrasound, CT, MRI) and timely use in the diagnosis of laparoscopic methods in patients with appendix myxoma. This will make it possible to competently conduct differential diagnostics, avoid errors, both in diagnosis and in the treatment of these patients, reduce the stay in a hospital bed, and thereby, most importantly, improve the quality of life of a woman.

Key words: appendix myxoma, laparoscopy, cyst.

Актуальность проблемы

Миксома (мукоцеле) аппендикса – это киста червеобразного отростка, содержащая слизь различной консистенции (от водянистой до желеподобной) с хроническим воспалением отростка с рубцовым сужением основания аппендикса, сдавлением и облитерацией его просвета. Является редким своеобразным новообразованием аппендикса, и встречается в 0,02–0,5 % от всех аппендэктомий [5]. Данное заболевание наиболее распространено у женщин репродуктивного возраста. Впервые миксому описал Рокитанский в 1842 году, дополнил в 1863 году Вирхов, а термин «мукоцеле» был предложен Фэр в 1877 году [12]. Согласно классификации ВОЗ, гистологически мукоцеле аппендикса подразделяется на 4 типа:

– простая ретенционная киста – вследствие обструкции естественного отверстия основания аппендикса и скопления слизи в его просвете (полость выстлана плоским эпителием с фиброзом в стенке);

– муцинозная гиперплазия – при очаговом или диффузном разрастании и утолщении слизистой оболочки аппендикса;

– муцинозная цистаденома – доброкачественная кистозная опухоль аппендикса со слизистым содержимым (с клеточной атипией, сосочковой пролиферацией);

– муцинозная цистаденокарцинома – злокачественная опухоль червеобразного отростка (с распространением или прорастанием брюшины) [3].

Миксому часто обнаруживают как случайную, бессимптомную находку в 25 % случаев. Клинически мукоцеле может протекать под маской хронического аппендицита, хронического сальпингоофорита (сакто- и гидросальпингосов), опухолей яичников и опухолей органов брюшной полости [5]. Трудность диагностики мукоцеле связана с различными клиническими проявлениями, обусловленными анатомическими особенностями локализации слепой кишки [1]). В настоящее время выполнение высокоспецифичных методов диагностики, таких как УЗИ, КТ, МРТ с контрастированием органов малого таза и брюшной полости, к сожалению, не всегда является объективно достоверным и поэтому не позволяет с высокой вероятностью определить характер заболевания червеобразного отростка и полностью верифицировать диагноз.

Диагноз миксомы аппендикса устанавливается только интраоперационно [12]. В настоящее время наиболее объективным методом диагностики, а также лечения доброкачественной миксомы является лапароскопия [3]. Простое мукоцеле, вызванное обструкцией и воспале-

нием аппендикса, может проявиться в виде клиники «острого живота»: острым аппендицитом, острым или обострением хронического сальпингоофорита, перекрутом ножки опухоли яичника. Ошибки диагностики и осложнения мукоцеле приводят к перекрутам и эмпиеме аппендикса и, как следствие, – острой кишечной непроходимости, перитонитам, в дальнейшем могут приводить к озлокачанию с имплантацией и массивным обсеменением брюшной полости из слизееобразующих клеток по брюшине с образованием псевдомиксоматоза, который крайне ухудшает прогноз и имеет высокий риск молниеносного течения злокачественного заболевания [5]. Даже интраоперационно дифференциальная диагностика доброкачественного и злокачественного мукоцеле – затруднена. Неравномерная толщина стенки и наличие в просвете кисты мягкотканых узелков могут указывать на злокачественный процесс мукоцеле. Если размеры мукоцеле аппендикса и его расположение позволяют, то операция может быть выполнена лапароскопически. Как правило, этот метод оперативного вмешательства выполняется при простых мукоцеле в объеме лапароскопической аппендэктомии, при доброкачественном мукоцеле – тифлэктомия, а при муцинозной цистаденоме – правосторонняя гемиколэктомия. Дальнейшая тактика лечения пациентки должна быть основана только на гистологическом исследовании аппендикса замороженных препаратов.

В данной статье представлен клинический случай миксомы аппендикса, диагностированный у пациентки в послеродовом периоде, у которой с целью верификации диагноза и лечения была применена методика лапароскопической сальпингэктомии и аппендэктомии.

Клинический случай

Пациентка Ш., 30 лет, 16.06.2020 г. с жалобами на резкие боли внизу живота справа госпитализирована экстренно в гинекологическое отделение КГБУЗ «Перинатальный центр» им. проф. Г. С. Постола (г. Хабаровск) с подозрением на перекрут правых придатков матки в позднем послеродовом и послеоперационном периоде.

Из гинекологического анамнеза известно: mensis с 14 лет, установились по 5–6 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные, coitus с 18 лет, в браке, родов – 2, аборт – 0, выкидыш – 1 в сроке 12 недель. Из гинекологических заболеваний отмечает: апоплексию правого яичника; получала консервативное лечение. С 15.05.2020 г. по 25.05.2020 г. находилась на стационарном лечении в городском родильном доме в отделении беременных и рожениц г. Хабаровска, где 19.05.2020 г. при

выявлении клинического узкого таза была выполнена операция срочного кесарева сечения. Родился живой доношенный мальчик массой 3 720 граммов, длиной 56 см, с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов, состояния в послеоперационном периоде родильницы и ребенка удовлетворительные, выписаны с рекомендациями на 6-е сутки.

Из анамнеза заболевания известно: заболела остро 13.06.2020 г., когда впервые появились боли внизу живота справа; 15.06.2020 г. боли внизу живота справа усилились; обратилась к гинекологу амбулаторно, где была осмотрена; выполнено УЗИ органов малого таза и выставлен диагноз: гематома органов малого таза после ОКС.

В стационаре 16.06.2020 г. выполнено повторно УЗИ органов малого таза, при котором выявлено: тело матки 76×52 мм, полость до 4 мм, область рубца на матке без особенностей, справа в малом тазу определяется образование смешанной экоструктуры, без кровотока 52×46 мм, свободной жидкости в брюшной полости нет. Выставлен диагноз: перекрут правой маточной трубы? При вагинальном осмотре тело матки соответствует инволютивным послеродовым размерам, матка увеличена до 6–7 недель, плотная, безболезненная, придатки слева не увеличены, безболезненные, а справа определяется резко болезненное образование до 6 см в диаметре, свод справа укорочен. 16.06.2020 г. выполнена экстренная лапароскопия, при которой выявлено: матка до 6–7 недель, розового цвета, не изменена, левый и правый яичники не увеличены, не изменены, левая маточная труба без патологии, розового цвета, длиной до 8 см, фимбрии выражены, правая маточная труба в виде гидросальпинкса, ретортообразно расширена, цианотично-багрового цвета, с перекрутом на 360°, фимбрии не выражены, интимно спаяна со слепой кишкой и аппендиксом. Лапароскопически правая маточная труба отсечена, удалена в эндобаге на гистологическое исследование.

При осмотре аппендикса хирургом заподозрена миксома аппендикса, при осмотре которого найдено: аппендикс резко утолщён, до 5 см длиной, бугристый, деформирован, с участками кистозных изменений (миксома?)

При инструментально-пальпаторном осмотре во время лапароскопии инфильтрации на всем протяжении слепой кишки и увеличенных лимфоузлов брыжейки не выявлено. Учитывая репродуктивный возраст пациентки, послеродовой период и отсутствие инфильтрации слепой кишки операция продолжена эндоскопическим путём. Проведена аппендэктомия с наложением двухрядных узловых швов (PDS4/0) на стенку слепой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Лечение в стационаре составило 5 койко-дней.

Макроскопические препараты: удаленная правая маточная труба в виде конгломерата, хрящевой плотности 6,5×2,0×0,6 см, в просвете маточной трубы слизистое содержимое желтовато-розового цвета, серозная оболочка синюшная, полнокровная, отёчная; резецированный инфильтрированный участок слепой кишки с аппендиксом размерами 3,0×1,0 см серо-красного цвета, хрящевой плотности.

Гистологическое заключение: 1. Хронический сальпингит, гидросальпинкс, обострение. 2. Аргентафинный карциноид червеобразного отростка, очаги миксоматоза. Гистологические препараты и парафиновые блоки пересмотрены в ККЦО г. Хабаровска, диагноз миксоматоза аппендикса подтвержден, но злокачественный характер миксомы в данном случае исключён, прогноз для пациентки благоприятный, но все же она остается под диспансерным наблюдением у онколога.

Заключение

Данный клинический случай ещё раз доказывает, что не существует определенных патогномичных признаков, характерных для миксомы аппендикса, в том числе в послеродовом периоде, поэтому необходим тщательный сбор анамнеза, проведение углубленных диагностических методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ) и своевременное применение в диагностике лапароскопических методов у пациенток с миксомой аппендикса. Это позволит грамотно провести дифференциальную диагностику, избежать ошибок как в диагностике, так и в лечении данных больных, сократить пребывание на койке в стационаре и, главное, повысить качество жизни женщины.

Список литературы

1. Адамян, А. В. Эндоскопия в гинекологии / А. В. Адамян, В. И. Кулаков. – М. : Медицина, 2000. – 383 с.
2. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации (протоколы лечения) / сост. А. В. Адамян [и др.] ; под ред. А. В. Адамяна [и др.]. – М. : Медиа Сфера, 2016. – 472 с.
3. Владимирцева, А. Л. Псевдомиксома ретроцекально расположенного червеобразного отростка с прорастанием

- в забрюшинное пространство и наружными свищами / А. Л. Владимирцева, М. Г. Чатталос, В. А. Полетаев // *Архив патологии*. – 1989. – Т. 51, № 9. – С. 74–76.
4. Гинекология : нац. рук. : крат. изд. / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с. – (Национальные руководства).
5. Дергачев, А. И. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка / А. И. Дергачев, А. Н. Юшков, С. Д. Фомин //

SonoAce International. – 1999. – № 4. – URL: <https://www.medison.ru/si/art36.htm> (дата обращения: 02.02.2022). – Текст: электронный.

6. Дмитриевский, В.Н. Киста червеобразного отростка, имитировавшая забрюшинную опухоль // *Вестник хирургии*. – 1981. – № 2. – С. 83–84.

7. Имнашвили, Б. Е. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка / Б. Е. Имнашвили, А. А. Коркелія, А. Г. Джвбенава // *Хирургия*. – 1973. – № 1. – С. 133–138.

8. Корнев, Н. Н. Миксома червеобразного отростка / Н. Н. Корнев, В. Ф. Кашеренков // *Хирургия*. – 1975. – № 7. – С. 105–106.

9. Кохнюк, В. Т. Мукоцеле червеобразного отростка // *Вопросы онкологии*. – 1988. – № 1. – С. 87–88.

10. Кузьмин, В. И. Миксома ретроцекально расположенного червеобразного отростка / В. И. Кузьмин, Н. П. Яшин, Т. М. Егорова // *Хирургия*. – 1985. – № 3. – С. 117–118.

11. Лопухов, Е. С. Трудности диагностики некоторых форм воспаления червеобразного отростка / Е. С. Лопухов, И. В. Макаров, Н. Н. Навасардян // *Вестн. мед. института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье*. – 2019. – № 4 (40). – С. 107–110.

12. Марков, С. Н. Мукоцеле червеобразного отростка в связи с его перекрутом // *Хирургия*. – 1980. – № 7. – С. 92.

13. Миксома аппендикса в практике гинеколога (клинический случай) / В. Ф. Беженарь, И. В. Жестков, А. А. Цыпурдеева и др. // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2012. – Т. 61, № 2. – С. 101–105.

14. *Оперативная гинекология* / В. И. Краснополяский, С. Н. Буянова, Н. А. Шукина, А. А. Попов. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 319, [1] с.

15. Савельева, Г. М. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов. – 3-е изд., // испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 880 с.

16. Стрижаков, А. Н. Малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, А. Д. Белоцерковцева // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 4. – С. 68–71.

17. Тажимаметов, Б. Т. Ущемление миксома червеобразного отростка в пупочной грыже / Б. Т. Тажимаметов, Р. И. Ибрагимов, Б. А. Утаев // *Хирургия*. – 1989. – № 2. – С. 124–125.

18. Фёдоров, И. В. Оперативная лапароскопия в хирургии, гинекологии и урологии / И. В. Фёдоров, Е. И. Сигал, А. И. Курбангалеев. – М.: Профиль, 2007. – 288 с.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-25-26

УДК 616.311-001.43-009

Лейкедема (клинический случай)

А. В. Литвинов^{1,2}, Л. Ф. Лучшева¹, А.В. Насатюк², К. Ю. Сливко^{1,2}, А. В. Федоров¹, О. Г. Рыбак¹

¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

²КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» МЗ ХК, 680038, г. Хабаровск, ул. Серышева, 33; тел.: +7 (4212) 56-04-41; e-mail: hkpb@rambler.ru

Leukedema: a clinical case

A. V. Litvinov^{1,2}, L. F. Luchsheva¹, A. V. Nasatyuk², K. Yu. Slivko^{1,2}, A. V. Fedorov¹, O. G. Rybak¹

¹Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia; zip code: 680009; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

²Khabarovsk Krai Clinical Psychiatric Hospital under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 33 Seryshev Street, Khabarovsk, Russia; zip code: 680038, phone +7 (4212) 56-04-41; e-mail: hkpb@rambler.ru

Помощь пациентам с лейкедемой требует междисциплинарного подхода. Несмотря на то, что в клинических рекомендациях предлагается назначать пациентам консультацию невролога, приведенный пример показывает, что консультация невролога может быть недостаточно и потребуются консультация психиатра и/или психотерапевта.

Ключевые слова: лейкедема, белые поражения слизистой оболочки рта.

The care of patients with leukedema requires an interdisciplinary approach. Although clinical practice guidelines recommend that patients need to be consulted by a neurologist, this example shows that a neurological consultation may not be sufficient and a psychiatrist and/or psychotherapist consultation will be required.

Key words: leukedema, white lesions of the oral mucosa.

Лейкедема – заболевание слизистой оболочки рта (СОР), проявляющееся в виде опалесцирующего участка молочно-белого или серого цвета, слегка возвышающегося над уровнем слизистой оболочки, без признаков воспаления окружающей ткани. Термин происходит от греческих слов *λευκός* (*лейкос*) – белый и *οίδημα* (*эдема*) – опухоль.

Причина развития лейкедемы окончательно не установлена. Основными предрасполагающими и отягчающими течение данного заболевания факторами служат эмоциональные перегрузки, нервно-психические травмы, длительное переутомление, невротическая депрессия и др. У некоторых пациентов выявлены вредные привычки в виде длительного курения крепких сортов табака, привычного кусывания зубами слизистой оболочки, употребления горячего чая и кофе вместе с алкогольными напитками. Часто у этой категории больных выявлялась плохая гигиена рта с наличием большого количества кариозных зубов, зубных отложений, болезней тканей пародонта, что поддерживало патологическое состояние слизистой оболочки рта.

Признаки заболевания характеризуются очагами ороговения слизистой оболочки.

Кератоз бывает ограниченным (чаще всего на слизистой оболочке щек и по линии смыкания зубов) или диффузным на слизистой оболочке щек, губ. Участок ороговения обычно белого цвета, слегка возвышающийся над уровнем слизистой оболочки, самые поверхностные участки удаётся снять шпателем. Подлежащая и окружающая слизистая оболочка обычно без признаков воспаления. Заболевание стабильно по своему течению и может быть представлено двумя клиническими формами: типичной (очаговой, диффузной) и атипичной. Клинические наблюдения установили возможность перехода одной формы лейкедемы в другую. Типичная (а именно, очаговая) форма наиболее распространена.

Приводим клинический случай лейкедемы из нашей практики.

Женщина, 27 лет, обратилась с целью профилактического стоматологического осмотра. Жалоб не предъявляет. Не курит. Считает себя соматически здоровой. Лимфатические узлы не увеличены. При осмотре выявлено на слизистой оболочке нижней губы, щек, углов рта множественные обширные белые непрозрачные шероховатые элементы десквамации эпителия, при поскабливании элементы не удаляются. Слизистая напоминает вид «бархатной» поверхности.



Фото 1. Первичный осмотр



Фото 2. После лечения

При растягивании слизистой оболочки элементы не исчезают. Пальпация безболезненная. На внутренней поверхности нижней губы имеется одиночная эрозия размером 1,0–0,8 см (фото 1).

При дальнейшем опросе и наблюдении за пациенткой установлено, что имеется постоянная привычка покусывать губу и щеки, производить парафункциональные движения нижней челюсти по типу бруксического стискивания, в анамнезе выраженный самоконтроль, эмоциональные перегрузки. Установлен диагноз: K13.23 Лейкедема.

Пациентке выполнена профессиональная гигиена рта, рекомендованы индивидуальные средства гигиены рта и комплекс лечебных мероприятий.

Рекомендовано:

1. Консультация невролога с последующим посещением психиатра.
2. Ношение капы «Миобрейс» А1 размер М не менее 2 часов днем и на ночь.
3. Соблюдение физиологического покоя нижней челюсти.
4. Миогимнастика для расслабления жевательные мышцы и нормализации мышц глотания.

5. Инъекции ботулотоксина в мышцы, участвующие в жевании.

6. Местное применение геля «Фагодент» каждый час для увлажнения слизистой оболочки в течение месяца.

Из общения с пациенткой установлено, что была проведена психотерапия, отмечается положительный самонастрой, капу применяет не системно, фагодент наносит на слизистую 5–6 раз в день. Для снятия эмоционального напряжения заменяет прикусывание щек и губ применением перебирания четок пальцами. После лечения (фото 2) у пациентки отсутствовали элементы десквамации, слизистая оболочка рта бледно-розовая, без патологических элементов, влажная.

Выводы. Приведенный пример показывает, что помощь пациентам с лейкедемой требует междисциплинарного подхода. Несмотря на то, что в клинических рекомендациях рекомендуется назначать консультацию невролога, приведенный пример показывает, что консультации невролога может быть недостаточно и потребуется консультация психиатра и/или психотерапевта.

Список литературы

1. Визуализация лейкедемы путём аутофлуоресцентной стоматоскопии / Л. Ф. Лучишева, О. Г. Рыбак, В. А. Кравченко, С. В. Тармаева // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии : сб. науч. ст. IX Регион. науч.-практ. конф. с междунар. участием по дет. стоматологии, [г. Хабаровск, 8 нояб. 2019 г.] – Хабаровск, 2019. – С. 119–120.
2. Клинические рекомендации (протокол лечения). Лейкедема / В. Д. Вагнер, О. Ф. Рабинович, И. М. Рабинович [и др.] ; ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Моск. гос. медико-стоматол. ин-т им. А. И. Евдокимова. – М., 2013. – 44 с. : табл. – Библиогр.: с. 42–44 (25 назв.).
3. Лейкедема // Белые поражения слизистой оболочки полости рта : метод. пособие / Л. Н. Полянская, И. А. Захарова. – Минск, 2019. – С. 7–8.
4. Developmental defects of the oral and maxillofacial region and dermatologic diseases // Oral and maxillofacial pathology / ed. by B. W. Neville, D. D. Damm, C. M. Allen, A. C. Chi. – 4th ed. – St. Louis, 2016. – Vol. 7–8. – Pp. 691–692.
5. Martin, J. L. Leukoedema: a review of the literature / J. L. Martin // J. of the Nat. Med. Assoc. – 1992. – Vol. 84, № 11. – Pp. 938–940.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-27-29
 УДК 616.98:578.834.1Coronavirus-053.2

Особенности течения коронавирусной инфекции у детей

А. М. Николаев¹, Т. Е. Макарова², Е. А. Ульянова¹, А. К. Косолапова¹, Е. Н. Борин¹

¹КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» им. А.К. Пиотровича МЗ ХК, 680003, ул. Прогрессивная, 6, тел.: +7(4212) 91-04-13; e-mail: dkkb@dkkb.medkhv.ru

²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7(4212)27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru,

Features of the course of coronavirus infection in children

A. M. Nikolaev¹, T. E. Makarova², E. A. Ulyanova¹, A. K. Kosolapova¹, E. N. Borin¹

¹The Khabarovsk Krai Children's Clinical Hospital named after A.K. Piotrovich under Health Ministry of the Khabarovsk Krai, 6 Progressivnaya Street, Khabarovsk, zip code: 680003; Russia, phone +7 (4212) 91-04-13, e-mail: dkkb@dkkb.medkhv.ru

²Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; zip code: 680009; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье проанализированы клинико-эпидемиологические особенности течения коронавирусной инфекции у детей, находившихся на лечении в КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» им. А.К. Пиотровича в 2019–2020 гг. Выявлены эпидемиологические особенности коронавирусной инфекции. Чаще всего дети поступали в стационар из семейных очагов заболевания. Наиболее частыми проявлениями ковида у детей являлись умеренный общетоксический синдром, катаральный и диарейный синдромы. Сделан вывод о том, что у детей заболевание чаще всего протекало в легкой и среднетяжелой форме.

Ключевые слова: дети, новая коронавирусная инфекция (НКИ), пневмония, синдром Кавасаки, катаральный синдром, общетоксический синдром.

The article analyzes the clinical and epidemiological features of the course of coronavirus infection in children who were treated at the Children's Regional Clinical Hospital named after A. A.K. Piotrovich in 2019–2020. The epidemiological features of coronavirus infection have been identified. Most often, children were admitted to the hospital from family foci of the disease. The most common manifestations of covid in children were mild general toxic syndrome, catarrhal and diarrheal syndromes. It was concluded that in children the disease most often proceeded in a mild and moderate form.

Keywords: children, new coronavirus infection, pneumonia, Kawasaki syndrome, catarrhal syndrome, general toxic syndrome.

Эпидемическая ситуация, которая сложилась на сегодняшний день в мире, является серьезным испытанием для каждого региона земного шара, а коронавирусная инфекция ежедневно продолжает забирать жизни тысяч людей независимо от пола, возраста и этнической принадлежности.

Коронавирусы относятся к группе зоонозных одноцепочечных РНК-содержащих вирусов, принадлежащих к царству Riboviria, семейству Coronaviridae, которые встречаются преимущественно в популяции некоторых птиц, крупных млекопитающих (летучие мыши, свиньи, крупный рогатый скот), а также человека.

В феврале 2020 года пневмония нового типа, вызванная коронавирусом, получила название Novelcoronaviruspneumonia (NCP, COVID-19). Всемирная организация здравоохранения присвоила инфекции, вызванной новым коронавирусом, официальное на-

звание COVID-19. Международный комитет по токсонимии вирусов присвоил официальное название возбудителю SARSCoV-2.

По данным многочисленных исследований, общие циркулирующие коронавирусы могут быть выделены у 4–6 % детей, госпитализированных при острых инфекциях дыхательных путей, и от 8 % детей, получающих лечение в амбулаторных условиях.

Наиболее частыми симптомами у детей являются лихорадка, непродуктивный кашель, возможно появление признаков интоксикации (миалгии, тошнота, слабость). У некоторых отмечаются ринорея, заложенность носа, редко – симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (боли в животе, диарея, рвота). Диарея у детей на фоне инфекции COVID-19 отмечается чаще, чем у взрослых. Выздоровление обычно наступает в течение 1–2 недель. Не менее 1/4 детей переносят инфекцию бессимптомно.

Госпитализации в стационар требуют до 10 % детей. Тяжелое течение отмечается в среднем в 1 % случаев. Чаще всего осложненные формы болезни развиваются на фоне тяжелых сопутствующих болезней.

Клинически выраженная инфекция COVID-19 у детей проявляется следующими формами:

- острая респираторная вирусная инфекция легкого течения;
- пневмония без дыхательной недостаточности;
- пневмония с острой дыхательной недостаточностью (ОДН);
- острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС);
- мультисистемный воспалительный синдром (MBC) у детей, связанный с SARS-CoV-2, протекающий с симптоматикой неполного синдрома Кавасаки, а также гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом (синдромом активации макрофагов) гемофагоцитарным синдромом (ГФС).

Цель исследования. Проанализировать особенности течения новой коронавирусной инфекции (НКИ) у детей по материалам детской краевой клинической больницы им. А. К. Пиотровича.

Материалы и методы. Особенности течения коронавирусной инфекции были проанализированы у 168 детей, госпитализированных в инфекционное отделение детской краевой клинической больницы им. А.К. Пиотровича.

По результатам эпидемиологического исследования, основным способом заражения детей младшей возрастной группы был семейный контакт. В группе до 1 месяца этот показатель составил 100 %. Также следует обратить внимание, что 4,9 % детей имели контакт с НКИ в закрытых коллективах или общежитиях. У 28,8 % заболевших детей, эпидемиологическое расследование не нашло источника инфицирования.

У части больных заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне: инфекция мочевыводящих путей была выявлена у 36 человек (22, 6 %), врожденные пороки сердца – у 27 больных (16,1 %), анемия – у 43 детей (25, 5 %), онкологические заболевания – у 2 больных (1, 2 %). У некоторых детей заболевание сочеталось с другими заболеваниями. Энтеровирусная инфекция была зарегистрирована у 15 больных (8,9 %), острый тонзиллит – у 25 детей (14,9 %), гнойный менингит – у 2 пациентов (1,2 %), бронхиальная астма – у 12 больных (7, 1 %).

Клиническое течение НКИ характеризовалось наличием общетоксического синдрома

в виде лихорадки. Наиболее часто она регистрировалась в возрастной группе от трех до семи лет (85,7 %). Реже – у детей до 1 месяца.

В результате исследования установлено, что клинические проявления заболевания выявлены у 57,1 % больных (в группе до 1 мес.) и до 89 % (в группе от года до трех лет). Самым распространенным проявлением НКИ являлся фарингит (от 88 % до 92, 5%). У 40,4 % детей в возрастной группе от года до трех лет регистрировалась диарея.

По нашим данным, основная масса детей (50,8 %) переносили заболевание в среднетяжелой форме. У 41,2 % больных была зарегистрирована легкая и бессимптомная форма заболевания. Тяжелая форма заболевания была выявлена у 8 % госпитализированных. У одного больного заболевание закончилось летальным исходом.

При проведении лабораторного исследования в общем анализе крови чаще (75 %) выявлялся умеренный лейкоцитоз и увеличение СОЭ (67 %). Также отмечалось нарастание удельного веса лейкопении в группе от трех до семи лет (27,6 %).

Изменения в биохимическом анализе крови были зарегистрированы в 33,6 % случаев. Основные изменения касались повышения уровня трансаминаз и С-реактивного белка.

Согласно литературным данным, наиболее частым осложнением коронавирусной инфекции является пневмония. По нашим данным, пневмония была зарегистрирована у 65 человек. Из них уровень поражения легких в виде КТ1 был выявлен у 38 больных, КТ2 – у 6, КТ3 – у 5, и КТ 4 – у 8 детей. Кислородную поддержку получали 28 человек. На ИВЛ находился 1 ребенок.

По данным мировой статистики, летальность у детей при коронавирусной инфекции составляет 0,1–0,2 %. При анализе детской смертности в период эпидемии COVID-19 удалось установить, что в абсолютном большинстве случаев летальных исходов у пациентов имелись другие тяжелые заболевания. Особую опасность для детей представляет мультисистемный воспалительный синдром.

По нашим данным летальный исход наступил у одного больного от ОРДС на неблагоприятном преморбидном фоне.

Выбор терапевтических средств для лечения детей, больных COVID-19, зависит от фазы заболевания. Лечение легких случаев направлено на устранение имеющихся симптомов заболевания. Для среднетяжелого и тяжелого течения COVID-19 терапевтические рекомендации включают этиотропную и патогенетическую терапию, дополнительный кислород и,

если подозревается бактериальная инфекция (которая часто встречается у детей), антибактериальные препараты.

Общие принципы лечения включают: постельный режим, достаточное по калорийности питание и адекватную регидратацию, контроль электролитного баланса и гомеостаза, мониторинг витальных функций и сатурации кислорода, коррекцию дыхательных нарушений, по показаниям – кислородотерапия.

Среди основных этиотропных средств, которые были рекомендованы и/или применены для этиотропной терапии у детей в первые 3 мес. эпидемии, были рекомбинантный интерферон альфа в форме небулайзерных ингаляций, умифеновир, осельтамивир, внутривенные иммуноглобулины. В целом большинство публикаций рекомендует противовирусную терапию в тяжелых случаях, но достоверные данные о ее эффективности и безопасности у детей с инфекцией COVID-19 отсутствуют.

Кортикостероиды рекомендуются для лечения осложнений COVID-19, таких как ОРДС, септический шок, энцефалопатия и нарушения свертываемости крови. Кортикостероиды назначаются коротким курсом – на 3–5 дней, дозировка по метилпреднизолону – не более 1–2 мг/кг в сутки.

Антибиотики рекомендуются при вторичных бактериальных инфекциях, связанных с COVID-19. В большинстве исследований предлагается использовать антибиотики широкого спектра действия. Учитывая частоту микоплазменных инфекций у детей и хорошо описанные противовоспалительные свойства азитромицина, этот антибиотик может быть

предпочтительным для детей с COVID-19 и бактериальной суперинфекцией.

Пациентам с лихорадкой > 38,5 °С, показаны физические методы охлаждения, парацетамол в возрастных дозировках. Рекомендовано назначение муколитических и отхаркивающих средств (амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин) только при вязкой, трудно отделяемой мокроте.

В качестве этиотропной терапии нашим больным назначали виферон, арбидол. При наличии бактериальных осложнений и наличии пневмонии с большим уровнем поражений легких дети получали антибактериальные препараты: цефтриаксон, амоксициллин, кларитромицин, цефоперазон, меропенем. Для профилактики полиорганной недостаточности назначались глюкокортикостероиды (дексаметазон). Обязательно в протокол лечения включались антикоагулянты (гепарин в дозе 150 ЕД/кг каждые 12 часов, при массе более 40 кг – 5 000 ЕД). Кислородная поддержка – по показаниям.

Выводы

1. У детей по сравнению со взрослыми отмечается более легкое течение заболевания с большим количеством легких и среднетяжелых форм.

2. У детей чаще, чем у взрослых, отмечается поражение желудочно-кишечного тракта в виде рвоты и диареи.

3. Значительная часть детей может быть бессимптомными носителями вируса SARS-CoV-2.

4. У детей с отягощенным преморбидным фоном заболевание протекает тяжело, в ряде случаев приводя к летальному исходу.

Список литературы

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 14 (27.12.2021) / М-во здравоохранения РФ. – М., 2021. – 223 с.

2. Нарушения функции желудочно-кишечного тракта при COVID-19 у детей / Р. В. Попова, Т. А. Руженцова, Д. А. Хавкина и др. // Проблемы особо опасных инфекций. – 2020. – № 3. – С. 154–157.

3. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, ле-

чение и профилактика : учеб.-метод. пособие. – М., 2020. – 70 с.

4. Стопкоронавирус.РФ : [Интернет-ресурс, посвящ. всем аспектам предупреждения, выявления и борьбы с коронавирусом]. – URL: <http://стопкоронавирус.ру> (дата обращения: 02.02.2022). – Текст: электронный.

5. Эпидемиология и профилактика COVID-19 : метод. рекомендации : МР 3.1.0170-20 : с изм. № 1 МР 3.1.0175-20. – М. : Роспотребнадзор, 2020. – 32 с.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-30-34

УДК 617-089-082.4-036.22:616.98:578.834.1 Coronavirus

Тактика лечения и маршрутизация пациента в стационаре хирургического профиля в условиях новой коронавирусной инфекции

Е. С. Сопова¹, В. Е. Воловик^{1,2}, Н. А. Тарнавский², В. А. Михайлюк²

¹КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 27-25-10, e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Treatment tactics and patient routing in a surgical hospital in the context of a new coronavirus infection

E. S. Sopova¹, V. E. Volovik^{1,2}, N. A. Tarnavsky², V. A. Mikhailuk²

¹Khabarovsk Krai Clinical Hospital No.1 named after professor S.I. Sergeev under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

²Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

В условиях пандемии любая плановая госпитализация, согласно клиническим рекомендациям, включает обследование методом ПЦР каждого пациента. Наличие прививочного сертификата приветствуется. Учитывая продромальный период до двух недель, нельзя быть уверенным, что пациент не находится в инкубационном периоде. Пациенты, госпитализированные в хирургический стационар с целью выполнения того или иного планового оперативного пособия, особенно с отягощенным коморбидным анамнезом, должны соблюдать самоизоляцию перед оперативным лечением в течение двух недель с последующим контрольным обследованием на COVID-19.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция, тактика лечения, маршрутизация в хирургическом стационаре.

In a pandemic, any planned hospitalization, according to clinical guidelines, includes a PCR examination of each patient. Having a vaccination certificate is acceptable as well. Given a prodromal period of up to two weeks, one cannot be sure that the patient is not in the incubation period. Patients admitted to a surgical hospital for the purpose of performing one or another planned surgical intervention, especially those with a aggravated comorbid history, must observe self-isolation before surgical treatment for two weeks, followed by a follow-up examination for COVID-19.

Key words: new coronavirus infection, treatment tactics, routing in a surgical hospital.

Пандемия, связанная с новой коронавирусной инфекцией, захлестнувшая в последнее время практически весь мир, к сожалению, не имеет доказанной тенденции к снижению, и ситуация в Хабаровском крае не является исключением. В связи с этим очевидна необходимость проявления усиленной настороженности при оказании медицинской помощи пациентам практически любого профиля. Очень важным является вопрос, с какого же момента мы должны считать пациента инфекционным и предпринимать соответствующие меры профилактики распространения инфекции.

В условиях пандемии любая плановая госпитализация, согласно клиническим рекомендациям, включает обследование методом ПЦР для каждого пациента. Наличие прививочного сертификата приветствуется. Учитывая про-

дромальный период до двух недель, нельзя быть уверенным, что пациент не находится в инкубационном периоде. Должны ли пациенты, госпитализированные в хирургический стационар с целью выполнения того или иного планового оперативного пособия, особенно с отягощенным коморбидным анамнезом, быть дополнительно обследованы или соблюдать самоизоляцию перед оперативным лечением в течение двух недель, прежде чем сдавать орофарингеальный мазок на COVID-19?

Цель статьи – привлечь внимание специалистов различного профиля к данной проблеме на примере типичного клинического случая, уточнить особенности течения заболевания на фоне коронавирусной инфекции, чем целесообразно дополнить предоперационную подготовку коморбидных и возрастных пациен-

тов, какова в целом тактика ведения больного в периоперационном периоде.

Пациент М., мужчина 70 лет. Клинический диагноз: правосторонний диспластический коксартроз 3 ст., НФС 3 ст. Хронический суставный синдром. Укорочение правой нижней конечности на 1,5 см. Сопутствующий диагноз: ИБС: постинфарктный кардиосклероз неопределенной давности. Артериальная гипертония 2 ст., риск 3. Снижение толерантности к глюкозе, алиментарное ожирение 2–3 ст. Поверхностный гастродуоденит. Хронический холецистопанкреатит вне обострения. Гепатомегалия, киста печени. Нефромегалия, киста левой почки, микролитиаз. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Атеросклероз аорты. Поступил в ортопедо-травматологическое отделение на плановое оперативное лечение – тотальное замещение тазобедренного сустава.

Ретроспективно оценивая данный случай, необходимо отметить, пациент находился в двухместной палате, т. е., контакт с другими пациентами был максимально ограничен. Также, согласно внутрибольничному распоряжению, в отделении соблюдались меры профилактики распространения новой коронавирусной инфекции у сотрудников: проводилась ежедневная термометрия, осмотр на предмет катаральных явлений, использование масок и пр.

Предлагаем посуточный мониторинг событий.

1-е сутки. Предоперационная подготовка и обследование пациента выполнены в стандартном объеме с учетом коморбидного фона пациента. Мазок из зева и носа к COVID-19, за 3 дня до госпитализации – отрицателен. Пациент сообщает, что привит от коронавирусной инфекции весной 2021 г. предположительно вакциной «Спутник V». Документального подтверждения о вакцинации нет. Прежде новой коронавирусной инфекцией не болел. Подтвержденных контактов с инфекционными пациентами не указывает. За пределы края в течение двух недель не выезжал. Признаков ОРВИ накануне госпитализации не отмечает. Катаральных явлений нет. Длительно (более года) отмечает наличие одышки при небольшой физической нагрузке (на фоне конституциональных особенностей и снижения толерантности к физической нагрузке). Вечерняя температура в день госпитализации 37,2 °С. Вечерний субфебрилитет расценен как реакция на увеличение интенсивности болевого синдрома в области правого тазобедренного сустава. Пациент в день госпитализации двигался больше чем обычно, сам связывает повышение температуры с утомлением. Основываясь на клинических данных: отсутствие

значимых изменений в общем анализе крови, отрицательный результат ПЦР к COVID-19, уровень сатурации – 98 %, отсутствие катаральных явлений, лечение продолжено в запланированном объеме.

2-е сутки. Температура утром 36,6 °С. Катаральных жалоб и явлений нет. Сатурация 98 %. Пациенту выполнено тотальное замещение правого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом «Протрек», доступом Мюллера (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограммы пациента до и после операции

В послеоперационном периоде в течение суток наблюдение в РАО. Проводилась стандартная медикаментозная поддержка, механическая профилактика тромбозомболических осложнений. Температура вечером 37,0 °С.

3-и сутки. (1-е сутки после операции). Температура утром 36,7 °С. Катаральных жалоб нет. Сатурация 97 %. Перевод в профильное отделение. Ранняя активизация: присаживание в постели, подъем на костыли в условиях эластичного бинтования конечностей, ранняя ЛФК. В области оперативного вмешательства признаков воспаления мягких тканей нет. Отек мягких тканей проксимального отдела бедра справа умеренный. Отделяемое по катетеру незначительное, серозно-геморрагическое, до 30 мл, редон-дренаж удален. Температура вечером 37,2 °С. Подъем температуры в раннем послеоперационном периоде – вполне допустимое явление, обусловлен характером и объемом перенесенного оперативного вмешательства. На обходе у пациента отсутствуют какие-либо жалобы кроме умеренных болей в области операционной раны.

4–5-е сутки. (2–3 и сутки после операции). Температура утром 36,7 °С. Сохраняется вечерний субфебрилитет до 37,2–37,8 °С, сатурация 98 %. Катаральных жалоб нет. Отмечает онемение правой стопы и голени. Локально уме-

ренный отек мягких тканей проксимального отдела правого бедра, не выраженная отечность стопы и голени справа. Объем движений в пальцах стопы и голеностопном суставе снижены. Осмотрен неврологом: диагностирована компрессионно-ишемическая нейропатия седалищного нерва, дифференциальная диагностика с компрессией малоберцового нерва. Синдром грубого нижнего монопареза справа. Назначена нейротропная терапия (нейромидин, витамины группы В, актовегин). В клиническом анализе крови: Hb – 124 г/л, эритроциты – 4,03 г/л, тромбоциты – 194 г/л, лейкоциты – 8,8 г/л, сегментоядерные – 64, лимфоциты – 28, СОЭ – 29 мм/ч, остальные показатели в пределах референсных значений. Локально: отечность бедра умеренная, отделяемое по ране скудное серозно-геморрагическое, признаков воспаления мягких тканей нет. Легкая инфильтрация области послеоперационной раны. Выполняется антибактериальная, нейротропная, инфузионная, симптоматическая терапия. Местное лечение раны. Активизация несколько затруднена в связи с отмеченными неврологическими нарушениями. Пациент ходит в пределах палаты с минимальной опорой на оперированную конечность, с дополнительной опорой на ходунки.

С учетом данных клинического и лабораторного обследования вечерний подъем температуры по-прежнему расценивается как допустимое течение раннего послеоперационного периода. В связи с наличием неврологических осложнений стационарный этап лечения продолжен.

6–10-е сутки. За последующие пять дней вечерний подъем температуры до 37,6 °С отмечался трижды. Вечерний субфебрилитет купируется НПВС. Сатурация сохраняется в пределах 98–97 %. Катаральных жалоб по-прежнему нет. Одышка пациентом расценивается как не более чем в обычных условиях. Отмечаются приходящие жалобы на болезненность в области эпигастрия и задержку стула. В локальном статусе: сохраняется умеренный отек конечности, выполнено УЗДГ вен: определяются тромботические массы в суральных венах правой голени. Осмотрен сосудистым хирургом: установлен диагноз: острый тромбоз вен правой голени. Коррекция сосудистой терапии (ксарелто 20 мг в сутки, детралекс 1000 мг в сутки, эластичная компрессия 2 класс, местно – гепариновая мазь). К 10-м суткам заживление послеоперационной раны проходит первичным натяжением. Инфильтрация мягких тканей области раны уменьшилась, флюктуации области проксимального отдела бедра нет. Рентгенологически стояние компонентов эндопротеза корректное, признаков неста-

бильности нет. В течение 10 дней у пациента отмечается преходящий подъем температуры с суточным колебанием <1 °С. В дифференциальной диагностике субфебрилитета наибольшее имеет значение несколько факторов:

- сосудистый компонент – наличие острого тромбоза вен правой голени на фоне варикозной болезни (возможно, прогрессирование флеботромбоза);
- конституциональные особенности (избыточный объем подкожно-жировой клетчатки – возможно раннее гнойно-септическое осложнение);
- медикаментозная нагрузка (с учетом коморбидности пациента – возможное обострение сопутствующих заболеваний);
- также не исключается новая коронавирусная инфекция.

10-е сутки. Впервые у пациента вновь зарегистрировано повышение температуры утром 37,4 °С и вечерней температуры выше 38,0 °С (38,8), сатурация 97 %. Катаральных жалоб нет. Верификация инфекционного заболевания – основная задача на данном этапе. КТ позволяет выявить характерные изменения в легких у пациентов с COVID-19 еще до появления положительных лабораторных тестов на инфекцию с помощью ПЦР-теста. В плане дообследования выполнена СКТ ОГК: данных за легочный процесс не выявлено. Консультирован пульмонологом: генез лихорадки не ясен. Данных за легочную патологию в период наблюдения не определяется. Дифференцировать с сепсисом, остеомиелитом. Однако данные лучевого исследования все же не заменяют результаты обследования на наличие РНК SARS-CoV-2. В соответствии с клиническими рекомендациями пациенту выполнен орофарингеальный мазок на наличие РНК SARS-CoV-2. Результат – отрицателен. По данным обследования: СКТ ОГК без патологии, ПЦР-тест отрицателен, катаральных проявлений нет. В нашем случае единственным клиническим симптомом заболевания оказался только подъем температуры тела. В локальном статусе в области проксимального отдела бедра признаков воспаления мягких тканей нет. В общем анализе крови: лейкоциты – 7,9, тромбоциты – 282, СОЭ – 75, п/я – 4, с/я – 85, лимфоциты – 7. Предполагается бактериальный характер изменения показателей. Пациент получает сосудистую и антибактериальную терапию (цефепим+метрогил). Неоднократно консультирован клиническим фармакологом.

Принимая во внимание то, что лихорадка в данном случае может быть вызвана несколькими причинами, на этом этапе маршрутизация пациента в инфекционное отделение

представляется не оправданной, все же следует учитывать, что отсутствие изменений по КТ и отрицательный результат ПЦР не исключают наличие COVID-19 а также медленное развитие пневмонии уже после проведенных исследований.

11–17-е сутки. Утренняя температура оставалась нормальной. Вечерний субфебрилитет от 37,4 °С до 37,8 °С. Однократно был зарегистрирован подъем вечерней температуры до 38,5 °С. Дважды вечерняя температура оставалась нормальной. Сатурация 98–97 %. катаральных жалоб нет. Одышка прежней степени. Выполнено повторно СКТ ОГК, данных за легочный процесс не выявлено. Лабораторные изменения в клиническом анализе крови соответствуют бактериальному процессу: лейкоциты – 10,3, п/я – 4, с/я – 81, лимфоциты – 10, тромбоциты – 259.

Прокальцитонин при коронавирусной инфекции с поражением респираторных отделов легких находится в пределах референсных значений. В нашем случае прокальцитонин – 0,75 нг/мл. Консультирован клиническим фармакологом: уровень прокальцитонина говорит в пользу бактериальной инфекции, коррекция антибактериальной терапии: сульбактам + амикацин; протромбин по Квику – 65, МНО – 1,24, АЧТВ – 35, фибриноген – 7,26. Заживление ран, тем не менее, проходило первичным натяжением, признаков воспаления мягких тканей не отмечалось. Отек проксимального отдела бедра уменьшался. Подвижность пальцев стопы и голеностопного сустава восстанавливалась, что в целом характерно не в пользу гнойно-септических осложнений.

18–19-е сутки. Утренняя температура 38,0–38,5 °С, сатурация 96 %, с тенденцией к снижению к 19-м суткам. Жалобы на слабость. УЗДГ-контроль: поверхностные и глубокие вены проходимы, тромботических масс

в них не определяется. УЗИ сердца: вегетаций нет. Насосная и сократительная функции сохранены. Вечером температура 38,0–39,0 °С. В клиническом анализе крови: лейкопения – 4,9, ускорение СОЭ – 90, тромбоциты – 290, с/я – 52, лимфоцитоз до 30. Биохимия крови: общий белок – 58, щелочная фосфатаза – 130, остальные показатели в пределах референсных значений.

Биохимический анализ крови не представляет какой-либо специфической информации для верификации новой коронавирусной инфекции, но некоторые отклонения показателей могут указывать на наличие органной дисфункции, суб- или декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и режим их дозирования.

19-е сутки. Жалобы на слабость, сухой кашель, чувство «забитости» в грудной клетке, усиление одышки. Повторная СКТ ОГК: признаки с высокой степенью вероятности могут быть ассоциированы с вирусной пневмонией COVID-19 – КТ-1. Вовлечение паренхимы правого и левого легкого до 25 %. Пациент переведен в инфекционное отделение для проведения дальнейшего лечения.

Согласно временным методическим рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 13 (14.10.2021), у большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2 % пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19. В нашем случае показатели изменялись следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Изменение лабораторных показателей и температуры тела в до- и послеоперационном периоде

Показатель/Дата	При поступления	3-и сутки	10-е сутки	12-е сутки	18-е сутки
Гемоглобин	147	124	111	114	101
Эритроциты	4,6	4,0	3,7	3,8	3,56
Лейкоциты	6,5	8,8	7,9	10,3	4,9
Тромбоциты	188	194	282	259	290
Сегментоядерные нейтрофилы	48	64	85	81	52
Палочкоядерные нейтрофилы	0	0	4	4	0
Лимфоциты	44	28	7	10	30
СОЭ	18	29	75	75	90
Температура вечер/утро (°С)	36,7	36,7/37,2	36,7/38,8	36,4/37,4	38,0/38,6

Заключение

Выявление новой коронавирусной инфекции у коморбидных пациентов требует комплексного подхода. Считаем целесообразным при появлении клинических симптомов, не укладывающихся в обычное течение раннего послеоперационного периода, выполнять расширенное обследование пациента, включая полный спектр диагностики коронавирусной инфекции, согласно порядкам: повторный ПЦР-тест, СКТ, ОГК в динамике, СРБ и ОАК в динамике, термометрия, измерение сатурации дважды в день.

В случае отсутствия достоверных лабораторных данных, подтверждающих наличие коронавирусной инфекции, но не исключающих ее наличие у пациента, рекомендуем выполнять расширенные противоэпидемиологические мероприятия. В первую очередь – изоляция пациента в отдельную палату. Ограничение количества персонала, работающего с пациентом. Использование дополнительного комплекта средств индивидуальной защиты: дополнительный халат, колпак, перчатки, маска. При выходе из палаты комплект СИЗ,

кроме халата, утилизировать в емкость отходов группы «Б», отдельно организованную у входа в палату. Производить кварцевание всех палат отделения по 30 минут дважды в день рециркулятором закрытого типа. Выполнение остальных мероприятий общего характера согласно СанПинам (влажная уборка, смена постельного белья, обработка ручек дверей антисептиком, ограничение перемещения пациентов и др.).

Наблюдение за пациентами, контактными с потенциально инфицированным человеком, в течение минимум 3 дней. Далее, при выписке из стационара рекомендуется находиться на самоизоляции в течение 2 недель, после чего выполнить ПЦР-тест, что должно быть отражено в выписном эпикризе.

Исходя из потенциально существующей вероятности заболевания новой коронавирусной инфекцией, в том числе после вакцинации, рекомендуем плановое оперативное лечение пациентам старшей возрастной группы с отягощенным соматическим анамнезом выполнять после предшествующей самоизоляции в течение 2 недель и наличии двух последовательных отрицательных ПЦР-тестов через день.

Список литературы

1. Ахтямов, И. Ф. Ошибки и осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава : рук. для врачей / И. Ф. Ахтямов, И. И. Кузьмин. – Казань : ЦОП, 2006. – 324 с.
2. Баешко, А. А. Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоз легочной артерии. Эпидемиология. Этиопатогенез. Профилактика / А. А. Баешко. – М. : Триада-Х, 2000. – 136 с.
3. Белов, Б. С. Инфекция протезированного сустава: современные подходы к диагностике и лечению / Б. С. Белов, С. А. Макаров, Е. И. Бялик // Антибиотики и химиотерапия. – 2015. – Т. 60, № 1–2. – С. 47–52.
4. Вёрткин, А. Л. Окончательный диагноз : рук. для врачей / А. Л. Вёрткин, О. В. Зайратьянц, Е. И. Вовк. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 576 с.
5. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 13.1 (17.11.2021).
6. Гнетецкий, С. Ф. Ошибки и осложнения при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава у пациентов старческого возраста / С. Ф. Гнетецкий // Хирургия повреждений, критические состояния : сб. материалов Пироговского форума. – Воронеж, 2017. – С. 62–64.
7. Диагностика перипротезной инфекции. Ч. 1: Сестрология / А. П. Середа, Г. М. Кавалерский, В. Ю. Мурылев, Я. А. Рукун // Травматология и ортопедия России. – 2014. – № 4 (74). – С. 115–126.
8. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика : рук. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 704 с.
9. Локальные интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава / Е. А. Волокитина, О. П. Зайцева, Д. А. Колотыгин, А. А. Вишняков // Гений ортопедии. – 2009. – № 3. – С. 71–77.
10. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) : материалы V Всерос. науч.-практ. конф., 26 нояб. 2021 г. (Онлайн-формат). – URL: <http://rehab-covid19.ru> (дата обращения: 03.02.2022). – Текст: электронный.
11. Стандарты обследования, анестезии и послеоперационного ведения хирургических больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией / Г. В. Гайдено, Н. Ю. Семиголовский, И. Б. Минченко, К. М. Лебединский // Анестезиология и реаниматология. – 1998. – № 2. – С. 71–73.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-35-42
УДК 616.5-021.3-009-082

Оптимизация лечения больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса

М. В. Щеткина, Л. И. Слыш

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: ipksz.cosm@mail.ru

Optimization of treatment of patients with atopic dermatitis with impaired psychoemotional status

M. V. Shchetkina, L. I. Slysh

Postgraduate Institute for Public Health under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street,
680009, Khabarovsk, Russia, phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: ipksz.cosm@mail.ru

Наряду с нарушением иммунного статуса больных в формировании патогенеза больных атопическим дерматитом участвуют и другие факторы, одними из которых являются психофизиологические и психосоматические отклонения. В статье приведены клинические исследования больных атопическим дерматитом с целью выявления у них нарушений психоэмоциональной сферы, вызванных основным заболеванием, и приведены основные методы коррекции данных нарушений.

Ключевые слова: атопический дерматит, нарушение психоэмоционального статуса, психофармакология в дерматологии, психологическая коррекция, транскраниальная электростимуляция.

Along with the violation of the immune status of patients, other factors are also involved in the formation of pathogenesis in patients with atopic dermatitis, one of which is psychophysiological and psychosomatic abnormalities. The article presents clinical studies of patients with atopic dermatitis in order to identify their psycho-emotional disorders caused by the underlying disease and presents the main methods for correcting these disorders.

Key words: atopic dermatitis, psychoemotional status disorders, psychopharmacology in dermatology, psychological correction, transcranial electrical stimulation.

Атопический дерматит (АтД) – аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью, как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям. Тяжелые формы атопического дерматита резко снижают качество жизни больного и способствуют формированию психосоматических нарушений. У 40–50 % детей, страдающих атопическим дерматитом, в последующем развивается поллиноз и/или аллергический ринит, бронхиальная астма.

Синонимы: атопическая экзема, эндогенная экзема, синдром атопической экземы/дерматита, детская экзема, конституциональная экзема, атопический нейродермит, диффузный нейродермит Брока, пруриго Бенье. Несмотря на большое число обозначений АтД,

все они на сегодняшний момент времени являются устаревшими и по своей сути отражают стадии развития единого патологического процесса.

Термин «атопический дерматит» наиболее распространен, хотя в некоторых странах Европы, например, в Великобритании чаще используют термин «атопическая экзема» [3].

Атопический дерматит – иммуноопосредованное заболевание, имеющее генетическую предрасположенность и сложные иммунные механизмы развития. На сегодняшний день известны основные генетические и этиологические факторы атопического дерматита, доказана роль иммунной системы, аллергии к клещам домашней пыли, энтеротоксинам золотистого стафилококка, плесневым грибам, IgE-аутореактивности в механизмах развития заболевания. Последнее десятилетие ознаменовалось открытием гена филаггрина, показана роль мутаций этого гена в нарушении реализации функции эпидермального барьера при атопическом дерматите.

Наряду с нарушением иммунного статуса больных в формировании патогенеза больных атопическим дерматитом участвуют и другие факторы, одними из которых являются психофизиологические и психосоматические отклонения [2,4].

Заболеваемость атопическим дерматитом растет с каждым годом во всем мире, в особенности среди детского населения: по последним данным им болеет 15–30 % детей и 2–10 % взрослых. У 45 % детей атопический дерматит начинается в возрасте от 0 до 6 месяцев, у 60 % – в течение первого года и у 85 % – в течение первых 5 лет жизни [3].

Кодирование атопического дерматита по МКБ 10 [3]:

L20.8 – Другие атопические дерматиты;

L20.9 – Атопический дерматит неуточненный;

L28.0 – Ограниченный нейродермит.

В настоящее время не существует единой общепринятой классификации атопического дерматита. Условно выделяют экзогенный (аллергический) атопический дерматит, ассоциированный с респираторной аллергией и сенсibilизацией к аэроаллергенам и эндогенный (неаллергический) атопический дерматит, не ассоциированный с респираторной аллергией и сенсibilизацией к каким-либо аллергенам.

В соответствии с документом «Пересмотренная номенклатура в аллергологии», предложено выделять синдром атопической экземы/дерматита аллергической и неаллергической природы. Неаллергическую природу атопического дерматита предполагают у 10–20 % всех больных атопическим дерматитом, хотя, согласно последним данным, эту форму заболевания встречают лишь в 5,4 % случаев.

В рабочей классификации атопического дерматита, предложенной отечественными авторами, выделяют возрастные периоды: младенческий – до 1,5–2 лет, детский – от 2 до 12 лет, подростковый и взрослый – старше 12 лет; стадии болезни: стадия обострения – фаза выраженных клинических проявлений – острая и фаза умеренных клинических проявлений – подострая и стадия ремиссии – неполная ремиссия и полная ремиссия; степень тяжести: легкое, средней тяжести, тяжелое течение и распространенности кожного процесса: ограниченно-локализованный, распространенный, диффузный.

Характерные клинико-морфологические формы для разных возрастов: младенческая – экссудативная; детская – эритематозно-сквамозная, эритематозно-сквамозная с лихенификацией; подростково-взрослая – лихеноидная, пруригинозная [3,10,13].

Особенности клинических проявлений у больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса

Психоэмоциональное состояние – это сложный набор изменений, происходящих в теле и психике, включающий физиологическое возбуждение, чувства, когнитивные процессы, поведенческие реакции на ситуацию, воспринимаемую как важную для данного человека. Социализация человека приводит к созданию определенных структур и норм поведения. Они часто побуждают к тому, чтобы не выражать чувства, которые считаются в обществе «неправильными». Неадекватное восприятие реальности окружающего мира проявляется в подавлении сложных или неприятных чувств и эмоций. Как свидетельствует ряд исследований, такое поведение влияет на здоровье, часто приводя к расстройствам или психосоматическим заболеваниям (язве желудка, двенадцатиперстной кишки, заболеваниям кожи, сердца, кровообращения и многим другим).

Эмоции являются частью очень чувствительной системы обратной связи. Таким образом, они все же те, о которых мы склонны думать, как о негативных (гнев, ревность, скука и т. д.), дают ценную информацию. Как заболевание, обострения которого могут быть спровоцированы психогенными факторами, атопический дерматит был отнесен Францем Александером к классическим психосоматическим заболеваниям. Отмечена важная роль в возникновении и обострении заболевания стрессовых ситуаций. Более трети случаев атопического дерматита связано с основным пусковым фактором – психическим напряжением, что подтверждается клинической эффективностью методов активного воздействия на центральную нервную систему с помощью электросна и гипнотерапии. В ряде работ показано, что указанный дерматоз может начинаться или рецидивировать после разнообразных нервно-психических травм, длительных волнений, тяжелых переживаний. Возникшее при этом невротическое состояние, выражающееся в нарушении сна, повышенной раздражительности, угнетенном состоянии, плаксивости, эмоциональной лабильности, может быть первичным, если оно предшествует появлению кожного заболевания, или вторичным, если развивается вследствие имеющегося дерматоза. Вторичные невротические состояния в свою очередь часто сопровождаются распространением поражения кожи, вызывая у пациентов физический дискомфорт, и являются причиной психологических проблем. Так, для больных атопическим дерматитом характерны возбудимость, потеря эмоциональной самостоятельности,

враждебность, склонность к агрессивным импульсам, трудность установления контакта в семье и коллективе, тревожность, склонность к депрессии, а также тенденции к интроверсии, астеническим и дистоническим реакциям. Психогении, способные вызывать обострения атопического дерматита, отличаются неоднородностью, к ним могут относиться не только тяжелые психотравмирующие ситуации (аварии, угрожающие жизни заболевания, смерть близкого человека), но и такие психосоциальные воздействия, как отпуск, дальняя поездка или увольнение с работы. При этом клинические проявления атопического дерматита могут появиться в течение нескольких дней или 3-6 мес.

Было установлено, что нарушение психоэмоциональной сферы, сопровождающее большинство заболеваний кожи, в том числе и атопический дерматит, обуславливает тяжелое течение болезни и резистентность к проводимой терапии. Было проведено психодиагностическое исследование у 80 больных атопическим дерматитом. Обследование включало клинический осмотр больных с определением дерматологических и психологических индексов и тестирование, позволяющее определить качество жизни и выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных атопическим дерматитом. Выявлены особенности психоэмоциональной сферы у больных атопическим дерматитом.

Обследованы 80 больных (48 женщин и 32 мужчины) с различными клиническими формами атопического дерматита. Средний возраст пациентов составил $30,7 \pm 11,2$ года. Все больные находились на обследовании и лечении в клинике кожных и венерических болезней. Диагноз заболеваний устанавливали при первичном обращении на основании анамнеза, клинической картины, физикального осмотра и анализа лабораторных показателей. Контрольную группу составили 40 условно-здоровых лиц, выявленных на профилактическом медицинском осмотре, у которых на момент обследования не было заболеваний инфекционной и неинфекционной природы. Работу с пациентом начинали с клинико-психологической беседы, имеющей одновременно несколько целей: получение информации, установление контакта и мотивация пациента на дальнейшую работу. В ходе беседы пациенты преимущественно жаловались на интенсивный кожный зуд и косметический дефект, оказывающие выраженное негативное влияние на их профессиональную деятельность и социальное взаимодействие. Жалобы на бессонницу, вызванную кожным зудом, предъявляли 67 (83,8 %), выраженную астению, включающую чувство усталости,

быструю утомляемость, снижение интереса к выполняемой деятельности – 58 (72,5 %), чувство напряженности, беспокойства, раздражительности – 64 (80 %) пациента. Смогли вспомнить стрессовое или психотравмирующее событие, произошедшее незадолго до очередного обострения атопического дерматита, или связать усиление симптомов заболевания с хронической психотравмирующей ситуацией 69 (86,3 %) больных.

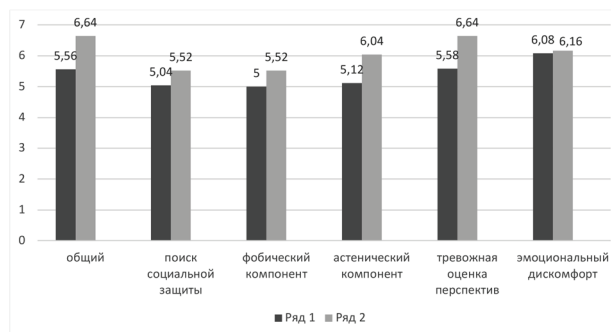


Рис. 1. Показатели личностной тревожности в контрольной (ряд 1) и клинической (ряд 2) группах (в баллах).

Личностная тревожность представляет собой устойчивую индивидуальную характеристику, которая отражает предрасположенность субъекта воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие личному благополучию и безопасности. При анализе данных личностной тревожности было отмечено, что практически все показатели шкал методики в клинической группе выше, чем в контрольной (рис. 1), причем превышение границы нормы (6 баллов) гораздо чаще встречается у больных атопическим дерматитом, чем в контрольной группе. Наиболее выраженное превышение имеют шкала ОП – тревожная оценка перспектив и общий показатель личностной тревожности. Шкала ОП демонстрирует проекцию страхов пациентов не на текущее положение дел, а на перспективу, общую озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Соответственно пациенты с атопическим дерматитом в период обострения видят свое будущее в негативном свете, что подкрепляется повышенными показателями эмоционального дискомфорта и астении. Личности, относимые к категории высокотрехотных, склонны к чрезмерной требовательности, категоричности, акцентированы на завышенной оценке значимости ситуации. Такой тип реагирования ведет к дестабилизации эмоционального состояния и может влиять на поведение, способствуя закреплению его неадаптивных паттернов. Соотношение шкал ситуативной тревожности

(рис. 2) в основной группе также выше, чем в контрольной, но превышение верхней границы отмечается только по критерию ОП.

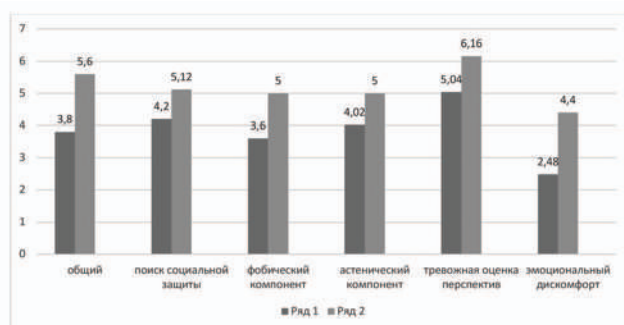


Рис. 2. Показатели ситуативной тревожности в контрольной (ряд 1) и клинической (ряд 2) группах (в баллах)

Таким образом, ожидания негативной перспективы свойственны больным атопическим дерматитом как на уровне устойчивых личностных характеристик, так и на уровне ситуативного реагирования на свое актуальное состояние. Эти данные согласуются с жалобами пациентов в ходе проведения клинико-психологической беседы, связанными с дефицитом информации о течении и прогнозе заболевания и страхами перед его негативным влиянием на дальнейшую жизнь. Страх «не ужиться» с болезнью, как правило, не вербализовался в конкретной форме, однако проявлялся в отказе от планирования будущего, отрицании совместимости нормальной жизнедеятельности с проявлениями болезни.

Статистически значимые различия между клинической и контрольной группами приходятся на шкалу ЭД ($t=2,5$; $p < 0,05$) и общий показатель ситуативной тревожности ($t=2,8$; $p < 0,01$). Соответственно больные атопическим дерматитом испытывают более выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся сниженным эмоциональным фоном или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, элементами ажитации, а также более высокий уровень ситуативной тревожности в целом по сравнению с группой контроля.

Справедливо рассматривать повышение ситуативной тревожности как реакцию в первую очередь на само заболевание, которое, как отмечено ранее, не только приводит к появлению жалоб соматического характера, но также существенно влияет на психологическое состояние пациентов в целом. Этот факт объясняет наблюдаемые статистически значимые различия ($p < 0,01$) между двумя группами.

Таким образом, больным атопическим дерматитом свойственны чрезмерная ответствен-

ность за происходящее, трудности в поиске и принятии социальной поддержки, а также неспособность к конфронтации в стрессовых и психотравмирующих ситуациях и неумение извлекать из них пользу для коррекции неэффективного стресс-совладающего поведения.

Параллельно с психологическими тестами оценивали и общепринятый дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). При оценке отдельных показателей ДИКЖ было отмечено, что пациентов больше беспокоят сильный кожный зуд, плохой сон и плохое настроение – $2,78 \pm 0,02$ балла. Среднее значение при оценке профессиональной активности составило $1,52 \pm 0,01$ балла. Атопический дерматит в наибольшей степени ограничивает больных в достижении успехов на работе/школе, препятствует продвижению в карьере ($1,76 \pm 0,02$ балла). Удовлетворенность отношением к себе со стороны коллег в среднем составила $7,81 \pm 0,15$ балла. Полученные данные свидетельствуют о значимом влиянии ограничений на работе/школе, обусловленных обострением заболевания, на уровень качества жизни (КЖ). При оценке шкалы, которая раскрывает самовосприятие, среднее значение составило $2,16 \pm 0,02$ балла. Наиболее выраженное влияние на данный компонент КЖ оказывали факторы, отражающие смущение в связи с состоянием собственной кожи ($3,16 \pm 0,02$ балла), раздражение по поводу своей внешности ($2,9 \pm 0,01$ балла), моральные страдания ($2,64 \pm 0,02$ балла). Суммарный показатель КЖ этих больных составил $22,11 \pm 0,02$ балла, что расценивается как значимое снижение КЖ вследствие влияния факторов, которые способны оказать воздействие на человека при наличии указанной патологии. При этом следует отметить, что самые высокие показатели ДИКЖ (23,24 балла) имелись у пациента с тяжелым, упорно рецидивирующим течением атопического дерматита.

На основании результатов психодиагностического исследования можно сделать ряд выводов об индивидуально-психологических характеристиках, свойственных большинству больных атопическим дерматитом:

- Больные атопическим дерматитом испытывают связанный с заболеванием выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся сниженным эмоциональным фоном, эмоциональной напряженностью, элементами ажитации. Ожидания негативной перспективы свойственны больным атопическим дерматитом как на уровне устойчивых личностных характеристик, так и на уровне ситуативного реагирования на свое актуальное состояние.

- Влияние атопического дерматита на психологическое состояние больных весьма

значительно и в первую очередь актуально при обострении процесса, что указывает на значимость коррекции психологического дискомфорта, в том числе и медикаментозной (противотревожной) терапии [12].

Пациенты с атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса могут быть разделены на два основных типа по психоэмоциональному профилю:

1. Психотический. Для этого типа характерны психотические реакции, которые выражаются преимущественно шизофреноподобной симптоматикой, что свидетельствует о своеобразном восприятии и характере поведения: в виде сверхбидчивости, некоторой дезориентации, потере продуктивности, болезненного самолюбия, выраженной импульсивности, тревоги и др. Этот тип более распространен.

2. Невротический. Характерен для больных с ипохондрическим развитием личности, с наличием мягкой депрессии, медлительностью в манерах, жалобами на усталость, плохое самочувствие и др. [14].

Основные принципы комплексного подхода к лечению больных атопическим дерматитом:

- элиминация причинно-значимых аллергенов;
- наружная терапия и рациональный уход за кожей;
- системная фармакотерапия, включающая глюкокортикостероиды;
- АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия);
- физиотерапевтические методы лечения;
- обучение;
- реабилитация и профилактика.

В настоящее время принят ступенчатый подход к лечению атопического дерматита, который предусматривает поочередное включение различных терапевтических методов воздействия в зависимости от степени тяжести заболевания. В случаях присоединения вторичной инфекции необходимо включение в схему лечения антисептических и противомикробных средств на любой стадии заболевания [3].

Кроме этого, возникает необходимость применения медикаментозных средств для ускорения компенсаторно-адаптационных процессов и нормализации состояния нервной системы. Для этого применяются транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, психостимуляторы, ноотропы, психоэнергизаторы, актопротекторы, антигипоксанты, витамины. Применение препаратов этих фармакологических групп позволяет получить следующие эффекты: нормализация психоэмоциональной сферы, устранение астено-невротической или астено-депрессивной симптоматики; ускорение

процессов адаптации к новым условиям труда, внешней среды; ускорение процессов реабилитации после воздействий, вызывающих развитие хронической усталости и экстремальных факторов. Более чем у 80 % больных, страдающих атопическим дерматитом, заболевание развивается после стрессорных воздействий, а в клинической картине наблюдаются различные психовегетативные расстройства. Так, при обследовании больных хроническими дерматозами, включая атопический дерматит, методами спектрального анализа сердечного ритма и вызванного кожного потенциала (ВКВП) были выявлены вегетативные расстройства, проявляющиеся повышенной эрготропной и трофотропной активностью вегетативных центров в состоянии покоя с избыточным вегетативным обеспечением деятельности и нарушением вегетативных рефлексов. Данные расстройства носят неспецифический характер и очевидно отражают нарушение процесса адаптации с истощением функциональных резервов организма. Лечение таких пациентов требует комплексного подхода, поэтому терапия больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса должна включать коррекцию психовегетативных расстройств.

Основными направлениями применяемой психотерапии психоэмоциональных нарушений у больных атопическим дерматитом являются:

- 1) психофармакотерапия;
- 2) психологическая коррекция;
- 3) транскраниальная электростимуляция.

Психофармакотерапия осуществляется по трем основным направлениям в зависимости от механизма регулирующего воздействия.

Первое направление связано с использованием психофармакологических средств для снижения вызванной стрессом чрезмерной возбудимости подкорковых структур, уменьшения активности ЦНС и нормализации нейромедиаторного обмена. Это достигается применением транквилизирующих препаратов различного действия (грандаксин, фенибут, пирроксан, атаракс), нейролептиков (эглонил, сонапакс), антидепрессантов (тритико, иксел, леривон).

Второе направление преследует цель повышения возбудимости ЦНС, находящейся в угнетенном состоянии вследствие утомления, связанного с нагрузками и заболеванием. В этих случаях назначаются психостимуляторы и тонизирующие препараты (этимизол, энерион, ладастен, ацефен, бромантан, кордиамин, экстракт элеутерококка, китайский лимонник).

Третье направление – использование препаратов, действующих преимущественно через метаболические звенья, обеспечивая экономичность их функционирования. Этой задаче

в наибольшей мере отвечают актопротекторы, ноотропы, антигипоксанты, адаптогены, витамины, мелатонин (бемитил, энцефабол, пирацетам, глиатилин, церетон, церебролизин, яктон, олифен, гипоксен, элеутерококк, женьшень, мильгамма, мелатонин) и психоэнергизаторы (меклофеноксат, тонибрал, мефексамид, деанол, адеметионин). Препараты метаболического действия не имеют выраженного прямого психотропного эффекта, требуют достаточно продолжительного применения, однако действие их более устойчиво, продолжительно и сопровождается комплексом благоприятных сдвигов в физиологических, биохимических, иммунных системах. Это способствует повышению резистентности организма к широкому спектру неблагоприятных условий, коррекции утомления, повышения адаптационных резервов у дерматологических пациентов.

В комплексном лечении больных атопическим дерматитом применяются такие препараты как:

– грандаксин, фенибут, пирроксан, атакс, афобазол – «дневные» транквилизаторы, оказывающие выраженное стресспротекторное, вегеторегилирующее действие, противотревожный и антидепрессивный эффекты;

– эглонила, сонапакс – атипичные нейролептики, оказывающие «регулирующее» влияние на ЦНС, антидепрессивный и стимулирующий эффекты;

– антидепрессанты:

триттико – ингибитор обратного захвата серотонина, оказывающий антидепрессивное действие и нормализующий сон-эффект;

иксел – антидепрессант самого широкого действия, с минимальными побочными эффектами, устраняющий дефицит нейропластичности.

Ниже приводится классификация групп препаратов, действующих на ЦНС посредством различных механизмов:

1. Препараты, блокирующие нейрональный захват нейромедиаторов (неизбирательного действия), блокирующие нейрональный захват серотонина и норадреналина (трициклические антидепрессанты: имипрамин гидрохлорид (мелипрамин, имизин), амитриптилина гидрохлорид (малеат), пипофезин дигидрохлорид (азафен), кломипрамина гидрохлорид (анафранил), мапротилин (людимила) и избирательного действия (блокирующие нейрональный захват серотонина: флуоксетина гидрохлорид (прозак), флувоксамин, тразодон (азона), блокирующие нейрональный захват преимущественно норадреналина (мапротилин (людимила), средства других групп (вилоксазин, фепросидина гидрохлорид (сиднофен), цефедрин гидрохлорид, буспирон).

2. Нормотимические средства (препараты лития: лития карбонат, лития оксибутират, лития никотинат).

3. Ноотропные средства (препараты ГАМК и ее производных (гамма-аминомасляная кислота (аминалон, гаммалон), натрия оксибутират (ГОМК), фенибут гидрохлорид, пикамилон, гомопантеновая кислота и ее SA-соль (пантогам), препараты других групп (производные оксипирролидона (анирацитам, пирацетам, оксирацетам), производные аминоэтанола (деанор, ацефен, лифексамид), пептиды (лизин-вазопрессин), актопротекторы (бемитил, энцефабол), прочие (тонибрал, энцефабол), комбинированные препараты (фезам (пирацетам+циннаризин), ороцетам (пирацетам+оротовая кислота), диапирам (пирацетам+диазепам).

4. Средства, стимулирующие ЦНС (психомоторные стимуляторы (непрямые адреномиметики: амфетамин сульфат (фенамин, бензедрин), метилфенидина гидрохлорид (меридил, центедрим), блокаторы аденозиновых рецепторов и ингибиторы фосфодиэстеразы (кофеин, кофеин-натрия бензоат), актопротекторы (бемитил), других групп (модафинил, бромантан); аналептики (дыхательные аналептики (этимизол, бемеград (агипнон), лобелина гидрохлорид (лобесил), цитизин (цитинон, табекс), анабазина гидрохлорид (гамибазин), кардиально-сосудистые аналептики: некетамида (кордиамин), смешанного действия (камфора, сульфокамфокаин, пентетразол (коразол); общетонизирующие средства и адаптогены (препараты растений с преимущественным общетонизирующим действием (лимонник китайский, рапонтикум сафлоровидный (левзея) экстракт жидкий, аралия маньчжурская настойка корня, сапарал (из аралии), препараты растений с общетонизирующим и адаптогенным действием (женьшень настойка корня («Биоженьшень»), элеутерококк колючий жидкий экстракт, родиола розовая жидкий экстракт, эхинопанакс высокий (заманиха) настойка); животные препараты (пантокрин, рантарин) [6, 9, 11].

Психологическая коррекция. Целью применения психологической коррекции является оптимизация психических функций, функционального состояния человека, отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей. Наиболее известными психокоррекционными методиками, являются рациональная психотерапия, логотерапия, психология самореализации, позитивная психотерапия, когнитивная терапия, рационально-эмотивная психотерапия, психотерапия «здравым

смыслом», патогенетическая психотерапия, основанная на теории отношений личности В.Н. Мясищева, аутотренинг, поведенческая терапия, нейролингвистическое программирование, психодрама, трансактный анализ, биологическая обратная связь, суггестивные, психоаналитические, поведенческие, феноменологически-гуманистические методики, используемые в индивидуальной и групповой формах. Выбор конкретной методики зависит от характера и уровня психологических нарушений, индивидуально-психологических особенностей пациента и врача. В комплексном лечении больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса, применяется курс занятий по системной поведенческой психотерапии, включающей в себя наиболее эффективные элементы большинства основных психокоррекционных методик. Психотерапевтические техники направлены на изменение основных пяти аспектов поведения, рассмотренных в трудах И.М. Сеченова, И.П. Павлова, А.А. Ухтомского и Л.С. Выготского. Устранение хронического мышечного напряжения, спонтанность и естественность дыхательных актов, торможение перцепции времени и пространства, торможение дезадаптивных динамических стереотипов и формирования, благодаря этому, других, способствующих адаптации человека, дезактуализация прогнозов, требований, объяснений, инаковость поведения субъекта, идентичность субъекта своей социальной роли, иерархичность ролевых отношений [7, 8, 11].

Транскраниальная электростимуляция (ТЭС). Аппаратами ТЭС проводится стимуляция прямоугольными электрическими импульсами тока частотой 77 Гц и длительностью $3,75 \pm 0,25$ мс в сочетании с постоянной составляющей тока 2 мА. При транскраниальной электростимуляции происходит воздействие на антиноцицептивные структуры головного мозга. Помимо опиоидэргического, активируются также серотонинэргический и холинэргический механизмы регуляции функций головного мозга. В результате формируются антистрессовый, анальгетический, вегеторегулирующий, иммуномодулирующий, антиаллергический,

противозудный и репаративно-регенеративный лечебные эффекты ТЭС [5].

Анализ динамики психологического состояния, состояния вегетативной нервной системы, индексов тяжести течения атопического дерматита (SCORAD), дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) больных атопическим дерматитом, истинной экземой, псориазом в процессе лечения, согласно исследованию, проведенному группой ученых А.В. Сухаревым, Р.Н. Назаровым, Е.С. Савченко, Г.Д. Елисеевым свидетельствует о достоверно большей эффективности комплексного лечения, что позволяет сократить сроки лечения на 5–7 дней.

При анализе отдаленных результатов в течение года частота обострений в группах комплексного лечения в 1,5–2 раза ниже, чем в группах традиционной терапии [7].

Выводы

1. Атопический дерматит является по сути психосоматическим заболеванием, так как обострение его может быть спровоцировано психогенными факторами.

2. Психотерапия является основой современной стратегии комплексного лечения больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса, а модель комплексного лечения больных данной категории демонстрирует свою эффективность и может быть предложена для внедрения в стационарах дерматологического профиля.

3. Пациентов, страдающих атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса можно разделить по психоэмоциональному профилю на два типа: психотический и невротический. Психотерапевтическая тактика ведения двух этих групп различна.

4. Для улучшения качества жизни больных, страдающих атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса, было бы целесообразным внедрение практики психолого-психиатрического тестирования на приеме врачами-дерматологами (краткое анкетирование) с целью выявления больных, требующих направления на консультирование и коррекцию врачами-психиатрами и психотерапевтами.

Список литературы

1. Адашкевич, В. П. *Кожные и венерические болезни* / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. – М.: Мед. лит., 2006. – 659 с.
2. *Аллергология и иммунология. Национальное руководство* / под общ. ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 650 с.
3. Арсеньева, А. А. *Оптимизация лечения больных атопическим дерматитом с нарушением психоэмоционального статуса*: автореф. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.01.10 / Арсентьева Антонина Александровна. – М., 2014. – 135 с.
4. *Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский Национальный согласительный документ* / под общ. ред. Р. М. Хаитова, А. А. Кубановой. – М., 2002. – Кн. 1. – 192 с.
5. *Введение в психосоматическую дерматологию*: учеб.-метод. рекомендации / А. В. Сухарев, Р. Н. Назаров, А. В. Стаценко, О. И. Бондарь. – СПб., 2006. – 39 с.
6. Гончаров, С. В. *К вопросу о комплексном обследовании и лечении больных кожным зудом, атопическим дерматитом и нейродермитом с применением антидепрессан-*

тов / С. В. Гончаров, Е. В. Пастернак, А. С. Чепрасова // *Вестн. морской медицин.* – 2018. – № 1. – С. 84–93.

7. Дороженко, И. Ю. Современные аспекты применения психотропных препаратов в дерматологической практике / И. Ю. Дороженко, А. Н. Львов, С. И. Бобко // *Рос. журн. кожных и венер. болезней.* – 2011. – № 1. – С. 20–25.

8. Коррекция психоэмоциональных расстройств в процессе комплексного лечения больных хроническими дерматозами / А. В. Сухарев, Р. Н. Назаров, Е. С. Савченко, Г. Д. Елисеев // *Вестн. Нац. медико-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова.* – 2012. – Т. 7. – С. 2. – С. 109–111.

9. Коррекция психоэмоционального и кожного статуса больных некоторыми хроническими дерматозами / К. Я. Терешин, Н. П. Панюшкина, А. Л. Толоконникова, С. Ф. Воропаев // *Дальневост. мед. журн.* – 2015. – № 1. – С. 56–58.

10. Курпатов, А. В. Руководство по системной поведенческой психотерапии / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2006. – 576 с.

11. Самцов, А. В. Кожные и венерические болезни / А. В. Самцов, В. В. Барбинов. – СПб. : ЭЛБИ, 2002. – 314 с.

12. Согласительный документ WAO-AKIA-GA2LEN по молекулярной диагностике // *Рос. журн.* – 2013 : прил. – 20 с.

13. Транскраниальная электростимуляция: экспериментально-клинические исследования / под ред. В. П. Лебедева. – СПб., 2001. – 528 с.

14. Уровень тревожности и дерматологический индекс качества жизни больных атопическим дерматитом / Е. В. Орлов, Л. И. Мостовая, П. Е. Коннов, А. А. Арсеньева // *Рос. журн. кожных и венер. болезней.* – 2014. – № 3. – С. 48–51.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-43-48
УДК 614.88:616-083.98-052

Вовлеченность пациента в оказание самопомощи при неотложных состояниях (лекция для средних медицинских работников)

М. Ю. Кунгурцева, Е. В. Неврычева

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК;
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zlatoid2009@mail.ru

Involvement of the patient in the provision of self-help in emergency conditions (lecture for nurses)

M. Yu. Kungurtseva, E. V. Nevrycheva

¹Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia;
zip code: 680009; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zlatoid2009@mail.ru

Профилактическое консультирование выступает как одна из эффективных технологий, призванных обучать основам здорового образа жизни (ЗОЖ), порядке действий в случае возникновения жизнеугрожающих состояний и адресной помощи в формировании мотивации к ЗОЖ и коррекции выявленных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. В статье даны материалы, которые помогут фельдшеру ФАПа, кабинета доврачебного осмотра, здравпункта провести консультирование пациентов по вопросам оказания первой помощи в виде само- и взаимопомощи при жизнеугрожающих состояниях.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, жизнеугрожающие состояния, первая помощь при неотложных состояниях.

Preventive counseling acts as one of the effective technologies designed to teach the basics of a healthy lifestyle, the procedure for dealing with life-threatening conditions, and targeted assistance in shaping motivation for a healthy lifestyle and correcting identified risk factors for chronic non-communicable diseases. The article provides materials that will help the paramedic, the rural health post, the pre-medical examination room, the health center to consult patients on first aid in the form of self-and mutual assistance in life-threatening conditions.

Key words: chronic non-communicable diseases, life-threatening conditions, first aid in emergency situations.

Вовлечение пациента в лечебный процесс, формирование позиции активного участника мероприятий, в том числе по спасению собственной жизни – важное условие своевременного оказания первой помощи.

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) представляют серьезную медицинскую и социальную проблему, являясь значимой причиной смертности и выхода на инвалидность среди населения нашей страны. Патология сердечно-сосудистой системы (ИБС, АГ, нарушения сердечного ритма и проводимости, ХСН), органов дыхания (ХОБЛ, бронхиальная астма, новообразования), желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, ЖКБ, хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, новообразования), болезни мочевыделительной системы (МКБ, ХБП, новообразования) и многие другие патологии ежегодно уносят жизни сотен тысяч пациентов.

В нашей стране до 80 % смертей от ИБС и до 60 % от цереброваскулярных заболеваний происходит вне медицинских организаций: дома, на работе, на даче, в общественных местах. Значительная часть таких событий происходит скоропостижно или по механизму внезапной смерти.

Статистика показывает, что многие больные (или их родственники) поздно вызывают врача скорой медицинской помощи, что резко снижает вероятность спасения.

При овладении необходимыми навыками оказания первой помощи в форме само- или взаимопомощи (со стороны людей, окружающих человека, оказавшегося в таком критическом состоянии) можно спасти жизнь больного.

Известно, что в 30–50 % случаев жизнеугрожающее осложнение может быть первым проявлением этих заболеваний (осложнений). Информация будет полезной практически всем людям, поскольку каждый может оказаться

в ситуации, когда будет необходимым оказание экстренной помощи до прибытия бригады скорой медицинской помощи (СМП).

В процессе оказания медицинской помощи в стационаре или поликлинике всем медицинским работникам необходимо проводить профилактическое консультирование о плане действий в случае возникновения urgentных состояний, в первую очередь, для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, для пациентов с высоким и очень высоким риском их развития, а также для их родственников и близких.

Приведенные в лекции алгоритмы неотложной само- и взаимопомощи опубликованы в Методических рекомендациях по практической реализации приказа Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», Москва, 2019 (Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Ипатов П.В., Егоров В.А., Иванова Е.С., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Бойцов С.А., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В.).

Профилактическое консультирование является эффективной технологией, призванной обучать основам здорового образа жизни (ЗОЖ), порядку действий в случае возникновения жизнеугрожающих состояний и коррекции выявленных факторов риска ХНИЗ.

Формы, показания и способы проведения профилактического консультирования также определены в приказе № 124н и подразделяются на:

- а) разъяснение пациентам с факторами риска ХНИЗ мер по их снижению;
- б) краткое профилактическое индивидуальное консультирование;
- в) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование;
- г) групповое углубленное профилактическое консультирование (школы пациентов).

Особенностью каждого вида профилактического консультирования является обязательное соблюдение принципов эффективного профилактического консультирования (информирование, обучение, мотивирование).

Для повышения результативности профилактического консультирования рекомендуется дополнить устные советы и рекомендации медицинского работника письменными, для чего могут быть использованы **специальные памятки**, разработанные специалистами ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России.

В основу любого вида профилактического консультирования при отсутствии медицинских

противопоказаний или особых ситуаций положены рекомендации профессиональных сообществ и рекомендации ВОЗ по здоровому образу жизни и профилактике основных ХНИЗ. При наличии ХНИЗ приводятся уточнения рекомендаций в зависимости от индивидуальных медицинских показаний и уровней факторов риска пациента.

Таким образом, вовлечение пациента в лечебный процесс и формирование позиции активного участника мероприятий, в том числе по спасению собственной жизни, – важное условие своевременного оказания первой помощи и предупреждения фатальных осложнений хронических неинфекционных заболеваний, особенно сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии.

Первая помощь при сердечном приступе

Характерные признаки (симптомы) сердечного приступа (инфаркта миокарда):

- внезапно (приступообразно) возникающие давящие, сжимающие, жгущие, ломящие боли в грудной клетке (за грудиной) продолжающиеся более 5 минут;
- аналогичные боли часто наблюдаются в области левого плеча (предплечья), и/или левой лопатки, и/или левой половины шеи и нижней челюсти, и/или обоих плеч, и/или обеих рук, и/или нижней части грудины вместе с верхней частью живота;
- нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто возникают вместе, иногда следуют за или предшествуют дискомфорту/болям в грудной клетке;
- нередко указанные проявления болезни развиваются на фоне физической или психоэмоциональной нагрузки, но чаще с некоторым интервалом после них.

Алгоритм неотложных действий при сердечном приступе (памятка для пациента)

Если у Вас или кого-либо внезапно появились вышеуказанные характерные признаки сердечного приступа даже при слабой или умеренной их интенсивности, которые держатся более 5 минут, не задумывайтесь, сразу вызывайте бригаду скорой медицинской помощи. Не выжидайте более 10 минут: в такой ситуации – это опасно для жизни.

Помните, что состояние алкогольного опьянения в этой смертельно опасной ситуации не является разумным доводом для откладывания вызова скорой помощи.

Если у Вас появились симптомы сердечного приступа и нет возможности вызвать скорую

помощь, то попросите кого-нибудь довезти Вас до больницы – это единственное правильное решение. Никогда не садитесь за руль сами, за исключением полного отсутствия другого выбора. В наиболее оптимальном варианте при возникновении сердечного приступа необходимо следовать инструкции, полученной от лечащего врача, если такой инструкции нет, то необходимо действовать согласно **следующему алгоритму**:

- сразу после возникновения приступа сесть (лучше в кресло с подлокотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем, принять 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (одну ингаляционную дозу распылить в полость рта при задержке дыхания, одну таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать); освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно);

- если через 5–7 минут после приема ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и нитроглицерина боли сохраняются необходимо в обязательном (**жизнеспасающем**) порядке вызвать бригаду скорой медицинской помощи и второй раз принять нитроглицерин;

- если через 10 мин. после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин;

- если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая слабость, потливость, одышка, необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т. п.), выпить 1 стакан воды и далее, как и при сильной головной боли, нитроглицерин не принимать;

- если больной ранее принимал лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

Внимание! Больному с сердечным приступом категорически запрещается вставать, ходить, курить и принимать пищу до особого разрешения врача.

Нельзя принимать аспирин (ацетилсалициловую кислоту) при его непереносимости (аллергические реакции), а также при явном обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

Нельзя принимать нитроглицерин при резкой слабости, потливости, а также при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

Первая помощь при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК)

Основные признаки (симптомы) острого нарушения мозгового кровообращения:

- онемение, слабость «непослушность» или паралич (обездвиживание) руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и/или слюнотечение на одной стороне;

- речевые нарушения (затруднения в подборе нужных слов, понимания речи и чтения, невнятная и нечеткая речь, до полной потери речи);

- нарушения или потеря зрения, «двоение» в глазах, затруднена фокусировка зрения;

- нарушение равновесия и координации движений (ощущения покачивания, проваливания, вращения тела, головокружения, неустойчивая походка вплоть до падения);

- необычная сильная головная боль (нередко после стресса или физического напряжения);

- спутанность сознания или его утрата, неконтролируемое мочеиспускание или дефекация.

При внезапном появлении любого из этих признаков **срочно вызывайте бригаду скорой медицинской помощи**, даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут.

Алгоритм неотложных действий при ОНМК (памятка для пациента)

1. Срочно вызывайте бригаду скорой медицинской помощи, даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут.

2. До прибытия бригады скорой медицинской помощи:

- если больной без сознания положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит;

- если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное сидячее или полусидячее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротник рубашки, ремень, пояс, снимите стесняющую одежду;

- измерьте артериальное давление, если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше;

- измерьте температуру тела. Если $t=38^{\circ}\text{C}$ или более, проверьте сохранность акта глотания (глотает слюну и свободно проглатывает столовую ложку воды) и дайте больному 1 г парацетамола (2 таблетки по 0,5 г разжевать,

проглотить), **(при отсутствии парацетамола других жаропонижающих препаратов не давать!);**

- положите на лоб и голову лед, можно взять продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты и обернутые полотенцем;

- если больной ранее принимал лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному обычную разовую дозу;

- если пострадавшему трудно глотать и у него капает слюна изо рта, наклоните его голову к более слабой стороне тела, промокайте стекающую слюну чистыми салфетками (жидкость, пищу и лекарства не давать);

- если пострадавший не может говорить или его речь невнятная, успокойте его и ободрите, заверив, что это состояние временное. Держите его за руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа. Помните, что, хотя пострадавший и не может говорить, он осознает происходящее и слышит все, что говорят вокруг.

Первая помощь при гипертоническом кризе

Гипертонический криз – это состояние, проявляющееся высоким артериальным давлением (АД) (систолическое или «верхнее» АД, как правило, более 180 мм рт. ст.; диастолическое или «нижнее» АД – более 100 мм рт. ст.) и следующими основными симптомами:

- головной болью, чаще в затылочной области, или тяжестью и шумом в голове;

- мельканием «мушек», пеленой или сеткой перед глазами;

- тошнотой, чувством разбитости, переутомления, внутреннего напряжения;

- одышкой, слабостью, постоянными монотонными ноющими болями/дискомфортом в области сердца, иногда появлением или нарастанием пастозности/отечности кожи лица, рук, ног.

Алгоритм неотложных действий при гипертоническом кризе (памятка для пациента)

При появлении симптомов гипертонического криза, необходимо:

- убрать яркий свет, обеспечить покой, доступ свежего воздуха (расстегнуть ворот рубашки, проветрить помещение и т. п.);

- измерить артериальное давление и, если его «верхний» уровень выше или равен

160 мм рт. ст., принять гипотензивный препарат, ранее рекомендованный врачом. При отсутствии рекомендованного врачом гипотензивного препарата или при регистрации уровня АД выше 200 мм рт. ст. необходимо срочно вызвать скорую помощь;

- до прибытия скорой медицинской помощи необходимо, по возможности, сесть в кресло с подлокотниками и принять горячую ножную ванну (опустить ноги в емкость с горячей водой).

Внимание!!! Больному с гипертоническим кризом запрещаются любые резкие движения (резко вставать, садиться, ложиться, наклоняться), сильно тужиться и любые физические нагрузки. Через 40–60 минут после приема лекарства, рекомендованного врачом, необходимо повторно измерить АД и, если его уровень не снизился на 20–30 мм рт. ст. от исходного и/или состояние не улучшилось, срочно вызывайте скорую помощь.

При беседе с врачом необходимо уточнить, какие препараты вам необходимо принимать при развитии гипертонического криза, четко записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях болезни вам необходимо срочно вызывать скорую медицинскую помощь.

Всем больным с гипертонической болезнью необходимо сформировать индивидуальную мини-аптечку первой помощи при гипертоническом кризе и постоянно носить ее с собой, так как гипертонический криз может развиваться в любое время и в любом месте.

Чему необходимо обучить пациента при углубленном профилактическом консультировании?

1. Мерам самопомощи при гипертоническом кризе.

2. Правилам измерения артериального давления (нормативы, целевые уровни АД, в том числе и с учетом возраста пациента и особенностей течения заболевания).

3. Режиму самоконтроля артериального давления в домашних условиях.

Первая помощь при острой сердечной недостаточности

Острая сердечная недостаточность (ОСН) – это тяжелое патологическое состояние, которое развивается у больных с различными заболеваниями сердца и гипертонической болезнью. Это одна из наиболее частых причин вызова скорой помощи и госпитализации больных, а также смертности населения нашей страны и всего мира.

Основными проявлениями (симптомами) острой сердечной недостаточности являются:

- тяжелое, частое (более 24 в мин.), шумное дыхание – одышка, иногда достигающая степени удушья, с преимущественным затруднением вдоха и явным усилением одышки и кашля в горизонтальном положении. Сидячее положение или лежащее положение с высоко поднятым изголовьем облегчает состояние больного;

- часто при дыхании становятся слышны влажные хлюпающие хрипы/звуки, прерываемые кашлем, в терминальной стадии дыхание приобретает характер клокочущего с появлением пены у рта больного;

- характерная сидячая поза больного, упирающегося прямыми руками в колени или в сидение (для облегчения дыхания).

Острая сердечная недостаточность развивается достаточно быстро и в течение 30–60 минут может привести к смерти больного. В большинстве случаев от первых клинических признаков до тяжелых проявлений ОСН проходит 6–12 и более часов, однако без медицинской помощи большинство больных с ОСН погибает.

Алгоритм неотложных действий при острой сердечной недостаточности (памятка пациентам)

При появлении у больных гипертонической болезнью или болезнью сердца (но не легких и не бронхов) вышеуказанных симптомов ОСН необходимо:

- **вызвать скорую медицинскую помощь;**

- придать больному сидячее положение, лучше в кресле с подлокотниками, на которые он может опираться и включать межреберные мышцы в акт дыхания;

- обеспечить физический и психоэмоциональный покой, комфортную температуру и свежий воздух путем проветривания помещения;

- ноги опустить в большую емкость (таз, бак, ведро и др.) с горячей водой;

- в крайне тяжелых случаях на ноги в области паха накладываются жгуты, передавливающие поверхностные вены, но не глубокие артерии, что уменьшает приток крови к сердцу и тем самым облегчает его работу.

При наличии опыта у больного или у лица, оказывающего первую помощь по применению нитроглицерина, его назначают в дозе 0,4 (0,5) мг (ингаляцию в полость рта производят под корень языка, таблетку/капсулу кладут под язык, капсулу необходимо предварительно

раскусить, не глотать). При улучшении самочувствия больного после применения нитроглицерина, его применяют повторно через каждые 10–15 минут до прибытия бригады скорой медицинской помощи. При отсутствии улучшения самочувствия больного после очередного приема нитроглицерина, его больше не применяют.

Внимание! Больному с ОСН необходимо исключить все физические нагрузки, категорически запрещается ходить, курить, пить воду и принимать жидкую пищу до особого разрешения врача.

Нельзя принимать нитроглицерин при артериальном давлении менее 100 мм рт. ст., при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений!!!

Всем больным гипертонической болезнью или болезнью сердца с наличием одышки и отеков на ногах необходимо обсудить с лечащим врачом, какие препараты принимать при развитии ОСН, четко записать их наименование, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача, при каких проявлениях болезни срочно вызывать скорую медицинскую помощь. Каждому такому больному нужно сформировать индивидуальную аптечку первой помощи при ОСН и постоянно иметь ее при себе.

Первая помощь при внезапной смерти (советы очевидцам)

Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие прекращения сердечной деятельности.

Основные признаки (симптомы) внезапной смерти:

- внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся агональными движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко наблюдаются судорожное напряжение мышц, непроизвольное мочеиспускание и дефекация; лежащий человек иногда предпринимает судорожную попытку сесть или повернуться на бок);

- внезапное полное прекращение дыхания, часто после короткого периода (5–10 секунд) агонального псевдодыхания больной издает хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судорожную попытку что-то сказать.

Алгоритм неотложных действий очевидцев внезапной смерти человека:

- если человек внезапно потерял сознание, **сразу же вызывайте бригаду скорой медицинской помощи!!!** (при наличии рядом других людей – они вызывают скорую помощь). Далее встряхните пациента за плечо и гром-

ко спросите: «Что с вами?». При отсутствии ответа проводится активное похлопывание по щекам больного, при отсутствии какой-либо реакции сразу же приступайте **к закрытому массажу сердца**.

- Больного укладывают на жесткую ровную поверхность (пол, земля, ровная твердая площадка и тому подобные места, но не на диван, кровать, матрас и прочие мягкие поверхности), освобождают от одежды переднюю часть грудной клетки. Определяют местоположение рук на грудной клетке больного. Прямыми руками (не согнутыми в локтях) производится энергичное ритмичное сдавливание грудной клетки пострадавшего на глубину 5 см с частотой 100 надавливаний на грудную клетку в минуту;

- При появлении признаков жизни (любые реакции, мимика, движения или звуки, издаваемые больным), массаж сердца необходимо прекратить. При исчезновении указанных признаков жизни массаж сердца необходимо возобновить. Остановки массажа сердца должны быть минимальными – не более 5–10 секунд. При возобновлении признаков жизни массаж сердца прекращается, больному обеспечивается тепло и покой. При отсутствии признаков жизни массаж сердца продолжается до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

Если человек, оказывающий первую помощь, имеет специальную подготовку и опыт по проведению сердечно-легочной реанимации, он может параллельно с закрытым массажем сердца проводить и искусственную вентиля-

цию легких. **При отсутствии специальной подготовки проводить больному искусственную вентиляцию легких и определение пульса на сонной артерии не следует**, так как специальные научные исследования показали, что такие процедуры в неопытных руках ведут к недопустимой потере времени и резко уменьшают частоту оживления больных с внезапной остановкой сердца.

Помните, что:

- только вызванная в первые 10 минут от начала сердечного приступа или ОНМК скорая медицинская помощь позволяет в полном объеме использовать современные высокоэффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смертность от этих заболеваний;

- ацетилсалициловая кислота (аспирин) и нитроглицерин, **принятые в первые минуты**, могут предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшают риск смерти от него;

- состояние алкогольного опьянения **не является разумным основанием для задержки вызова бригады скорой помощи** при развитии сердечного приступа и острого нарушения мозгового кровообращения – около 30 % лиц, внезапно (в течение часа от появления симптомов) умерших на дому, находились в состоянии алкогольного опьянения;

- закрытый массаж сердца, проведенный **в первые 60–120 секунд** после внезапной остановки сердца, позволяет вернуть к жизни до 50 % больных.

Литература

1. Клинические рекомендации. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы : утв. 2020 / Ассоц. сердечно-сосудистых хирургов России, Общерос. обществ. орг. «Российское кардиологическое общество». – М., 2020. – 109 с.
2. Клинические рекомендации. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы : утв. 2020 / Общерос. обществ. орг. «Российское кардиологическое общество», Ассоц. сердечно-сосудистых хирургов России. – М., 2020. – 157 с.
3. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых : утв. 2020 / Общерос. обществ. орг. «Российское кардиологическое общество». – М., 2020. – 136 с.
4. Клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца : утв. 2020 / Общерос. обществ. орг. «Российское кардиологическое общество». – М., 2020. – 50 с.
5. Методические рекомендации по практической реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» / О. М. Дряпкина, Л. Ю. Дроздова, А. М. Калинина и др. – М., 2019.
6. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями : приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации № 918н от 15.11.2012 : (с изм. и доп. от 22 февраля 2019 г.).
7. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения : приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации № 124н от 13.03.2019.
8. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми : приказ М-ва здравоохранения РФ № 173н от 29.03.2019.
9. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) : приказ М-ва здравоохранения РФ № 404н от 01.07.2015.
10. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы) : приказ М-ва здравоохранения РФ № 405н от 1.07.2017.
11. Стандарт медицинской помощи больным эссенциальной первичной артериальной гипертензией (при оказании специализированной помощи) : утв. приказом М-ва здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации № 419 от 13.06.2007.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-49-56
УДК 616.3:[61:316](571.620)

Патология органов пищеварения как индикатор социального благополучия населения Хабаровского края

К. П. Топалов¹, Е.К. Скоромец², Т.Г. Трембач³

¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК; 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская 9, тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipks.khv.ru

²ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет», 680035, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 136, тел.: +7 (4212) 76-85-00; e-mail: mail@pnu.edu.ru

³КГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», 680000, г. Хабаровск, ул. Истомина, 51, тел.: +7 (4212) 91-01 90; e-mail: mail@miac.medkhv.ru

Pathology of the digestive system as an indicator of social well-being of the population of the Khabarovsk Krai

К. P. Topalov¹, E. K. Skoromets², T. G. Trembach³

¹Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipks.khv.ru

²Far Eastern State Medical University under Health Ministry of Russia, 35 Muravyov-Amursky Street, 680000, Khabarovsk, Russia; phone: +7 (4212) 76-13-96; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

³Medical Information and Analytical Center, 51 Istomin Street, 680000, Khabarovsk, Russia; phone: +7 (4212) 91-01 90; e-mail: mail@miac.medkhv.ru

В статье представлены данные о состоянии патологии органов пищеварения среди населения Хабаровского края за период 2003–2020 годов. Изучена динамика общей, первичной и госпитальной заболеваемости болезнями органов пищеварения. Обращено внимание на состояние смертности взрослого населения края от патологии желудочно-кишечного тракта, а также от злокачественных новообразований пищеварительного тракта. Дана сравнительная характеристика указанной патологии среди населения Российской Федерации, Дальневосточного федерального округа и Хабаровского края в 2011–2020 годах. Для оценки заболеваемости населения патологией органов пищеварения, распространенности наиболее частых нозологических заболеваний гастроэнтерологического профиля выделены в крае два города (Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре) и муниципальные образования в целом.

Ключевые слова: *общая, первичная и госпитальная заболеваемость патологией органов пищеварения, смертность от болезней органов пищеварения и злокачественных новообразований пищеварительного тракта.*

The article presents data on the state of the pathology of the digestive system among the population of the Khabarovsk Territory for the period 2003–2020. The dynamics of general, primary and hospital morbidity with diseases of the digestive system was studied. Attention is drawn to the state of mortality of the adult population of the region from the pathology of the gastrointestinal tract, as well as from malignant neoplasms of the digestive tract. A comparative description of this pathology among the population of the Russian Federation, the Far Eastern Federal District and the Khabarovsk Krai in 2011–2020 is given. To assess the morbidity of the population with pathology of the digestive system, the prevalence of the most frequent number of nosological diseases of the gastroenterological profile, two cities (Khabarovsk, Komsomolsk-on-Amur) and municipalities as a whole were identified in the region.

Key words: *general, primary and hospital morbidity with pathology of the digestive organs, mortality from diseases of the digestive organs and malignant neoplasms of the digestive tract.*

Пищеварительная система является единственным регулятором благодаря которому человеческий организм получает энергетический баланс, позволяющий обеспечить жизнеспособность человека как личность [1]. Возникающая патология в нормальном функционировании указанной системы сказывается на результатах деятельности человека.

Существенную роль в этих процессах играют воспалительные заболевания пищеварительного тракта, а также злокачественные новообразования, образующиеся преимущественно из слизистой пищеварительной трубки. Для развития названной патологии определенную роль играет *Helicobacter pylori*, которая представлена в виде факторов колонизации,

индукторов иммунных реакций и факторов, ассоциирующихся с развитием заболеваний пищеварительной трубки [3].

Заболеемость населения патологией органов пищеварения, к сожалению, будет расти, так как она в большей степени зависит от социальных условий жизни и личного отношения человека к собственному здоровью. В основе этого роста лежат стрессовые, дискинетические, иммунные, аллергические и метаболические механизмы у пациентов, улучшение диагностических возможностей в медицинских организациях, нарушение людьми нормального образа жизни, отсутствие у них адекватного отношения к соблюдению должного уровня здоровья из-за характерологических особенностей человеческой личности [2].

Особенности функционирования пищеварительной системы как основного поставщика энергетического материала, влияние множества факторов окружающей среды, в том числе социальных, психологических, экономических и эмоциональных на уровень патологии пищеварительного тракта позволили нам высказать мнение о возможности рассматривать оценку состояния работы данной системы в качестве одного из индикаторов социального благополучия населения края [4].

Цели исследования:

1) оценить состояние заболеваемости населения Хабаровского края патологией органов пищеварения и злокачественными новообразованиями пищеварительного тракта в 2003–2020 гг. и смертности от данной патологии;

2) изучить заболеваемость населения Российской Федерации (РФ), Дальневосточного федерального округа (ДФО) и Хабаровского края (ХК) патологией органов пищеварения и злокачественными новообразованиями пищеварительного тракта и смертности от изучаемой патологии;

3) выявить особенности патологии пищеварительного тракта в двух городах (Хабаровске, Комсомольске-на-Амуре) и прочих муниципальных образованиях Хабаровского края.

Материал и методы

Из статистических материалов «Заболеемость населения России» за 2003–2020 годы были взяты абсолютные значения зарегистрированных заболеваний пищеварительной системы среди жителей Хабаровского края различных возрастов. Количество пролеченных больных с патологией желудочно-кишечного тракта было взято из годовых отчетов учреждений Хабаровского края «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (форма 14) за 2003–2020 годы.

Одновременно с этим были взяты абсолютные значения заболеваний указанной патологии среди населения РФ, ДФО и ХК за 2011–2020 годы.

Полученные материалы в абсолютных значениях за 2003–2020 годы подверглись статистической обработке с помощью программы EXCEL, для статистического анализа использованы данные о численности населения по данным Росстата. Население ДФО было пересчитано с учетом присоединения двух регионов – Республики Бурятия и Забайкальского края. Сравнение показателей осуществляли по критерию значимости (t-критерий Стьюдента), достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Для изучения особенностей распространения изучаемой патологии мы выделили два краевых города (Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре) и прочие муниципальные образования, в которых социально-экономическое положение остается практически одинаковым.

При проведении сравнительного анализа полученных результатов использовали выравнивание динамических рядов методом наименьших квадратов.

Результаты обсуждения

За 18 лет (2003–2020 гг.) в ХК общая заболеваемость населения патологией органов пищеварения имеет тенденцию к снижению; ежегодные темпы снижения составили 0,72 %. Первичная заболеваемость населения ХК патологией органов пищеварения за это время ежегодно сокращалась на 3,53 %.

Госпитальная заболеваемость населения края патологией пищеварительного тракта в изучаемый период ежегодно сокращалась на 1,18 %.

В 2020 году все показатели заболеваемости населения ХК патологией органов пищеварения снизились за счет пандемии COVID-19: общая заболеваемость на 8,22 %, первичная – на 28,03 % и госпитальная заболеваемость – на 29,62 % соответственно (рис. 1).

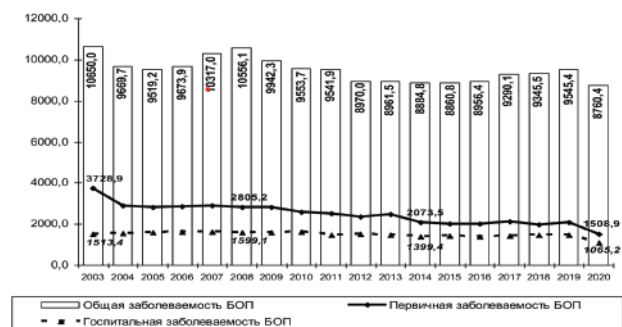


Рис. 1. Динамика общей, первичной и госпитальной заболеваемости болезнями органов пищеварения в Хабаровском крае в 2003–2020 годах на 100 000 населения

**Динамика общей и первичной заболеваемости населения ХК БОП
на 100 000 соответствующего населения**

Годы	Общая заболеваемость БОП			Первичная заболеваемость БОП		
	все население	взрослое	дети 0–17 лет	все население	взрослое	дети 0–17 лет
2003	10650,0	8604,3	18223,4	3728,9	2454,2	8447,6
2004	9276,2	7191,0	17875,7	2732,2	1649,5	7197,7
2005	9519,2	7563,4	17256,5	2802,8	1633,0	7430,8
2006	9673,9	7759,2	17555,0	2869,7	1681,4	7760,9
2007	10317,0	8727,4	17103,5	2885,1	1774,2	7628,2
2008	10556,1	9061,4	17142,6	2805,2	1680,2	7762,4
2009	9942,3	8060,9	18414,9	2825,6	1606,6	8315,0
2010	9641,2	8112,8	16638,1	2591,4	1438,5	7870,2
2011	9541,9	8181,7	15784,3	2523,2	1578,7	6857,5
2012	8970,0	8074,9	13015,4	2351,9	1481,2	6286,7
2013	8961,5	8105,4	12747,8	2454,1	1479,0	6766,4
2014	8884,8	8238,9	11664,9	2073,5	1210,7	5787,4
2015	8860,8	8174,3	11718,8	2018,1	1312,6	4955,3
2016	8956,4	8368,9	11323,2	1997,5	1498,2	4009,4
2017	9290,1	9029,6	10310,5	2133,2	1645,4	4044,3
2018	9345,6	9207,0	9876,0	1950,8	1468,7	3795,1
2019	9545,4	9535,3	9583,0	2096,5	1647,7	3782,8
2020	8760,4	8877,2	8328,7	1508,9	1220,4	2575,6

Между общей и первичной заболеваемостью населения ХК патологией органов пищеварения выявлена сильной силы корреляционная связь – $0,83 \pm 0,034$. Между общей и госпитальной заболеваемостью БОП корреляционная связь составила $0,65 \pm 0,047$.

Формирование патологии органов пищеварения происходит в детском возрасте, что подтверждается нашими медико-социологическими исследованиями. В 3,9 раза первичная заболеваемость детей в возрасте 0–17 лет ($6 158,6 \pm 11,0$ случая на 100 000 детей) превышает заболеваемость среди взрослого населения ($1 584,4 \pm 2,82$ случая на 100 000 взрослых) по данным за 2003–2020 годы (табл. 1).

Медико-социологические исследования показали существенную разницу в госпитальной заболеваемости населения БОП в зависимости от территории оказания гастроэнтерологической помощи. Самая высокая госпитальная заболеваемость БОП оказалась за изучаемый период в городе Комсомольске-на-Амуре ($1 620,5$ случая на 100 000 населения), самая низкая госпитальная заболеваемость БОП оказалась в городе Хабаровске ($869,1$ случая на 100 000 населения). Промежуточный показатель госпитальной заболеваемости БОП зафиксирован в прочих муниципальных образованиях ($1 265,0$ случая на 100 000 населения). Такая разница обусловлена характером обращений населения соответствующих территорий за гастроэнтерологической помощью, состоянием социального благополучия (рис. 2).

Злокачественные новообразования органов пищеварения увеличились в крае в течение 18 лет (2003–2020) на 37,7 % с 97,3 до 134,0 случаев на 100 000 населения. Ежегодные темпы прироста онкологической патологии пищеварительного тракта в крае составили 1,94 %.

Высокая заболеваемость населения края в старшем трудоспособном возрасте злокачественными новообразованиями пищеварительного тракта составила по данным 2003–2020 гг. $342,8 \pm 2,61$ случая на 100 000 населения. Это в 9,1 раза выше заболеваемости злокачественными новообразованиями пищеварительного тракта среди лиц трудоспособного возраста (от 18 лет до старше трудоспособного возраста) – $37,7 \pm 0,51$ случая на 100 000 населения соответственно.

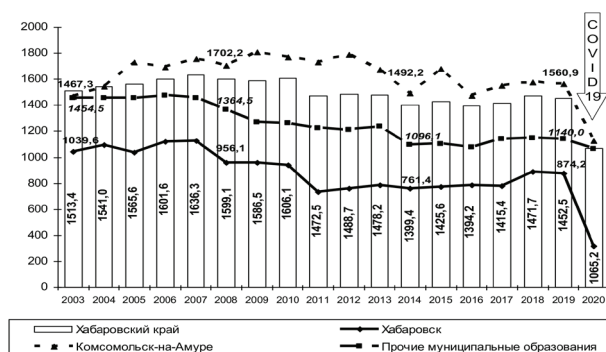


Рис. 2. Динамика госпитальной заболеваемости болезнями органов пищеварения в зависимости от территории оказания гастроэнтерологической помощи в 2003–2020 годах (на 100 000 соответствующего населения)

Ежегодные темпы прироста злокачественными новообразованиями среди лиц старше трудоспособного возраста составили 0,097 %; среди лиц трудоспособного возраста темпы прироста стали отрицательными – 0,44 % соответственно.

Между смертностью населения края от БОП и злокачественными новообразованиями пищеварительного тракта существует средней силы корреляционная связь – $0,62 \pm 0,049$ (рис. 3).



Рис. 3. Динамика смертности взрослого населения Хабаровского края от патологии органов пищеварения и злокачественных новообразований пищеварительного тракта на 100 000 населения

Для изучения места заболеваемости населения ХК БОП, злокачественными новообразованиями органов пищеварения на федеральном и окружном уровнях нами были изучены статистические данные за 2011–2020 годы. Оказалось, что в изучаемом периоде самая высокая общая заболеваемость населения БОП отмечена в ДФО 12 211,0 случая на 100 000 населения, самая низкая – 9 111,6 случая соответственно в Хабаровском крае. РФ занимает промежуточное положение – 11 403,0 случая соответственно.

Распределение общей заболеваемости населения БОП в зависимости от возрастного состава оказалось следующей.

На первом месте общей заболеваемости БОП были зарегистрированы среди подростков их всех возрастных групп населения: 18 003,5, 18 439,3 и 18 814,8 случаев на 100 000 населения соответственно на федеральном, окружном и региональном уровнях. В Хабаровском крае общая заболеваемость БОП была выше остальных показателей.

На втором месте была заболеваемость детского населения в возрасте 0–14 лет: 12 874,4, 14 768,2 и 10 128,2 случаев соответственно.

На третьем месте была заболеваемость населения старше трудоспособных возрастов БОП: 13 991,8, 15 073,0 и 11 053,6 случая соответственно.

Трудоспособное население (от 18 лет до старше трудоспособного возраста) имело низ-

кие показатели заболеваемости БОП: 9 451,6, 9 971,0 и 7 616,9 случаев соответственно.

Направленность изменений динамики распространенности общей патологии органов пищеварения среди жителей РФ и ДФО остается одинаковой; между ними сохраняется высокой силы корреляционная связь – $0,82 \pm 0,072$ соответственно (рис. 4). Имеется корреляционная связь средней силы между общей заболеваемостью населения ДФО и ХК БОП, которая составила $0,51 \pm 0,107$. Общая заболеваемость населения ХК БОП имеет низкую корреляционную связь слабой силы с общей заболеваемостью населения РФ БОП – $0,14 \pm 0,12$.

В изучаемом периоде (2011–2020 гг.) самая высокая первичная заболеваемость населения БОП отмечена в ДФО 4084,7 случая на 100 000 населения, самая низкая – 2 112,6 случая соответственно в Хабаровском крае. РФ занимает промежуточное положение – 3 363,7 случая соответственно.

Распределение первичной заболеваемости населения БОП в зависимости от возрастного состава оказалось следующей.

На первом месте зарегистрирована первичная заболеваемость БОП среди детей в возрасте 0–14 лет на уровне РФ и ДФО: 6 995,7 и 8 431,9 случая на 100 000 соответственно. В ХК на первом месте оказалась первичная заболеваемость БОП среди подростков 15–17 лет: 5 461,5 случая.

На втором месте была заболеваемость подростков 15–17 лет в РФ и ДФО: 6 855,0 и 7 525,0 случаев соответственно. В ХК это место предоставлено детям в возрасте 0–14 лет: 4 710,8 случая на 100 000 соответствующего населения.

На третьем месте была заболеваемость населения трудоспособного возраста (от 18 лет до старше трудоспособного возраста) РФ и ДФО: 2 491,0 и 2 944,5 случая соответственно; в ХК это место предоставлено населению старше трудоспособного возраста – 1 651,3 случая соответственно.

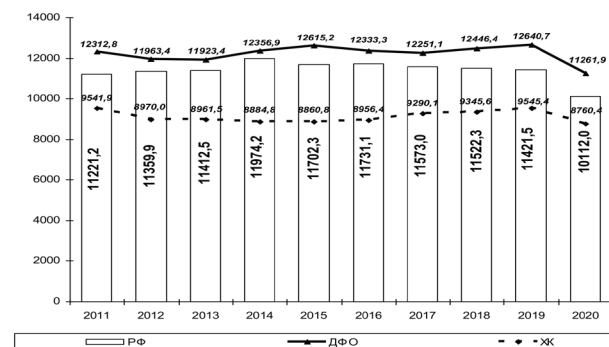


Рис. 4. Динамика общей заболеваемости населения РФ, ДФО и ХК патологией органов пищеварения на 100 000 соответствующего населения

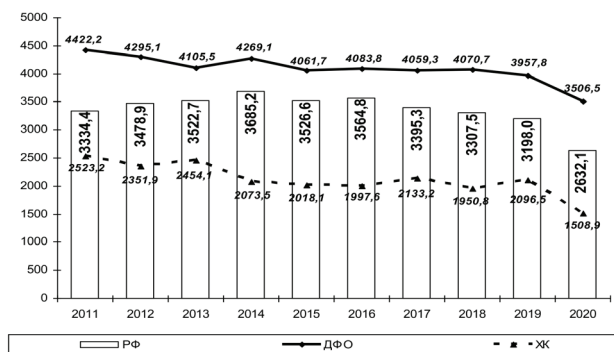


Рис. 5. Динамика первичной заболеваемости населения РФ, ДФО и ХК патологией органов пищеварения на 100 000 соответствующего населения

Население старше трудоспособного возраста в РФ и ДФО имело низкие показатели первичной заболеваемости БОП: 2 443,5 и 2 753,6 случая соответственно. В ХК низкий показатель первичной заболеваемости БОП зарегистрирован среди лиц трудоспособного возраста: 1 378,9 случая.

Направленность изменений динамики первичной патологии органов пищеварения среди жителей РФ и ДФО остается одинаковой; между ними сохраняется высокой силы корреляционная связь – 0,80±0,076 соответственно (рис. 5). Имеется корреляционная связь высокой силы между первичной заболеваемостью населения ДФО и ХК БОП, которая составила 0,85±0,066. Первичная заболеваемость населения ХК БОП имеет корреляционную связь средней силы с первичной заболеваемостью населения РФ БОП: 0,62±0,098.

Изучение первичной заболеваемости населения ХК в зависимости от места проживания и оказания гастроэнтерологической помощи подтвердило мнение, что высокие показатели изучаемой патологии отмечены в г. Комсомольске-на-Амуре за 2011–2020 годы в среднем составили 3 065,9 случая на 100 000 населения, прочие муниципальные образования края – 2 066,2 случая соответственно. В Хабаровске жители болеют БОП впервые гораздо реже – 1 752,7 случая. Следует подчеркнуть, что в Хабаровске в 2017–2020 годы первичная заболеваемость БОП стала выше, чем в прочих муниципальных образованиях (рис. 6).

Такая закономерность сохраняется и в отношении смертности населения ХК от БОП. В среднем за 2011–2020 годы смертность населения края от БОП составила 83,2 случая на 100 000 населения. Самые высокие показатели смертности населения от БОП оказались в Комсомольске-на-Амуре и прочих муниципальных образованиях ХК – 97,5 и 89,0 случая. В Хабаровске эти показатели были самыми

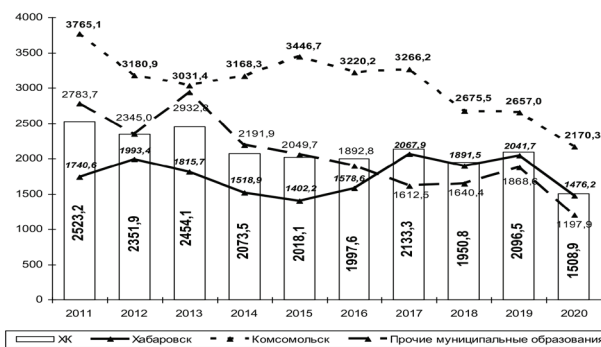


Рис. 6. Динамика первичной заболеваемости населения Хабаровского края болезнями органов пищеварения в зависимости от территории проживания на 100 000 соответствующего населения.

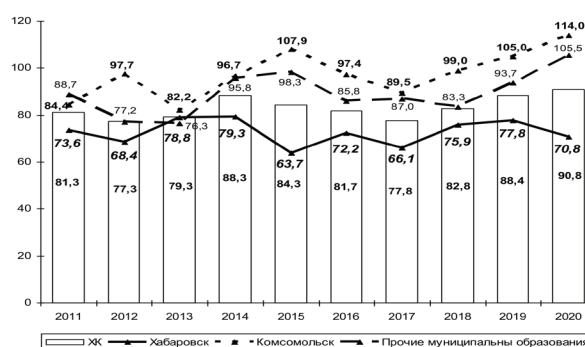


Рис. 7. Динамика смертности населения Хабаровского края от патологии органов пищеварения в зависимости от территории оказания гастроэнтерологической помощи (на 100 000 соответствующего населения)

низкими – 72,6 случая на 100 000 населения (рис. 7).

Смертность населения ХК от злокачественных новообразований пищеварительного тракта в среднем за 2011–2020 годы составила 72,7 случая на 100 000 населения. Высокие показатели смертности населения от данной патологии выявлены в городах Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре – 74,7 и 75,3 случая.

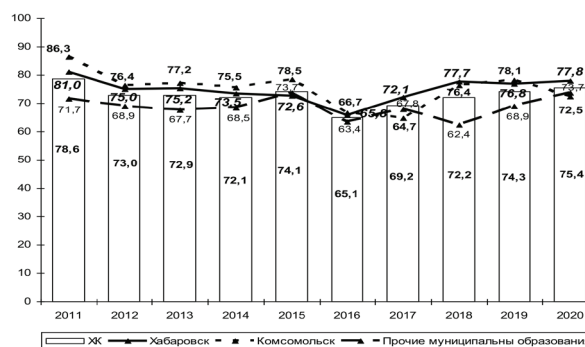


Рис. 8. Динамика смертности населения Хабаровского края от злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта в зависимости от территории оказания онкологической помощи (на 100 000 соответствующего населения)

В прочих муниципальных образованиях этот показатель оказался самым низким – 68,7 случая на 100 000 населения (рис. 8).

Изучение структуры первичной заболеваемости патологией органов пищеварения свидетельствует, что в динамике по пятилетиям показатели заболеваемости по ряду нозологических единиц наблюдается снижение (табл. 2).

Обращает внимание, преобладание заболеваемости гастритами, дуоденитами среди детского населения ХК в возрасте 0–14 лет по сравнению с РФ и ДФО. Подобная закономерность отмечена среди подростков 15–17 лет ХК по сравнению с аналогичным населением РФ и ДФО (табл. 2). В последние 5 лет (2016–2020) среди этого контингента отмечается рост первичной заболеваемости болезнями печени и поджелудочной железы.

Среди взрослого населения ХК в 2016–2020 гг. выросла первичная заболеваемость язвенной болезнью (123,3 случая на 100 000 населения). Она выше, чем в 2016–2020 годах была первичная заболеваемость взрослого населения в РФ и ДФО – 86,5 и 77,3 случая. Подобная закономерность отмечена в отношении гастритов, дуоденитов и болезней печени.

В ХК в 2016–2020 гг. уровень названных заболеваний составил – 457,0 и 97,4 случая на 100 000 населения. В РФ и ДФО в этот период первичная заболеваемость гастритами, дуоденитами и болезнями составили 429,3, 69,5 и 351,2, 73,3 случая соответственно (табл. 2).

Отмеченные нами закономерности сохраняются среди лиц старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет, женщины – старше 55 лет) и лиц трудоспособного возраста. Это касается, прежде всего, язвенной болезни, гастритов, дуоденитов и болезней печени среди жителей ХК этих возрастных групп в 2026–2020 гг. (табл. 3).

Полученные нами данные о первичной заболеваемости населения ХК в 2016–2020 гг. свидетельствуют о необходимости разработки мероприятий по улучшению качества оказания гастроэнтерологической помощи, внедрению рационального питания, соблюдению нормального образа жизни, усилению борьбы с вредными привычками.

Заключение

В Хабаровском крае за 18 лет (2003–2020) снизились показатели общей заболеваемости населения БОП на 8,22 %, при этом ежегод-

Таблица 2

Распространенность первичной заболеваемости патологией органов пищеварения в зависимости от территории проживания и возраста в 2011–2015 и 2016–2020 годах (на 100 000 соответствующего населения)

Показатели	РФ		ДФО		ХК	
	2011–2015	2016–2020	2011–2015	2016–2020	2011–2015	2016–2020
Дети 0–14 лет						
БОП	7957,3	6127,4	9617,4	7319,0	6018,3	3538,8
Язвенная болезнь	13,8	7,6	12,0	8,2	10,6	6,6
Гастрит, дуоденит	858,3	595,7	913,0	579,1	1199,7	821,7
Неинфекц. энтериты, колиты	244,9	166,6	359,6	285,3	206,2	101,8
Болезни печени	16,1	11,1	11,8	14,1	12,6	13,1
Болезни желчного пузыря, протоков	648,6	497,2	875,8	633,3	554,1	392,3
Б-ни поджелудочной железы	72,1	49,0	130,6	92,4	14,0	6,4
Подростки 15–17 лет						
БОП	7664,8	6076,8	8291,9	6766,7	6673,3	4259,8
Язвенная болезнь	97,5	61,3	81,8	58,7	85,2	58,2
Гастрит, дуоденит	1791,6	1481,9	1885,9	1510,5	2216,7	1560,0
Неинфекц. энтериты, колиты	175,2	133,3	197,4	216,8	155,5	133,3
Болезни печени	19,8	16,8	14,1	15,7	12,2	14,8
Болезни желчного пузыря, протоков	789,2	694,1	953,0	832,1	1052,5	594,8
Б-ни поджелудочной железы	98,2	77,6	123,3	129,9	19,9	42,3
Взрослые старше 18 лет						
БОП	2479,2	2473,4	2827,5	2961,1	1413,4	1497,2
Язвенная болезнь	99,0	86,5	84,9	77,3	77,3	123,3
Гастрит, дуоденит	375,3	429,3	345,2	351,2	371,2	457,0
Неинфекц. Энтериты. колиты	71,5	77,6	68,2	76,9	37,1	43,0
Болезни печени	61,1	69,5	63,6	73,3	49,4	97,4
Болезни желчного пузыря, протоков	260,2	247,5	250,6	223,0	140,5	158,0
Б-ни поджелудочной железы	144,4	169,9	148,9	165,7	72,6	138,9

Распространенность первичной заболеваемости патологией органов пищеварения в зависимости от территории проживания и возраста в 2011–2015 и 2016–2020 годах (на 100000 соответствующего населения)

Показатели	РФ		ДФО		ХК	
	2011–2015	2016–2020	2011–2015	2016–2020	2011–2015	2016–2020
Старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет, женщины – старше 55 лет)						
БОП	2551,5	2349,4	2913,8	2607,4	1596,2	1703,8
Язвенная болезнь	95,2	82,2	86,6	76,6	75,6	135,2
Гастрит, дуоденит	310,2	349,5	278,5	285,4	329,1	447,7
Неинфекц. энтериты, колиты	76,9	77,7	75,7	81,1	35,1	43,5
Болезни печени	70,7	70	82,2	80,2	62,8	117,4
Болезни желчного пузыря, протоков	337,4	289,2	318,0	275,1	190,8	224,5
Б-ни поджелудочной железы	166,5	186,9	167,8	180,7	88,8	166,9
Трудоспособное население (старше 18 лет и до старшего трудоспособного возраста)						
БОП	2449,9	3098	2798,4	3102,2	1347,3	1413,0
Язвенная болезнь	100,5	108,2	84,3	77,6	77,9	118,5
Гастрит, дуоденит	401,7	572,9	367,7	377,5	386,5	460,8
Неинфекц. энтериты, колиты	69,2	94,8	65,7	75,3	37,8	42,8
Болезни печени	57,2	84,6	57,4	70,5	44,5	89,3
Болезни желчного пузыря, протоков	228,9	277,4	227,9	202,2	122,4	130,9

ные темпы убыли заболеваемости составили в 0,72 %.

Первичная и госпитальная заболеваемость населения БОП уменьшились на 28,03 и 29,62 % соответственно, при этом темпы убыли составили 3,53 и 1,18 %. Между этими тремя видами заболеваемости выявлена корреляционная связь сильной и средней силы – $0,83 \pm 0,034$ и $0,65 \pm 0,047$ соответственно. Установлено, что формирование патологии пищеварительного тракта начинается в детском возрасте. Первичная заболеваемость детей в возрасте 0–17 лет БОП в 3,9 раза превышает аналогичную заболеваемость взрослого населения.

Имеется существенная разница в госпитальной заболеваемости населения БОП в зависимости от территории проживания. Самые высокие показатели госпитальной заболеваемости населения БОП зарегистрированы в Комсомольске-на-Амуре (1 620,6 случая на 100 000 населения), чем в Хабаровске (869,1 случая) и в прочих муниципальных образованиях края (1 265,0 случая).

Несмотря на снижение воспалительных заболеваний органов пищеварения в 2003–2020 годах на 37,7 % увеличилась частота злокачественных новообразований пищеварительного тракта, с 97,3 до 134,0 случая на 100 000 населения. Выявлена корреляционная связь средней силы между смертностью населения края злокачественными новообразованиями органов пищеварения и БОП – $0,62 \pm 0,049$ соответственно.

Изменения в заболеваемости населения ХК БОП совпадают с аналогичной картиной на федеральном и окружном уровнях. Высокие показатели общей и первичной заболеваемости населения БОП наблюдаются в ДФО, чем в РФ и ХК. При анализе возрастной общей заболеваемости БОП установлено, что больше всего страдают подростки 15–17 лет, при этом ХК здесь занимает лидирующее место (18 814,8 случая на 100 000 подростков).

Первичная заболеваемость населения БОП формируется в РФ и ДФО в детском возрасте 0–14 лет (6 995,7 и 8 431,9 случая на 100 000 соответственно). В ХК высокие показатели первичной заболеваемости БОП выявлены у подростков 15–17 лет (5 461,5 случая).

Установлено, что первичная заболеваемость населения края БОП зависит от территории проживания. Так, высокие показатели заболеваемости БОП выявлены среди жителей Комсомольска-на-Амуре (3 065,9 случая), чем у населения прочих муниципальных образований края (2 066,2 случая) и Хабаровска (1 752,2 случая на 100 000 населения). Настораживает факт, что в 2017–2020 гг. заболеваемость населения Хабаровска БОП превысила муниципальный уровень. Такая же закономерность сохраняется и в отношении смертности населения края от БОП – высокие показатели в Комсомольске-на-Амуре и прочих муниципальных образованиях (97,5 и 89,0 случая соответственно), чем в Хабаровске (72,6 случая).

В отношении смертности населения края от злокачественных новообразований ситуация другая. Высокие показатели установлены в 2011–2020 годах в Комсомольске-на-Амуре и Хабаровске (75,3 и 74,7 случая на 100 000 населения). В прочих муниципальных образованиях смертность населения от данной патологии оказалась самой низкой – 68,7 случая.

Структура первичной заболеваемости ряда нозологических единиц показала, что в ХК в 2016–2020 гг. заболеваемость гастритами, дуоденитами среди детей 0–14 лет превышает федеральный и окружной уровень, Аналогичная картина наблюдается среди подростков 15–17 лет.

Более выраженные изменения выявлены среди взрослого населения ХК. Так, в 2016–2020 гг. заболеваемость взрослых ХК язвенной болезнью, гастритами, дуоденитами и болезнями печени превысила аналогичные показатели в РФ и ДФО.

Учитывая многофакторное влияние окружающей среды, включая социальные и экономические воздействия, на формирование патологии органов пищеварения, можно рассматривать патологию пищеварительной системы как один из индикаторов социального благополучия населения Хабаровского края.

Список литературы

1. *Гастроэнтерология : нац. рук. / под ред. В. Т. Иващенко, Т. А. Лапиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 704 с.*
2. *Гастроэнтерология : рук. / Я. С. Циммерман. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 800 с.*
3. *Осадчук, А. М. Общие и частные вопросы этиопатогенеза язвенной болезни и рака желудка: современное состояние проблемы / А. М. Осадчук, И. Л. Давыдкин, Т. А. Гриценко, М. А. Осадчук // *Терапевт. арх.* – 2020. – Т. 92, № 2. – С. 97–103.*
4. *Третьякова, Е. А. Социальное благополучие и эколого-экономическая динамика: аналитическая модель / Е. А. Третьякова, Д. В. Шимановский // *Проблемы прогнозирования.* – 2020. – № 1. – С. 146–152.*

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-57-61
УДК 615.15:614.251.2

Правовые особенности допуска фармацевтических работников к профессиональной деятельности в процессе перехода здравоохранения от сертификации к периодической аккредитации

Н. В. Абросимова, И. В. Крюкова

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения ХК; 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Legal features of the admission of pharmaceutical workers to professional activities in the transition of health care from certification to periodic accreditation

N. V. Abrosimova, I. V. Kryukova

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia; zip code: 680009; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье рассматриваются актуальные вопросы допуска к профессиональной деятельности фармацевтических кадров в нашей стране в период перехода на систему аккредитации специалистов. Несоответствие квалификационных требований, должности, стажа работы провизоров могут вызвать в отдельных случаях затруднения при подготовке документов для периодической аккредитации.

Ключевые слова: фармацевтическая деятельность, фармацевтический работник, номенклатура должностей, квалификационные требования, повышение квалификации, аккредитация, профессиональный стандарт, провизор, фармацевт.

The article deals with topical issues of admission to professional activities of pharmaceutical personnel in our country during the transition to a system of accreditation of specialists. Inconsistency of qualification requirements, position, work experience of pharmacists can cause in some cases difficulties in preparing documents for periodic accreditation.

Key words: pharmaceutical activity, pharmaceutical worker, nomenclature of positions, qualification requirements, advanced training, accreditation, professional standard, pharmacist.

Значительные изменения в системе допуска к профессиональной деятельности, медицинского и фармацевтического образования, связаны с вступлением в силу статей Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где предусмотрен поэтапный переход к аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов и установлены полномочия Минздрава России по регулированию процедуры аккредитации [12].

На протяжении длительного времени, включая начало 90-х годов, факт окончания обучения по соответствующим программам фармацевтического и медицинского профессионального образования автоматически давал специалисту право работать в должностях

медицинских и фармацевтических работников. В 1993 г. Верховный Совет Российской Федерации принял Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», 54 статья которого изменила принцип допуска к профессиональной деятельности. Обязательным условием допуска к деятельности фармацевтических и медицинских работников стало наличие сертификата специалиста – документа, подтверждающего достижение его обладателем уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности [8, 11].

Однако, начиная с начала двухтысячных годов, нормативно-правовая база в аспекте конкретных видов подготовки специалистов,

квалификационных требований периодически изменялась, что затрудняло в отдельных случаях работу руководителей и кадровых служб фармацевтических и медицинских организаций, образовательных учреждений и сотрудников лицензирующих органов, осуществлявших контрольные функции в сфере здравоохранения [8, 13].

В настоящий период, согласно статье 100 ФЗ № 323-ФЗ, переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно. По истечении пяти лет после повышения квалификации медицинские и фармацевтические работники должны будут проходить повторную аккредитацию, подтверждающую право допуска к профессиональной деятельности [5].

Основным отличием процедуры аккредитации, в первую очередь, периодической от сертификации является передача полномочий по проведению данной процедуры от образовательных организаций, проводящих циклы обучения, независимым комиссиям, в состав которых входят представители некоммерческих организаций (ассоциаций) и работодателей. При этом периодическая аккредитация начала осуществляться с 2021 г в центральной аккредитационной комиссии Минздрава РФ с единообразным подходом к квалификационным требованиям медицинских и фармацевтических специалистов.

Правовое регулирование требований к квалификации фармацевтических работников РФ осуществляется нормативными актами Минздрава РФ и профессиональными стандартами. С другой стороны, отдельные положения нормативных документов не соответствуют или противоречат друг другу [10]. Такие несоответствия просматриваются между профессиональными стандартами, нормативными актами, предъявляющими требования к квалификации работников с высшим фармацевтическим образованием и наличию последипломного образования по отдельным специальностям [9, 10]. Несоответствия возникали при приеме на работу в небольшие аптечные организации различных форм собственности, в том числе в удаленных и сельских регионах. Таким образом, могут возникнуть затруднения при проведении процедуры аккредитации в отдельных случаях, особенно у провизоров, имеющих стаж работы более десяти лет.

Цель работы. Изучение правовых документов, отражающих квалификацию провизоров и фармацевтов, особенности подготовки фармацевтических специалистов и ситуации, которая сложилась при подготовке к прохожде-

нию периодической аккредитации в вопросах соответствия квалификационных требований должностям в реальной фармацевтической практике.

Материалы и методы. Анализ нормативно-правовой документации в области квалификационных характеристик и требований к фармацевтическим специальностям. Данные кафедры фармации за 2010–2020 гг. по повышению квалификации и профессиональной переподготовке фармацевтических работников.

Результаты и обсуждение. В настоящий момент для специалистов фармацевтических организаций утверждены профессиональные стандарты: провизор, провизор-аналитик, специалист в области управления фармацевтической деятельностью, фармацевт [1, 2, 3, 4]. При приеме на работу фармацевтических специалистов определяющими являются требования большого числа нормативных документов: Постановление Правительства РФ от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников», Приказ Минздрава России № 707н от 08.10.2015 «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», Приказ Минздрава РФ от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием». Должности, наиболее востребованные в практической фармации, представлены в таблице 1.

На кафедре фармации КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края за 2016–2020 гг. прошли обучение по программам повышения квалификации 578 провизоров Хабаровского края, из них 51 % по специальности «Управление и экономика фармации», 42 % – «Фармацевтическая технология», 7 % – «Фармацевтическая химия и фармакогнозия». Среди обучавшихся 73 % провизоров представляли государственные фармацевтические и медицинские организации. Свыше 91 % провизоров имели стаж работы по специальности более 10 лет. Анализируя соответствие должности, стажа работы и квалификационные требования можно выделить основные проблемы при подготовке документов к периодической аккредитации.

Таблица 1

Соответствие основных должностей и специальностей фармацевтических работников

Должность по профессиональному стандарту	Уровень образования	Специальность	Квалификационные требования
Провизор Провизор-технолог	Фармация, специалитет	Фармацевтическая технология (сертификация, аккредитация). Фармация (для выпускников с 2016 г.) аккредитация	Интернатура/ординатура по специальности «Фармацевтическая технология». Требований к стажу работы нет
Директор (заведующий, начальник) аптечной организации Заместитель директора (заведующего, начальника) аптечной организации Заведующий складом организации оптовой торговли лекарственными средствами Заместитель заведующего складом организации оптовой торговли лекарственными средствами Заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела) аптечной организации	1. Фармация, специалитет. 2. Фармация, среднее специальное	1. Управление и экономика фармации (сертификация, аккредитация). 2. Фармация (сертификация, аккредитация)	1. Интернатура/ординатура и/или первичная переподготовка по специальности «Управление и экономика фармации». Стаж работы 3 года по специальности, т. е. управленческий. 2. Сертификат по специальности. «Фармация». Стаж работы 5 лет по специальности «Фармация»
Провизор-аналитик Заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела) аптечной организации	Фармация, специалитет	Фармацевтическая химия и фармакогнозия (сертификация, аккредитация)	Интернатура/ординатура по специальности «Фармацевтическая химия и фармакогнозия». Требований к стажу работы нет
Фармацевт	Фармация, среднее специальное	Фармация (сертификация, аккредитация)	Сертификат по специальности «Фармация». Требований к стажу работы нет

До 2016 г., когда обучение специалистов-провизоров осуществлялось в соответствии с государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, полный цикл высшего фармацевтического образования представлял собой сопряженную систему программ специалитета и интернатуры [7]. Провизор без прохождения интернатуры по одной из специальностей («Управление и экономика фармации», «Фармацевтическая технология» или «Фармацевтическая химия и фармакогнозия») не мог быть допущен до фармацевтической деятельности. Интернатура для фармацевтических специальностей введена в связи с вступлением в силу приказа Минздрава РФ от 27.08.99 № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». В эти годы активно развивался коммерческий сектор фармацевтического рынка, и так как приказ действовал

для учреждений здравоохранения, и не были конкретизированы условия прохождения обучения для получения сертификата специалиста, то многие провизоры коммерческих структур начинали работать без прохождения интернатуры, в последующем проходя курсы повышения квалификации уже со стажем по данной специальности. Таким образом, отсутствие интернатуры у выпускников начала 2000-х гг. при стаже работы более 10 лет может привести к затруднению приема документов на периодическую аккредитацию.

Позднее номенклатура специальностей была уточнена приказом Минздравсоцразвития России от 11 марта 2008 г. № 112н для сферы здравоохранения, исходя из положения которого все выпускники провизоры должны были пройти интернатуру. Однако до введения профессиональных стандартов в квалификационных характеристиках отсутствовали тре-

бования к интернатуре и профессиональной переподготовке (Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н).

С введением аккредитации данная система специалитет-интернатура претерпела изменения. Выпускники-провизоры после успешного прохождения процедуры первичной аккредитации специалиста получили право занимать должности фармацевтических работников по специальности «Фармация» – провизора или провизора-технолога. С 2017 г. по всем трем специальностям введена двухгодичная ординатура, тогда как ординатура по специальности «Фармацевтическая технология» практически не обязательна. Такой же характер носит и ординатура по специальности «Управление и экономика фармации», ее можно заменить профессиональной переподготовкой при стаже работы. Кроме того, должность руководителя может занимать специалист со средним фармацевтическим образованием даже без первичной переподготовки.

Специфика деятельности аптечной организации предполагает, что при изменении объема работы, традиционного подхода к взаимозаменяемости должностей специалистов при немногочисленном штате фармацевтических организаций для выполнения лицензионных требований необходимо иметь провизору допуск по двум специальностям. Так, в производственных аптеках медицинских организаций при сокращении изготовления лекарственных форм уменьшается объем работы провизора-аналитика, и специалист может работать в качестве провизора-технолога [6]. При временном отсутствии руководителя его должен замещать фармацевтический работник с соответствующей квалификацией. В процессе повышения квалификации с последующей выдачей сертификата специалиста образовательные организации опирались на приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях», когда можно было пройти повышение квалификации или профессиональную переподготовку при наличии стажа работы от 5 до 10 лет. На сегодняшний день для провизоров, имеющих несколько специальностей предъявляется требование наличия интернатуры/ординатуры по каждой. Таким образом, специалисты, имеющие стаж по второй специальности и не имеющие интернатуры,

возможно будут иметь риски не прохождения аккредитации.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1183н в номенклатуре должностей указана должность «Старший провизор», которая в советский период относилась к руководящей должности. Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н определил, что должность соответствует специальностям «Фармацевтической технологии» или «Фармацевтической химии и фармакогнозии». После редакции приказа какие-либо требования отсутствуют к должности «Старший провизор». Анализ записей в трудовых книжках показывает наличие стажа работы отдельных специалистов в данной должности, что предполагало выполнение функционала по руководству деятельностью фармацевтических специалистов.

Фармацевтические специалисты работают не только в организациях, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность. Их компетенции должны быть достаточны для работы в области розничной и оптовой торговли, изготовления лекарственных средств. Это провизоры органов управления здравоохранением, надзорных органов, образовательных организаций. Квалификационные требования данных должностей прописывают именно высшее фармацевтическое образование. Однако профессиональный стандарт не учитывает эти должности. Ранее в типовых программах повышения квалификации, согласованных с Минздравом РФ эти должности как организаторов фармации присутствовали и сертификационные комиссии рассматривали их на получение сертификатов, что способствовало компетентному подходу к организации, контролю и надзору за фармацевтической деятельностью.

Таким образом, на основании ретроспективного анализа нормативно-правовых документов, определяющих квалификационные требования к провизорским должностям, и реальной практики деятельности провизоров, могут возникнуть трудности как в работе аккредитационных комиссий, представляющих профессиональное сообщество и самих аккредитуемых, имеющих стаж работы, необходимые компетенции, выполняющие функционал профессионального стандарта, но в отдельных случаях не соответствующие квалификационным требованиям. Для решения предлагается учитывать приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 2012 г. № 66н, и допускать к периодической аккредитации специалистов с сертификатом более чем одной специальности, без наличия интер-

натуры со стажем работы более 10 лет. При рассмотрении портфолио принимать во внимание диплом о профессиональной переподготовке по специальностям «Фармацевтическая химия и фармакогнозия», «Фармацевтическая технология» или наличие сертификата

при стаже работы более 10 лет по специальности. Все это будет способствовать более успешному прохождению аккредитации провизорских кадров без выхода из профессии, особенно в отдаленных и сельских районах региона.

Список литературы

1. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области управления фармацевтической деятельностью»: Приказ М-ва труда и соц. защиты Рос. Федерации № 428н от 22.05.2017.
2. Об утверждении профессионального стандарта «Провизор»: Приказ М-ва труда и соц. защиты Рос. Федерации № 91н от 09.03.2016.
3. Об утверждении профессионального стандарта «Провизор-аналитик»: Приказ М-ва труда и соц. защиты Рос. Федерации № 427н от 22.05.2017.
4. Об утверждении профессионального стандарта «Фармацевт»: Приказ М-ва труда и соц. защиты Рос. Федерации № 349н от 31.05.2021.
5. Об утверждении «Положения об аккредитации специалистов»: Приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации № 334н от 2.06.2016.
6. Абросимова, Н.В. Нормирование труда провизора-аналитика в аптеке медицинской организации при внедрении профессиональных стандартов / Н. В. Абросимова, И. В. Крюкова, Е. В. Пестрякова // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2020. – № 4 (86). – С. 121–124.
7. Бодров, А. В. Высшее фармацевтическое образование – специалитет-ординатура: PRO ET CONTRA / А. В. Бодров. – DOI 10.2441 1/2220-8453-2020-13012 // *Мед. образование и проф. развитие*. – 2020. – Т. 11, № 3. – С. 139–150.
8. Изменения в системе допуска медицинских работников к профессиональной деятельности / С. К. Кукушкин, А. А. Спасский, Е. М. Маношкина, М. Н. Бантьева. – DOI 10.15829/2712-7567-2020-1-20-21 // *Акад. медицины и спорта*. – 2020. – № 1 (1). – С. 20–21.
9. Мороз, Т. А. Проблемы допуска к работе фармацевтических специалистов / Т. А. Мороз, О. А. Рыжова. – DOI 10.21518/1561-5936-2021-3-76-80 // *Ремедиум*. – 2021. – № 3. – С. 76–80.
10. Ноздрачев, К. Г. Анализ требований действующего законодательства к квалификации фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием (провизоров) / К. Г. Ноздрачев, В. В. Богданов, Л. А. Лунова // *Соврем. проблемы здравоохранения и мед. статистики*. – 2021. – № 3. – С. 100–116.
11. От сертификации работников здравоохранения к аккредитации: история развития отечественного медицинского образования и перспективы перехода к системе НМО / О. В. Кузнецова, А. С. Самойлов, С. В. Романов, О. П. Абаева // *Медицина экстремальных ситуаций*. – 2018. – № 20 (4). – С. 551–558.
12. Переход на новую систему допуска к медицинской деятельности: аккредитация и непрерывное медицинское образование / З. З. Балкизов, О. Ф. Природова, Т. В. Семенова, Ж. М. Сизова // *Мед. образование и проф. развитие*. – 2016. – № 4 (26). – С. 12–17.
13. Управление изменениями в процессе перехода здравоохранения от сертификации к аккредитации медицинских работников / В. Н. Трегубов, В. А. Решетников, Н. В. Эккерт, В. В. Фанда. – DOI 10.18821-0869-866X-2017-25-2-92-96 // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2017. – № 25 (2). – С. 92–96.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-62-64

УДК 615.38:614.2(571.6)«2021»

Итоги работы учреждений службы крови Дальневосточного федерального округа в 2021 году

О. В. Кожемяко, Е. И. Зейлер, О. Г. Лаптурова, О. Г. Антонюк, О. А. Лаптурова

КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» МЗ ХК;
680020, г. Хабаровск, ул. Волочаевская, 46, тел.: (4212) 48-40-96; e-mail: kspk-27@mail.ru

The results of the work of blood service institutions Far Eastern Federal District in 2021

O. V. Kozhemyako, E. I. Zeiler, O. G. Lapturova, O. G. Antonyuk, O. A. Lapturova

Regional Blood Transfusion Station under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 46 Volochayevskaya Street, Khabarovsk, Russia;
zip code: 680020; phone +7 (4212) 48-40-96; e-mail: kpsk-27@mail.ru

В ходе научно-практической конференции «Актуальные вопросы трансфузиологии», проходившей в Хабаровске в феврале 2022 года, были подведены итоги работы учреждений службы крови Дальневосточного федерального округа (ДФО) за 2021 год, определены задачи и мероприятия, направленные на повышение качества работы учреждений службы крови, увеличение заготовки современных и высокоэффективных компонентов донорской крови и рациональное их использование, обеспечение безопасности трансфузионной терапии в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции на 2022 год.

Ключевые слова: трансфузиология, компоненты донорской крови, заготовка крови, плазма, тромбоциты.

During the scientific and practical conference "Actual issues of transfusiology", held in Khabarovsk in February 2022, the results of the work of blood service institutions of the Far Eastern Federal District (FEFD) for 2021 were summed up, tasks and activities aimed at improving the quality of work of blood service institutions were identified, increasing the procurement of modern and highly effective donor blood components and their rational use, ensuring the safety of transfusion therapy in the context of a pandemic of a new coronavirus infection in 2022.

Key words: transfusiology, donor blood components, blood collection, plasma, platelets.

В Хабаровске в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Хабаровского края от 11 февраля 2022 № 184-р состоялась ежегодная межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы трансфузиологии». В работе конференции приняли участие заведующий кафедрой трансфузиологии и проблем переливания крови ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ИУВ НМХЦ имени Н.И. Пирогова), председатель Российской ассоциации трансфузиологов, д.м.н., профессор Е.Б. Жибурт, профессор кафедры трансфузиологии и проблем переливания крови ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н. С.Р. Мадзаев, первый заместитель Генерального директора ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, главный внештатный специалист-трансфузиолог Минздрава России, к.м.н. Т.В. Гапонова, заведующий отделением клинической и производственной трансфузиологии и гравитационной

хирургии крови ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы, к.м.н. (г. Москва), к.м.н. А.И. Костин, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» к.м.н., доцент В.С. Гороховский, консультант Межрегионального Управления № 99 ФМБА России (г. Комсомольск-на-Амуре) Н.Н. Лаптева, руководители станций переливания крови Хабаровского, Приморского, Забайкальского краев, Еврейской автономной, Магаданской, Сахалинской, Амурской областей, Республики Саха (Якутия), Республики Бурятия, специалисты-трансфузиологи медицинских организаций Москвы, Санкт-Петербурга, Благовещенска, Биробиджана, Улан-Удэ, Владивостока, Хабаровска и Хабаровского края. Всего в работе конференции приняли участие 350 человек: врачи-трансфузиологи, анестезиологи-реаниматологи, хирурги, гематологи, акушеры-гинекологи, врачи клинической лабораторной диагностики, терапевты.

Таблица 1

Показатели заготовки цельной крови и эритроцитсодержащих компонентов

Субъект РФ	Цельной крови всего, л			Эритроцитсодержащие среды всего, л		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Хабаровский край	17 351	15 564	16 766	8 683	7 977	9 335
Приморский край	14 823	14 016	15 972	7 253	7 232	8 308
Сахалинская область	9 180	8 769	9 241	3 165	2 777	4 161
Амурская область	9 793	8 320	9 138	4 678	4 201	4 510
Забайкальский край	6 464	6 266	6 623	2 282	2 427	2 908
Камчатский край	2 247	2 265	2 279	739	834	987
Магаданская область	2 210	1 935	2 285	1 472	1 299	1 210
Республика Саха (Якутия)	16 138	12 932	14 621	5 618	4 160	6 056
ЕАО	2 004	1 822	1 939	1 218	1 059	1 149
Чукотский АО	638	605	698	157	164	197
Республика Бурятия	9 906	8 507	10 184	3 935	3 452	4 402
Итого:	90 755	81 002	89 745	39 200	35 582	43 223

Участники конференции обсудили ряд вопросов, имеющих большое значение для оптимального функционирования службы крови Дальневосточного федерального округа в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции:

– Сравнительные результаты деятельности по заготовке крови и ее компонентов в 2019–2021 годах и перспективы развития службы крови ДФО на 2022 год [11, 12].

– Вопросы иммунологической и инфекционной безопасности донорских компонентов крови [3–6].

– Заготовку патогенинактивированных компонентов донорской крови [4].

– Заготовку плазмы антиковидной патогенредуцированной.

– Вопросы формирования неснижаемого запаса и рационального применения компонентов донорской крови в клинической практике в период пандемии [2, 8].

– Ознакомились с результатами клинического использования плазмы с антителами к SARS-COV-2, заготовленной от доноров-реконвалесцентов COVID-19 и вакцинированных доноров в медицинских организациях Хабаровского края, Республики Саха (Якутия), Республики Бурятия, Амурской области.

– Применение компонентов донорской крови в педиатрии и неонатологии [9].

– Вопросы профилактики посттрансфузионных осложнений [10].

– Основные показатели работы Службы крови в период пандемии, опыт работы по заготовке антиковидной плазмы в Республике Бурятия.

Проведены мастер-классы с демонстрацией современных технологий заготовки, обследования образцов донорской крови:

– приготовление концентрата тромбоцитов пулированного, вирусинактивированного в растворе SSP+;

Таблица 2

Количество доноров и донаций крови и её компонентов

Субъект РФ	Количество донаций крови и ее компонентов			Общее число доноров крови и ее компонентов		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Хабаровский край	29 372	27 027	30 237	14 344	12 422	13 596
Приморский край	26 843	24 574	26 477	23 030	21 992	17 900
Сахалинская область	12 301	12 082	12 232	7 396	7 203	7 561
Амурская обл.	16 565	13 898	14 974	10 231	8 570	8 523
Забайкальский край	9 167	9 056	11 119	5 244	3 848	4 022
Камчатский край	2 794	2 719	3 052	1 417	1 296	1 540
Магаданская область	5 258	4 552	4 541	2 385	2 057	2 156
Республика Саха (Якутия)	18 515	16 560	17 169	9 921	8 750	8 663
ЕАО	4 316	3 808	3 994	1 894	1 659	1 744
Чукотский АО	526	565	609	286	289	308
Республика Бурятия	13 306	12 017	13 230	6 364	6 158	7 718
Итого:	138 963	126 858	137 634	82 512	74 244	73 731

– алгоритм исследования антигенов и антиэритроцитарных антител в сложнодиагностируемых случаях;

– клинико-диагностическое исследование образцов на SARS-CoV-2 на автоматическом лабораторном анализаторе «Architect» иммунохемилюминисцентным методом и методом иммуноферментного анализа.

Всеми учреждениями службы крови ДФО достигнуты оптимальные объемы заготовки донорской крови и ее компонентов, достаточные для полного обеспечения ими потребности медицинских организаций в субъектах, входящих в ДФО.

КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБУЗ КСПК) занимает лидирующие позиции по количеству безвозмездных кроводач, заготовке цельной донорской крови, в том числе эритроцитсодержащих сред, тромбоцитного концентрата, получаемого тремя способами (автоматический, пулированный, из дозы крови) [13, 17].

В 2021 году отмечается увеличение использования медицинскими организациями эритроцитсодержащих сред (эритромазсы и эритрофвези с удаленным ЛТС, фильтрованных эритромазсы и эритрофвези) при одновременном уменьшении объемов потребления свежезамороженной плазмы (СЗП). Значительное увеличение приготовления концентрата тромбоцитов к уровню 2020 года в абсолютных цифрах отмечается во всех регионах ДФО, доля увеличения составила +57 % [14].

В 2020 году ряд Станций переливания крови (Хабаровский, Приморский края, Амурская область, Республика Саха (Якутия), Республика Бурятия) освоили заготовку нового компонента крови от доноров-реконвалесцентов COVID-19 – плазмы антиковидной патогенредуцированной (р-СЗП) [15].

Всего в 2020 году заготовлено 500 л р-СЗП. В 2021 году все Станции переливания крови ДФО получили 2 322 л р-СЗП не только от доноров-реконвалесцентов, но и вакцинированных от COVID-19 граждан. Трансфузии антиковидной плазмы в соответствии с Временными методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (версии 7-14) проведены 1 843 пациентам [3].

В 2021 году служба крови ДФО в основном сохранила свои позиции как по номенклатуре, так и по количеству и качеству заготавливаемых компонентов донорской крови в соответствии с заявками медицинских организаций – потребителей компонентов крови, обеспечивая качество и безопасность гемотрансфузионной терапии в учреждениях здравоохранения Дальнего Востока. Основным направлением в работе учреждений службы крови Дальневосточного региона должна быть оптимизация управления донорским потенциалом и запасами донорской крови, внедрение и освоение новых технологий заготовки и обследования донорской крови и принципов рационального применения компонентов крови по обоснованным клиническим показаниям [7].

Список литературы

1. Бабезиоз – «новая» гемотрансмиссивная инфекция / Е. Б. Жибурт, Е. Г. Аверьянов, О. В. Кожемяко и др. // *Трансфузиология*. – 2019. – Т. 20, № 1. – С. 55–64.
2. Возможность лечения пациентов с рефрактерностью к тромбоцитам / Е. Б. Жибурт, И. Г. Чемоданов, М. Н. Губанова и др. // *Трансфузиология*. – 2019. – Т. 20, № 3. – С. 171–180.
3. Жибурт, Е. Б. Переливание крови при COVID-19: что изменилось после выхода новой версии рекомендаций Минздрава / Е. Б. Жибурт, Р. Г. Хамитов, Д. А. Федюленко // *Справочник заведующего КДЛ*. – 2022. – № 2. – С. 16–24.
4. Кожемяко, О. В. Проблемы доставки и хранения донорских тромбоцитов / О. В. Кожемяко, Т. А. Шихмиряев, Е. Б. Жибурт // *Трансфузиология*. – 2018. – Т. 19, № 2. – С. 25–34.
5. Курение табака повышает концентрацию гемоглобина у доноров / И. Г. Чемоданов, Е. Б. Протопопова, О. В. Кожемяко, Е. Б. Жибурт // *Трансфузиология*. – 2019. – Т. 20, № 1. – С. 15–20.
6. Маркеры вируса гепатита Е у доноров крови / Х. С. Танжаева, С. В. Бобовнич, Р. Г. Гильмутдинов и др. // *Трансфузиология*. – 2020. – Т. 21, № 1. – С. 44–49.
7. Новое в трансфузиологии (на 31-м региональном конгрессе международного общества переливания крови в 2021 году) / Е. Б. Жибурт, Е. Г. Аверьянов, С. И. Кузнецов и др. // *Трансфузиология*. – 2021. – Т. 22, № 4. – С. 374–385.
8. Новое в трансфузиологии (на конгрессе Международного общества переливания крови в Базеле) / Е. Б. Жибурт, М. Н. Губанова, Е. Г. Аверьянов и др. // *Трансфузиология*. – 2019. – Т. 20, № 3. – С. 223–236.
9. Новое в трансфузиологии (на конгрессе Международного общества переливания крови в Торонто) /
- Е. Б. Жибурт, М. Н. Губанова, И. Г. Чемоданов и др. // *Трансфузиология*. – 2018. – Т. 19, № 3. – С. 75–86.
10. Определения трансфузионных реакций / Е. Б. Жибурт, Е. Б. Протопопова, И. Г. Чемоданов и др. // *Трансфузиология*. – 2019. – Т. 20, № 1. – С. 65–70.
11. Осложнения донаций крови и ее компонентов / Е. Б. Жибурт, И. Г. Чемоданов, Е. Г. Аверьянов и др. // *Трансфузиология*. – 2019. – Т. 20, № 4. – С. 275–291.
12. Особенности переливания крови в субъектах Российской Федерации / Е. Б. Жибурт, И. Г. Чемоданов, Е. Г. Аверьянов и др. // *Трансфузиология*. – 2019. – Т. 20, № 4. – С. 292–300.
13. Особенности переливания крови в субъектах Российской Федерации / Е. Б. Жибурт, И. Г. Чемоданов, Е. Г. Аверьянов, О. В. Кожемяко // *Трансфузиология*. – 2018. – Т. 19, № 1. – С. 4–10.
14. Получение пулированных тромбоцитов из цельной крови / С. И. Кузнецов, С. А. Абдрахманова, Э. М. Бурлаева и др. // *Трансфузиология*. – 2020. – Т. 21, № 2. – С. 108–114.
15. Результаты определения уровня антител к вирусу SARS-CoV-2 у доноров крови в Хабаровске / О. В. Кожемяко, Т. В. Хомичук, Н. С. Токарева и др. // *Справочник заведующего КДЛ*. – 2021. – № 5. – С. 3–6.
16. Совершенствование порядка отмены отстранения от донорства крови / И. Г. Чемоданов, Е. Г. Аверьянов, Р. Ф. Аюпова и др. // *Трансфузиология*. – 2018. – Т. 19, № 2. – С. 17–24.
17. Устойчивость служб крови / Е. Б. Жибурт, И. Г. Чемоданов, Е. Г. Аверьянов, О. В. Кожемяко // *Бюл. Науч.-исслед. ин-та обществ. здоровья им. Н. А. Семашко*. – 2017. – № 7. – С. 17–24.

Требования к материалам, представляемым для размещения в журнале «Здравоохранение Дальнего Востока»

1. Статьи должны быть написаны на высоком научном и методическом уровне с учетом требований международных номенклатур, отражать актуальные проблемы медицины, содержать новую научную информацию, рекомендации практического характера.

2. В редакцию направляются:

а) отпечатанные первый и второй экземпляры текста статьи на листах формата А4 (210 x 297 мм, поля текста – по 2,5 см с каждой стороны) через полуторный интервал. Объем статей: оригинальные исследования – до 8 страниц, включая таблицы, рисунки и список литературы; лекции и обзоры – до 10 страниц; опыт клинической работы – до 5 страниц). Текст должен быть набран шрифтом Times New Roman, кегль 12 или 14, без двойных пробелов, Enter следует нажимать только в конце абзаца;

б) резюме на русском языке, объемом не менее 1/3 страницы, с указанием 5–7 ключевых слов;

в) электронный вариант на flash-накопителе с текстом и таблицами в формате Word (DOC или RTF), рисунками в форматах TIFF, PSD, JPG (разрешение не ниже 300 dpi) для растровой графики, CDR, AI – для векторной графики. Допустимы таблицы и диаграммы в формате Excel (XLS). Внедренные в Word диаграммы, фотографии, сканированные изображения принимаются только при наличии исходных файлов в указанных форматах;

г) сопроводительное направление;

д) оригинал или сканированную копию авторской оферты. В случае написания статьи группой авторов оферта направляется в редакцию каждым автором.

3. На первой странице статьи должны быть УДК, название статьи, фамилии и инициалы авторов, полное, без сокращений наименование учреждения. Второй экземпляр статьи подписывается всеми авторами с указанием фамилии, имени, отчества и почтового адреса автора для переписки, а также номеров контактных телефонов, e-mail. Материал статьи должен быть тщательно выверен, без обширных исторических и литературных сведений, без орфографических ошибок и опечаток. Цитаты, формулы, дозы лекарственных средств визируются на полях. В формулах необходимо пояснять:

а) строчные и прописные буквы (прописные обозначают двумя черточками снизу, строчные – сверху);

б) латинские (подчеркиваются синим карандашом) и греческие (красным) буквы;

в) подстрочные и надстрочные индексы, диакритические знаки, дополнительные символы.

4. Иллюстрации (фотографии, графики, схемы, карты и др.) представляют в черно-белом варианте в двух экземплярах. Фотографии должны иметь контрастное изображение на плотной гладкой бумаге, без изгибов. Рисунки, схемы и карты исполняются при помощи компьютерной графики. На обороте каждой иллюстрации простым карандашом указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора, верх и низ. Подрисовочные подписи печатают на отдельном листе с указанием номеров рисунков, их названий и объяснением условных обозначений.

При представлении микрофотографий должны быть указаны метод окраски и кратность увеличения.

5. Таблицы должны быть компактными, пронумерованными, иметь название. Цифровой материал необходимо представить статистически обработанным. Фототаблицы не принимаются.

6. Сокращения терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Названия фирм, предприятий – изготовителей медикаментов, реактивов и аппаратуры следует давать в оригинальной транскрипции с указанием страны-производителя. Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ).

7. Библиографический список печатают в конце текстовой части. Представляют только относящиеся к обсуждаемому вопросу работы на русском и других языках. Список должен быть оформлен в соответствии с ГОСТ Р 7.0.100-2018 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления» с учетом новейших изменений и дополнений. Все источники должны быть пронумерованы и соответствовать нумерации (в квадратных скобках) в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные материалы не принимаются. Объем библиографического списка не должен превышать 25 источников (исключение составляют материалы, направляемые в рубрику «Обзор литературы»). Не следует включать в список источники, на которые нет ссылок в тексте.

8. Не подлежат представлению в редакцию статьи, направленные для опубликования в другие журналы или уже опубликованные.

9. Все присланные статьи рецензируются. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать поступившие материалы; изменения согласовываются с автором. Ответственность за правильность написания специальных терминов несет автор. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу. Статьи, не принятые к опубликованию, авторам не возвращаются.

10. Материалы для публикации авторы направляют по адресу: 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, КГБОУ ДПО ИПКЗ, а также по e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru. По всем возникающим вопросам обращаться в редакцию по тел. +7 (4212) 27-25-10.

11. Авторы заключают с редакцией авторский договор (о передаче произведения для использования). Форма авторской оферты прилагается к настоящему Требованию. Редакция оставляет за собой право размещать фрагменты статей, резюме и библиографические списки в массовых электронных базах данных и web-страницах. Номера журнала размещаются в электронной библиотеке e:Library <http://elibrary.ru>. Полные тексты номеров журнала размещаются на сайте ИПКЗ <http://www.ipksz.ru/> в закладке «Редакционно-издательская деятельность» или по ссылке ИПКЗ.

КГБОУ ДПО ИПКСЗ
Редакция журнала
«Здравоохранение Дальнего Востока»
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9;
тел. (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

ОФЕРТА

Я, _____, паспорт _____ № _____
(фамилия, имя, отчество) (серия)
выдан _____,
(кем) (дата)
тел. _____, e-mail _____, действуя от своего имени и в своих интересах, предлагаю КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», именуемому в дальнейшем «Издательство», заключить со мной безвозмездный договор об отчуждении в полном объеме в пользу Издательства принадлежащего мне исключительного права на статью _____,
(наименование произведения)

полный текст которой (далее «Произведение») вместе с оригиналом Оферты или ее сканированной копией направляется в Издательство.

Настоящим гарантирую Издательству, что я являюсь автором произведения и что на момент направления настоящей Оферты в Издательство все интеллектуальные права на Произведение принадлежат мне, не находятся в залоге, не состоят под арестом и не обременены правами третьих лиц каким-либо иным образом.

Подтверждаю свое согласие считать письменную форму безвозмездного договора между мной и Издательством об отчуждении исключительного права на Произведение соблюденной с момента акцепта данной Оферты Издательством в порядке, предусмотренном редакционной политикой.

Я также даю свое согласие на хранение и обработку Издательством всех моих персональных данных, указанных в настоящем документе. Данное согласие выдано на весь срок действия исключительного права на Произведение.

В случае акцепта Издательством данной Оферты в форме регистрации Произведения в журнале регистрации документов, поступающих в редакцию журнала «Здравоохранение Дальнего Востока», в течение 3 (трех) рабочих дней исключительное право на Произведение, свободное от каких-либо прав третьих лиц, в полном объеме переходит к Издательству с момента такого акцепта.

(подпись)

(ф.и.о. полностью)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Рецензируемое научно-практическое медицинское издание для широкого круга практикующих врачей и научных работников. Издается с 2002 года и выходит один раз в три месяца.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

ISSN 1728-1261

Учредители:
министерство здравоохранения Хабаровского края
и КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

На страницах журнала публикуются материалы, освещающие разнообразные аспекты современного здравоохранения, медицинской и фармацевтической науки в рубриках:

- ✓ Передовая статья
- ✓ Клиническая медицина
- ✓ Профилактическая медицина
- ✓ Обмен опытом

Если Вы стремитесь к постоянному творческому и профессиональному росту, хотите быть в курсе современных теоретических и практических научных достижений в области здравоохранения, обмениваться передовым опытом лечения и предупреждения болезней – наше издание предоставляет Вам, уважаемый читатель, такие возможности.

Среди авторов журнала по различным теоретическим и практическим аспектам медицины – руководители и специалисты органов управления системы здравоохранения, практикующие врачи различных специальностей с многолетним опытом работы, деятели медицинской науки, сотрудники факультетов и кафедр различных медицинских учебных заведений.



Для оформления договора на поставку журнала через редакцию необходимо направить заявление в свободной форме на имя ректора КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» по адресу: 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

По вопросам организации подписки на наше издание обращаться по телефону (4212) 27-25-10. E-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru



Основы суточного мониторинга электрокардиограммы и артериального давления : учебно-методическое пособие для средних медицинских работников / **сост. А. А. Авилова**. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2022. – 80 с.

Пособие соответствует программе профессиональной переподготовки и повышения квалификации средних медицинских работников по функциональной диагностике и направлено на получение современных знаний по вопросам проведения суточного мониторинга артериального давления и электрокардиограммы. В пособии рассмотрены показания и противопоказания к проведению мониторинга, отражены технические аспекты проведения исследований, правила интерпретации результатов.

Предназначено для медицинских сестер функциональной диагностики.



Постковидное восстановление здоровья: социально-психологические аспекты : метод. рекомендации / **сост. И. М. Донкан, Ю. В. Степанов**. – Хабаровск: Ред.- изд. центр ИПКСЗ, 2022. – 24 с.

В методических рекомендациях анализируются психологические особенности оценивания новой информации в быстро меняющихся условиях в период пандемии, рассматриваются различные копинг-стратегии оценивания новой информации в быстро меняющихся условиях. Даны рекомендации по преодолению стресса.

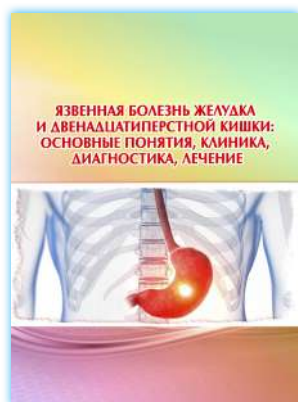
Издание предназначено медицинским и педагогическим работникам.



Коронавирусная инфекция. Особенности клинических проявлений у детей : метод. рекомендации / **сост. Т. Е. Макарова**. – Хабаровск: Ред.-изд. Центр ИПКСЗ, 2021. – 60 с.

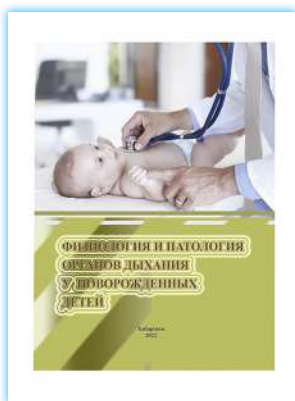
В методических рекомендациях представлены современные представления о клинических проявлениях, осложнениях и лечении новой коронавирусной инфекции у детей. В результате иногда разрозненных, иногда консолидированных действий ученых и клиницистов на региональном и международном уровнях на некоторые вопросы уже получены ответы, однако большая часть информации, касающейся воздействия нового коронавируса на организм человека, в т. ч. ребенка, пока еще недоступна для внедрения в практику.

Издание предназначено для обучающихся по программам дополнительного образования по специальностям «Инфекционные болезни», «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Педиатрия».



Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: основные понятия, клиника, диагностика, лечение : учеб. пособие / **сост. Е. В. Неврычева, Т. А. Петричко, М. Ю. Кунгурцева, Н. Е. Кузьмичева**. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2022. – 128 с.

В пособии, составленном на основе современных литературных источников и клинических рекомендаций, изложены современные положения и принципы работы врача с пациентами, страдающими язвенной болезнью, даны определения, приведены причины, факторы риска, клиника, лечение, профилактика язвенной болезни, представлены современные данные по лечебному питанию, основным лекарственным препаратам, алгоритмы действия по оказанию медицинской помощи при неотложных состояниях, тестовые задания, клинические задачи. Предназначено для обучающихся по программам ординатуры по специальности 31.08.49 «Терапия» по разделам терапии в рамках научной специальности «Внутренние болезни» и по дополнительным профессиональным образовательным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальностям «Терапия», «Гастроэнтерология».



Физиология и патология органов дыхания у новорожденных детей : учебное пособие / сост. В.Н. Соколов, С.М. Колесникова, В.В. Филиппова, Д.А. Яхиева-Онихимовская, З.В. Сиротина – Хабаровск: РИЦ ИПКСЗ, 2022. – 192 с.

В издании на современном уровне представлены физиология и патология органов дыхания у новорожденных. Методы диагностики и лечения изложены с учетом современных клинических протоколов Минздрава РФ, Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины и Российского общества неонатологов. Несмотря на то, что процесс формирования заболеваний органов дыхания у детей происходит во внутриутробном периоде, а наследственные заболевания вообще обусловлены патологическими изменениями в генетическом аппарате, клинические симптомы целого ряда этих заболеваний проявляются в различные возрастные периоды, в связи с чем мы не ограничились только периодом новорожденности.

Пособие предназначено для неонатологов родильных домов, неонатологов-реаниматологов, участковых педиатров, акушеров-гинекологов, студентов педиатрических факультетов.



Пирсинг в эстетической косметологии : метод. рекомендации для врачей-косметологов / сост. М. В. Щёткина, А. В. Шмакова. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2022. – 32 с.

В издании изложены современные методы проколов некоторых частей тела с целью украшения, история возникновения пирсинга, необходимое оборудование, дана инструкция по уходу за местом прокола. Материал составлен на основе систематизации современных литературных источников.



О чем может рассказать кожа новорожденного: дифференциальная диагностика патологических состояний, особенности ухода : учеб.-метод. пособие для специалистов здравоохранения / М-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», каф. педиатрии и неонатологии ; сост. Д. А. Яхиева-Онихимовская, С. М. Колесникова, В. В. Филиппова. – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2022. – 52 с.

Пособие посвящено одному из актуальных вопросов педиатрии и неонатологии – уходу за кожей ребенка первых лет жизни и дифференциальной диагностике патологических состояний. Кожа новорожденного имеет свои особенности, что связано с его переходом при рождении из водной внутриутробной среды. Влияние различных повреждающих факторов, неправильное использование средств ухода – все это может приводить к нарушению нормального состояния кожи. Состояние кожных покровов новорожденных представляет особую значимость для оценки общего состояния ребенка, оценки адаптации органов и систем новорожденного к внеутробной жизни и дифференциальной диагностики многообразных перинатальных поражений. Совершенствование профессионального подхода к оценке кожных покровов новорожденных позволит провести своевременную дифференциальную диагностику с патологическими состояниями и применить правила ухода за здоровым ребенком с особенностями периода адаптации.

Пособие предназначено для врачей, обучающихся по дополнительным профессиональным программам по специальностям «Педиатрия», «Неонатология», «Дерматовенерология».