

ISSN (print) 2072-6732
ISSN (online) 2499-9865

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

ХII КОНГРЕСС
ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ,
посвященный 150-летию Николая Константиновича Розенберга

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
17–19 МАЯ 2026 ГОДА

Приложение 1

Том 18 №2, 2026

ISSN (print) 2072-6732
ISSN (online) 2499-9865

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

JURNAL INFEKTOLOGII

Официальное издание Межрегиональной общественной организации
«Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга
и Ленинградской области»

Главный редактор
академик РАН Ю.В. ЛОБЗИН

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Том 18, №2, 2026

Главный редактор

академик РАН д.м.н. профессор Лобзин Ю.В.

Ответственный секретарь

д.м.н. профессор Гусев Д.А.

Редакционная коллегия

д.м.н. профессор Антонова Т.В. (зам. гл. редактора)

д.м.н. профессор Асланов Б.И.

д.м.н. профессор Бабаченко И.В.

академик РАН д.м.н. профессор Беляков Н.А.

д.м.н. профессор Васильев В.В.

д.м.н. Вильниц А.А.

к.м.н. доцент Волжанин В.М.

д.м.н. профессор Воронин Е.Е.

член-кор. РАН

д.м.н. профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)

д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.

д.м.н. профессор Козлов К.В.

д.м.н. профессор Козлов С.С.

д.м.н. профессор Котив Б.Н.

член-кор. РАН

д.м.н. профессор Кузин А.А.

к.м.н. Левандовский В.В.

д.м.н. профессор Лioзнов Д.А.

д.м.н. профессор Лобзин В.Ю.

д.фарм.н. профессор Рудакова А.В.

д.м.н. профессор Пантелеев А.М.

член-корреспондент РАН

д.м.н. профессор Сидоренко С.В.

д.м.н. профессор Скрипченко Н.В.

д.м.н. Усков А.Н.

д.м.н. профессор Харит С.М.

д.м.н. профессор Цинзерлинг В.А.

д.м.н. профессор Эсауленко Е.В.

Редакционный совет

академик РАН

д.м.н. профессор Брико Н.И. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Горелов А.В. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Ершов Ф.И. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Зверев В.В. (Москва)

д.м.н. профессор Исаков В.А. (Москва)

член-кор. НАН Республики Беларусь

д.м.н. профессор Карпов И.А. (Беларусь)

д.м.н. профессор Кожевникова Г.М. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Львов Д.К. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Малеев В.В. (Москва)

д.м.н. профессор Малов И.В. (Иркутск)

д.м.н. профессор Малышев Н.А. (Москва)

д.м.н. профессор Мамедов М.К. (Азербайджан)

академик РАН

д.м.н. профессор Михайлов М.И. (Москва)

академик УзАН д.м.н. профессор

Мусабаев Э.И. (Узбекистан)

академик РАН

д.м.н. профессор Онищенко Г.Г. (Москва)

профессор Павлоцкий Ж.-М. (Франция)

профессор Папатеодоридис Дж. (Греция)

академик РАН

д.м.н. профессор Покровский В.В. (Москва)

профессор Прати Д. (Италия)

д.м.н. профессор Ратников В.А. (Санкт-Петербург)

д.м.н. профессор Семенов В.М. (Беларусь)

академик РАН

д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)

д.м.н. профессор Стома И.О. (Беларусь)

д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)

академик РАН

д.м.н. профессор Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)

академик РАН

д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)

иностраннный член РАН

профессор Франко де Роза (Италия)

д.м.н. профессор Чуланов В.П. (Москва)

Editor in Chief

member of the Russian Academy of Sciences M.D. professor Lobzin Yu.V.

Executive secretary

M.D. professor Gusev D.A.

Editorial board

M.D. professor Antonova T.V. (deputy editor)

M.D. professor Aslanov B.I.

M.D. professor Babachenko I.V.

member of the Russian Academy of Sciences M.D. professor Belakov N.A.

M.D. professor Vasilyev V.V.

M.D. Vilitc A.A.

C.M.S. docent Volzhanin V.M.

M.D. professor Voronin E.E.

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)

M.D. professor Kovelenov A.Yu.

M.D. professor Kozlov K.V.

M.D. professor Kozlov S.S.

M.D. professor Kotiv B.N.

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Kuzin A.A.

C.M.S. Levandovskiy V.V.

M.D. professor Lioznov D.A.

M.D. professor Lobzin V.Yu.

Pharm.D. professor Rudakova A.V.

M.D. professor Panteleev A.M.

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Sidorenko S.V.

M.D. professor Skripchenko N.V.

M.D. Uskov A.N.

M.D. professor Harit S.M.

M.D. professor Zinserling V.A.

M.D. professor Esaulenko E.V.

Editorial council

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Briko N.I. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Gorelov A.V. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Ershov F.I. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Zverev V.V. (Moscow)

M.D. professor Isakov V.A. (Moscow)

corresponding member of the Belarus Academy of Sciences

M.D. professor Karpov (Belarus)

M.D. professor Kozhevnikova G.M. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Lvov D.K. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Maleev V.V. (Moscow)

M.D. professor Malov I.V. (Irkutsk)

M.D. professor Malyshev N.A. (Moscow)

M.D. professor Mamedov M.R. (Azerbaijan)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Mihajlov M.I. (Moscow)

member of the Uzbekistan Academy of Sciences M.D. professor

Musabaev E. I. (Uzbekistan)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Onishenko G.G. (Moscow)

M.D. professor Pawlowsky J.-M. (France)

M.D. professor Papatheodoridis G. (Greece)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Pokrovskiy V.V. (Moscow)

M.D. professor Prati D. (Italy)

M.D. professor Ratnikov V.A. (Saint-Petersburg)

M.D. professor Semenov V.M. (Belarus)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)

M.D. professor Stoma I.O. (Belarus)

M.D. professor Timchenko V.N. (Saint-Petersburg)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Totolan A.A. (Saint-Petersburg)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Uchaykin V.F. (Moscow)

foreign member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Franko de Roza (Italy)

M.D. professor Chulanov V.P. (Moscow)

Ассоциированный член редакционного совета — Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням» (16+)

Журнал включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы

основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Журнал индексируется в мультидисциплинарной библиографической и реферативной базе SCOPUS,

Российском индексе научного цитирования (РИНЦ) и GoogleScholar

«Журнал инфектологии» входит в список научных журналов Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе Web of Science

«Журнал инфектологии» — периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-33952 от 01.11.2008 г. Издаётся ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на «Журнал инфектологии» обязательна.

Адрес редакции: 197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, д. 9, тел: 8(812)234-60-04; факс: 8(812)234-96-91; Сайт журнала www.journal.niidi.ru; e-mail: gusevden-70@mail.ru

Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России» 74516

Статьи из журнала доступны на сайте www.niidi.ru, www.journal.niidi.ru, www.elibrary.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ НАУК РАН
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РАН
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО НАУКЕ И ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НИИ ГРИППА ИМ. А.А. СМОРОДИНЦЕВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО
ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»
ООО «МАЙС ПАРТНЕР»
ООО «МЕДИЦИНСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ»

**ХII КОНГРЕСС
ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ,
ПОСВЯЩЕННЫЙ 150-ЛЕТИЮ
НИКОЛАЯ КОНСТАНТИНОВИЧА РОЗЕНБЕРГА**

**17–19 мая 2026 г.
Санкт-Петербург**

ХII конгресс Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, посвященный 150-летию Николая Константиновича Розенберга/ Материалы конгресса. — Санкт-Петербург, 2026 — 108 с.

**РАБОЧАЯ ГРУППА ОРГКОМИТЕТА
ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ ОРГКОМИТЕТА:**

Доцент Волжанин Валерий Михайлович

Телефон/факс: + 7(812)347 6453

E-mail: vmv1949@yandex.ru

СЕКРЕТАРИ ОРГКОМИТЕТА

Доцент Лебедев Михаил Федорович

Телефон: + 7(921)951 1791

E-mail: lmf53@mail.ru

Доцент Захаренко Сергей Михайлович

Телефон: + 7(911)225 7734

E-mail: zsm1@mail.ru

АДМИНИСТРАТИВНЫЙ СЕКРЕТАРИАТ (прием тезисов)

Чадина Вероника Петровна

Телефон: + 7(903)094 9944

E-mail: veronika-igm.spb@mail.ru

ТЕХНИЧЕСКИЙ СЕКРЕТАРИАТ (регистрация, трансляция)

ООО «Майс Партнер»

Колганова Ксения Ильинична

Телефон: + 7(927)794 4771

E-mail: kseniya.kolganova@micепartner.ru

Tashpulatova M.K.¹, Abdukhalilova G.K.¹,
Urunova D.M.^{1,2}, Razzakova Sh.O.^{1,2}

PHENOTYPES OF RESISTANCE OF SALMONELLA SPP STRAINS ISOLATED FROM BROILER CHICKENS

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan

²Tashkent State Medical University, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Relevance: Global antibiotic consumption rates have increased by 46 percent over the past two decades, according to the first study presenting longitudinal estimates of human antibiotic consumption in 204 countries from 2000 to 2018, published Thursday in the Lancet Planetary Health journal as part of the Global Research on Antimicrobial Resistance (GRAM) project.

The aim of the study: The aim of the study is to study the phenotypes of Salmonella spp. resistance isolated from broiler chickens.

Materials and methods. Samples for the isolation of salmonella from the carcasses of broiler chickens were taken from a farm during slaughter. 37 strains were studied. We conducted an antibiotic susceptibility testing (AST) using the disc diffusion method. The interpretation of the results of AST was carried out by the recommended EUCAST 2021 guidelines.

The results of the research. Having received sensitivity data, we determined the phenotypes of resistance of Salmonella spp. strains. isolated from broiler chickens. Among the tested strains of Salmonella spp. phenotypes with multiple resistance to seven AMP, i.e. to AMP/AMC/NAL/CIP/TCY/C/STX, which amounted to 78.4% (29 strains), and 5.4% to ten AMP AMP/AMC/CTX/CAZ/IPM/NAL/CIP/TCY, prevailed from broiler chickens/CL/STX.

Conclusion. Thus, most strains of Salmonella spp. isolated from broiler chickens were multi-resistant.

Агеев Н.В.¹, Черновецкий М.А.¹, Семенов В.М.²

ОЦЕНКА ФУНГИЦИДНОГО ДЕЙСТВИЯ ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА НА БИОПЛЁНОЧНЫЕ ФОРМЫ ДРОЖЖЕВЫХ МИКРОМИЦЕТ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

¹ГУ «Республиканский научно - практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии», Минск, Республика Беларусь

²УО «Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Дрожжевые микромицеты способны к образованию как моновидовых, так и смешанных биоплёнок. Конгломерация отдельных клеток с образованием биоплёнки приводит к повышению устойчивости к различным противогрибковым препаратам, а также к факторам иммунной защиты человека. Биоплёнкообразование на поверхностях материалов, используемых в инвазивных ме-

тодах диагностики и лечения, рассматривается как один из основных механизмов развития персистирующих инфекций, возникающих на фоне основной онкогематологической патологии и осложняющих её лечение.

Ключевые слова: инвазивные микозы, биоплёнки, микромицеты, хлоргексидина биглюконат.

Цель: оценить фунгицидное действие раствора с различными концентрациями хлоргексидина биглюконата в отношении различных штаммов дрожжевых микромицет, вызывающих инвазивные микозы у иммунокомпромированных лиц с онкогематологической патологией.

Материалы и методы. В исследовании были использованы 9 штаммов наиболее актуальных дрожжевых микромицет, выделенных из клинически значимого биоматериала (кровь, содержимое дыхательных путей, моча (10⁶, состояние фунгурии)) пациентов Центра детской онкологии, гематологии и иммунологии: 2 штамма *Candida albicans*, 2 штамма *Candida parapsilosis*, 3 штаммов *Meyerozyma guilliermondii*, 1 штамм *Nakaseomyces glabratus*, 1 штамм *Pichia kudriavzevii*. Исследование фунгицидного действия в отношении биоплёночных форм выбранных штаммов проводили в 24-луночных микропланшетах с плоским дном и повышенными адгезивными свойствами рабочей поверхности для обеспечения оптимальных условий для формирования биологической плёнки. В лунки со сформированными моновидовыми биоплёночными структурами вносились серия последовательных двухкратных разведений раствора хлоргексидина биглюконата в диапазоне концентрации 0,5 мг/мл до 0,03125 мг/мл. Хлоргексидин разводили жидкой питательной средой Сабуро с декстрозой (Sabouraud dextrose broth). Для оценки результатов исследований содержимое лунок планшета высевали на чашки Петри с агаром Сабуро с декстрозой (Sabouraud dextrose agar) и производили подсчёт колоний.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было обнаружено, что концентрация хлоргексидина биглюконата 0,5 мг/мл обладает фунгицидным действием в отношении всех исследованных штаммов дрожжевых микромицет. Наиболее устойчивыми к действию хлоргексидина оказались штаммы *C. albicans*: минимальная фунгицидная концентрация (МФК) хлоргексидина составила 0,5 мг/мл; при концентрации 0,25 мг/мл наблюдалось фунгистатическое действие (рост единичных колоний). Наиболее чувствительными к действию хлоргексидина оказались штаммы *N. glabratus* и *P. kudriavzevii*: МФК для обоих видов составила 0,0625 мг/мл. В отношении *N. glabratus* антисептик оказывал фунгистатическое действие в концентрации 0,03125 мг/мл. Для *C. parapsilosis* была зафиксирована МФК 0,25 мг/мл. У штаммов *M. guilliermondii* выявлен диапазон ингибирующих концентраций от 0,5 мг/мл до 0,125 мг/мл, что может быть обусловлено различной интенсивностью биоплёнкообразования дрожжевых микромицет данного вида.

Адоева Е.Я.

ИЗУЧЕНИЕ АДАПТОГЕНЕЗА ТКАНЕВЫХ ЛИЧИНОК ГЕЛЬМИНТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ В УСЛОВИЯХ ИННОВАЦИОННОГО КУЛЬТИВИРОВАНИЯ

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации Санкт-Петербург, Россия

Жизненные циклы многих гельминтов протекают со сменой хозяев, при этом часто личиночные стадии этих гельминтов обитают в тканях промежуточных хозяев, вызывая различные патологические состояния. Они инкапсулируются в различных органах хозяев. Капсула частично изолирует организм паразита от организма хозяина, защищает его от антител и других факторов иммунитета, обеспечивает питание паразита и регулирует его обмен. Капсулы тканевых личинок имеют органоподобное строение. Такое состояние капсулы поддерживает паразит, выделяя особые секреторно-экскреторные продукты (экзометаболиты) на протяжении всей своей жизни.

Для изучения влияния личинок гельминтов на клетки животных и человека используют различные экспериментальные модели, в том числе органные и клеточные культуры. Из имеющихся в настоящее время методических приемов органные культуры лучше всего удовлетворяют требованиям по длительному поддержанию дифференцировки *in vitro*.

Ранее нами была разработана новая экспериментальная модель – органная культура соединительнотканной капсулы цистицерков кошачьего цепня, на которой было изучено влияние экзометаболитов цистицерков на клетки соединительной ткани. Влияние экзометаболитов на клетки эпителиальной природы было изучено на органных культурах эмбриональной поджелудочной железы крысы. Для изучения влияния экзометаболитов цистицерков кошачьего цепня на клетки одного типа были использованы клеточные культуры фибробластоподобных клеток линии L929. В опытных культурах культивирование проводили в присутствии цистицерков. Отношение веса цистицерков к объему среды равнялось 1:10 г/мл. Культуры изучали гистологическим, гистохимическим и электронно-микроскопическим методами. Уровень пролиферативной активности оценивали по митотическому индексу (МИ - количество митозов на 1000 клеток).

Эксперименты на органных культурах показали, что цистицерки кошачьего цепня оказывают ростстимулирующее действие на фибробласты соединительнотканной капсулы, а также замедляют дифференцировку клеток. Максимального значения митотический индекс фибробластов в опытных культурах достигает через 9 суток культивирования: $2,36 \pm 0,11\%$, что в 2,3 раза выше, чем в контроле ($p < 0,05$). Аналогичное действие они оказывают на эпителиальные клетки эмбриональной поджелудочной железы. Максимальное значение МИ в опытных культурах определяется через 11 суток культивирования и составляет $6,2 \pm 0,5\%$, что в 1,9 раза выше, чем в контроле ($p < 0,05$).

Опыты с культурами клеток L929 показали, что паразиты оказывают выраженное влияние на пролиферацию и дифференцировку не только нормальных, но и высоко-

трансформированных клеток. Действие это носит дозозависимый характер, зависит от веса цистицерков и времени их нахождения в культуральной среде, предназначенной для культивирования клеток.

Применение различных моделей и способов инновационного культивирования клеток и тканей может быть с успехом использовано для изучения механизмов адаптогенеза тканевых личинок гельминтов, а также патогенеза тканевых ларвальных гельминтозов и их лечения.

Алоджанц Е. А., Иброхимова А.Д.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: инфекции, передаваемые клещами, такие как клещевой энцефалит (КЭ), иксодовый клещевой боррелиоз, клещевые риккетсиозы и другие по-прежнему актуальны как для Российской Федерации (РФ), так и Северо-Западного федерального округа (СЗФО).

В 2024 г. заболеваемость КЭ в РФ составила 1,14 на 100 000 чел., что остается на уровне показателя 2023 г. – 1,21 на 100 000 чел.

Цель: изучить уровень специфической профилактики клещевого энцефалита в Северо-Западном федеральном округе.

Материалы и методы: использованы данные открытых статистических отчетов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Министерства здравоохранения РФ, Федеральной службы статистики формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 2014–2024 гг., форма №5 «Сведения о профилактических прививках» за 2020–2025 гг.

Результаты: специфическая вакцинопрофилактика является действенной мерой по предотвращению заболеваемости клещевым энцефалитом. Показатель заболеваемости КЭ в РФ в 2024 г. достиг 1,14 на 100 тыс. населения, было привито от КЭ 4,036 млн. человек, что составило 2,81% совокупного населения России. По СЗФО данные по привитому населению отличаются в зависимости от принадлежности региона к эндемичной зоне. За период 2020–2025 гг. в СЗФО отмечена устойчивая положительная динамика показателей вакцинации и ревакцинации против клещевого энцефалита. Общее количество вакцинированных увеличилось с 98 945 человек в 2020 г. до 151 897 человек в 2025 г. (рост в 1,5 раза), а число ревакцинированных – с 190 451 до 280 218 человек (рост в 1,47 раза). В среднем в 2025 г. было привито 3,11% населения федерального округа.

Наибольший вклад в общие показатели СЗФО вносят Вологодская, Ленинградская области и г. Санкт-Петербург. В 2025 г. на эти три территории пришлось более 60% всех вакцинаций (Вологодская область – 31 825, Ленинградская область – 25 258, г. Санкт-Петербург – 34 314) и более 68% всех ревакцинаций (Вологодская область – 95 266, Ленинградская область – 44 610, г. Санкт-Петербург – 53 068).

Вологодская область демонстрирует наиболее высокие показатели ревакцинации среди всех регионов СЗФО. В 2025 г. здесь ревакцинировано 95 266 человек, что в 3 раза превышает количество первично вакцинированных (31

825). Такое соотношение указывает на сформировавшийся пул лиц, поддерживающих защитный иммунитет, и позволяет приводить к постепенному снижению заболеваемости в регионе и переходу из лидеров по заболеваемости в середину списка (с показателя 7,55 в 2015 г. до 1,77 на 100 тыс. чел в 2024 г.).

В регионах СЗФО составляются планы по вакцинации, которые в последние годы выполняются на 101-106%, с иммунизацией групп риска — студенты сельскохозяйственных учебных заведений, работники с регулярным нахождением в местах обитания клещей, население, посещающее эндемичные зоны.

Выводы: планомерная работа по специфической профилактики клещевого энцефалита среди жителей федерального округа, с прогрессивным увеличением числа иммунизированных, дает результаты по снижению или поддержанию заболеваемости на одном уровне. Четкое определение групп риска и рациональное планирование прививочной кампании являются ключевыми факторами снижения заболеваемости КЭ и сокращения доли пациентов со стойкой утратой трудоспособности.

Альмяшева Р.З., Павелкина В.Ф., Уточкина В.А., Черемисова А.Н.

ОПИСТОРХОЗ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

*ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»
г. Саранск, Россия*

Описторхоз — остается актуальной проблемой здравоохранения России, особенно в эндемичных регионах Западной Сибири и Урала, в том числе является природно-очаговой болезнью и для Республики Мордовия (РМ). Болезнь имеет серьезные клинические последствия: хронический описторхоз может приводить к гепатиту, холангиту, панкреатиту, а в долгосрочной перспективе — к циррозу печени или гепатоцеллюлярной карциноме.

Цель работы. Проанализировать эпидемиологические и клинические проявления описторхоза по результатам ретроспективного анализа медицинских карт стационарных больных.

Материал и методы. Проведен анализ 19 историй болезни пациентов с диагнозом хронический описторхоз, пролеченных в ФБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница» (РИКБ) в 2024-2025 гг.

Результаты. Заболеваемость описторхозом в Республике невысокая, однако, случаи болезни регистрируются ежегодно.

Обследовано 19 пациентов (12 женщин, 7 мужчин, средний возраст — $46,2 \pm 2,4$ года) с хроническим описторхозом. Всем больным верификация диагноза проводилась микроскопическим исследованием кала и серологическим методом (ИФА). При этом у всех больных выявлены антитела класса G в ИФА и у 47,3% больных еще обнаружены яйца *Ophisthorchis felineus* в кале.

При изучении эпидемиологического анамнеза установлено, что все больные употребляли в пищу вяленую, малосоленую или сырую рыбу семейства карповых. Среди заболевших лиц наблюдались семейные случаи заболевания (в одной семье — заболели два человека, в другой — 3 человека)

В клинике заболевания доминировала абдоминальная симптоматика. Наиболее частой жалобой явилась боль и/

или тяжесть в правом подреберье (57,8%), реже наблюдалась периодическая боль по всему животу (36,8%), горечь во рту (31,5%), изжога (15,7%), жидкий стул (15,7%). Наличие кожного зуда отмечали 36,8% пациентов. При объективном осмотре у 42,1% больных отмечалась болезненность при пальпации живота, у 15,7% больных — гепатомегалия, у 21,0% больных на коже туловища определялась пятнисто-папулезная сыпь. В 63,1% случаев отмечался длительный астеновегетативный синдром.

В общем анализе крови у 26,3% больных отмечался лейкоцитоз, у 42,1% — повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови в 52,6% случаев выявлялось незначительное увеличение уровней АЛТ и АСТ, повышение общего билирубина наблюдалось у 15,7% больных.

По результатам УЗИ органов брюшной полости у 84,2% пациентов визуализировались признаки хронического холецистита и признаки хронического панкреатита, у 78,9% изменения паренхимы печени, в 36,8% — гепатомегалия. В единичных случаях определялись признаки дуоденита, явления холестаза.

Выводы. Таким образом, описторхоз регистрируется в РМ ежегодно. Все заболевшие употребляли термически необработанную рыбу семейства карповых. Заболевание имело типичную хроническую форму течения, которая клинически проявлялась хроническим холециститом, панкреатитом, поражением кожных покровов.

Асманова М.А., Бобровский Е.А., Бугаева Д.А.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2020–2024 ГГ.

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, Россия
ФФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области» в Ордынском районе,
р.п. Ордынское, Россия*

Актуальность. Рост уровня заболеваемости коклюшем является актуальной проблемой во многих субъектах Российской Федерации, в том числе и в Новосибирской области. Коклюш является управляемой инфекцией, в связи с этим, коллективный иммунитет является ключевым фактором сдерживания распространения инфекции.

Цель. Оценить уровень заболеваемости коклюшем населения Новосибирской области в 2020-2024 гг. в зависимости от состояния коллективного иммунитета населения.

Методы. Ретроспективный эпидемиологический анализ.

Результат. В данном исследовании проведен анализ уровня заболеваемости коклюшем, уровень охвата вакцинацией и ревакцинацией против коклюша, а также результаты мониторинга состояния коллективного иммунитета к коклюшу в контрольной возрастной группе (дети 3-4 лет вакцинированные в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, что определено МУ 3.1.2943-11). В период 2020-2024 охват своевременной вакцинацией и ревакцинацией в декретированных возрастных группах (12 мес. и 24 мес.) составлял 95% и более, по результатам проводимого серомониторинга в 2020 и 2021: серонегативные лица не выявлялись или их число не превышало контрольных значений, однако в 2022 г. у 17% лиц

из числа обследованных было выявлено отсутствие антител, что совпадает с периодом начала подъема заболеваемости (показатель заболеваемости в 2022 г. 0,47 на 100 тыс. населения), пик которой пришёлся на 2023 г. (показатель заболеваемости 41,94 на 100 тыс. населения). В 2023 г. по результатам мониторинга коллективного иммунитета выявлено 13 лиц с отсутствием антител к коклюшу, что составило 15,6% от обследованных и превысило нормативные значения. В 2023 г. среди заболевших 55,8% не были привиты или имели не завершённый курс вакцинации. Наиболее частой причиной не привитости детей являются отказы родителей. В возрастной группе 0-2 года заболеваемость не привитых детей в 12 раз выше, чем у привитых. По результатам мониторинга состояния коллективного иммунитета к коклюшу в 2024 г. выявлено 8% серонегативных лиц, что не превышает нормативного уровня. Показатель заболеваемости в 2024 г. составил 15,67 на 100 тыс. населения, что в 2,7 раз ниже, чем в 2023. В 2024 г. среди заболевших 49,3% не привиты или имеют не завершённый курс вакцинации. Высокий показатель заболеваемости среди привитых связан с высокой долей среди заболевших детей в возрастной группе 7-14 лет, у которых могло произойти естественное угасание иммунитета к прививаемой инфекции.

Выводы. В работе проанализированы: уровень заболеваемости коклюшем, уровень охвата вакцинацией и ревакцинацией против коклюша, а также результаты мониторинга состояния коллективного иммунитета к коклюшу в контрольных возвратных группах, что позволяет сделать вывод: рост заболеваемости происходит из-за накопления пула неиммунных лиц, вакцинация против коклюша эффективно защищает население, а также существуют предпосылки для внесения изменения в Национальный календарь прививок с возможностью проведения ревакцинации против коклюша в более поздних возрастных группах.

Атыгаева С.К., Дауленова С.К.

ВАЖНОСТЬ СБОРА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

*ГКП на ПХВ «Городской инфекционный центр»
Астана, Республика Казахстан*

Сибирская язва – инфекционное особо опасное зоонозное заболевание, преимущественно с антропогенной очаговостью, вызываемое *Bacillus anthracis*, характеризующееся тяжёлым течением, возможностью развития осложнений и риском летального исхода при несвоевременной диагностике. В клинической практике данное заболевание может маскироваться под другие нозологические формы, что затрудняет его раннее выявление. В этой связи особую значимость приобретает сбор эпидемиологического анамнеза как ключевого элемента первичной диагностики. Эпидемиологический анамнез представляет собой систематизированную информацию о возможных контактах пациента с источниками инфекции, условиях заражения и факторах риска. При его сборе необходимо целенаправленно выявлять следующие обстоятельства: контакт с сельскохозяйственными животными (крупный и мелкий рогатый скот); участие в убое, разделке туш или переработке сырья животного происхождения; употребление мяса без ветеринарного контроля; профессиональную принадлежность (ветеринары, фермеры, работники мясоперерабатывающих предприятий); пребывание в эндемичных регионах;

наличие аналогичных случаев среди контактных лиц. Выявление даже одного из перечисленных факторов существенно повышает вероятность правильной диагностики. Кроме того, очень важным является уточнение факта использования средств индивидуальной защиты, таких как перчатки, очки, маска. При анализе спорадического случая, был выявлен факт поздней постановки диагноза на 11 день болезни и 7 день лечения у хирургов и дерматолога. Врачи обратили внимание на отсутствие интоксикации, зуд в области раны, было выяснено, что в разделке мяса участвовали 10 человек, а заболел только один контактный. В связи с этим пациентку вели с диагнозом инфицированная рана. При этом, как выяснили позднее только инфекционисты, средства индивидуальной защиты (перчатки) использовали все контактировавшие с мясом, кроме заболевшей пациентки. Диагноз сибирской язвы был подтвержден методом ПЦР. Особо тщательный сбор эпидемиологического анамнеза позволил выявить ключевой фактор риска (незащищенный, без перчаток, контакт с инфицированным мясом), что сыграло решающую роль в постановке правильного предварительного диагноза. Своевременно детально собранный эпидемиологический анамнез имеет не только диагностическое, но и важное организационное значение. Он позволяет оперативно изолировать пациента, определить необходимость госпитализации в специализированное отделение, инициировать экстренное извещение санитарно-эпидемиологических служб, организовать наблюдение за контактными лицами и проведение профилактических мероприятий, а также предотвратить внутрибольничное распространение инфекции. Кроме того, эпидемиологический анамнез способствует предположению клинической формы заболевания (кожной, лёгочной или кишечной), что напрямую влияет на выбор лечебной тактики.

Заключение. Сбор эпидемиологического анамнеза при подозрении на сибирскую язву является обязательным и критически важным этапом медицинской помощи. Он служит основой для ранней диагностики, правильной клинической интерпретации симптомов, своевременного начала лечения и организации эффективных противоэпидемических мероприятий. Игнорирование или недооценка этого этапа может привести к диагностическим ошибкам и повышению эпидемиологических рисков.

Бабаченко И.В., Каплина С.П.

ОПЫТ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) регистрируют повсеместно, ежегодно в мире количество заболевших детей в возрасте до 5 лет составляет до 33 млн. случаев подтвержденной РСВ-инфекции (РСВИ). РСВИ вызывает 25%- 60% вирусных пневмоний и 60%-90% бронхолитов, осложняется дыхательной недостаточностью, требует госпитализации в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и респираторной поддержки. С 2010 г. в России применяется пассивная иммунопрофилактика РСВИ с помощью моноклональных гуманизированных антител. Паливизумаб препятствует проникновению РСВ в клетки респираторного эпителия, ингибируя

поверхностный F-белок, обеспечивающий слияние клеток и распространение вирусов. Препарат вводят детям групп риска по тяжелому и гладкому течению РСВИ.

Цель исследования: проанализировать опыт иммунизации паливизумабом недоношенных детей в ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России в 2023-2025 гг.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 117 медицинских карт недоношенных детей, получивших иммунопрофилактику РСВИ препаратом Паливизумаб в условиях дневного стационара ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России.

Результаты. Распределение детей на группы проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ «Преждевременные роды». Выделено 3 группы детей. 1я группа (n=76) – дети, рожденные преждевременно, срок гестации 32-36 недель, 2 степень недоношенности, вес при рождении 1500-2500гр., (низкая масса тела (НМТ));

2я группа (n=27) – дети, рожденные значительно преждевременно, срок гестации 28-31 недели, 3 степень недоношенности, вес при рождении 1000-1500гр., (очень низкая масса тела (ОНМТ)); 3я группа (n=14) – дети, рожденные крайне преждевременно, срок гестации менее 28 недель, 4 степень недоношенности, вес при рождении менее 1000гр. (экстремально низкая масса тела (ЭНМТ)). У всех детей в периоде новорожденности отмечались выраженные респираторные нарушения в форме дистресс-синдрома вследствие незрелости легких и недостаточности сурфактанта. Все дети с ЭНМТ находились длительно на ИВЛ и сформировали бронхолегочную дисплазию (БЛД). Всем детям до начала иммунизации был взят клинический анализ крови для оценки тромбоцитарного звена и уровня анемизации. В соответствии с клиническими рекомендациями пассивная иммунизация паливизумабом проводилась в дозе 15 мг/кг массы тела вне зависимости от сезона. Дети получили по 5 внутримышечных инъекций препарата, проводимых с интервалом в 1 месяц. Кроме того, 6 детей с врожденным пороком сердца (ВПС) получили по 7 введений паливизумаба до оперативного лечения порока. Отмечена хорошая переносимость паливизумаба у всех иммунизированных детей. Побочных реакций, в том числе аллергических не отмечалось. В одном случае (0,01%) отмечалось нежелательное явление в виде однократного подъема температуры через 8 часов после иммунизации, но невозможно достоверно установить причинно-следственную связь с введением паливизумаба. Ретроспективное наблюдение за иммунизированными пациентами в течение 6 месяцев показало, что из 117 детей, которым вводили паливизумаб, только у 1 ребенка развилась внебольничная пневмония нетяжелого течения, не РСВИ-этиологии, с быстрым клиническим и рентгенологическим выздоровлением.

Выводы. Накопленный опыт позволяет продолжить проведение иммунопрофилактики препаратом паливизумаб недоношенных детей групп риска по развитию тяжелой РСВИ, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела.

Бабенко А.С.¹, Давыдов В.В.², Борисовец Д.С.³, Баюр Н.Г.⁴, Сурикова Н.А.⁴, Криштафович О.П.², Колядко М.Г.¹, Карпуть И.А.⁵, Крылова Н.Г.⁶, Грушевская Г.В.⁷, Чакуков Р.Ф.⁸, Васильковцев Е.В.⁹, Задора И.С.², Шафранская Е.А.², Пашенко Е.В.², Жаворонок С.В.²

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДНК-НАНОСЕНСОРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА В ОБРАЗЦАХ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

³Институт экспериментальной ветеринарии им. С. Н. Вышелецкого, Минск, Республика Беларусь

⁴Городская клиническая инфекционная больница, Минск, Республика Беларусь

⁵Гродненский государственный университет, г. Гродно. Республика Беларусь

⁶Белорусский государственный аграрно-технический университет, Минск, Республика Беларусь

⁷Белорусский государственный университет, Минск, Республика Беларусь

⁸ООО «Умные ДНК Технологии», Минск, Республика Беларусь

⁹Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка, Минск, Республика Беларусь

Технология электрохимических ДНК-наносенсоров – новое, активно развивающееся направление современной клинической диагностики. Среди ее преимуществ в том числе выделяют отсутствие этапов амплификации ДНК-мишени, а также импедансную детекцию, не требующую оптической детекции. Высокая чувствительность метода позволяет выявлять единичные копии ДНК в образцах, что сопоставимо с цифровой капельной ПЦР.

Цель работы – оценить эффективность выявления ДНК цитомегаловируса посредством ДНК-наносенсорной платформы с электрохимическим принципом работы.

В исследование включены образцы ДНК, полученные из плазмы крови пациентов Городской клинической инфекционной больницы г. Минска (Беларусь). Референсный метод – сертифицированная коммерческая ПЦР-РВ тест-система для выявления ДНК цитомегаловируса. Детекцию на наносенсорной платформе проводили после разведения образцов ДНК в 50 раз от исходной концентрации использованной в ПЦР-РВ. Из 11 ПЦР+ образцов положительный результат получен в 9 случаях, а в 2 количество ДНК цитомегаловируса не достигло нижней границы порога (ДНК цитомегаловируса не попало в исследуемый объем). Циклы амплификации всех ПЦР+ образцов попадали в диапазон 30-35. Из 17 ПЦР-отрицательных образцов 11 были распознаны как отрицательные, в то время как 5 показали положительный результат. Для сравнения на каждый сенсор перед детекцией наносили деионизированную воду, выступающую в качестве референса-контроля. Существует вероятность не попадания ДНК цитомегаловируса в реакционную смесь ПЦР-РВ ввиду низких концентраций.

Использованная ДНК-наносенсорная платформа продемонстрировала высокую эффективность в выявлении низкой вирусной нагрузки цитомегаловируса. Полученные данные свидетельствуют о перспективности использования электрохимической наносенсорной платформы для решения задач клинической диагностики, особенно в случаях, требующих повышенной чувствительности.

Бондаренко А.А., Доброниченко Е.А., Абрамова Т.Д.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Кировский государственный медицинский университет

г. Киров, Россия

Острый аппендицит является наиболее распространенной острой хирургической патологией. Наличие патогенной флоры в червеобразном отростке служит благоприятной средой для развития воспаления.

Цель исследования: изучить роль *E. coli* и *P. aeruginosa* в клинико-лабораторных проявлениях и осложнениях острого аппендицита.

Материалы и методы. Проанализировано 340 историй болезни пациентов в возрасте от 17 до 87 лет (180 женщин и 160 мужчин), находившихся на стационарном лечении в Кировской больнице скорой помощи в 2022 г. с диагнозом острый аппендицит. В результате бактериологического посева содержимого червеобразного отростка установлена этиология аппендицита: *Escherichia coli* - 41%, *Pseudomonas aeruginosa* - 11%, *Staphylococcus epidermidis* - 9%, *Klebsiella pneumoniae* - 6%, *Enterococcus faecalis* - 5%; *Staphylococcus hominis* - 4%; *Micrococcus luteus* - 4%; *Streptococcus anginosus* - 2%; *Staphylococcus haemolyticus* - 2%; другие микроорганизмы - 16%. Для дальнейшего анализа выделены 2 группы больных: первая – острый аппендицит, ассоциированный с *E. coli* (140 человек), вторая - с *P. aeruginosa* (37). Для статистического анализа рассчитывали медиану (Me [Q25; Q75]), U-критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 Пирсона, коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. В первой группе больных по сравнению со второй значительно чаще выявлены женщины (53% - 35%, $p < 0,05$). Лица молодого возраста (21-45 лет) существенно чаще встречались в первой группе исследуемых лиц (50% - 27%, $p < 0,05$). Для пациентов с острым аппендицитом, ассоциированным с синегнойной палочкой, в большинстве случаев (60%) характерно обращение за медицинской помощью после 24 часов после появления первых симптомов заболевания. Лица с выделенной кишечной палочкой были госпитализированы на 2-ые сутки болезни в 40% случаев ($p < 0,05$). У пациентов с *P. aeruginosa* аппендицит сопровождался развитием субфебрильной лихорадки в отличие от лиц с *E. coli* ($37,2 \pm 0,33^\circ\text{C}$ - $36,8 \pm 0,33^\circ\text{C}$, $p < 0,05$). Более выраженный лейкоцитоз зафиксирован у больных с *P. aeruginosa*: $13,0 \times 10^9/\text{л} \pm 1,4$ - $11,4 \times 10^9/\text{л} \pm 1,7$, $p < 0,05$. Структура интраоперационных изменений червеобразного отростка у пациентов 1 и 2 групп: катаральная форма - 1% и 0, флегмонозная - 65% и 41%, $p < 0,05$, гангренозная - 24% и 27%, гангренозно-перфоративная - 10% и 32%, $p < 0,05$. Осложнения аппендицита в несколько раз чаще выявлены у лиц второй группы по сравнению с первой ($p < 0,05$): периаппендикулярный инфильтрат - 22% и 9%; абсцесс – 22% и 8%, перитонит 27% и 10%. Высокая обсемененность бак-

териями ($\geq 10^5$ КОЕ/мл) зарегистрирована у большинства исследуемых с *P. aeruginosa*, чем с *E. coli*: 78% - 27%, $p < 0,05$. Заметная прямая корреляционная связь выявлена между возрастом пациентов и гангренозной ($r = 0,52$; $p < 0,05$) и гангренозно-перфоративной ($r = 0,5$; $p < 0,05$) формами; наличием сопутствующих заболеваний и гангренозной ($r = 0,56$; $p < 0,05$) и гангренозно-перфоративной ($r = 0,6$; $p < 0,05$) формами болезни.

Выводы. Основными этиологическими агентами острого аппендицита являются *E. coli* (41%) и *P. aeruginosa* (11%). У больных с *P. aeruginosa* преобладают гангренозные и гангренозно-перфоративные формы, с *E. coli* – флегмонозные. Выявлена взаимосвязь между возрастом пациентов, отягощённым преморбидным фоном и развитием деструктивных форм острого аппендицита.

Бондаренко А.А., Кузнецова Н.В., Топорова Н.Н.

МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

г. Киров, Россия

Микоплазменная инфекция широко распространена в мире, особенно среди детей школьного возраста. Эпидемические подъёмы заболеваемости регистрируются каждые 3-6 лет, преимущественно осенью и зимой. В период подъёма заболеваемости среди внебольничных пневмоний на микоплазменную инфекцию может приходиться более 30%. Отсутствие выраженного интоксикационно-воспалительного синдрома у больных микоплазменной пневмонией приводит к поздней диагностике и несвоевременному адекватному лечению.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные проявления микоплазменной инфекции дыхательных путей у детей.

Материалы и методы. Исследование проведено у 60 пациентов микоплазменной инфекцией от 2 до 16 лет (30 мальчиков и 30 девочек), находящихся на стационарном лечении в Кировской инфекционной клинической больнице в 2024-2025 гг. Диагноз подтверждён методом ИФА с определением специфических IgM к *M. pneumoniae*. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel. Для определения достоверности различий ($p < 0,05$) рассчитывали U-критерий Манна-Уитни, точный критерий Фишера.

Результаты. Среди госпитализированных детей с острыми респираторными заболеваниями с сентября 2024 по январь 2025 гг. микоплазменная инфекция установлена в 14% случаев. Средний возраст заболевших составил $9,3 \pm 3,5$ лет. Респираторный микоплазмоз регистрировался преимущественно в сентябре и октябре (79%) у детей школьного возраста (73%). В течение двух недель до начала заболевания контакт с больными острыми респираторными заболеваниями установлен в школе в 63%, семье – в 27%, детском саду – 10%. У всех пациентов заболевание началось с лихорадки ($38,1 \pm 0,5^\circ\text{C}$). Умеренные симптомы интоксикации зарегистрированы у 49% больных: слабость, вялость, снижение аппетита. Большинство детей (73%) направлено в стационар на 6-21 день болезни ($9,4 \pm 4,5$ день) с предварительным диагнозом внебольничная пневмония. При поступлении в больницу всех пациентов беспокоил малопродуктивный кашель. У исследуемых лиц диагноз

микоплазменной инфекции подтвержден на $3,2 \pm 1,8$ день госпитализации обнаружением IgM к *M. pneumoniae* у ИФА. Выявлена структура поражения органов дыхания у наблюдаемых больных: синусит – 1,5%; ринит – 9,6%; бронхит – 16%; фарингит – 95%; пневмония – 100%. Результаты физикального обследования: при аускультации жесткое дыхание зафиксировано в 100% случаев, влажные и/или сухие хрипы – 76%. При проведении рентгенография органов грудной клетки инфильтративные и очаговые изменения обнаружены у 95% пациентов, одностороннее поражение легких – 68% (левостороннее – 32%, правостороннее – 36%). В большинстве случаев зарегистрировано очаговое (38%), сегментарное и полисегментарное (38%) поражение легких. Двустороннее поражение легких (53%-22%) и умеренный лейкоцитоз (59%-15%) достоверно чаще выявлены у детей дошкольного возраста по сравнению со школьниками.

Выводы. Среди госпитализированных детей с острыми респираторными заболеваниями в эпидемический сезон 2024-2025 гг. в 14% случаев выявлена микоплазменная инфекция в основном у детей школьного возраста (73%), которая проявлялась у большинства больных фарингитом и односторонним очаговым, сегментарным или полисегментарным поражением легких.

Бондаренко А.А., Ситникова Е.С., Костылева Е.И.
COVID-19 И СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Кировский государственный медицинский университет
г. Киров, Россия*

Сахарный диабет является широко распространенным заболеванием эндокринной системы и значимым фактором риска неблагоприятных исходов у больных COVID-19.

Цель исследования: изучить влияние сахарного диабета, осложненного синдромом диабетической стопы, на особенности течения COVID-19.

Материалы и методы. Проанализировано 60 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в Кировской городской клинической больнице в 2021 г. с диагнозом COVID-19. Выделено 2 группы больных: первая – 30 человек с COVID-19 и сахарным диабетом 2 типа, который был осложнен синдромом диабетической стопы, средний возраст составил $62,5 \pm 1,5$ лет (мужчин и женщин по 15 человек). Вторую группу составили 30 пациентов с COVID-19 без коморбидной патологии, средний возраст – $61,9 \pm 0,2$ лет (15 мужчин и 15 женщин). Оценивались клинико-anamnestические данные, лабораторные и инструментальные методы обследования. COVID-19 верифицирован на основании положительных ПЦР-тестов на SARS-CoV2 из носоглоточного отделяемого. Статистический анализ проведен в Microsoft Excel for Windows с оценкой достоверности различий по t-критерию Стьюдента и хи-квадрату.

Результаты. Положительный мазок на РНК SARS-CoV-2 у пациентов первой и второй группы обнаружен на $5,1 \pm 0,7$ и $7,6 \pm 0,3$ день заболевания, отрицательный – на $17,0 \pm 0,8$ и $14,2 \pm 0,7$ день болезни. Пациенты 1 группы, по сравнению со второй, реже жаловались на снижение обоняния (36%-56%) и кашель (90%-93%); чаще – на боль в горле (76%-50%, $p < 0,05$) и одышку (97%-57%, $p < 0,05$). Поступая в стационар, пациенты с диабетической стопой предъявляли жалобы на

боль в области стоп (76%), отек (40%) и покраснение кожи стоп (27%), чувство омертвения пальцев (13%). У 53% пациентов с COVID-19 и синдромом диабетической стопы отмечался лейкоцитоз ($11,7 \pm 2,2 \cdot 10^9/\text{л}$), у 30% – глюкозурия ($4,4 \pm 2,5$ ммоль/л). В биохимическом анализе крови Hb1AC достоверно выше у пациентов с новой коронавирусной инфекцией и сахарным диабетом: $7,0 \pm 1,9\%$, и $5,5 \pm 0,8\%$, $p < 0,05$. Более значительное снижение СРБ за время лечения выявлено у пациентов без коморбидной патологии: $13,8 \pm 2$ мг/л и $22,3 \pm 4,6$ мг/л, $p < 0,05$, исходные показатели СРБ в 1 группе составили $31,5 \pm 2,8$ мг/л, во 2 группе – $51,2 \pm 10,2$ мг/л. Для больных 2 группы характерна более выраженная гипертермия ($38,5 \pm 0,09$ градусов), чем для больных 1 группы ($37,9 \pm 0,7$ градусов), $p < 0,05$. SpO₂ у пациентов COVID-19 и синдромом диабетической стопы была ниже, чем у пациентов без сопутствующей патологии: $90,5 \pm 3,9\%$ – $94,9 \pm 0,4\%$. У лиц с COVID-19 и сахарным диабетом, осложненным синдромом диабетической стопы, установлены следующие показания пульсоксиметра: 96 – 95% у 20% ($95,3 \pm 0,5\%$) и менее 94% у 80% пациентов ($89,3 \pm 3,4\%$). Степень вовлечения в инфекционный процесс легких по данным КТ у больных 1 группы несколько ниже, чем второй: $32,7 \pm 2,9\%$ – $38,8 \pm 3,9\%$. У больных с синдромом диабетической стопы объемы поражения легких по КТ распределились следующим образом: КТ1 – 36% случаев, КТ2 – 57%, КТ3 – 7%.

Выводы. Большинство пациентов с COVID-19 и сахарным диабетом, осложненным синдромом диабетической стопы, предъявляли жалобы на боли в горле, кашель и одышку, имели сатурацию кислорода около 90% и санацию организма от возбудителя на третьей недели болезни, у трети больных выявлено поражение легких до 50% и умеренный лейкоцитоз.

**Бондаренко Е.И.¹, Шварева О.А.¹, Шарипова Э.В.²,
Тиммербаева Д.А.², Мухаммадиева Э.Г.²,
Никитина К.Р.³, Козлов С.С.⁴**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ПЦР И ИФА В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛПС, ВЫЗВАННОГО PUUMALA VIRUS

¹АО «Вектор-Бест», г. Новосибирск, Россия

²ГБУЗ Республиканская клиническая инфекционная больница, г. Уфа, Россия

³ГБУЗ Республики Башкортостан Городская больница №1, г. Октябрьск, Россия

⁴«Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острое вирусное инфекционное заболевание, которое занимает одно из первых мест среди природно-очаговых инфекций. В соответствии с санитарными правилами (СП 3.1.7.2614-10) для лабораторного подтверждения заболевания предписывается применение серологических и молекулярно-генетических методов диагностики. Перечень доступных в РФ коммерческих диагностических тестов ограничен, нуждается в расширении, а также в переосмотре подхода их использования в связи с различным географическим распределением на территории России генетически неоднородных хантавирусов, вызывающих ГЛПС. В РФ в 98% случаев этиология ГЛПС связана с *Puumala virus*

(PUUV). В связи с чем, нами был разработан экспериментальный ПЦР-тест в режиме реального времени (ПЦР-РВ) для выявления именно PUUV. Для проведения исследования были анализированы образцы парных сывороток от 195 больных, поступивших с подозрением на заболевание ГЛПС в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) Уфы и в Городскую больницу №1 города Октябрьский, Республика Башкортостан. Подтверждение диагноза заболевания проводили на основании результатов ИФА с применением наборов «ВектоХанта-IgM» и «ВектоХанта-IgG» (АО «Вектор-Бест»). С целью проведения комплексного исследования с применением методов ПЦР и ИФА были отобраны образцы парных сывороток от 187 из 195 больных. На основании результатов ИФА 7 больных были исключены из анализируемой выборки в связи с отсутствием антител класса M, маркера недавно возникшего заболевания ГЛПС. Еще у одного пациента, несмотря на отсутствие обоих серологических маркеров, в дальнейшем была выявлена РНК PUUV.

В результате анализа 187 образцов первичной сыворотки с помощью разработанного теста «ПЦР РНК *Puumala virus*» генетический маркер возбудителя был выявлен в 141 (75,4%) из них. Положительные результаты полностью воспроизведены в повторных постановках. Забор крови производился на 4–6 день с момента появления симптомов заболевания. Данные ПЦР-анализа образцов вторичной сыворотки из этой же выборки больных свидетельствовал о наличии РНК-маркера PUUV у 60 из 187 (32,1%) обследованных. При этом повторный забор крови производился на 10–12 день с момента заболевания. Таким образом, только у 60 из 141 (42,6%) больных при наличии РНК возбудителя в первичной сыворотке маркер был детектирован впоследствии и во вторичной пробе, что свидетельствовало о динамичной элиминации вируса из крови больных (на 4–8 сутки).

С целью оценки эффективности выявления РНК-маркера PUUV с помощью теста «ПЦР РНК *Puumala virus*» был использован набор сравнения «ОМ-Скрин-ГЛПС-РВ» (НПК «Синтол») при анализе 83 образцов сыворотки, полученных от больных в период с 4 по 12 день заболевания. Все пробы сравнения содержали серологические маркеры к антигенам PUUV. РНК вируса была детектирована обоими тестами в 53 (63,9%) образцах, в 2 (2,4%) пробах выявлена только с помощью теста «ПЦР РНК *Puumala virus*», а также еще в 2 (2,4%) образцах РНК возбудителя обнаружена с помощью набора «ОМ-Скрин-ГЛПС-РВ». Расхождение в полученных результатах двух тестов было отмечено для проб с низкой концентрацией РНК вируса, которые при постановке ПЦР-РВ имели значение $St = 39–40$. В 26 (31,3%) образцах сыворотки, содержащих серологические маркеры инфекции, РНК возбудителя не была выявлена. Таким образом, совпадение результатов, полученных с помощью двух ПЦР-тестов, составило 95,2%.

Выводы. Полученные данные дают основание для использования ПЦР-анализа с целью подтверждения диагноза ГЛПС на ранних стадиях заболевания. Однако, именно использование комплексного подхода, с применением в лабораторной диагностике методов ИФА и ПЦР, обеспечивает более точную верификацию инфекции.

Бондаренко Т.Ю.¹, Карелина К.В.¹, Какурина Г.В.^{2,3}, Чойнзонов Е.А.²

ПОЛИМОРФИЗМЫ РАЙОНА ГЕНА TIM-1/NAVCR-1, КОДИРУЮЩЕГО МУЦИНОВЫЙ ДОМЕН, У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

¹ФБУН Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор», Роспотребнадзора, р.п. Кольцово, Россия

²Научно-исследовательский институт онкологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Томск, Россия

³ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Томск, Россия

Роль полиморфизмов гена TIM-1 (Т-клеточный и муциновый домены) человека ассоциирована с вирусной тропностью, с иммунорегуляцией и изучается при социально значимых заболеваниях. Экспрессия TIM-1 выявлена в тканях опухолей и их окружении. Внеклеточная часть рецептора TIM-1 (NAVCR-1/KIM-1/CD365) включает в себя два домена: домен иммуноглобулина (IgV) и муциноподобный домен (MLD). MLD участвует в представлении IgV-домена и во взаимодействии с лигандами. Выявлено, что полиморфизмы района MLD, (ins/del157MTTVP) модулируют вирусную тропность и тяжесть заболеваний. В частности, в отношении вируса гепатита А и ВИЧ было показано, что «ins157» была ассоциирована с более тяжелым течением заболеваний. Генетические полиморфизмы TIM-1 могут определять риски развития патологий и восприимчивость к инфицированию вирусами.

Цель. Анализ района гена TIM-1/NAVCR-1 человека, кодирующего муциновый домен (MLD), у онкологических пациентов в сравнении с контрольной группой здоровых доноров и получение данных о генетических вариациях.

Материалы и методы. Сбор материала (слюны) у 15 пациентов с верифицированным диагнозом рак легкого и рак гортани и 15 здоровых доноров Сибирского федерального округа был выполнен в рамках договора о сотрудничестве №3/1301 (21.03.23) с НИИ онкологии ТНИМЦ Российской академии науки. Проведение работы было одобрено этическим комитетом ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора протокол №11 (10.04.2024). Слюна в объеме 1–2 мл была лизирована. ДНК была выделена с помощью набора ExtractDNA Blood & Cells kit (Evrogen, Россия). Проводили ПЦР с использованием праймеров, фланкирующих MLD район TIM-1. Секвенирование проводили на приборе MiSeq («Illumina»). Выравнивание прочтений на референсный геном (NAVCR1 XM_024446022.1) и получение консенсусных последовательностей осуществлялось с использованием программных пакетов bwa v0.7.17 и ivar v1.2.2 соответственно.

Результаты. Было обнаружено, что в 4-м экзоне гена TIM-1, кодирующем MLD, у онкологических пациентов в 67% случаев (10 из 15) имелась вставка 15 нуклеотидов, приводящая к варианту вставки 5 аминокислот. В контрольной группе здоровых доноров в исследуемом районе вставка 15 нуклеотидов была обнаружена в 13% случаев (2 из 15). Вставка 5 аминокислот в MLD приводила к формированию более протяженной структуры, которая размещает домен IgV на расстоянии от мембраны и влияет на тропность к вирусам, значима в межклеточных взаимодействиях и эффективности иммунорегуляции.

Предложен протокол анализа 4-го экзона гена TIM-1. Впервые проведен анализ генетических вариаций района гена TIM-1/NAVCR-1 у пациентов с разной локализацией опухолевого процесса. Необходимы дальнейшие работы с увеличением количества выборки и возможно в будущем данные полиморфизмов гена TIM-1 будут включены в комплексный анализ индивидуальных генетических параметров пациентов. Исследование проведено в рамках ГЗ-2/23 ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора.

Бурак Е.А., Самойлович Е.О., Ермолович М.А., Былина А., Карпов И.А.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ IGG АНТИТЕЛА В НАЧАЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА КОРИ У НАИВНЫХ И РАНЕЕ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, Минск, Республика Беларусь

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Предполагалось, что как перенесенная корь, так и вакцинация обеспечат пожизненный иммунитет к этому заболеванию. Однако позднее стало ясно, что продолжительность защиты, обеспечиваемой вакциной против кори, более вариабельна и короче, чем та, которая приобретается в результате перенесенной инфекции. Известно, что в эндемичных по кори районах случаи инфекции у ранее вакцинированных лиц составляют менее 10% от общего числа заболевших, в неэндемичных происходят более часто.

Целью настоящего исследования являлся анализ IgG антител у пациентов с корью, госпитализированных в Городскую клиническую больницу г. Минска в 2023–2025 г.

Материалы и методы. Диагноз корь подтверждали лабораторно выявлением IgM антител в сыворотке крови и/или РНК вируса кори в носоглоточном мазке и моче. Для каждого пациента в сыворотке крови, собранной в первые 2-7 дней от начала сыпи, определяли IgG антитела к кори. IgM и IgG определяли с использованием соответствующих иммуноферментных тест-систем производства Вектор-БЕСТ, Российская Федерация. Показатели концентрации IgG к кори <0,12 МЕ/мл расценивали как отрицательные, от 0,12 до 0,17 МЕ/мл – как сомнительные, 0,18 МЕ/мл и более – как положительные согласно рекомендациям к тест-системе. Максимальный определяемый в тест-системе уровень IgG составлял 5 МЕ/мл. РНК вируса кори определяли методом диагностической одностадийной ОТ-ПЦР в режиме реального времени.

Результаты. Диагноз корь за анализируемый период был лабораторно подтвержден у 100 пациентов: у 61 – на основании выявления IgM антител, у 4 – на основании выявления РНК вируса кори в ОТ-ПЦР (из них 3 IgM-отрицательных), у 35 – на основании выявления IgM антител и РНК вируса кори.

Исследование IgG антител у 100 пациентов с лабораторно-подтвержденным диагнозом корь показало, что они отсутствовали у 19 (10,0%) из них, присутствовали у 81 (81,0%).

Оценка прививочного статуса в отношении кори по анамнестическим данным показала, что 13 заболевших (13,0%) относились к непривитым, 32 (32,0%) – к привитым с использованием хотя бы одной дозы вакцины, 55 (55,0%) не имели информации о прививочном статусе. Средне-

групповая концентрация IgG антител в группе не вакцинированных составила 0,81 МЕ/мл (ДИ 95% 0,35–1,27), вакцинированных – 1,72 МЕ/мл (ДИ 95% 1,30–2,20), без сведений о вакцинации – 1,22 МЕ/мл (ДИ 95% 0,92–1,51). Различия между группами вакцинированных и невакцинированных пациентов статистически значимы ($p < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что заболевшие взрослые часто (в 55,0% случаев) не знают, были ли они привиты против кори. Высокая концентрация антител (более 1 МЕ/мл, в 8 раз выше пороговой концентрации), выявленная в начале острого периода заболевания у каждого второго пациента (52/100, 52,0%), вероятнее всего подтверждает факт проведенной ранее вакцинации. Для диагностики кори у ранее вакцинированных лиц необходимо использование не только серологических (выявление IgM антител), но и молекулярных методов.

Буткевич В.В.¹, Бабенко А.С.², Тапальский Д.В.³, Жаворонок С.В.¹, Николенко Е.Н.⁴, Зайцева В.Н.⁴

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ РЕЗИСТЕНТНОСТИ A. BAUMANNII МЕТОДОМ ПЦР-РВ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

²Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

³Институт физиологии НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

⁴Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, Минск, Республика Беларусь

Введение. Наиболее распространенным из известных механизмов резистентности к карбапенемам является продукция приобретенных карбапенем-гидролизующих β -лактамаз класса D (ОХА-карбапенемазы) и класса В (металло- β -лактамазы). Среди приобретенных bla_{OXA} -карбапенемаз выделяют три наиболее распространенных группы ферментов: bla_{OXA-23} , $bla_{OXA-24/40}$ и bla_{OXA-58} . Плазмидная локализация генов, относящихся к этим группам ферментов, способствует быстрому распространению устойчивости к карбапенемам среди клинических изолятов *A. baumannii*.

Материалы и методы. Из рабочей коллекции клинических изолятов *Acinetobacter baumannii*, выделенных в стационарах различных областей Республики Беларусь от госпитализированных пациентов, отобраны 27 штаммов, характеризующихся множественной (MDR) и экстремальной лекарственной устойчивостью (XDR) и несущих гены карбапенемаз групп bla_{OXA-23} , bla_{OXA-58} , bla_{OXA-51} , bla_{OXA-48} и bla_{OXA-40} . Детекцию генов, кодирующих карбапенемазы, проводили методом ПЦР в реальном времени с применением коммерческих наборов производства «АмплиСенс» (Российская Федерация): «MDR A.b.OXA-FL» (для выявления групп bla_{OXA-23} , bla_{OXA-58} , bla_{OXA-51} , bla_{OXA-40}) и «MDR КРС/ОХА-48» (для выявления групп bla_{KPC} и bla_{OXA-48}) в соответствии с инструкциями производителя.

Результаты. По окончании ПЦР-РВ регистрировали накопление специфических продуктов амплификации по соответствующим каналам флуоресценции: JOE – для генов группы bla_{OXA-23} , ROX – для bla_{OXA-58} , Cy5 – для bla_{OXA-40} .

Приобретённые гены карбапенемаз выявлены у 25 из 27 карбапенем-нечувствительных штаммов (92,5%). Все обнаруженные детерминанты относились к ОХА-типу и принадлежали трём группам. Наиболее распространёнными оказались гены $bla_{\text{ОХА}}-40$ — они присутствовали у 20 изолятов (74,1%, $n=20/27$). Гены $bla_{\text{ОХА}}-23$ идентифицированы у 6 штаммов (22,2%, $n=6/27$). Гены $bla_{\text{ОХА}}-58$ не обнаружены. В одном штамме зафиксировано сочетание генов $bla_{\text{ОХА}}-40/23$.

Выводы. Основой резистентности к карбапенемам у изученных штаммов *A.baumannii* служат приобретённые ОХА-карбапенемазы, выявленные у подавляющего большинства (92,5%) нечувствительных штаммов. Доминирование генов $bla_{\text{ОХА}}-40$ среди штаммов *A.baumannii* в исследованной выборке указывает на циркуляцию в стационарах Республики Беларусь клональных линий, несущих именно этот механизм резистентности. Однако наличие штаммов без детектируемых приобретённых карбапенемаз (7,5%) указывает на возможное участие других механизмов резистентности. Выявление штаммов с сочетанием генов $bla_{\text{ОХА}}-40/23$ свидетельствует о потенциальной способности *A.baumannii* аккумулировать различные гены резистентности. Полученные данные свидетельствуют о важности локального эпидемиологического мониторинга для контроля распространения генетических детерминант резистентности.

Вандышева Т.В., Константинов Д.Ю., Попова Л.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ А И Е НА ТЕРРИТОРИИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2022–2025 ГГ.

г. Самара, Россия

Введение. Актуальность изучения энтеральных гепатитов обусловлена их значительным эпидемическим потенциалом вследствие ряда причин: увеличения миграционных потоков (трудовая миграция, военные действия), изменения климатических условий (глобальное потепление способствует удлинению периода активной реализации фекально-орального механизма заражения в РФ), и все это происходит в условиях отсутствия обязательной плановой вакцинации для всего населения. Последние годы в РФ регистрируется рост числа случаев вирусных гепатитов А (ГА) и Е (ГЕ). В 2024 г. заболеваемость ГА относительно предыдущего года выросла более чем на 30%, ГЕ — на 12,5%. Официальная регистрация ГЕ началась в 2013 г. Высокий уровень антител к вирусу гепатита Е среди населения РФ (1,5-5%) свидетельствует о его скрытой и интенсивной циркуляции.

Цель. Охарактеризовать эпидемиологические особенности случаев ГА и ГЕ на территории Самарской области за 2022–2025 гг.

Материалы и методы. Использована статистическая форма №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» в Самарской области за период с 2022 по 2025 гг.

Результаты. За анализируемый период в Самарской области зарегистрировано 617 случаев ГА (в том числе 321 случай в 2025 г.), с ежегодным приростом от 23% (в 2023 г.) до 54% (в 2025 г.). Наибольший уровень заболеваемости наблюдался в 2025 г. (10,26 чел. на 100 тыс. населения), наименьший — в 2022 г. (2,1 чел. на 100 тыс. населения). Территориальный анализ распространенности ГА с 2022 по

2025 гг. показал, что количество случаев в Самарской области среди городского населения (77,6%) преобладало над сельским (22,4%), за исключением 2025 г., когда количество случаев среди городского населения (57,6%) находилось практически в равном соотношении с сельским (42,4%). К регионам с высоким уровнем заболеваемости с 2022 по 2025 гг. относились г. Самара, г. Октябрьск, г. Кинель. Среди сельских территорий — Волжский, Сергиевский и Кинель-Черкасский районы. Тенденцию к росту заболеваемости ГА в последние годы демонстрировали — г. Самара, Волжский и Кинель-Черкасский районы. В 2025 г. наибольшее количество случаев заболеваний отмечалось в г. Самара и Волжском районе, продолжая тенденцию роста относительно предшествующего года. За период с 2022 по 2025 гг. зарегистрировано 11 случаев заболеваний ГЕ, показатель на 100 тыс. населения 0,26. В 2022 и 2023 гг. заболеваемость отсутствовала. В 2024 г. регистрировались случаи ГЕ в г. Самара (0,09 чел. на 100 тыс. населения), г. Тольятти (0,3 чел. на 100 тыс. населения), Ставропольском районе (1,13 чел. на 100 тыс. населения). В 2025 г. заболеваемость регистрировалась в аналогичных территориях и была в 2 раза выше предыдущего года. Большинство случаев ГЕ (85%) протекало в виде микст инфекции с ГА.

Заключение. В Самарской области за последние 4 года отмечается рост заболеваемости ГА и ГЕ. Преобладание случаев среди городского населения может быть обусловлено плотностью населения, а следовательно, большим количеством контактов, а также хорошей доступностью клинических и лабораторных баз ЛПУ, наличием квалифицированного медперсонала, имеющего настороженность в отношении ГА и ГЕ. Рост ГА в Волжском районе (среди сельских территорий — район с самой высокой заболеваемостью) обусловлен групповой заболеваемостью среди представителей цыганской общины в селах Черноречье и Смышляевка, где установлен фактор неудовлетворительных условий проживания, низкий уровень санитарных условий, что послужило причиной дальнейшего распространению инфекционного процесса.

*Власик Р.А.¹, Юдинцева А.Ю.^{1,2}, Шабалина А.В.¹,
Оснач В.А.¹, Плахотник А.Е.^{1,3}, Долгова А.С.¹,
Дедков В.Г.^{1,4}*

РАЗРАБОТКА МЕТОДА ОТ-ПЦР В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗОНДОВ ТИПА TAQMAN ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РНК ВИРУСА МАРБУРГ

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург, Россия

²Лимнологический институт СО РАН, г. Иркутск, Россия

³ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁴Институт медуцинской паразитологии и тропической медуцины имени Е.И. Марциновского, Москва, Россия

Введение. Вирус Марбург (*Orthomarburgvirus marburgense*) принадлежит к роду *Orthomarburgvirus* семейства *Filoviridae*, является возбудителем геморрагической лихорадки Марбург, резервуаром которого являются нильские крыланы (*Rousettus aegyptiacus*).

Актуальность. Природные очаги вируса Марбург находятся в Африке. Воротами инфекции могут служить слизистые оболочки ротовой полости и глаз, а также повреждённая кожа, не исключена передача через слизистые половых органов. Болезнь протекает с повышением температуры до высокого уровня, симптомами интоксикации и геморрагическим синдромом. На данный момент для профилактики геморрагической лихорадки Марбург не существует официально зарегистрированных вакцин.

Цель. Целью исследования является разработка одноэтапного метода анализа с помощью полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией с зондом типа TaqMan в режиме реального времени для выявления РНК вируса Марбург в биологических образцах.

Материалы и методы. В ходе разработки метода были подобраны и сконструированы диагностические праймеры и флуоресцентно-меченный зонд, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью, комплементарные участку гена NP; были сконструированы рекомбинантные положительные контрольные ДНК образцы на основе плазмиды pGEM-T-easy, также РНК образцы на основе бактериофага MS2; после были найдены оптимальные концентрации компонентов реакционной смеси и условия проведения ПЦР. Процесс анализа представляет собой одношаговую ПЦР, т.е. последовательное объединение обратной транскрипции и амплификации в одной пробирке (для ускорения процесса и снижения риска контаминации образцов). Этап обратной транскрипции составляет 15 минут при температуре 50°C, этап предварительной денатурации осуществляется в течение 5 минут при температуре 95°C, этап денатурации протекает в течение 10 секунд при температуре 95°C, а этап отжига, объединённый с этапом элонгации, сопровождается регистрацией флуоресцентного сигнала, происходит в течение 20 секунд при температуре 57°C. Число циклов реакции составляет 40. Длина ампликона составляет 136 пар нуклеотидов. Объём реакционной смеси 25 мкл, из них объём добавляемой РНК равен 10 мкл. Кривая разведения стандартного образца с диапазоном Ct от 10⁶ копий/мл (Ct=20,32) до 10 копий/мл (Ct=28,89). Предел обнаружения метода составил 1x10⁶ копий/мл. Продолжительность анализа составляет менее 80 минут.

Результаты и выводы. Таким образом, в результате проведённого исследования был разработан метод выявления РНК вируса Марбург на основе полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией с зондами типа TaqMan в реальном времени в различных видах биологического материала, увеличив способы мониторинга в сфере эпидемиологического контроля за вирусом Марбург.

Работа выполнена по федеральному проекту «Санитарный щит».

Волова Л.Ю., Босенко А.А., Курнышов М.А.

ВЛИЯНИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВИЧ И СОХРАНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

*ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД»
г. Ноябрьск, Россия*

Актуальность. После пандемии COVID-19 специалисты ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД» (далее – ГБУЗ ОЦ СПИД) отметили

рост показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией на Ямале с увеличением в ее структуре доли пациентов в поздних стадиях заболевания.

За последние 6 лет в регионе зарегистрировано 999 новых случаев ВИЧ-инфекции, из которых в 148 (15%) ВИЧ выявлен в поздних стадиях заболевания. С 2021 г. по 2023 г. отмечен рост доли позднего выявления ВИЧ, в среднем на 6,6% по сравнению с 2020 г. В 2024 г. удельный вес пациентов с ВИЧ-инфекцией, выявленной в поздних стадиях заболевания, возрос на 47% по сравнению с 2020 г.

Цель исследования. Установить причины позднего выявления ВИЧ-инфекции. Определить концепцию по снижению доли случаев позднего выявления ВИЧ.

Материалы и методы. Карты эпидрасследования в очагах ВИЧ-инфекции, формы Государственного статистического наблюдения, РТ МИС «ЕЦП».

Результаты. Позднее выявление ВИЧ-инфекции наиболее характерно для определенного контингента населения (далее – Наблюдаемый контингент) – лица с алкогольной зависимостью, пациенты туберкулезного и венерологического профиля, пациенты с клиникой ВИЧ-инфекции, контактные, представители коренных малочисленных народов Севера и трудовые мигранты. Удельный вес случаев позднего выявления ВИЧ-инфекции у Наблюдаемого контингента составил 16,5% от числа зарегистрированных случаев заболевания у лиц данного контингента. Среди других контингентов ВИЧ-инфекция выявлялась в поздних стадиях в 5,7% случаев.

Доля пациентов, умерших в 2024 г. составила до 4,5% от числа случаев ВИЧ, зарегистрированных в отчетном году, 37% скончались от причин, связанных с ВИЧ.

Приняты меры по увеличению охвата населения тестированием на ВИЧ.

С 2020 г. по 2025 г. охват тестированием на ВИЧ увеличился с 29,5% до 45,5%.

Показатель выявляемости ВИЧ у Наблюдаемого контингента в течение периода 2020-2025 гг. составил 0,11% от числа обследованных, в общей популяции – 0,08%.

В 2025 г. доля Наблюдаемого контингента в структуре скрининга достигла 69,5%, а показатель выявляемости ВИЧ-инфекции снизился до 0,08% от числа обследованных лиц данного контингента. Показатель выявляемости в общей популяции составил 0,06% относительно общего числа обследованных на ВИЧ лиц.

В 2025 г. зарегистрировано снижение показателя заболеваемости ВИЧ в общей популяции на 24,1% относительно 2024 г. а удельный вес пациентов, выявленных в поздней стадии заболевания, снизился на 45%.

Доля пациентов, умерших в 2025 г. снизилась в 2 раза и составила 2,2% от количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции за отчетный год. Пациентов умерших от заболеваний, связанных с ВИЧ, среди них не зарегистрировано.

Вывод: Снижение доли лиц с поздним выявлением ВИЧ доказывает эффективность проводимых мероприятий. Расширение охвата тестированием на ВИЧ Наблюдаемого контингента, высокий охват антиретровирусной терапией лиц, живущих с ВИЧ, и контроль эффективности лечения, являются основными инструментами в противодействии распространения ВИЧ и способствуют снижению смертности от причин, связанных с ВИЧ.

Гафарова М.Т., Агеева Е.С., Алиева Э.Э.

НОВЫЕ РИККЕТСИИ НА ТЕРРИТОРИИ КРЫМСКОГО ПОЛУОСТРОВА

Органа Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

г. Симферополь, Россия

Введение. Интерес к поиску возбудителей клещевых риккетсиозов в иксодовых клещах, обитающих на Крымском полуострове, объясняется их разнообразием и распространением которые зависят от природных факторов полуострова. Обращаемость населения после снятия укуса клеща высокая, практически круглогодичная. Клинический полиморфизм возникающих после укуса клеща предполагает наличие новых для нашего полуострова болезней.

Цель исследования. Определить превалентность иксодовых клещей, которые собраны на территории Крымского полуострова в Кировском, Джанкойском, Белогорском и Симферопольском районах на наличие риккетсий из группы клещевых пятнистых лихорадок.

Материалы и методы. Проведено исследование 196 имаго иксодовых клещей, собранные с растительности на флаг. Исследование проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), на наличие генетических маркеров риккетсий, передающихся клещами.

Результаты. В сборах клещей наиболее многочисленными оказались виды *Rh. sanguineus*, *Dermacentor reticulatus*, *Ix. ricinus* и *H. punctata*. Эти виды клещей присутствовали во всех сборах. Из числа исследованных клещей *D. reticulatus*, *Ix. ricinus* и *H. punctata* генетический материал *R. raoultii* составил 4.6%. В клещах *D. reticulatus* был обнаружена ДНК *R. slovaca* в 0.5%. Известно, что *R. raoultii* является возбудителем заболевания TIBOLA, для которого характерна язва (струп), лимфоаденопатия, сыпь на ладонях и подошвах. Клинические симптомы и эпидемиология TIBOLA схожи с клиникой Средиземноморской пятнистой лихорадкой, эндемичной для Крымского полуострова, что позволяет предполагать наличие данного заболевания на полуострове.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о циркуляции *R. raoultii* и *R. slovaca* в клещах, собранных на полуострове, требует более тщательного подхода к диагностике клещевых инфекций с учетом высокой вероятности TIBOLA.

Гегечкори Д.^{1,3}, Мирянова Т.В.², Аюкова О.В.², Рыбачук С.М.^{1,4}

ЗАВОЗНОЙ СЛУЧАЙ БРЮШНОГО ТИФА У БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ

¹Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

²ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 ДЗМ», Москва, Россия

³ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, Москва, Россия

⁴ФБУН «МНИИЭМ имени Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва, Россия

Актуальность. Брюшной тиф продолжает являться глобальной проблемой здравоохранения. По оценке ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 9 миллионов случа-

ев брюшного тифа и до 110 000 летальных исходов. По данным Роспотребнадзора за период с 2017 по 2020 гг. в России зарегистрировано 40 случаев брюшного тифа. Особую сложность представляет ведение беременных пациенток ввиду риска тяжелого течения и неблагоприятных исходов как для матери, так и для плода.

Целью работы: проанализировать клинический случай брюшного тифа у беременной пациентки, прибывшей из Нигерии.

Эпиданамнез: приехала в РФ из Нигерии 16.05.25 г., где проживает в сельской местности. Известно, что в мае перенесла тропическую малярию, заболевание завершилось полным выздоровлением.

Анамнез заболевания: Больная А., 25 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи 25.05.25 г. (на 3-й день болезни) в ГКБ г. Москвы с подозрением на острый пиелонефрит. Заболела остро 22.05.25 г. когда отметила повышение температуры тела до 39С, озноб, потливость. 24.05.25 г. однократная рвота на высоте лихорадки. 25.05.25 г.: температура тела до 39,5С, сильная головная боль, боль в мышцах шеи, многократная рвота зеленого цвета, жидкий стул темного цвета, боли внизу живота. В ходе обследования диагноз острого пиелонефрита не подтвердили 25.05.25 г. пациентка переведена в ИКБ №1 ДЗМ с направительным диагнозом: А09.0 другой неуточненный гастроэнтерит и колит инфекционного происхождения, беременность 22 недели.

Объективный статус: при поступлении сохраняется сильная головная боль, боль в шеи при поворотах головы, состояние тяжелое, обусловлено лихорадочно-интоксикационным и болевым синдромом. Температура тела 39,5°С. Кожные покровы чистые. Кардиопульмональный статус: в лёгких хрипов нет. ЧДД 19, SPO₂ 98%. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 120 уд\мин. Язык влажный обложен белым налетом. Живот болезненный в правой подвздошной области. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см. Стул кашицеобразный, темно-коричневого цвета, 2 раза в сутки. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальные знаки (ригидность мышц затылка) сомнительные. В гемограмме от 25.05.25 г.: ↓ гемоглобин 99,0 г/л, эритроциты 3,57 x10¹²/л, ↑ нейтрофилы 78,9%, ↓ лимфоциты 17,7%, ↑ АЛТ 58,4 ЕД/л, ↑ АСТ 105,1 ЕД/л, ↑ СРБ 128,4 мг/л. 28.05.25 г из крови выявлена гемокультура *Salmonella Typhi*. В динамике на 7 д.б. отмечено появление розеолезной сыпи на животе. На 8 д.б. ухудшение состояния: усилилась головная боль, боли в животе, преимущественно в правой подвздошной области, АД 90/60 мм рт.ст. На *Rg OIK*: двусторонняя пневмония. Терапия: антибактериальная (цефепим + сульбактам), симптоматическая терапия. В связи с развитием ДН (тахипноэ до 45', SPO₂ 89-90%) переведена в ОРИТ, на ИВЛ. На 14 д.б. с улучшением переводится в линейное отделение. Беременность протекает без осложнений, 24 нед. 17.06.25 г. выписана в удовлетворительном состоянии. Окончательный диагноз: А01.0 Брюшной тиф (гемокультура *Salmonella typhi* от 28.05.25), типичная форма, тяжелое течение.

Заключение: данный клинический случай брюшного тифа с благоприятным исходом демонстрирует должную осторожность клиницистов и адекватное ведение беременной пациентки.

Гирфанутдинова Э.Р., Кравченко И.Э.

БИОМАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЦК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Казань, Россия

Актуальность. Неблагоприятным исходом хронического гепатита С является гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), развивающаяся в 4% случаев. ГЦК диагностируется на поздних стадиях в 80% случаев, что приводит к инвалидизации и преждевременной смертности. Применяемые методы диагностики ГЦК – УЗИ печени и определение уровня α -фетопротеина (АФП) в крови, не обладают достаточной чувствительностью и специфичностью. Перспективным направлением является поиск сывороточных биомаркеров для ранней диагностики ГЦК, учитывая высокую чувствительность и воспроизводимость данных исследований.

Цель: определить эффективность биомаркеров АФП, дез- γ -карбоксипротромбина (Р1VKA-II) и ИЛ-6 в диагностике ГЦК при хроническом гепатите С.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической инфекционной больницы (г. Казань). Под наблюдением находились 123 пациента с ХГС, из них 24 пациента – с фиброзом F0-2, 24 – с фиброзом F3, 41 – с циррозом печени (ЦП) и 28 пациентов с ГЦК. Контрольную группу составили 30 человек, не имеющих маркеров вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции. Группы сопоставимы по возрасту ($57,8 \pm 11,2$ лет), $p > 0,05$. Уровень биомаркеров АФП, Р1VKA-II и ИЛ-6 определяли иммунохемилюминесцентным методом на аппарате «Mindray» с использованием тест-систем «Mindray» (Китай). Статистический анализ включал определение чувствительности, специфичности, эффективности исследуемых биомаркеров и корреляционных связей.

Результаты. Уровень АФП в группе контроля и группах F0-3 находился в пределах референсных значений ($3,54 \pm 2,4$ нг/мл, $2,78 \pm 2,1$ нг/мл и $3,8 \pm 2,9$ нг/мл, соответственно, $p > 0,05$). Установлено повышение в группе ЦП ($14,07 \pm 4,32$ нг/мл, $p < 0,05$) и более значимое повышение в группе ГЦК ($340,44 \pm 95,79$ нг/мл, $p < 0,05$). Чувствительность АФП составила 61%, специфичность – 75%, эффективность (AUC) – 0,78, $p < 0,001$. Не выявлено значимой корреляции между значениями АФП и размерами опухоли ($r = -0,05$, $p = 0,79$). Значения Р1VKA-II в группах контроля и F0-3 были в пределах нормы ($35,62 \pm 13,02$ мЕд/мл, $37,17 \pm 24,36$ мЕд/мл и $33,74 \pm 12,53$ мЕд/мл, $p > 0,05$), наблюдалось повышение в группе ЦП ($108,9 \pm 37,17$ мЕд/мл, $p < 0,001$) и значимое повышение в группе ГЦК ($5292,56 \pm 1944,9$ мЕд/мл, $p < 0,001$). Чувствительность и специфичность – 86% и 74%, соответственно, AUC - 0,86, $p < 0,001$. Отсутствовала корреляция между значениями Р1VKA-II и размерами опухоли ($r = 0,32$, $p = 0,1$). Показатели ИЛ-6 в группах контроля и F0-3 не превышали референсных значений ($4,97 \pm 1,07$ пг/мл, $2,83 \pm 0,59$ пг/мл, $4,72 \pm 1,33$ пг/мл, $p > 0,05$) и были повышены в группах ЦП и ГЦК ($7,7 \pm 1,41$ пг/мл, $p < 0,05$ и $19,97 \pm 7,23$ пг/мл, $p < 0,001$). Чувствительность ИЛ-6 - 39%, специфичность - 92%, эффективность - 0,72. Выявлена прямая значимая корреляционная связь ИЛ-6 с размерами ГЦК ($r = 0,45$, $p = 0,01$). Установлены более высокие показатели чувствительности, специфичности и эффективности в диагностике ГЦК при использовании комбинации био-

маркеров Р1VKA-II + АФП (93%, 89% и 0,89, соответственно) и комбинации Р1VKA-II + ИЛ-6 (73%, 92% и 0,86, соответственно).

Заключение. Высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике ГЦК в исходе ХГС обладают биомаркеры АФП и Р1VKA-II. Установлено повышение чувствительности и специфичности при комбинации Р1VKA-II + АФП и комбинации Р1VKA-II + ИЛ-6. Выявлена значимая корреляционная связь между уровнем ИЛ-6 и размерами ГЦК. Полученные результаты свидетельствуют о возможности применения данных биомаркеров в диагностике ГЦК.

**Глади́н Д.П.¹, Баранов И.А.¹, Потапова Т.А.¹,
Метляева А.В.¹, Шилова Е.А.¹, Козлова Н.С.²**

ЭШЕРИХИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА В 2024 Г. И ИХ УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ

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

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Анализ данных о чувствительности к антимикробным препаратам штаммов *Escherichia coli*, выделенных в отделении анестезиологии-реанимации для детей с кардиохирургической патологией многопрофильного детского стационара в 2024 г.

Материалы и методы. Из различного материала, взятого из стерильных и нестерильных локусов пациентов отделения анестезиологии-реанимации детского многопрофильного стационара в 2024 г. было изолировано 74 изолята *E. coli*. Идентификацию полученных культур проводили классическими методами и с использованием бактериологического анализатора VITEK. Чувствительность изолятов ко антимикробным препаратам (АМП) определяли диско-диффузионным методом в соответствии с клиническими рекомендациями по определению чувствительности к антимикробным препаратам, 2024. Для полимиксина В был использован метод серийных микроразведений.

Результаты. Исследование показало, что в стационаре только 40,5% выделенных эшерихий проявляли чувствительность ко всем определяемым АМП. Была выявлена большая встречаемость культур, устойчивых к цефотаксиму (50,0%), меньшей была резистентность к ампициллину/сульбактаму (29,7%) и амикацину (22,8%), реже выявлялись изоляты с устойчивостью к цефепиму (16,2%), пиперациллину/тазобактаму (13,5%) и цiproфлоксацину (10,8%). Наибольшую активность против эшерихий проявляли меропенем (5,4% устойчивых изолятов) и полимиксин В, к которому не было выявлено резистентных культур.

Доля мультирезистентных штаммов составила 16,2%, при этом процент штаммов, устойчивых к комбинации из трех АМП составил 8,1%, четырех – 6,7%, пяти – 2,7%. Чаще выявлялись изоляты с одновременной сочетанной резистентностью к ингибиторзащищенным пенициллинам + цефалоспорином + аминогликозидам (6,8%) и к ингибиторзащищенным пенициллинам + цефалоспорином + аминогликозидам + карбапенемам (4,0%).

Культуры, устойчивые к ингибиторзащищенным пенициллинам + цефалоспорином + аминогликозидам + фторхинолонам (2,7%); ингибиторзащищенным пенициллинам + цефалоспорином + аминогликозидам + фторхинолонам + карбапенемам (2,7%) и ингибиторзащищенным пенициллинам + цефалоспорином + фторхинолонам (1,3%) были представлены единичными штаммами.

Выводы. Более половины изолятов эшерихий в детском многопрофильном стационаре (59,5%) были устойчивы хотя бы к одному АМП, при этом 16,2% оказались мультирезистентными. Только 5,4% культур были устойчивы к карбапенемам, все выделенные штаммы эшерихий были чувствительны к полимиксину. Сочетанная устойчивость к АМП пяти разных групп была выявлена только у 2 изолятов эшерихий.

Гончар Н.В., Лебедева Ю.С., Коперсак А.К., Ермоленко К.Д., Григорьев С.Г.

ДИСКРИМИНАНТНАЯ МОДЕЛЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*, И СОЧЕТАНИЯ ЕЕ С РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования. Своевременная диагностика и дифференциальная диагностика моно- и сочетанных этиологических форм кишечных инфекций у детей грудного возраста имеет важное значение для повышения эффективности лечения.

Цель исследования: определение предикторов дифференциальной диагностики острой кишечной инфекции (ОКИ), ассоциированной с *Klebsiella pneumoniae* (*Kp*), и сочетания ее с ротавирусной инфекцией (РВИ) у госпитализированных детей грудного возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 37 историй болезни детей в возрасте от 1 до 12 мес., получавших лечение по поводу ОКИ в ДНКЦИБ ФМБА России в 2019–2022 гг. Пациенты образовали две группы соответственно установленной этиологии заболевания: группа 1 – дети с ОКИ, ассоциированной с *Kp* ($n = 25$); группа 2 – дети с ОКИ, обусловленной сочетанием *Kp* и РВИ ($n = 12$). Оценивали клинические данные, показатели лабораторных методов исследования с помощью стандартных статистических методов, достоверными считали различия при $p \leq 0,05$. С помощью линейного дискриминантного анализа пошагово выявляли комплекс взаимосвязанных клинико-лабораторных признаков, позволяющих отнести конкретного больного к одной из двух групп; вычисляли коэффициенты для выбранных признаков. Использовали пакет прикладных программ STATISTICA 8,0. Решающие правила дифференциального диагноза выражали в виде линейных дискриминантных функций: $\Delta\Delta\Phi_1$ (ОКИ, ассоциированная с *Kp*) и $\Delta\Delta\Phi_2$ (сочетание ОКИ, ассоциированной с *Kp*, и РВИ). Диагноз определяли, исходя из максимального значения $\Delta\Delta\Phi$: при $\Delta\Delta\Phi_1 > \Delta\Delta\Phi_2$ делали вывод в пользу ОКИ, ассоциированной с *Kp*; при $\Delta\Delta\Phi_1 < \Delta\Delta\Phi_2$ – в пользу сочетания ОКИ, ассоциированной с *Kp*, и РВИ.

Результаты. Половой состав (мальчиков 52,0 и 58,3%), возраст детей ($4,0 \pm 2,1$ и $5,3 \pm 3,5$ мес.), тяжесть ОКИ по шкале Н.Ф. Clark ($4,7 \pm 1,6$ и $6,4 \pm 3,8$ баллов) в группах 1 и 2 значимо не отличались. Выявленные значимые различия признаков в группах, включают, в частности, частоту контактов с больными ОКИ (13,3 и 63,3% случаев), длительность догоспитального лечения ($6,0 \pm 3,3$ и $2,3 \pm 2,0$ дней), частоту моноцитоза (4% и 25% случаев), бактериурии (8,4 и 41,7%), синдрома колита в копрограмме (68 и 33,3%), гиперкальциемии (4 и 25%), гиперкальциемии (8 и 66,7%). В дискриминантную модель дифференциальной диагностики ОКИ, ассоциированной с *Kp* ($n = 24$), и ОКИ, обусловленной сочетанием *Kp* и РВИ ($n = 12$), у 36 детей вошли следующие взаимосвязанные признаки: длительность догоспитального лечения (число дней) ($p = 0,185$), бактериурия (есть – 1, нет – 0) ($p = 0,008$), повышенное количество детрита в копрограмме (есть – 1, нет – 0) ($p = 0,014$). Безошибочность созданной дискриминантной модели дифференциальной диагностики составила 83,3% (правильных прогнозов 30 из 36). Более высокую чувствительность модель демонстрирует в отношении группы 1 (91,7%, правильных прогнозов 22 из 24) и несколько меньшую – в отношении группы 2 (66,7%, правильных прогнозов 8 из 12).

Выводы. Посредством пошагового дискриминантного анализа создана модель, позволяющая дифференцировать сопоставляемые группы пациентов грудного возраста – детей с ОКИ, ассоциированной с *Kp*, и детей с ОКИ, обусловленной сочетанием *Kp* и РВИ, что может способствовать оптимизации решений маршрутизации больных, сократить время на диагностику и повысить эффективность лечения.

Грибова А.В.¹, Леонова О.Н.², Эсауленко Е.В.²

САРКОМА КАПОШИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

¹ФГАОУ ВО БФУ им. И. Канта, г. Калининград, Россия

²ФГБОУ ВО СПбПГМУ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования: Несмотря на широкое внедрение антиретровирусной терапии, саркома Капоши (СК) до сих пор остается одной из самых распространенных опухолей у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения саркомы Капоши у пациентов с впервые установленной ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: ретроспективно изучены истории болезни и карты персонального учета (форма 025-4/у) 8 пациентов с впервые установленной ВИЧ-инфекцией с саркомой Капоши в Калининградской области за 2019–2023 гг.

Результаты. Всего за период 2019–2023 гг. в Калининградской области было зарегистрировано 1994 случая ВИЧ-инфекции из которых 506 (25,4%) человек были выявлены уже в стадии вторичных заболеваний. Саркома Капоши была диагностирована у 8 пациентов (7 мужчин и 1 женщина). Возраст пациентов составлял от 37 до 62 лет. Уровень CD4-лимфоцитов равен $111 \pm 23,2$ кл/мкл, ВН была более 300000 копий/мл. Все больные были инфицированы половым путем, в т.ч. трое гомосексуальным, срок инфицирования составлял $8,1 \pm 2,3$ лет. Первоначально, в 3х случаях пациенты обращались к дерматологу, предварительные диагнозы были «Красный плоский лишай», «Рожистое воспаление», пациенты получали неспецифическое лечение.

И только по факту отсутствия эффекта от проводимой терапии они были направлены на консультацию к онкологу. Еще в 3х случаях пациенты выявлялись в процессе обследования при постановке на диспансерный учет в Центре СПИД. В двух остальных случаях СК была заподозрена на этапе стационарного лечения в соматических стационарах. Скорость распространения элементов опухоли и темпы прогрессирования заболевания значительно варьировали. В двух случаях у пациентов молодого возраста (37 и 42 года) появилось несколько элементов сыпи, которые прогрессировали крайне медленно, в шести же случаях СК протекала с множественными высыпаниями, локализующимися на голове, лице, теле и конечностях. В 3 случаях была выявлена диссеминированная форма с поражением легких, а также различных групп лимфоузлов. При анализе лабораторных данных у пациентов выявлялась анемия (Hb $94 \pm 9,7$ г/л, эритроциты $- 3,3 \pm 0,58$ г/л), тромбоцитопения ($124 \pm 16,8 \cdot 10^9$ /л). Подтверждение диагноза осуществлялось по результатам гистологического и ИГХ исследования биоптата и совокупности клинико-anamnestических данных. Сложность ведения данных пациентов была обусловлена наличием оппортунистических инфекций: токсоплазмоз головного мозга (1), туберкулез (2), ЦМВ-ретинит (1), а также сопутствующей патологии — сахарный диабет (2), пневмонии (бактериальной и грибковой этиологии) (3), патология почек (2). Летальные исходы зарегистрированы у 2 пациентов и связаны с развитием СВИС на фоне старта АРТ, глубоким иммунодефицитом и кахексией.

Выводы: Скорость прогрессирования заболевания зависит от множества факторов, в первую очередь индивидуальных особенностей иммунитета. Позднее выявление ВИЧ-инфекции при одновременно диагностированных оппортунистических инфекциях, генерализованной форме саркомы Капоши сопряжено с множественными поражениями внутренних органов и диссеминацией процесса, что приводит к неблагоприятным исходам заболевания. Диагностический поиск при СК представляет собой сложную проблему из-за большого количества заболеваний сосудистого генеза, а также их клинического сходства.

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

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

¹Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина

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

Противовирусная терапия (ПВТ) пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС) и цирротическими изменениями печени — трудоемкий процесс, сопряженный с рисками смерти, досрочного прерывания лечения и неэффективности курса терапии.

Цель исследования: проанализировать гендерно-возрастную и генотипическую структуру, частоту устойчивого вирусологического ответа (УВО) через 12 недель после завершения ПВТ у пациентов с ХГС в зависимости от наличия цирротической трансформации печени.

Материалы и методы: выполнено проспективное терапевтическое исследование с включением 1848 пациентов Клинической инфекционной больницы имени С.П.

Боткина г. Санкт-Петербург, ранее не получавших противовирусной терапии (365 в цирротической стадии ХГС и 1483 пациентов с фиброзом 0-3 степени). Набор пациентов произведен в 2024-2025 гг. Включены все пациенты, начавшие ПВТ. Схему ПВТ назначали с учетом доступности, генотипа, степени фиброза, класса цирроза (при его наличии). Пациенты с циррозом печени получали следующие препараты прямого противовирусного действия (ППВД): гразопревир/элбасвир — 6,8% (n=25), глекапревир/пибренгасвир — 42,5% (n=155), велпатасвир/софосбувир ± рибавирин — 49,9% (n=182), даклатасвир + софосбувир ± рибавирин — 0,8% (n=3). Пациенты без цирроза печени получали следующие схемы: 37,8% (n=412) - гразопревир/элбасвир, 32,2% (n=478) - глекапревир/пибренгасвир, 14,8% (n=219) - велпатасвир/софосбувир, 25,2% (n=374) - даклатасвир + софосбувир. Финансирование ПВТ проводилось территориальным фондом обязательного медицинского страхования. УВО оценен у 75,9% (1403/1848) пациентов, остальные находятся в периоде 12-ти недельного наблюдения или не предоставили результат по различным причинам. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статистических программ SPSS 27.0. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты: Медиана возраста в группе пациентов с циррозом составила 53[47;62] года, мин - 34 года, макс - 86 лет; без цирроза - 52[45;61] года, мин - 21 год, макс — 88 лет ($p=0,051$). Мужчины статистически значимо чаще встречались в группе пациентов с циррозом: 60,5% (n=221/365) против 52,3% (776/1483), $p=0,005$. Преобладающим генотипом у пациентов с циррозом был 3a — 56,2% (n=205), за ним следовали 1b — 33,7% (n=123), 2 - 6,3% (n=23), 1a — 3,3% (n=12), неverified — 0,5% (n=2); у пациентов без цирроза преобладал 1b генотип — 45,2% (n=670), за ним следовали 3a — 40,9% (n=607), 2 — 9,2% (n=137), 1a — 4% (n=60), неverified и миксты 0,7% (n=9), $p < 0,001$. Прерывание/досрочное завершение ПВТ среди пациентов с циррозом отмечено в 3,6% случаев (n=13/365), среди пациентов без цирроза - в 1,3% (n=20/1483), $p=0,004$. В группе пациентов с циррозом: УВО достигли 94% (n=266/283), умерли 1,8% (n=5/283), не достигли — 4,2% (n=12/283); среди пациентов с фиброзом 0-3 степени УВО достигли 97,1% (n=1087/1120), умерли 0,8% (n=9/1120), не достигли — 2,1% (n=24/1120), $p=0,045$.

Вывод: Больные ХГС в стадии цирротической трансформации печени чаще были мужчинами, инфицированными 3a генотипом, имели статистическую тенденцию ($p=0,051$) быть старше. Пациенты с циррозом печени в 3 раза чаще прерывали/завершали ПВТ досрочно, в 2 раза чаще погибали в период проведения ПВТ или последующего наблюдения и статистически значимо хуже элиминировали вирус гепатита С.

Дук Н.А., Лукьяненко Н.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП) В УЧРЕЖДЕНИЯХ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ПУТЁМ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЛОКАЛЬНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА АМР

ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ

г. Барнаул, Россия

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), остаются одной из актуальных проблем современного здравоохранения, особенно в учреждениях родовспоможения, где они ассоциированы с высокими рисками инфекционной патологии у родильниц и новорожденных. Согласно данным формы №2 Федерального статистического наблюдения, в 2013–2023 гг. акушерские и неонатальные стационары занимали лидирующие позиции по частоте ИСМП как в целом по Российской Федерации, так и в Алтайском крае. Сохраняющаяся в крае заболеваемость гнойно-септическими инфекциями новорожденных и родильниц диктует необходимость совершенствования эпидемиологического надзора. Ключевым элементом такого надзора является локальный микробиологический мониторинг — динамическое наблюдение за патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, выделенными от пациентов и объектов больничной среды, включая контроль антимикробной резистентности (АМР). Современные нормативные документы смещают приоритет с рутинного контроля госпитальной среды на целенаправленное наблюдение за пациентом.

Цель исследования — оценить результаты внедрения системы локального микробиологического мониторинга АМР на основе онлайн-платформы AMRcloud в учреждениях родовспоможения Алтайского края.

Материалы и методы. Создана междисциплинарная команда (микробиолог, эпидемиолог, клинический фармаколог, лечащие врачи, администрация), обеспечена интеграция лабораторной информационной системы (ЛИС) в платформу AMRcloud, что позволило формировать отчеты в реальном времени. В 2024 г. внедрены регламент еженедельного микробиологического скрининга новорожденных из групп риска (забор материала из ротоглотки и кишечника), ежемесячные «Антибиотикограммы» для клиницистов с автоматической фильтрацией по отделениям и нозологиям, а также внутренние эпидемиологические карты пациента.

Результаты исследования. Доля новорожденных из групп риска, охваченных микробиологическим скринингом, выросла с 46% в 2023 г. (до внедрения) до 94% в 2025 г., а количество микробиологических исследований на одну койку в месяц увеличилось с 2,1 до 5,8. При проведении скрининга в отделении патологии новорожденных выявлено три случая бессимптомного носительства полирезистентного *Klebsiella pneumoniae* (продуцент NDM и OXA-48); На основании локальных «Антибиотикограмм» выявлен рост резистентности *E. Coli* к цефтриаксону до 68% в 2024 г., в связи с чем доля назначения цефтриаксона при послеродовом эндометрите снижена с 85% до 40% с заменой на комбинацию амоксициллин — клавуланат (чувствительность 89%). Это привело к сокращению времени под-

бора эффективной антибактериальной терапии с 72 до 36 часов в среднем. Частота ГСИ новорожденных снизилась с 12,4 на 1000 в 2023 г. до 5,1 на 1000 в 2025 г., ГСИ родильниц — с 8,9 до 3,7 на 1000 соответственно. Время от выделения микроорганизма до включения данных в AMRcloud сокращено с пяти до одного дня благодаря автоматической выгрузке из ЛИС, что обеспечило врачу - эпидемиологу возможность отслеживать смену госпитальных штаммов в реальном времени.

Ёдгорова Н.Т., Урунова Д.М.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ *SHIGELLA SONNEI* В ГОРОДЕ ТАШКЕНТ

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Республика Узбекистан
РС НПМЦЭМИПЗ МЗ РУз, Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Шигеллёз остаётся одной из актуальных проблем инфекционной патологии, особенно в странах с развивающейся системой здравоохранения. Среди возбудителей шигеллёза значительное место занимает *Shigella sonnei*, характеризующаяся высокой способностью к распространению и формированию устойчивости к антибактериальным препаратам. Известно, что уровень и спектр устойчивости микроорганизмов могут варьировать в зависимости от географических и социальных факторов, а также от особенностей применения антибиотиков в различных регионах.

Цель исследования. Провести анализ антибиотикорезистентности клинических штаммов *Shigella sonnei*, выделенных в городе Ташкент.

Материалы и методы. В исследование были включены клинические штаммы *Shigella sonnei*, выделенные от пациентов с острыми кишечными инфекциями (2023-2024 гг.). Идентификация и определение антибиотикочувствительности (диско-диффузионным методом) культур проводилась с использованием стандартных бактериологических методов. В ходе анализа данные, полученные по устойчивости видов шигелл, были интерпретированы на основе рекомендаций EUCAST и местных рекомендаций. Сравнительный анализ проводился с учётом региональной принадлежности штаммов, с последующей статистической обработкой полученных данных.

Результаты и обсуждение. При детальном анализе изолятов *Shigella sonnei* по группам антибиотиков установлено, что производные нитроимидазола проявляют абсолютную резистентность в отношении возбудителей шигеллёза. Так, препараты данной группы показали 100% уровень резистентности (R) к исследуемым микроорганизмам. Фторхинолоны продемонстрировали наибольшую эффективность, показав лучшие результаты среди всех исследованных групп антибиотиков. Установлено, что 72,7% микроорганизмов чувствительны (S) к данной группе препаратов. Уровень резистентности оказался минимальным и составил всего 9,1%, что позволяет рассматривать фторхинолоны в качестве препаратов выбора при лечении инфекций, вызванных *S. sonnei*. Чувствительность к аминогликозидам составила 59,4%. Примечательно, что в данной группе наблюдается достаточно высокий уровень промежуточной чувствительности (I) — 34,4%. Уровень резистентности при

этом остаётся низким и составляет 6,3%. В отношении тетрациклинов установлено, что ровно половина штаммов (50%) проявляет чувствительность. Однако доля резистентных штаммов (27,3%), а также штаммов с промежуточной чувствительностью (22,7%) остаётся значительной.

Заключение. Перед применением данных препаратов важно провести тест на индивидуальную чувствительность. В группе бета-лактамов показатели чувствительности (39,8%) и резистентности (39,8%) распределены поровну. Это указывает на то, что у микроорганизмов уже сформировалась устойчивость к антибиотикам данной группы. В клинической практике применение антибиотиков, относящихся к группе фторхинолонов или аминогликозидов, обеспечивает наивысший терапевтический результат.

Елистратова Т.А., Тихонова Е.П.

SARS-COV-2 -2025: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ России г. Красноярск, Россия

COVID-19 оказал огромное воздействие на социальную, экономическую, политическую и культурную сферы деятельности, данное влияние продолжает наблюдаться и по настоящее время. И, хотя COVID-19 приобрел черты сезонной инфекции, однако исследования показывают, что вирус SARS-CoV-2 продолжает адаптироваться к человеческой популяции и все чаще по клиническим проявлениям стал напоминать другие респираторные инфекции.

Цель исследования – провести клинико-эпидемиологический анализ течения COVID-19 в Красноярском крае в 2025 г.

Материалы и методы. Оценка эпидемиологических особенностей COVID-19 проводилась на основании данных Роспотребнадзора по Красноярскому краю. Клиническая характеристика оценивалась по данным историй болезни 53 пациентов с COVID-19, которые были госпитализированы на стационарное лечение в КМК БСМП им. Н.С. Карповича по экстренным показаниям (диагноз подтвержден только методом ПЦР). Тяжесть состояния определялась согласно действующим на тот момент временным клиническим рекомендациям. Возраст больных в остром периоде от 18 до 63 лет (в среднем – $43 \pm 1,5$ г).

Результаты. Всего в Красноярском крае в 2025 г. выявлено 4014 случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией, показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 148,39, что в 3,2 раза ниже показателя заболеваемости 2024 г. Наиболее высокие показатели заболеваемости новой коронавирусной инфекцией были зарегистрированы в январе (37,08 на 100 тыс. насел.) с последующим снижением и декабре 2025 г. (24,1 на 100 тыс. насел.). Показатель заболеваемости пневмониями, вызванными вирусом COVID-19 уменьшился в 5,1 раз по сравнению с 2024 г. Анализ возрастной структуры показал, что показатель заболеваемости COVID-19 детей на 42,5% выше показателя заболеваемости взрослых. Летальность составила 0,2%, что в 2 раза ниже показателя летальности 2024 г. (0,4%).

По клинической картине было отмечено следующее: лихорадочный период у большинства пациентов (86,8%) длился в течение 3-4 дней, с подъемом температуры до 37,3-

38°C. Наиболее частым проявлением заболевания (75,4%) становилась боль в горле, осиплость, хрипота или временная потеря голоса – следствие воспалительного отёка слизистой гортани и голосовых связок (острого ларингита). Этот симптом часто появлялся на 2–3-й день болезни и сохранялся даже после того, как температура уже нормализовалась. У пациентов старше 55 лет (17%) отмечались желудочно-кишечные расстройства – диарея без примесей крови, тошнота, снижение аппетита, вздутие и дискомфорт в животе. «Положительным знаком» современной коронавирусной инфекции стал низкий риск развития пневмоний: пневмонии были зарегистрированы у пациентов старше 55 лет и имевших не благоприятный преморбидный фон (сахарный диабет 2 типа, ХОБЛ, бронхиальная астма).

Выводы. COVID-19 в настоящее время остается сезонным респираторным заболеванием с тенденцией к снижению уровня заболеваемости. Главный клинический признак – боль в горле, осиплость голоса, и умеренная температура. Основная опасность по-прежнему исходит не от самого вируса для здоровых людей, а от его способности вызывать осложнения у пациентов из группы риска (пожилые, с сопутствующей патологией).

Ерашова В.В., Лятос И.А., Семёнов В.М., Зенькова С.К., Дмитраченко Т.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Витебский государственный медицинский университет

г. Витебск, Республика Беларусь

Внебольничные пневмонии атипичной этиологии представляют одну из наиболее сложных диагностических проблем. В 2024 г. в Республике Беларусь отмечен рост заболеваемости микоплазменной инфекцией, сопровождавшийся массовыми вспышками заболевания преимущественно в детских коллективах.

Цель: установить особенности течения внебольничных пневмоний у детей, вызванных *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*.

Материалы и методы. В исследование были включены 94 пациента в возрасте от 2 до 18 лет (Me – 11 лет, 51% – девочки) с внебольничной пневмонией, вызванной *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pn.*) и/или *Chlamydia pneumoniae* (*Chl. pn.*), находившихся на стационарном лечении в Витебской областной клинической инфекционной больнице и Витебском областном детском клиническом центре в 2024-2025 гг. Среди них 30 пациентов (31,9%) с пневмониями, вызванными *M. pn.*, 26 (27,7%) – *Chl. pn.*, 38 (40,4%) – с коинфекцией *M. pn.* + *Chl. pn.* Этиология пневмонии основывалась на результатах серологического исследования с определением специфических антител IgM в ИФА (тест-системы *Chlamydia pneumoniae* IgM-ИФА, Хема, РФ; *Mycoplasma pneumoniae*-IgM-ИФА-БЭСТ, Вектор БЭСТ, РБ) и генетического материала *M. pn.* и *Chl. pn.* при исследовании мазков слизистой носоглотки в ПЦР (тест-система «АртТест ОРИ-бакт», АртБиоТех, РБ).

Результаты и обсуждение. В большинстве случаев заболевание протекало в среднетяжелой форме, тяжёлое течение отмечено у 5 пациентов (5,3%) с микоплазменной (2) или сочетанной этиологией (3). В большинстве случаев заболевание сопровождалось значительным повышением температуры с медианой 38,7°C (38,0-39,2°C). Субфебриль-

ная температура зарегистрирована только у 15 пациентов (15,96%), при этом более высокий уровень лихорадки был характерен для пневмонии микоплазменной этиологии (Me 39,0°C; 38,5-39,2°C). Длительность лихорадки, как правило, не превышала 8 дней (Me 6 дней; 4-8 дней), однако при M. рп. она была более длительной (Me 7,5 дней; 6-10 дней).

У пациентов с атипичными пневмониями чаще наблюдался односторонний характер поражения (78 случаев, 82,98%), только у 34 (36,17%) пациентов пневмония была полисегментарной. У 16 пациентов (17,02%) пневмония была двусторонней, что было более характерно для сочетанной этиологии (23,68% vs 12,5%, $p < 0,01$). У 12 (12,8%) пациентов развились осложнения, что наблюдалось преимущественно при микоплазменной пневмонии или пневмонии смешанной этиологии: M. рп. - 5 (16,67%), микст -6 (15,8%), Chl. рп. - 1 (3,85%) пациент. В качестве осложнений чаще регистрировались выпот в плевральную полость (4 пациента), микоплазменный мукозит и MIRM-синдром (3 случая), реже реактивный артрит тазобедренных суставов (1), фиброателектаз (1), патология со стороны мочевыделительной системы (уретрит, нефропатия с протеинурией и гематурией – 2 пациента), поражение сердечно-сосудистой системы (2). Поражение сердца у одного из двух пациентов сопровождалось развитием кардита с миксоматозной дегенерацией митрального клапана и его недостаточностью 3 степени.

Выводы. Для пневмонии, обусловленной *Mycoplasma pneumoniae*, характерно более тяжелое течение по сравнению с пневмонией, вызванной *Chlamydia pneumoniae*.

В 40% случаев при атипичной пневмонии в качестве этиологического агента выступают два возбудителя - *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*, что приводит к более тяжёлому течению заболевания с выраженной интоксикацией и развитием осложнений.

Ермолаева Ю.А., Кочубей В.В., Чухланцев Д.А.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ О ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ

ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ

г. Томск, Россия

Актуальность. Недостаточная информированность населения о вакцинопрофилактике является одним из факторов формирования вакцинального скептицизма и снижения приверженности профилактическим прививкам. Изучение уровня осведомлённости о вакцинации в различных социальных группах имеет важное значение для разработки эффективных целевых профилактических стратегий и повышения доверия населения к иммунопрофилактике.

Цель исследования. Оценить уровень знаний о вакцинопрофилактике среди различных социальных групп.

Пациенты и методы. Проведено одномоментное наблюдательное исследование в форме анонимного онлайн-анкетирования в период 2024-2025 гг. В исследовании приняли участие 1042 респондента: 88 врачей, 581 студент медицинского университета, 143 родителя, 96 студентов не медицинских ВУЗов и 134 старшеклассника. Уровень знаний о вакцинопрофилактике оценивался с использованием интегрального показателя, рассчитанного на основании суммарного количества правильных ответов на вопросы анкеты, отражающие знания структуры Национального

календаря профилактических прививок (НКПП), сроков проведения профилактических прививок и дополнительных вакцин. Максимальное значение показателя составляло 60 баллов.

Результаты. В ходе исследования выявлены значительные различия уровня знаний о вакцинопрофилактике между социальными группами. Наиболее высокий показатель отмечен среди врачей (55,5 балла) и студентов медицинского университета (51,5 балла). Среди родителей среднее значение составило 30,5 балла, среди студентов не медицинских вузов – 21,8 балла, среди старшеклассников – 12,3 балла.

Состав НКПП корректно указали 93,2% врачей, 81,6% студентов медицинского университета, 48,3% родителей, 34,4% студентов не медицинских университетов и 19,4% старшеклассников. При оценке знаний сроков вакцинации в рамках НКПП правильные ответы дали 89,8% врачей и 72,5% студентов медицинского университета. В группах родителей, студентов не медицинских университетов и старшеклассников данный показатель составил 40,6%, 28,1% и 14,2% соответственно. Более высокая осведомлённость о дополнительных прививках также была характерна для групп с медицинской подготовкой и составила 88,6% среди врачей и 69,7% среди студентов медицинского университета; среди родителей данный показатель составил 41,3%, среди студентов не медицинских вузов – 27,1%, среди старшеклассников – 15,7%.

Выводы. Уровень знаний о вакцинопрофилактике существенно различается между социальными группами. Наиболее высокая осведомлённость характерна для медицинских работников и студентов медицинских специальностей, тогда как минимальные показатели отмечены среди подростков и студентов не медицинских университетов. Полученные данные подчёркивают необходимость разработки дифференцированных образовательных стратегий, направленных на повышение вакцинальной грамотности населения.

Ермолаева Ю.А., Тарасова П.Н., Мусалимова Д.В., Касаткина Я.А.

СПЕКТР ОСЛОЖНЕНИЙ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Сибирский государственный медицинский университет

г. Томск, Россия

Введение. Корь – это высококонтагиозное заболевание с аспирационным механизмом заражения, вызванное РНК-содержащим вирусом семейства *Paramyxoviridae*. Вирус тропен к клеткам эпителия, эндотелия и ЦНС, что обуславливает обширную клинику. В развитии осложнений основную роль играет его иммуносупрессивное действие, приводящее к возникновению бактериальных и вирусных суперинфекций.

Цель. Определить структуру осложнений кори в Томской области и проанализировать возрастные отличия между детским и взрослым населением.

Материалы и методы. Проведен одномоментный ретроспективный анализ данных медицинских карт стационарных (форма 003/у) и амбулаторных (форма 025/у) пациентов (56 взрослых и 49 детей). Критерии включения: подтверждённый лабораторно диагноз «Корь» в 2025 г.,

проживание на территории Томской области. Критерии исключения: пациенты со сходным с корью симптомокомплексом и отрицательным ИФА на антитела (IgM) к коревой инфекции. Результаты качественных признаков выражены с указанием долей (%) и расчетом 95% доверительного интервала (ДИ). Различия между группами детей и взрослых оценивались с помощью критерия χ^2 -квадрат Пирсона. Для проведения корреляционного анализа был использован коэффициент Спирмена (ρ). Статистически значимыми различиями в группах считались значения при уровне критерия $p < 0,05$.

Результаты. Самым тяжелым осложнением как у взрослых, так и у детей, была внебольничная пневмония, подтвержденная рентгенологически. При этом у детей она встречалась в 2 раза чаще, однако разница не оказалась статистически значима ($\chi^2 = 4,52$, $p = 0,067$). Из пациентов детского возраста с пневмонией у 10% сатурация варьировала в промежутке 92–95%, что потребовало временной кислородной поддержки. Конъюнктивит, почти в половине случаев (47,6%) носивший гнойный характер, статистически в разной степени встречался у двух возрастных групп: 42,8% у детей и 1,7% у взрослых ($\chi^2 = 51,72$; $p < 0,001$). Среди бактериальной флоры, вызывавший конъюнктивит, наиболее часто выделяли гемофильную палочку и стафилококки (по 4,2%), реже — представителей стрептококков (9,5%). Также различия между возрастными группами наблюдались и в отношении кандидоза ротовой полости, вызванной *Candida albicans* (18,4% у детей и 1,7% у взрослых, $\chi^2 = 16,84$; $p < 0,001$). Риносинусит встречался с сопоставимой частотой в обеих группах (4,1% у детей против 1,8% у взрослых; $\chi^2 = 0,98$; $p = 0,322$). Среди особенных осложнений, встречающихся только среди детского населения, выявлен энтерит (18,4%), аденовирусная инфекция (8,2%), лакунарная ангина и вторичная токсико-инфекционная кардиопатия (по 6,1%), отит (4,1%) и стенозирующий ларинготрахеит (2%). Особенностью течения осложненной кори у взрослого населения было выявление реактивного гепатита (1,7%). При выписке большинство пациентов детского (87,8%) и взрослого (94,6%) населения были выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов ни в одной из групп не было зафиксировано.

Выводы. Таким образом, структура осложнений коревой инфекции наиболее разнообразна среди детского населения и вовлекает различные системы органов, тогда как у взрослых доминирует респираторная патология. Полученные данные обосновывают необходимость дифференцированного подхода к мониторингу и терапии пациентов с корью в зависимости от возраста.

Еропкин М.Ю., Прокопец А.В., Штро А.А., Галочкина А.В., Комиссаров А.Б., Мусаева Т.Д., Ёлшин Н.Д., Петрова П.А., Бояринцева А.Ю., Кузьмичева М.В., Васильева А.Д., Сергеева М.В., Коновалова Н.И., Даниленко Д.М.

МОНИТОРИНГ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РОССИЙСКИХ ВИРУСОВ ГРИППА ЧЕЛОВЕКА К ИНГИБИТОРАМ НЕЙРАМИНИДАЗЫ (ОЗЕЛЬТАМИВИР И ЗНАМИВИР, СЕЗОНЫ 2014–2025) И ВИРУСНОЙ ЭНДОНУКЛЕАЗЫ (БАЛОКСАВИР, СЕЗОНЫ 2023–2025)

ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева»

Минздрава России

Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Несмотря на то, что основным средством борьбы с ежегодными эпидемиями гриппа остается вакцинопрофилактика, нередко наблюдается несоответствие штаммового состава вакцин циркулирующим вирусам гриппа в результате высокой скорости и, часто, непредсказуемости их антигенного дрейфа. Вследствие этого актуален мониторинг чувствительности циркулирующих штаммов гриппа к основным группам этиотропных противовирусных препаратов — ингибиторов нейраминидазы (NA) и, с недавнего времени — ингибиторов эндонуклеазы (PA) вируса гриппа.

Цель работы. Надзор за чувствительностью выделенных на территории России вирусов гриппа человека к этиотропным препаратам-ингибиторам NA озельтамивиру и занамивиру на протяжении 2014–2025 гг. и ингибитору вирусной РНК-полимеразы балоксавиру в эпидемические сезоны 2023–2024 и 2024–2025 гг.

Методы. Фенотипическая чувствительность вирусов гриппа к озельтамивиру карбоксилату и занамивиру измеряли флуоресцентным методом (MUNANA), а к балоксавиру марбоксилу методом ИФА с параллельным секвенированием вирусов (NGS) для выявления известных мутаций устойчивости к перечисленным препаратам.

Результаты. За весь период наблюдения (2014–2025 гг.) всего 7 вирусов гриппа показали полную или частичную резистентность к озельтамивиру — 5 штаммов A(H1N1)pdm09 и 2 штамма гриппа B, и только 1 штамм гриппа B показал сниженную чувствительность к занамивиру. При этом у всех 5 вирусов A(H1N1)pdm09 обнаружена характерная мутация устойчивости в гене NA — H275Y, а у секвенированных вирусов гриппа B не выявлено известных мутаций устойчивости. Из 64-х вирусов сезонов 2023–24 и 2024–25 гг., фенотипически протестированных на чувствительность к балоксавиру марбоксилу, выявлен только один резистентный штамм — носитель характерной мутации в гене PA — I38T.

Заключение. Частота распространения устойчивости вирусов гриппа на территории России к основным группам этиотропных противовирусных препаратов — ингибиторов нейраминидазы на протяжении 11 эпидемических сезонов 2014–2025 гг. и вирусной полимеразы (2023–2025 гг.) остается крайне низкой.

Ефанова А.А.¹, Канестри В.Г.¹, Покровская А.В.^{1,2},
Кулабухова Е.И.^{1,2}, Шахгильдян В.И.¹,
Голиусова М.Д.¹, Андреев А.В.¹, Ефремова О.С.¹,
Попова А.А.^{1,3}, Козырина Н.В.¹, Хохлова О.Н.¹

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРОЩЕННОЙ СХЕМЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНОЙ СХЕМОЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, РАНЕЕ НЕ ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ

¹Центральный НИИ эпидемиологии
Роспотребнадзора, Москва, Россия

²Российский университет дружбы народов, Москва,
Россия

³ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования
Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время для лечения ВИЧ-инфекции все чаще используют упрощённые двухкомпонентные режимы антиретровирусной терапии (АРТ) вместо стандартных трехкомпонентных схем. Применение комбинации долутегравир + ламивудин (DTG + ЗТС) у больных, начинающих лечение, требует оценки эффективности в условиях реальной клинической практики.

Цель исследования. Сравнить вирусологическую и иммунологическую эффективность схем DTG + ЗТС и DTG + ЗТС + TDF (долутегравир + ламивудин + тенофовир) у пациентов с ВИЧ без опыта АРТ.

Материалы и методы. В анализ включено 82 пациента: 51 больной получал DTG + ЗТС (1 группа, 70,6% мужчин, медиана возраста 32,1 года), а 31 больной - DTG + ЗТС + TDF (2 группа, n = 31, 58,1% мужчин, Me возраста 39,7 лет). На стадии острой ВИЧ-инфекции находились 13,7% и 29% пациентов 1 и 2 гр., соответственно. Остальным была диагностирована стадия 3 (субклиническая) и 4А (вторичных заболеваний). Ни один из участников не имел генерализованных оппортунистических инфекций. АРТ назначали, в среднем, через 1–2 месяца после обнаружения антител к ВИЧ. Оценивали вирусологические и иммунологические параметры перед лечением и в течение 48 недель. Исходно в 1 и 2 гр., соответственно: Me РНК ВИЧ составила 29 413 и 84 777 копий/мл; доля больных с высокой вирусной нагрузкой (>100 тыс. копий/мл) – 23,5 и 48,4%; >500 тыс. копий/мл – 5,9 и 12,9%; >1 млн копий/мл – 2 и 9,7%; Me абсолютного количества CD4+ -лимфоцитов - 458 и 396 клеток/мкл; относительного – 25 и 23,5%; Me иммунорегуляторного индекса (ИРИ) - 0,490 и 0,480; доля больных с низким иммунным статусом (количество CD4+ -лимфоцитов <350 клеток/мкл) – 25,5 и 35,48%, при этом у 7,84 и 12,9% этот показатель был <200 клеток/мкл.

Результаты. На 12 неделе АРТ не было отмечено достоверных различий в скорости достижения супрессии вируса (РНК ВИЧ <50 копий/мл) в исследуемых группах (87,3 и 94,7% в 1 и 2 гр., соответственно), на 48 неделе результаты были схожими (98,4 и 99,7% пациентов в 1 и 2 гр., соответственно). Эффективность не зависела от исходного уровня вирусной нагрузки в обеих группах, включая участников с РНК ВИЧ >1 млн копий/мл. Случаев вирусологического прорыва за 48 недель не зарегистрировано. Прирост количества CD4+ -лимфоцитов к 48 неделе составил по Me 184 клетки/мкл в 1 гр. и 167 клеток/мкл во 2 гр. (p>0,05); доля пациентов с количеством CD4+ -лимфоцитов <350 клеток/мкл

снизилась в 1 гр. до 4,3%, во 2 гр. - до 4,9%. В 1 гр. у всех больных количество CD4+ -лимфоцитов стало превышать 200 клеток/мкл, а во 2 гр. лишь у 1 пациента этот показатель был ниже указанного порога, что было связано с бактериальной инфекцией и смещением формулы крови в сторону нейтрофилов. Me ИРИ к 48 неделе терапии в 1 и 2 гр. существенно возросла и составила 1,11 и 0,7, соответственно.

Выводы. Схема DTG + ЗТС демонстрирует сопоставимую с тройной терапией вирусологическую и иммунологическую эффективность к 48 неделе, подтверждая целесообразность её использования у ряда пациентов для начала лечения.

Жалолова Р.А., Джалалова Н.А.,
Шоджалилова М.С.

ДИНАМИКА ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ ЗА 2010–2025 ГГ. СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ташкентский государственный медицинский
университет

Ташкент. Республика Узбекистан

Актуальность. ВПЧ-ассоциированные заболевания полости рта и ротоглотки демонстрируют рост в мировой практике, однако региональные клинические данные остаются ограниченными.

Цель. Оценить динамику обращаемости и структуры ВПЧ-ассоциированных заболеваний среди пациентов многопрофильной больницы ТГМУ за 2010 – 2025 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ регистра пациентов отделений стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ТГМУ. Оценивались случаи с клинико-морфологическими признаками ВПЧ-ассоциированных поражений (папилломатоз, дисплазии, OPSCC). Сравнивались два периода: 2010 – 2012 гг. и 2023 – 2025 гг.

Результаты. Общее число пациентов с подозрением или подтвержденной ВПЧ-ассоциированной патологией увеличилось с 132±8 случаев в год в 2010 – 2012 гг. до 204±11 случаев в год в 2023 – 2025 гг. (прирост + 54,5%).

В амбулаторном звене (стоматология и ЧЛХ) число обращений возросло с 92±6 до 134±9 случаев в год (+ 45,6%), при этом их относительная доля снизилась с 69,7% до 65,7%.

В дневном стационаре отмечен наиболее выраженный рост: с 24±3 до 52±5 случаев в год (+ 116,7%), доля увеличилась с 18,2% до 25,5%.

В вечернем стационаре количество пациентов увеличилось с 16±2 до 18±3 случаев в год (+ 12,5%), при снижении удельного веса с 12,1% до 8,8%.

Доля ВПЧ-ассоциированных форм в структуре поражений ротоглотки увеличилась с 9,3% (2010 – 2012) до 23,8% (2023 – 2025), что соответствует росту в 2,5 раза.

Доля пациентов без традиционных факторов риска (курение, насвай) возросла с 17,4% до 32,6%.

Выводы. За 15-летний период выявлен рост обращаемости пациентов с ВПЧ-ассоциированной патологией на 54,5% с одновременным перераспределением клинических потоков. Наиболее значимое увеличение отмечено в дневном стационаре, что отражает рост онконастороженности и частоты инвазивной диагностики. Увеличение доли ВПЧ-ассоциированных форм более чем в 2 раза свидетельствует о формировании эпидемиологического сдвига в сторону вирус-обусловленной патологии.

Жамборова С.Х.¹, Макарова М.А.^{1,2},
Шиханова А.А.^{1,2}

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К БАКТЕРИОФАГАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ – *E. COLI*, *SHIGELLA SPP.*, *SALMONELLA SPP.*

¹ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург, Россия
²ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Во всех странах независимо от уровня экономического развития наблюдается рост резистентности сальмонелл, шигелл, эшерихий к антимикробным препаратам (АМП), которая отражается на снижении эффективности лечения и профилактики острых кишечных инфекций, создавая глобальные проблемы при оказании медицинской помощи. Одним из эффективных компонентов решения бремени антибиотикорезистентности может стать использование бактериофагов.

Цель исследования. Охарактеризовать этиологическую структуру и спектр литической активности российских промышленно произведенных бактериофагов к штаммам микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae*, выделенных от взрослых пациентов с диарейным синдромом в г. Санкт-Петербург в 2022-2025 гг.

Материалы и методы. Изучены 167 штаммов диарейных *Escherichia coli* (DEC), 51 штамм *Shigella spp.*, 159 штаммов *Salmonella enterica*. ДНК пяти патогрупп (EPEC, ETEC, EIEC, EHEC, EAgEC) выявляли в ПЦР-РВ набором АмплиСенс® Эшерихиозы-FL. Антигенную структуру *Shigella spp.* и *Salmonella spp.* определяли в реакции агглютинации с диагностическими шигеллезными и сальмонеллезными групповыми, типовыми сыворотками (Эколаб, Россия). Литическую активность семи бактериофагов, производства АО НПО «Микроген» Россия (колипротейный, пиобактериофаг, секстафаг, пиофаг, интести, дизентерийного поливалентного, сальмонеллезный групп ABCDE) определяли в соответствии с МР «Рациональное применение бактериофагов в лечебной и противоэпидемической практике», 2022 г.

Результаты. Анализ результатов ПЦР-РВ выявил следующие патогруппы DEC: EAgEC- 58,7%, EIEC и EHEC- 11,4%, STEC- 10,8% ETEC- 7,8%. Изучение антигенной структуры шигелл показало, что штаммы относились к 3 видам: – *S. sonnei* – 54,9%, – *S. flexneri* – 41,2%, – *S. boydii* – 3,9%. По антигенной структуре штаммы сальмонелл относились к 4 серогруппам: В – 74,7%, D – 10,1%, C2- C3 – 5,7%, C1- 3,8% и 18 сероварам. Лидирующими сероварами (45,3%) были *S. Typhimurium* – 37,7% и *S. Enteritidis* – 10,7%.

По суммарным данным наибольшей литической активностью в отношении DEC характеризовался колипротейный бактериофаг, чувствительными к нему были 52,7% штаммов. Литическая активность пиобактериофага была выявлена в отношении 51,9% штаммов, секстафага – 33,5%, пиофага- 32,9%, меньшей активностью характеризовался интести бактериофаг, чувствительными к нему были 28,1% изученных штаммов.

К дизентерийному поливалентному бактериофагу были чувствительны 92,2% штаммов *Shigella spp.* Интести-бактериофаг проявлял выраженную литическую активность в отношении 89,9% изученных штаммов.

К сальмонеллезному бактериофагу групп ABCDE, чувствительность была выявлена у 91,1% штаммов *Salmonella spp.*, к интести-бактериофагу – 13,2% штаммов.

Выводы. Препараты бактериофагов российского производства демонстрируют высокую эффективность и специфическую антимикробную активность в отношении бактериальных возбудителей острых кишечных инфекций. Рациональная фаготерапия – это перспективная альтернатива и дополнение к традиционным антибиотикам в борьбе с диарейными заболеваниями. Метод эффективен против широкого спектра патогенов, включая штаммы с множественной лекарственной устойчивостью, и характеризуется высоким профилем безопасности и экологичности.

Жамборова С.Х.¹, Шиханова А.А.^{1,2},
Макарова М.А.^{1,2}

ГЕНЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ХИМИОПРЕПАРАТАМ У ШТАММОВ *SHIGELLA SPP.*

¹ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург, Россия
²ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Несмотря на то, что в развитых странах заболеваемость шигеллезами снизилась благодаря улучшению условий жизни и совершенствованию систем здравоохранения, они по-прежнему широко распространены в экономически развивающихся регионах. Внедрение полногеномного секвенирования улучшило эпидемиологический надзор и упростило мониторинг резистентности к антимикробным химиопрепаратам.

Цель исследования. Охарактеризовать генетические детерминанты резистентности к антибиотикам и дезинфектантам у штаммов *Shigella spp.* по результатам полногеномного секвенирования.

Материалы и методы. Изучены 51 штамм *Shigella spp.*, выделенные от взрослых пациентов с колитическим синдромом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести в г. Санкт-Петербург в 2022-2025 гг. Геномную ДНК выделяли набором diaGene (Россия), приготовление библиотек - TruSeq DNA Nano (Illumina, США). Секвенирование проводили с использованием секвенатора MiSeq (Illumina, США). Поиск генов резистентности проводили на веб-платформе (<https://cge.sbs.dtu.dk/services/>).

Результаты. У всех штаммов были выявлены детерминанты резистентности к антимикробным химиопрепаратам. Гены резистентности к бета-лактамам присутствовали в сочетаниях и изолированно у 98,0% штаммов (*bla*TEM-1, *bla*CTX-M-1, *bla*CTX-M-3, *bla*CTX-M-15, *bla*CTX-M-27, *bla*OXA-1, *bla*EC). Резистентность к хинолонам была обусловлена наличием *qnrS1* (62,7%). Мутации в генах *gyrA* 62,7% и *parC* с различными заменами аминокислот были выявлены у 39,2% штаммов. Детерминанты резистентности к аминогликозидам обнаружены у одного штамма и представлены геном *aac(3)-IId*. Резистентность к сульфаниламидам у 62,7% штаммов была обусловлена наличием генов *sul1*, *sul2*, *sul3*, к триметоприму (88,2%) - *dfrA1*, *dfrA5*, *dfrA14*, *dfrA17*. Ассоциированные с резистентностью к тетрациклину гены *tetA*, *tetB* были обнаружены у 78,4% шигелл. Обуславливающие резистентность к четвертичным аммонийным соединениям – дезинфектантам, широко

используемым в медицине, гены *qacEdelta* и *qacL* были выявлены у 25,5% штаммов.

Выводы. Увеличение популяции резистентных изолятов *Shigella spp.* осложняет проведение эффективной этиотропной терапии и коррелирует с увеличением частоты неблагоприятных исходов. Применение метода полногеномного секвенирования обеспечивает комплексный анализ генетических детерминант и молекулярных механизмов, обуславливающих резистентность не только к антибиотикам, но и к дезинфектантам.

*Жиенеев Е.С., Дмитриевский А.М.,
Оспанбекова Н.К.*

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИКВОРА И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ МЕНИНГИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ Г. АЛМАТЫ

*НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет», Алматы, Республика Казахстан
Национальный центр биотехнологии, филиал
в г. Алматы, Алматы, Республика Казахстан*

Актуальность. В 2025 г. из 79 взрослых пациентов с менингитами, диагноз был подтвержден полимеразной цепной реакцией (ПЦР) ликвора у трех; у двух - клещевой энцефалит и иерсиниоз иммуноферментным анализом (ИФА) крови.

Цель. Проанализировать клинико-лабораторные данные у взрослых с менингитами.

Материалы и методы. 79 взрослых больных с синдромом менингита обследовались клинико-лабораторно. Всем больным проведена спинномозговая пункция, оценивались белок, глюкоза, цитоз. Лишь у 6 пациентов в ликворе отмечался нейтрофильный плеоцитоз, во всех остальных случаях менингит можно было трактовать как «серозный».

Результаты. Отмечена летне-осенняя сезонность. В соответствии с количеством и состава плеоцитоза, и картины периферической крови, мы распределили пациентов на несколько групп.

В первую - вошли пациенты имеющие плеоцитоз до 100 кл/мл (41-52,3%). При лимфоцитарном плеоцитозе(6) в крови отмечались лейкоцитоз(2), нормоцитоз(3), лейкопения(1); при смешанном плеоцитозе(11) – лейкоцитоз(3), нормоцитоз(8); при нейтрофильном плеоцитозе(24) – лейкоцитоз(7), нормоцитоз(15), лейкопения(2).

Во второй группе имел место плеоцитоз до 300 кл/мл (17). При лимфоцитарном плеоцитозе(3) в крови отмечались лейкоцитоз(1), нормоцитоз(2), при смешанном плеоцитозе(1) – нормоцитоз; при нейтрофильном плеоцитозе(13) – лейкоцитоз(3), нормоцитоз(9), лейкопения(1).

В третьей отмечен плеоцитоз 300-1000 кл/мл(13). При лимфоцитарном плеоцитозе(1) в крови отмечался нормоцитоз; при смешанном плеоцитозе(1) – лейкоцитоз; при нейтрофильном плеоцитозе(9) – лейкоцитоз(4) и нормоцитоз(5).

В четвертой группе с плеоцитозом >1000 кл/мл (8). При лимфоцитарном плеоцитозе(1) в крови отмечался нормоцитоз; при смешанном плеоцитозе(1) также нормоцитоз; при нейтрофильном плеоцитозе(6) – лейкоцитоз.

Заключение. В группе с малым плеоцитозом пациенты заболевали в теплое время года, причем половина – летом. Еще более привязана к теплому периоду – вторая группа, со средним плеоцитозом – две трети случаев отмечены летом.

Пациенты третьей группы со значительным плеоцитозом, заболели летом и осенью. Таким образом, эпидемиологические данные свидетельствуют в пользу того, что описываемые лимфоцитарные и смешанные менингиты, скорее могут быть ассоциированы с энтеровирусной инфекцией. Для уточнения этиологического фактора менингитов необходимо проводить ПЦР ликвора на возможные этиологические агенты. Исходя из всего сказанного, мы планируем диссертационную работу, направленную на изучение этиологических агентов менингитов у взрослого населения г. Алматы.

*Загузов В.С.¹, Сагинбаев У.Р.², Башкетова Н.С.³,
Лялина Л.В.¹*

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ COVID-19 В УСЛОВИЯХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ЭТОЙ ИНФЕКЦИИ

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург, Россия

²Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

³Межрегиональное Управление Роспотребнадзора по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Частая смена ведущего геноварианта SARS-CoV-2 и его сублиний требует систематической оценки тяжести течения, исходов заболевания и эффективности вакцинации против этой инфекции, в том числе среди пациентов с различными коморбидными состояниями.

Цель исследования: оценка влияния коморбидных состояний и вакцинального статуса пациентов на риск возникновения пневмоний и летальных исходов COVID-19 в регионах Северо-Запада России.

Материалы и методы. В работе использованы данные регистрации лабораторно подтвержденных случаев COVID-19 в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в 2021-2024 гг. В исследование включены сведения о 39278 случаях пневмонии и 11077 летальных исходов среди пациентов с различным вакцинальным статусом. Использованы методы ретроспективного эпидемиологического анализа, ПЦР в реальном времени, методы статистики.

Результаты. Среди полностью привитых доля пациентов с пневмониями, у которых отсутствовали сопутствующие заболевания, составила в Санкт-Петербурге 2,5% (95% ДИ 2,0-3,1), в Ленинградской области - 2,7% (95% ДИ 1,9-3,5). В группе лиц с нарушенной схемой иммунизации удельный вес таких пациентов был выше в 6 раз и составил 13,9% (95% ДИ 11,4-16,4) в Санкт-Петербурге и 15,8% (95% ДИ 12,2-19,4) в Ленинградской области. Среди непривитых сопутствующие патологии отсутствовали у 40,5% (95% ДИ 39,8-41,1) и 41,0% (95% ДИ 40-41,9), соответственно. Доля лиц, у которых были зарегистрированы одиночные коморбидные состояния, варьировала в пределе 33,2-40,5% во всех группах и статистически значимо не отличалась ($p > 0,05$). В группе непривитых пациентов наблюдалась в 2 раза меньшая доля лиц с множественными сопутствующими заболеваниями, по сравнению с полностью привитыми и в 1,5 раза, по сравнению с однократно привитыми и составила 26,3% (95% ДИ 25,7-26,9) в Санкт-Петербурге и 23,5% (95% ДИ 22,6-24,3) в Ленинградской области.

Результаты анализа структуры коморбидных состояний среди умерших привитых против COVID-19 показали, что доля лиц без сопутствующих патологий достигла 3,6% в Санкт-Петербурге и 3,8% в Ленинградской области. У всех этих пациентов была проведена неполная вакцинация против COVID-19. При проведении сравнительного анализа видов коморбидных состояний среди умерших привитых и непривитых на территориях СЗФО между группами пациентов наблюдались существенные различия. Среди невакцинированных лиц доля пациентов, у которых не было обнаружено сопутствующих заболеваний, была в 10 раз выше по сравнению с привитыми. Вероятность отсутствия сопутствующих заболеваний в группе умерших вакцинированных была на 91,4-92,8% ниже, по сравнению с невакцинированными (ОШ = 0,072-0,086). Среди привитых доля пациентов с множественными сопутствующими патологиями была в 2,5 раза выше, по сравнению с непривитыми и составила 50,4-52,6%.

Заключение. Наличие коморбидных состояний и неполного курса вакцинации против COVID-19 являются существенными факторами риска возникновения пневмонии и летального исхода от этой инфекции.

Зарубина С.П.¹, Поцелуев Н.Ю.², Асманова М.А.¹, Федина И.Ю.¹

АНАЛИЗ ДИНАМИЧЕСКИХ РЯДОВ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕПАТИТОМ А СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

¹ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ, г. Барнаул, Россия

²Управление Роспотребнадзора по Алтайскому краю, г. Барнаул, Россия

Актуальность: На рубеже второй четверти XXI века перед человечеством возникают новые вызовы, способствующие как развитию общества, так и несущие определенные риски. Глобальное потепление способствует расширению зоны обитаемости, сельскохозяйственной деятельности, освоению Арктики и Крайнего Севера. В этих условиях анализ и прогнозирование инфекционных заболеваний, связанных с употреблением некачественной воды, сложными социально-бытовыми условиями приобретают особое значение.

Цель исследования: провести анализ динамического ряда заболеваемости гепатитом А сельского населения в Алтайском крае за период 2000-2024 гг. Провести прогнозирование заболеваемости методом Хольта-Винтерса до 2030 г.

Материалы и методы: федеральные статистические формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 2000-2024 гг., данные о численности сельского населения Алтайского края брались из открытых источников.

Результаты: При анализе динамики заболеваемости гепатитом А среди сельского населения в Алтайском крае отмечался ряд тенденций. Череду волнообразных периодов роста и снижения заболеваемости гепатитом А, имеющих общий тренд к снижению.

Рост показателя отмечался с 2000 по 2001 г. — с 17,70 до 48,86 на 100 тыс. человек, с 2004 по 2005 г. — с 6,39 до 12,89 на 100 тыс. человек, с 2006 по 2007 г. — с 3,38 до 3,97 на 100 тыс. человек, с 2008 по 2010 гг. — с 1,24 до 2,75 на 100 тыс. человек, с 2011 по 2013 гг. — с 1,57 до 3,76 на 100 тыс. человек, с

2014 по 2015 г. — с 2,38 до 3,09 на 100 тыс. человек, с 2016 по 2017 г. — с 1,20 до 1,92 на 100 тыс. человек, с 2019 по 2020 г. — с 1,12 до 1,85 на 100 тыс. человек, с 2021 по 2023 гг. — с 0,00 до 1,56 на 100 тыс. человек.

Снижение показателя отмечалось с 2001 по 2004 гг. — с 48,86 до 6,39 на 100 тыс. человек, с 2005 по 2006 г. — с 12,89 до 3,38 на 100 тыс. человек, с 2007 по 2008 г. — с 3,97 до 1,24 на 100 тыс. человек, с 2010 по 2011 г. — с 2,75 до 1,57 на 100 тыс. человек, с 2013 по 2014 г. — с 3,76 до 2,38 на 100 тыс. человек, с 2015 по 2016 г. — с 3,09 до 1,20 на 100 тыс. человек, с 2017 по 2019 гг. — с 1,92 до 1,12 на 100 тыс. человек, с 2020 по 2021 г. — с 1,85 до 0,00 на 100 тыс. человек, с 2023 по 2024 г. — с 1,56 до 1,13 на 100 тыс. человек.

Наивысший абсолютный прирост отмечался в 2001 г., когда он составил 31,16 на 100 тыс. человек. Наивысшая в абсолютном значении убыль отмечалась в 2002 г., когда она составляла -23,84 на 100 тыс. человек.

С учётом выявленных тенденций при моделировании методом Хольта-Винтерса значение тренда было установлено как 0,1, сезонности — как 0,5 и шума — 0,4, соответственно. По результатам моделирования были получены следующие прогнозные значения заболеваемости гепатитом А сельского населения в Алтайском крае до 2030 г.: 2025 г. — 1,2 на 100 тыс. человек, 2026 г. — 1,09 на 100 тыс. человек, 2027 г. — 0,94 на 100 тыс. человек, 2028 г. — 0,88 на 100 тыс. человек, 2029 г. — 0,83 на 100 тыс. человек, 2030 г. — 0,83 на 100 тыс. человек.

Устойчивый тренд и его прогнозные значения к снижению заболеваемости гепатитом А среди сельского населения отражают результаты многолетней работы по профилактике инфекционной заболеваемости в регионе.

Зыкова О.А., Касенова А.Б., Абрамова Е.Н., Чернобровкина Т.Я., Лесина О.Н.

СИНДРОМ РЕАКТИВНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛИЗИСТО-КОЖНОЙ СЫПИ (RIME-СИНДРОМ) НА ФОНЕ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКА

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

ПИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза, Россия

RIME-синдром — недавно выявленное клиническое состояние с кожно-слизистыми проявлениями, который возникает преимущественно у детей и подростков после бактериальной или вирусной инфекции (чаще всего после заражения *Mycoplasma pneumoniae*). Для RIME характерен выраженный мукозит, при этом кожные проявления обычно слабо выражены или отсутствуют.

Цель: на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных провести анализ случая RIME-синдрома у подростка на фоне микоплазменной пневмонии.

Материалы и методы: проанализирована история болезни пациента 16 лет, находившегося на лечении в инфекционном стационаре.

Результаты: пациент Ф. заболел остро 22.01.26 г. с лихорадки до 39,5°C, боли в горле, сухого кашля. 24.01.26 г.

осмотрен педиатром, рекомендована симптоматическая терапия. 25.01-28.01.26г. отмечалось ухудшение самочувствия: лихорадка сохранялась на фебрильных цифрах, усилился кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, нарастали симптомы интоксикации. 29.01.26 г. на 8-й день болезни появились симптомы конъюнктивита, эрозивное поражение слизистой ротовой полости, что стало причиной госпитализации пациента. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа век гиперемирована, отечна, определяется слизисто-гнойное отделяемое, выраженная инъекция склеральных сосудов, светобоязнь. На слизистой оболочке щек, языка, ротоглотки энантема в виде белесоватых налетов, под которыми обнаруживалась эрозивная поверхность. Отмечалось увеличение поднижнечелюстных и околушных лимфоузлов. В легких дыхание жесткое, влажные хрипы в проекции верхней доли правого легкого. Выполнена КТ органов грудной клетки (двусторонняя полисегментарная пневмония). Проведены лабораторные тесты (лейкоцитоз – $12,8 \times 10^9/\text{л}$, СРБ – 130 мг/л). Начата антибактериальная (цефтриаксон), инфузионная и симптоматическая терапия, орошение ротоглотки хлоргексидином, глазные капли (антибактериальные и дексаметазон 0,1%). Для уточнения этиологии заболевания определяли возбудителей ОРВИ методом ПЦР (отрицательно), определение уровня антител IgM и IgG к Chl. pneumoniae (в пределах референсных значений) и M. pneumoniae IgM (КП 2,71). В рамках дифференциальной диагностики проведено ПЦР-исследование на ДНК вирусов простого герпеса 1, 2 типов, ВИЧ – получены отрицательные результаты. Учитывая клинические и лабораторные данные, пациенту был поставлен диагноз: внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, вызванная M. pneumoniae, осложненная развитием мукозита (RIME-синдром). Скорректирована антибактериальная терапия (джозамицин в возрастных дозировках). На фоне проводимой терапии отмечалась нормализация температуры тела, купирование симптомов пневмонии, тенденция к разрешению мукозита. На 19-й день от начала заболевания пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы: приведенный клинический случай демонстрирует RIME-синдром без кожных проявлений у подростка на фоне микоплазменной инфекции; наличие мукозита у пациентов с инфекционными заболеваниями представляет определенные трудности в дифференциальной диагностике с синдромом Стивенса-Джонсона, что, в свою очередь, может повлечь за собой неправильную тактику лечения.

*Иванова А.А., Семенов В.М., Дмитраченко Т.И.,
Егоров С.К.*

ОСОБЕННОСТИ ЦИРКУЛЯЦИИ TTV И ДРУГИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ВИРОМА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦНС

*Витебский государственный медицинский
университет
г. Витебск, Беларусь*

В последние годы понятие «виrom человека», а также роль вирусов, входящих в его состав, представляет собой большой интерес для исследователей. Однако, то же время полной информации о возможном влиянии представителей виroma, в частности TTV, на течение инфекционных поражений центральной нервной системы (ЦНС) до сих пор нет.

Цель исследования - установить частоту встречаемости представителей виroma в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) и крови пациентов в зависимости от наличия или отсутствия патологического процесса в ЦНС.

Материалы и методы. Исследование включало 187 пациентов, среди которых 87 пациентов относились к группе с вирусными поражениями ЦНС и 24 пациента с поражениями бактериальной этиологии. Контрольную группу составили 76 пациентов, которым лямбда-пункция выполнялась в связи с наличием лихорадки и симптомов внутричерепной гипертензии. Средний возраст пациентов составил 26,9 лет (min - 11 дней, max - 84 г.), женщины составили 47,1% (88 человек), мужчины – 52,9% (99 человек). В некоторых случаях забор ЦСЖ выполнялся в динамике, таким образом было обследовано 271 образцов ЦСЖ. Также было исследовано 87 образцов крови пациентов: 41 образец от пациентов из группы с вирусными поражениями ЦНС, 29 – с бактериальными поражениями и 17 образцов из контрольной группы. Обнаружение ДНК TTV, CMV, EBV, HHV-6 осуществлялся методом ПЦР в режиме реального времени.

Результаты и обсуждение. ДНК TTV в ЦСЖ была получена у 50 пациентов, что составило 26,7%. При этом, более часто ДНК TTV определялась в группе пациентов с бактериальными поражениями ЦНС, что составило 15 пациентов из 24 (62,5%), в группе пациентов с вирусными поражениями ЦНС ДНК TTV определялась в 29,9% пациентов (26/87). Среди пациентов контрольной группы ДНК TTV была обнаружена у 9 пациентов (11,8%). Наибольшая средняя вирусная нагрузка ДНК TTV также была отмечена у пациентов с бактериальными менингитами (172878,7 копий/мл). У пациентов с вирусными менингитами и из контрольной группы средняя вирусная нагрузка составила 10181 и 273,9 копий/мл соответственно. Подобная ситуация наблюдалась и при анализе образцов крови: частота выявления ДНК TTV была выше у пациентов с бактериальными поражениями ЦНС (68,9%), чем с вирусными поражениями (60,9%) или без патологии ЦНС (41,2%). ДНК EBV в ЦСЖ была выявлена у 2 пациентов (1,1%), в то же время в крови частота выявления составила 19,4% (6 положительных образцов из 31 обследованных на ДНК EBV), что сопровождалось увеличением вирусной нагрузки ДНК TTV (112425,5 копий/мл с ДНК EBV и 14321,1 копий/мл без неё). У одного из пациентов в крови была выявлена ДНК сразу двух вирусов: EBV и HHV-6, что также отразилось на увеличении вирусной нагрузки ДНК TTV – 396676 копий/мл. Всего ДНК HHV-6 была обнаружена у 3 пациентов в ЦСЖ (1,6%) и 1 пациента в крови (1,1%). В то же время ДНК CMV была обнаружена только у одного пациента в ЦСЖ (0,5%), в крови ДНК CMV обнаружена не была.

Таким образом, исходя из полученных результатов исследования, можно сделать вывод, что с наибольшей частотой и вирусной нагрузкой ДНК TTV обнаруживалась в ЦСЖ у пациентов с поражениями ЦНС бактериальной природы. Такая же ситуация наблюдалась и при анализе образцов крови. В то же время ДНК TTV встречается в ЦСЖ и крови и у практически здоровых людей, без патологии ЦНС. Интерес представляет наличие взаимосвязи между вирусными нагрузками ДНК TTV в ЦСЖ и крови, а также их влияние на течение заболевания, что требует дальнейших исследований.

*Иванова Г.П.^{1,2}, Скрипченко Е.Ю.^{1,2},
Скрипченко Н.В.², Карасев В.В.¹, Вильниц А.А.^{1,2},
Конев А.И.¹, Вишневецкая Е.М.¹, Рычкова С.В.¹*

ОСЛОЖНЕНИЯ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ОШИБКИ ИХ ВЕДЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ВРАЧЕБНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ 2022–2025 ГГ.

¹ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА, Санкт-Петербург, Россия
²ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Осложненное течение нейроинфекций (НИ) у детей является основной причиной обращений за врачебными телемедицинскими консультациями (ТМК) в ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА.

Цель: определить структуру осложнений НИ и ошибки их ведения.

Материалы и методы. Проведен анализ 868 ТМК, выполненных сотрудниками центра на основании запросов врачей других стационаров РФ, с целью коррекции тактики ведения детей с нейроинфекциями за период 2022–2025 гг.

Результаты. Число ТМК остается стабильным: в 2022 г. – 137, в 2023 г. – 231, в 2024 г. – 263, а в 2025 г. – 237. Доля первичных ТМК составила 87-90%, повторных 10-13%, и в 90-95% случаев диагноз НИ был подтвержден. Тяжелое и крайней степени тяжести состояние имели 92% детей (n=798), из них 6% - терминальное состояние. Уточненная этиологии НИ составила 52-55%. Вирусные энцефалиты (ВЭ) были наиболее частым поводом для ТМК: в 2022 г. – 35% (n=43), в 2023 г. – 38% (n=83), в 2024 г. – 44% (n=105), а в 2025 г. - 46% (n=95). Герпесвирусная этиология составила 51%, реже были случаи энтеровирусных, клещевых, коревых, гриппозных и парвовирусных энцефалитов. ТМК по поводу бактериальных гнойных менингитов (БГМ) были реже: в 2022 г. и в 2023 г. – по 19%, в 2024 г. – 10%, 2025 г. – 12%. Менингоэнцефалиты (МЭ) неуточненной этиологии составили 9% (n=72), менингококковая инфекция – 7,5% (n=60), миелиты – 6,7% (n=54), а полирадикулоневриты (ПРН) – 8,1% (n=65). Осложненное течение НИ имели 78 – 91%, среди которых отек головного мозга и сопор – кома наиболее часто встречались при энцефалитах разной этиологии: в 2022 г. – 78%, в 2023 г. 87%, в 2024 г. – 71%, в 2025 г. – 85%. Эпилептический статус, повторные судороги наблюдались в 35% при ВЭ и в 11%- при БГМ. Также частыми осложнениями были сепсис, синдром полиорганной недостаточности и шок (17,4%), связанные как с основной этиологией НИ, так и с развитием вторичных (внутрибольничных и других) инфекций - 19,9%. Реже встречался дислокационный синдром (6,5%), тромбозы венозных синусов (2,3%), синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона (1,5%). Основными осложнениями миелитов и ПРН была дыхательная недостаточность 2 -3 степени в 9,5%. Большая часть ошибок ведения осложнений касалась лечебной тактики, реже диагностики, в связи с неполным объемом исследований и/или интерпретации результатов. Т.к. осложнения НИ развивались обычно на 2 сутки или позже от дебюта НИ, одной из причин их развития была поздняя госпитализация и назначение стартовой терапии в 54,9%. Также ошибки терапии включали дозы, кратность и выбор препарата. Не назначали рекомбинантные интерфероны-альфа2 и интерлейкин-2, другие иммуностимуляторы в 64,9%, а также противовирусные препараты: рибави-

рин, ганцикловир, осельтамивир, при наличии показаний к их применению в 74%. Применяли более 2-х противоэпилептических средств на старте лечения в 46%, а при БГМ – 2 и более антибиотика одновременно в 1/2, что повышало риски вторичной грибковой НИ и резистентности к антиконвульсантам.

Выводы. По ТМК отек головного мозга, кома, статусное течение эпилептических приступов являются основными осложнениями НИ, имеющих чаще вирусную этиологию. Раннее назначение стартовой терапии при подозрении на НИ, с включением этиотропных и иммунотропных препаратов, является основой для профилактики развития осложнений, вызванных как основными агентами, так и вторичными инфекциями, а предупреждение полипрагмазии в лечении снижает риск затяжного течения и неэффективность противоэпилептических препаратов.

*Иванова М.Э.¹, Киричкё Е.Ю.¹, Карбышева Н.В.¹,
Никонова М.А.¹, Мазуренко М.А.², Тензина П.С.¹*

ТЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ В СЕЗОН 2025–2026 ГГ.

¹Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

²Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2 им. З.С. Баркагана, г. Барнаул, Россия

Грипп занимает особое место по тяжести, прогнозу и частоте осложнений среди острых респираторных инфекций, ежегодно лидирующих среди инфекционных заболеваний у детей. Сезон 2025-2026 г. характеризовался наиболее массовым распространением заболеваний как гриппозной, так и не гриппозной этиологии.

Цель работы - оценить клинические особенности течения гриппа у детей в сезон 2025-2026.

Материалы и методы: проведена оценка клинического течения гриппа у 53 больных, в возрасте от 15 месяцев до 17 лет, госпитализированных в КГБУЗ БСМП №2 г. Барнаула в период 2025–2026 гг. Среди включенных в исследование детей количество мальчиков составило 31 (58,5%), девочек - 22 (41,5%). Госпитализированы в стационар в первые трое суток заболевания 53 (72%) ребенка, из них со среднетяжелой формой гриппа 46 (86,8%), с тяжелой формой – 7 (13,2%), из них 50% в возрасте до 5 лет. Госпитализированы на 4-5-е сутки болезни 17% наблюдаемых, все со среднетяжелой формой. При этиологической верификации методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) у всех наблюдаемых диагностирован грипп типа А. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета анализа Microsoft Excel и Statistica Ver. 10.0.

Результаты. Острое развитие заболевания с лихорадкой и катарально-респираторным синдромом выявлено у всех больных. При среднетяжелых формах зарегистрировано повышение температуры с медианным значением 39,5°C [39,2°C; 39,8°C], у всех пациентов отмечено снижение аппетита, недомогание, у 60,0% - головная боль, в 75,0% случаев наличие непродуктивного сухого кашля, у 13% водянистая диарея. Развитие осложнений при форме средней степени тяжести наблюдалось на 5 день болезни с проявлениями ларинготрахеита (11,3%), бронхита (15%), сегментарной пневмонии (3,7%). У детей с тяжелой формой гриппа (13,2%), заболевание сопровождалось выраженной лихорадкой - 40,1°C [40,0°C; 40,1°C], с головной болью, гемодинамическими нарушениями и снижением сатурации (SpO2

до 92%) у всех. В анамнезе у этой группы больных выявлена сопутствующая патология — бронхиальная астма, хронический синусит, проявления метаболического синдрома и отсутствие вакцинации по гриппу. У ребенка 15 месяцев с тяжелой формой гриппа и сопутствующей патологией в преморбиде (эндокринные нарушения) отмечено тяжелое состояние с гипертермией и развитием нейротоксикоза — выраженной головной болью, возбуждением, сменяющимся адинамией, эпизодами судорожного синдрома с кратковременным нарушением сознания. При верификации диагноза зарегистрированы случаи микст инфекции у 5-х пациентов с формой средней степени тяжести (бокавирусная - 2, аденовирусная - 1 и риновирусная - 2). У двух пациентов с тяжелой формой болезни зарегистрирована одновременное инфицирование с бока- и аденовирусами. Все больные получали терапию с учетом клинических рекомендаций, выписаны с выздоровлением.

Заключение. Наблюдаемые случаи течения гриппа (тип А) у детей разных возрастных групп характеризовались типичной для нозологии симптоматикой. При этом средне-тяжелое течение сопровождалось дисфункцией кишечника. Следует отметить случаи микст инфекций при наиболее тяжелых формах заболевания с развитием нейротоксикоза у детей, не получивших специфической профилактики.

*Игнатъев В.Н., Павелкина В.Ф., Чумаков М.Э.,
Капитанова Д.А.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИДРОФОБИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

*ФГБОУ ВО «Мордовский государственный
университет им. Н. П. Огарёва»
г. Саранск, Россия*

Актуальность. Бешенство является природно-очаговым заболеванием, эндемичным для Республики Мордовия (РМ). В настоящее время эпизоотно-эпидемиологическая обстановка в регионе остается напряженной, что связано с продолжающейся активной эпизоотией этой инфекции среди диких животных, прежде всего лис. Такая ситуация значительно увеличивает риск инфицирования людей.

Цель работы. Провести ретроспективный анализ случая гидрофобии, наблюдавшийся в Больше-Березниковском районе РМ в 2025 г.

Материал и методы. Использованы материалы медицинской карты пациента 33 лет, госпитализированного 01.04.2025 г. в реанимационное отделение ГБУЗ РМ «Комсомольская ЦРБ» и результаты эпидемиологического исследования, проведенного специалистами ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Мордовия».

Результаты. Пациент А. доставлен в приемное отделение районной больницы с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 38°C, онемение правой руки, нарушение глотания жидкой пищи, чувство удушья при движении воздуха перед лицом. Дата заболевания — 28.03.2025 г., когда стали беспокоить болезненность и онемение от кончиков пальцев правой кисти до плечевого сустава, покраснение кожи правой кисти в области укуса собакой. С 29.03.25 г. повышение температуры тела до субфебрильных величин, с 31.03.25 г. — признаки затруднения глотания жидкости.

Эпидемиологический анамнез: примерно 1,5–2 месяца назад обрабатывал рану собаке, содержащейся на своем дворе без привязи, против бешенства не вакцинирован-

ной. Во время этой процедуры был укушен в пальцы правой кисти, после укуса осталась небольшая рана. Накануне собака прибежала во двор со следами драки (в крови, с порванным ухом). Собака убежала в тот же день и, в последующем, не была найдена. Пострадавший после контакта с животным за медицинской помощью не обращался, соответственно, специфическая антирабическая профилактика не проводилась.

Объективно при поступлении: сознание ясное, в пространстве ориентирован, температура тела — 38,5°C, на правой кисти на гиперемизированном фоне рубец в области укуса. Отмечалась болезненность при пальпации правой верхней конечности, плеча, шеи, грудной клетки справа. Нарушено глотание, усилено слюноотделение. На внешние раздражители отвечает испугом, возбуждением. На следующий день (02.04.25 г.) пациент возбужден, дезориентирован в месте и во времени. В ночь с 02.04. на 03.04. ухудшение состояния (пациент дезориентирован в пространстве, заторможен, спокоен). Утром 03.04.26 г. реакция на раздражители отсутствует, дыхание неадекватное, цианоз кожных покровов. Пациент интубирован и переведен на ИВЛ. В тот же день констатирована смерть. При патологоанатомическом исследовании обнаружены признаки отека головного мозга (ГМ), при микроскопии препаратов ГМ обнаружены тельца Бабеша-Негри. В постмортальных образцах структур ГМ обнаружены специфический антиген и РНК вируса бешенства методами МФА и ПЦР соответственно, в прижизненно взятых образцах крови, слюны и ликвора вирус не идентифицирован.

Заключение. Представленный случай демонстрирует классическое течение гидрофобии с типичным эпидемиологическим анамнезом. Отсутствие постконтактной профилактики привело к развитию заболевания. Подобный прецедент подчеркивает необходимость улучшения санитарно-просветительской работы с населением о последствиях укусов животных, важности проведения антирабической профилактики как для людей, так и для животных.

*Ильинских Е.Н.¹, Филатова Е.Н.¹, Бондаренко Е.И.²,
Решетова А.В.¹, Воронкова О.В.¹*

ВЫЯВЛЕНИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

*¹ФГБОУ ВО Сибирский государственный
медицинский университет, г. Томск, Россия*

²АО «Вектор-Бест», г. Новосибирск, Россия

Томская область относится к регионам Российской Федерации с наиболее высокими показателями заболеваемости клещевыми инфекциями, хотя возможный спектр циркулирующих возбудителей изучен недостаточно.

Цель исследования: изучение частоты выявления маркеров возбудителей клещевых инфекций в клиническом материале от пациентов с помощью комплекса молекулярно-биологических и серологических методов в г. Томске.

Материалы и методы. Обследованы 222 больных, госпитализированных с подозрением на клещевые инфекции в 2020–2024 гг. В образцах периферической венозной крови с помощью методов иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР) исследованы маркеры вируса КЭ, *Borrelia burgdorferi* s.l., *B. miyamotoi*,

Coxiella burnetii, *Francisella tularensis* и *Rickettsia spp.*. Для ПЦР-анализа использовали образцы плазмы, цельной крови и лейкоцитарной фракции крови (ЛФК). Статистический анализ проводился с помощью программы Excel-2010.

Результаты. С помощью комплексного применения ПЦР и ИФА диагнозы моноинфекции иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) и клещевого энцефалита (КЭ) были подтверждены у 135 (60,8%) и 57 (25,7%) больных соответственно, а ещё у 15 (6,7%) пациентов была верифицирована смешанная инфекция лихорадочной формы (ЛФ) КЭ с безэритемной (БЭФ) или эритемной формами (ЭФ) ИКБ. Применение ПЦР-анализа позволило обнаружить ДНК *B. burgdorferi* s.l. у 12 (5,4%) больных преимущественно в плазме или ЛФК, а РНК вируса КЭ было выявлено в ЛФК у 7 (3,1%) пациентов. Вместе с тем, метод ПЦР в реальном времени позволил подтвердить циркуляцию на территории Томской области более редких возбудителей клещевых инфекций: у 9 (4,1%) больных была верифицирована клещевая возвратная лихорадка (КВЛ), вызываемая *B. miyamotoi*, у 4 (1,8%) пациентов – микст-инфекция Ку-лихорадки, обусловленной *C. burnetii*, с КЭ или с ИКБ, а в 2 (0,9%) случаях – микст-инфекция туляремии с КЭ или с ИКБ. У 7 больных был верифицирован окончательный диагноз моноинфекции КВЛ преимущественно в ЛФК, а 2 других пациента имели микст-инфекцию КВЛ с ЭФ ИКБ или с Ку-лихорадкой. Заражение КВЛ было связано с присасыванием клеща, включая множественные укусы. Все диагностированные случаи Ку-лихорадки протекали в виде микст-инфекции этого заболевания с БЭФ или ЭФ ИКБ, а также с ЛФ или менингеальной формами КЭ. Два случая туляремии также протекали в виде смешанной инфекции с БЭФ ИКБ или с ЛФ КЭ. ДНК *C. burnetii* или *F. tularensis* была выявлена в плазме или в ЛФК пациентов. Большинство пациентов с Ку-лихорадкой или с туляремией проживали в сельской местности и, наряду с присасыванием клещей, регулярно употребляли непастеризованное коровье и козье молоко.

Выводы. Установлено, что помимо распространенных ИКБ и КЭ, в Томской области встречаются такие инфекции как КВЛ, Ку-лихорадка и туляремия, зачастую протекающих в форме сложно распознаваемых смешанных заболеваний, которые можно диагностировать только с применением комплекса методов ИФА и ПЦР-РВ.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-15-20010, <https://rscf.ru/project/22-15-20010/> и средств Администрации Томской области.

Ильющенко В.В., Дмитраченко Т.И.

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА TTV

«Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь

Вирус Torque teno (TTV) – вирус человека, представленный кольцевой одноцепочечной ДНК с отрицательной полярностью, считающийся комменсальным. TTV часто обнаруживается в сыворотке крови и лимфоцитах. Вирус с различной частотой выявлен также во многих биологических жидкостях, таких как грудное молоко, сперма, мазки из шейки матки, носовые выделения, слезы, фекалии, желчь, моча и слюна, что указывает на возможность реализации разнообразных механизмов его распространения.

В настоящее время не существует единого мнения о вертикальной передаче вируса от матери к плоду. В некоторых исследованиях сообщается о наличии TTV в пуповинной крови, однако в других работах это не подтверждается. Оценки риска проникновения TTV через плаценту варьирует от 1% до 33%. Несмотря на отсутствие окончательного подтверждения, обнаружение вируса у новорожденных независимо от клинического состояния указывает на возможную роль передачи от матери. Однако присутствие инфекции у новорожденного может быть связано с проникновением вируса при прохождении через родовые пути, а также при заражении в постнатальном периоде при грудном вскармливании или реализоваться другими путями передачи.

Цель исследования – установить распространенность TTV у беременных перед родоразрешением и вероятность вертикальной передачи вируса от матери к ребенку.

Нами были обследованы 50 пар «мать-ребёнок». В исследование были включены 50 образцов материнской венозной крови, полученной перед родоразрешением, и 51 образец пуповинной крови. Пары для исследования были выбраны случайным образом, без учета возрастных особенностей, срока родоразрешения или патологий со стороны матери. Обнаружение и количественная оценка TTV проводились методом ПЦР в режиме реального времени.

Средний возраст беременных составил 29,9±5,1 лет. Средний срок родоразрешения составил 39 недель и 3 дня.

При исследовании материнской крови ДНК TTV была обнаружена в 56% образцов, что немного ниже по сравнению с предыдущими исследованиями, где у здоровых людей показатель превысил 70%. Это может быть связано как с более молодым возрастом части беременных, так и свидетельствовать о возможном влиянии беременности на частоту вирусной персистенции.

В образцах пуповинной крови ДНК TTV была выявлена в пяти случаях, что соответствует 9,8% от общего количества исследованных образцов пуповинной крови.

В общей группе пар «мать – ребёнок» процент осложненного течения родов составил 44%, доля кесаревых сечений - 38%. В тоже время у матерей с положительной детекцией ДНК TTV отмечалось увеличение обоих показателей до 50% и 46% соответственно, что может указывать на возможную связь между присутствием TTV и повышенной частотой осложненного течения родов и дальнейшего проведения кесарева сечения.

Высокий процент инфицированности беременных TTV и обнаружение вируса в пуповинной крови подтверждает возможность трансплацентарной передачи TTV, и требует дальнейших исследований для определения влияния присутствия и количества TTV на течение беременности и родов. Не менее значимым, по нашему мнению, является проведение дальнейших исследований, направленных на определение влияния внутриутробной передачи вируса на развитие плода и дальнейшее развитие ребенка.

*Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З.,
Кадырходжаева Х.М., Абдуллаева Ф.Г.,
Икрамова Н.А., Валиева Н.К., Абдуллаева М.А.*

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ-СКАВЕНЖДЕРОВ STABILLIN-1 И STABILLIN-2 В СИНУСОИДАХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИЕЙ

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Ташкент, Республика Узбекистан*

Цель. Установить закономерности в экспрессии синусоидально-эндотелиальных печеночно-специфических рецепторов Stabillin 1 и Stabillin 2 у детей с хронической HBV-инфекцией.

Материал и методы. Обследовано 120 детей, больных хронической HBV-инфекцией, в возрасте 3-18 лет, мальчиков - 64,1%, девочек - 35,9%. Длительность заболевания составила $3,93 \pm 0,3$ лет. Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ с доплерографией сосудов портального тракта, сдвиговолновая фиброэластометрия SWE/ASQ) на аппарате «Philips» «ClearVue 650» (USA) с суммарным вычислением плотности в кПа и последующей оценкой по шкале Метапир (F0-F4). Верификация HBV-спектра - методами ИФА (HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcorAb total) и ПЦР RT (HBV-DNA). Методом ИФА определяли уровень экспрессии Stabillin-1 и Stabillin-2 в сыворотке крови больных с использованием наборов фирмы «ELK Biotechnology» и «AsseyGenie» ELISA Kit (USA). Группа сравнения – 60 условно здоровых детей. Статистический анализ проводился методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента, хи-квадрат χ^2 в Microsoft Excel 2016; уровень статистической значимости $P < 0,05$.

Результаты. Исследование экспрессии рецептора Stabillin-1 в целой выборке больных детей выявило его значительное повышение относительно контроля ($24,3 \pm 2,03$ ng/ml против $4,42 \pm 0,24$ ng/ml, $p < 0,001$). Анализ от активности хронической HBV-инфекции выявил строго линейную возрастающую зависимость – чем выше активность заболевания, тем выше значения Stabillin-1: от $12,51 \pm 0,57$ ng/ml при минимальной активности к $25,73 \pm 1,63$ ng/ml при умеренной и до $32,55 \pm 1,79$ ng/ml при выраженной активности, против контроля $4,42 \pm 0,24$ ng/ml ($p < 0,005-0,001$). При этом, сильная, крайне значимая связь получена в данных показателях ($\chi^2 = 141,99$, $df = 3$, $p < 0,001$). Что касается Stabillin-2, то его значения достоверно повышались только среди детей с минимальной - до $1621,83 \pm 64,6$ pg/ml и умеренной активностью – до $2076,27 \pm 109,21$ pg/ml (при контроле $1416,13 \pm 78,29$ pg/ml, $p < 0,05-0,001$). И напротив, среди детей с выраженной активностью хронической HBV-инфекции происходила инверсия динамики, то есть отмечалось достоверное снижение уровня данного параметра до $1047,1 \pm 73,78$ pg/ml со сильной значимой связью ($\chi^2 = 139,15$, $df = 3$, $p < 0,001$). Следовательно, исходя из основных механизмов действия изученных маркеров, где Stabillin-1 – регулятор воспаления и иммунного ответа через ядерный транскрипционный фактор NFκB, а Stabillin2 отвечает за транспорт и метаболизм гиалуроновой кислоты на активированных LSECs (синусоидально-эндотелиальные клетки печени) и поддержание ЭЦМ [Park S.Y., 2019; Pandey M.S. et al., 2016], можно предположить, что в патогенетическом отношении *первый*

маркер выступает как реактивный фактор, который усиливается в ответ на хроническое воспаление печени, *второй* как маркер повреждения, запускает активный патологический процесс и структурные изменения в печени.

Таким образом, у детей с хронической HBV-инфекцией, Stabillin-1 показал профиль изменений, где каждый рост его уровня прямо пропорционально активности патологического процесса в печени, что делает его возможным маркером воспалительной активности заболевания, мониторинга и оценки ответа на терапию. В отличие, динамика Stabillin-2 свидетельствует о более глубокой регуляции LSEC и о возможной информативности в фиброзе печени и прогрессировании заболевания в целом.

Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М., Сон Т.Р.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Ташкент, Республика Узбекистан*

Цель исследования. На основании изучения клинических, биохимических показателей и маркерного профиля HBV определить предикторы прогрессирующего течения хронического гепатита В у детей.

Материалы и методы. Обследовано 90 детей с ХГВ в возрасте 3-18 лет; прогрессирующее течение выявлено у 53 (58,8%), стабильное - у 37 (41,2%) в соответствии с рекомендациями EASL (2023). Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных (УЗИ с SWE/ASQ). Верификация HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcorAb total и HBV-DNA выполнялась методами ИХЛА и ПЦР. Биохимическое исследование включало АлАТ, АсАТ, общий белок и его фракции, билирубин, холестерин, креатинин, мочевины, ЩФ и ГГТП. Статистический анализ проводили с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 ($p < 0,05$).

Результаты. Сравнительный клинический анализ показал, что с прогрессированием ХГВ достоверно ассоциированы такие симптомы, как нарушение сна (90,5% против 35,4%; $\chi^2 = 28,72$; $p < 0,0001$), повышенная утомляемость (100% против 45%; $\chi^2 = 27,44$; $p < 0,0001$) и снижение массы тела (76,2% против 31,3%; $\chi^2 = 26,38$; $p < 0,0001$). Также выявлены признаки нарушения гомеостаза - экхимозы (88,1% против 31,3%; $\chi^2 = 24,76$; $p < 0,0001$) и портальной гипертензии - венозные коллатерали (92,9% против 31,3%; $\chi^2 = 28,61$; $p < 0,0001$) и спленомегалия (88,1% против 18,8%; $\chi^2 = 29,82$; $p < 0,0001$). Менее выраженная, но значимая ассоциация отмечена для носовых кровотечений (95,2% против 60,4%; $\chi^2 = 15,71$; $p < 0,0001$), гепатомегалии более 5 см (64,3% против 18,8%; $\chi^2 = 20,14$; $p < 0,001$) и признаков холестаза - иктеричности склер (83,3% против 35,4%; $\chi^2 = 22,86$; $p < 0,0001$). Биохимический анализ выявил значимое усиление синдромов цитолиза (АлАТ - $141,3 \pm 13,6$ U/l; АсАТ - $p < 0,001$) с развитием длительной гиперферментемии (с прогрессирующим течением $67,8 \pm 2,8$ U/l, со стабильным $34,2 \pm 3,0$ U/l $p < 0,05$), холестаза (ГГТП - $60,2 \pm 6,1$ Ед/л; ЩФ - $415,1 \pm 54,2$ U/l; $p < 0,001$) и мезенхимально-воспалительных изменений (γ -глобулины - $28,0 \pm 0,6\%$; $p < 0,001$) по сравнению со стабильным течением. Прогрессирующее течение ХГВ у детей характеризовалось высокой вирусной нагрузкой

кой (HBV-DNA: $1,2 \times 10^8$ против $2,1 \times 10^3$ МЕ/мл; $p < 0,001$) сохраняющейся более 6 месяцев, высокой частотой персистенции HBeAg (92,4% против 45,9%; $p < 0,001$) и низкой частотой сероконверсии HBeAg \rightarrow anti-HBe (18,8% против 56,7%; $p < 0,001$). Уровень выявления HBsAg был ниже (54,7% против 94,5%; $p < 0,001$), что, вероятно, связано с мутацией G145R и подтверждалось профилем HBV-DNA(+)/HBsAg(-)/anti-HBs(-).

Вывод. Предикторами прогрессирования хронического гепатита В у детей являются четыре ключевых синдрома: как астеновегетативный, нарушения гемостаза, портальной гипертензии и снижение массы тела, в сочетании с длительной > 6 месяцев гиперферментемией и высокой вирусной нагрузкой, что необходимо учитывать в мониторинге предупреждении неблагоприятных исходов у детей.

*Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З.,
Кадырходжаева Х.М., Кабулов Н.Ш.*

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ASQ, SWE И ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СТАДИЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

*Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
педиатрии
Ташкент, Республика Узбекистан*

Цель. Оценить показатели сдвиговолновой эластометрии (SWE) с количественной оценкой акустической структуры печени (ASQ) в течении хронического гепатита В (ХГВ) у детей.

Материал и методы. Обследованы 120 детей, больных ХГВ (минимальной активности – 47,5%; умеренной – 37,5%, выраженной – 56,7%), в возрасте 3-18 лет, мальчиков – 62,5%, девочек – 37,5%. Длительность заболевания составила $3,93 \pm 0,3$ лет. Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ с доплерографией сосудов портального тракта, сдвиговолновая эластометрия SWE/ASQ) на аппарате «Toshiba Aplio 500» (Japan) с суммарным вычислением плотности в кПа и последующей оценкой по шкале Метавир (F0-F4) с учетом критериев Mueller S., 2020. Верификация HBV-спектра – методами ИФА (HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcorAb total) и ПЦР RT (HBV-DNA). Группа сравнения – 60 условно здоровых детей. Статистический анализ проводился методом вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента, хи-квадрат (χ^2), уровень статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты. Результаты обследования показали, что для детей с минимальной активностью ХГВ выявлены незначительные изменения: цветовое кодирование ASQ обладало зеленым ($p < 0,01$), индекс плотности (DI) составил $1,24 \pm 0,27$ усл.ед., скорость волны (V) – $1,62 \pm 0,04$ м/с, эластичность соответствовала F_{0-1} – $6,3 \pm 0,40$ кПа. Кривая распределения вероятности плотности (PDF) соответствовала норме ($0,45 \pm 0,3$ усл.ед., $p > 0,05$), что в итоге подтвердило отсутствие фиброза у 28% детей этой группы. Эти параметры не отличались от здоровых детей (DI – $0,68 \pm 0,02$ усл.д., V – $0,96 \pm 0,02$ м/с, PDF – $0,28 \pm 0,05$), указывая на сохранение структурной целостности печени. При умеренной активности, показатели достоверно ($p < 0,01$ к контролю и больным с минимальной активностью) повышались: DI до $1,72 \pm 0,09$ усл.ед., V до $1,93 \pm 0,13$ м/с, PDF – $1,36 \pm 0,14$ усл.ед.,

эластичность соотносилась с F_{1-2} – $7,1 \pm 2,12$ кПа, ($\chi^2 = 2,43$, $df = 1$, $p < 0,05$). Допплерография выявила повышение объемного кровотока по воротной вене и индекса резистентности в печеночной артерии ($p < 0,02$), что свидетельствует о развитии гемодинамических нарушений на фоне умеренного фиброза. Тогда как наиболее значимые изменения наблюдались у детей с выраженной активностью, где значения DI достигали в среднем до $3,00 \pm 0,35$ усл.ед. (в 1,7–2,3 раза выше, чем у детей с умеренной и минимальной активностью), V – $2,92 \pm 0,06$ м/с, PDF – $2,99 \pm 0,70$ усл.ед., эластичность соответствовала F_3 – $8,5 \pm 1,1$ кПа ($\chi^2 = 11,89$, $df = 1$, $p < 0,0001$). Цветовая карта ASQ демонстрировала обширное красное окрашивание, выходящее за пределы сосудистых тяжей, а кривая Рэлея приобрела резко зигзагообразную форму, характерную для выраженной деструкции паренхимы.

Таким образом, комбинированный анализ ASQ, SWE и доплерографии печени позволяет не только качественно, но и количественно диагностировать стадии фиброза печени по параметру PDF, а также служить предикторами прогрессирования ХГВ у детей с пороговыми значениями: DI $> 1,72$ усл.ед. и V $> 1,7$ м/с и риска развития цирроза печени: DI $> 3,00$ усл.ед. и V $> 1,9$ м/с. Полученные результаты открывают возможности для раннего выявления высокорисковых детей, больных ХГВ и целенаправленного мониторинга, что поспособствует снижению числа неблагоприятных исходов заболевания.

*Капустин Д.В.^{1,2}, Краснова Е.И.^{1,2}, Пономарёв Р.О.^{1,2},
Хохлова Н.И.^{1,2}, Позднякова Л.Л.²*

СТРУКТУРА ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

*¹ФГБОУ ВО Новосибирский государственный
медицинский университет, г. Новосибирск, Россия
²ГБУЗ НСО «Новосибирская областная клиническая
инфекционная больница», г. Новосибирск, Россия*

Актуальность. Несмотря на рост охвата больных ВИЧ-инфекцией антиретровирусной терапией (АРТ), продолжают регистрироваться случаи вторичных заболеваний на фоне иммунодефицита, что часто обусловлено низкой приверженностью к АРТ.

Цель исследования: изучить структуру вторичных заболеваний у госпитализированных взрослых больных ВИЧ-инфекцией в Новосибирской области.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 548 взрослых больных ВИЧ-инфекцией со стадиями вторичных заболеваний 4А-В, госпитализированных в ГБУЗ НСО «НОКИБ» в период с января по декабрь 2025 г. Клинико-лабораторное и инструментальное обследование проводилось в соответствии с требованиями актуальной версии Клинических рекомендаций: ВИЧ-инфекция у взрослых.

Результаты и обсуждение. В числе 548 пациентов преобладали мужчины – 70,9%. Возраст варьировал от 26 до 59 лет ($40,3 \pm 4,7$ лет). Степень иммунодефицита при поступлении варьировала от умеренной до тяжелой, количество CD4+ лимфоцитов в среднем – $292,2 \pm 63,7$ клеток в 1 мл. Стадия 4А диагностирована у 52% больных, 4Б – 18,4% и 4В – у 29,6%. У большинства (88,4%) ВИЧ-инфекция была диагностирована ранее, но более половины пациентов (51,4%)

имели низкую приверженность к АРТ (прерывание или отсутствие приема).

Из числа 548 больных вторичные заболевания в активном течении в период госпитализации выявлены у 452 человек (85,6%). В группе 452 больных чаще регистрировались орофарингеальный кандидоз – 24,6% (111 абс.) и опоясывающий герпес 21,7% (98 абс.). Поражения легких оппортунистическими агентами были установлены у 28,3% (128 абс.), в т.ч. туберкулез легких – у 16,6% (75 абс.); пневмоцистная пневмония – у 7,5% (34 абс.); ЦМВ-пневмония – у 3,1% (14 абс.); атипичный микобактериоз (*M. avium*) – 1,1% (5 абс.). Оппортунистические инфекции ЦНС выявлены у 17,5% пациентов (79 абс.), из их числа – ВПГ 1,2 типа – у 27,4%; ВЭБ – 27,6%, токсоплазмоз – 16,8%; криптококковый менингит – 5,9%; прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия – 8,7%; ЦМВ – 6,3%; *S. albicans* – 7,3%; Генерализованные оппортунистические инфекции (в т.ч. туберкулез нескольких областей, включая ЦНС, ЦМВ-пневмония + менингоэнцефалит) составили 7,9% (36 абс.). За период госпитализации от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией, скончалось 44 пациента.

У 14,4% больных ВИЧ-инфекцией были диагностированы неоппортунистические инфекционные заболевания: бактериальные (не рецидивирующие) пневмонии, острые кишечные инфекции, клещевой энцефалит, ангиогенный сепсис, хронический гепатит С.

Выводы. В структуре вторичных заболеваний у взрослых госпитализированных больных ВИЧ-инфекцией значительную долю составили поражения легких и ЦНС, которые нередко приводили к жизнеугрожающим осложнениям и даже летальному исходу. Требуется изучение взаимосвязи характера вторичных заболеваний с низкой приверженностью к АРТ, а также совершенствование профилактических мер (химиопрофилактика оппортунистических инфекций; ранний их скрининг).

Кизименко А.Н.¹, Матусевич Е.А.²

РОСТ УСТОЙЧИВОСТИ *K. PNEUMONIAE* К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ В 2024–2025 ГГ.

¹Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет

²Витебская областная клиническая больница г. Витебск, Республика Беларусь

Ретроспективное исследование проведено с использованием базы данных микробиологической лаборатории УЗ «Витебская областная клиническая больница» за 2024–2025 гг. (УЗ «ВОКБ»). Пациенты УЗ «ВОКБ» были разделены по возрастным группам, гендерному признаку, биологическому материалу, в котором были обнаружены изоляты *K. pneumoniae*. Исследование заключалось в оценке устойчивости найденных изолятов *K. pneumoniae*. Резистентность оценивалась по чувствительности к бета-лактамам антибиотикам (меропенем, эртапенем, цефтазидим/авабактам), антибиотикам резерва (колистин, фосфомицин, тигециклин). Для проведения оценки чувствительности, выделяемых из биологических материалов изолятов по минимальной подавляющей концентрации (МПК) использовались Е-тесты, производитель Liofilchem, Италия. Оценка результатов велась согласно рекомендациям Европейского комитета по определению чувствитель-

ности к антимикробным препаратам (EUCAST). Версия 9.0, действует с 01.01.2019. Обработка данных проведена с использованием программы «Microsoft Office Excel 2019».

Микробиологическая лаборатория областной больницы выполнила в 2024 г. 16031 исследование, в 2025 – 16968 исследований. В 2024 г. было обнаружено 2043 изолята *K. pneumoniae*, в 2025 – 2120 изолятов. Среди пациентов, у которых были выделены *K. pneumoniae* преобладали мужчины: 52,6% в 2024 г. и 58,7% случаев в 2025. При возрастной оценке когорты изоляты *K. pneumoniae* преобладали в группах 60-69 лет (30,6% в 2024 и 29,0% случаев в 2025), 70-79 лет (19,2% в 2024 и 21,3% в 2025), а также в группе 50-59 лет (15,5% в 2024 и 18,4% в 2025). При оценке отделений, посевы, в которых была обнаружена *K. pneumoniae*, чаще были в реанимации: 41,3% в 2024 г., 49,7% выявленных изолятов *K. pneumoniae* в 2025 г., в урологии – 9,3% в 2024 и 5,5% в 2025 г. и пульмонологии (7,2 и 6,7% соответственно). Для поиска изолятов *K. pneumoniae* использовалась мокрота в 32,5% (2024 г.) и 37,1% (2025 г.) посевов, моча – 37,0% (2024 г.) и 30,7% (2025 г.), раневое отделяемое – 14,6% (2024 г.) и 13,8% (2025 г.) и кровь – 5,5 и 7,5% посевов в соответственно в 2024 и 2025 гг. Резистентность к различным антибиотикам *K. pneumoniae* в 2024 г. в УЗ «ВОКБ» была: эртапенему – 99,8%, меропенему – 85,2%, цефтазидиму/авабактаму – 41,9%, колистину – 25,7%, тигециклину – 34,2%, фосфомицину – 55,9%. В 2025 г. по ряду антибактериальных средств ситуация негативно изменилась: эртапенему – 98,2%, меропенему – 85,1%, цефтазидиму/авабактаму – 63,7%, колистину – 29,9%, тигециклину – 82,7%, фосфомицину – 84,1%.

Выводы. Исследование показало, что в 2025 г. по сравнению с 2024 г. произошел резкий рост резистентности изолятов *K. pneumoniae* к тигециклину и фосфомицину, и умеренный рост по цефтазидиму/авабактаму (по данным микробиологической лаборатории) по отделениям многопрофильного стационара Витебской областной клинической больницы.

Кодиров Ж. Ф., Тиркашев О.С., Матякубова Ф.Э. **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА: БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ**

Самаркандский государственный медицинский университет

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют собой группу инфекционных заболеваний, характеризующихся развитием диареи, интоксикационного синдрома, а в ряде случаев - дегидратации, сопровождающихся нарушением моторики желудочно-кишечного тракта. По распространённости данные заболевания занимают второе место после острых респираторных вирусных инфекций. Этиологические факторы и особенности клинического течения ОКИ у беременных женщин изучены недостаточно, а имеющиеся в научной литературе сведения остаются ограниченными.

Цель исследования: оценить особенности клинического течения острых кишечных инфекций у беременных и небеременных женщин репродуктивного возраста в условиях Самаркандской области.

Материалы и методы. В исследование включены 92 женщины в возрасте от 19 до 40 лет с подтверждённым

диагнозом ОКИ, проходившие лечение в областной инфекционной клинической больнице Самаркандской области. Пациентки были распределены на две группы: основная группа – 62 беременные женщины, контрольная группа – 30 небеременных женщин репродуктивного возраста. Всем пациенткам проводились копрологические и бактериологические исследования. Для идентификации этиологических агентов применялся метод автоматизированной масс-спектрометрии.

Результаты и обсуждение. Установлено, что беременные женщины чаще обращались за медицинской помощью на 2–3 сутки заболевания, тогда как небеременные – преимущественно на 2-е сутки. Существенных различий в частоте выявления патогенов между группами не отмечено. Бактериологическое подтверждение инфекции зарегистрировано у 88,7% беременных и у 67,9% небеременных женщин. В качестве основных возбудителей выявлены *Shigella sonnei*, *Salmonella enteritidis* и *Yersinia enterocolitica*. В обеих группах ведущую роль играли бактериальные агенты, преимущественно условно-патогенная микрофлора.

Анализ клинических форм показал, что в основной группе гастроэнтерит встречался в 59,7% случаев, энтероколит – в 29%, гастроэнтероколит – в 6,5%, энтерит – в 4,8%. В контрольной группе гастроэнтерит составил 46,7%, энтероколит – 30%, гастроэнтероколит – 23,3%. Статистически значимых различий по синдромам поражения кишечника между группами не выявлено.

В клинической картине у пациенток обеих групп преобладали диарея, рвота, повышение температуры тела и абдоминальная боль. Частота стула у беременных составляла в среднем $5,7 \pm 3,2$ раза в сутки, у небеременных – $5,3 \pm 3,7$ раза. Продолжительность диареи у беременных достигала 6 дней, тогда как у небеременных – 5 дней. Лихорадка чаще отмечалась у небеременных женщин.

Заключение. Острые кишечные инфекции у беременных женщин протекают с риском развития выраженной интоксикации и дегидратации, что может приводить к угрозе прерывания беременности и нарушению уtero-плацентарного кровообращения. Особого внимания требуют пациентки с тяжёлой соматической патологией и осложнённым течением беременности. Учитывая возможность осложнения родового процесса при ОКИ, необходим постоянный мониторинг состояния плода и своевременное оказание медицинской помощи новорождённым.

Коротченко С.И., Скобликова Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНОЙ ОХРАНЫ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (специального назначения) Минобороны России
Москва, Россия*

Актуальность. Международное военное сотрудничество в последние годы приобретает все большие масштабы и является важным аспектом деятельности Вооруженных Сил Российской Федерации (далее – ВС РФ). Выезжающие за границу лица, как правило, подвергаются риску заболевания опасными инфекциями (далее – ОИ). Поэтому в комплексе мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия личного состава важное

место отводится санитарной охране территории организаций и воинских частей ВС РФ от заноса и распространения этих инфекций.

Цель. Определение оптимальных решений по организации мероприятий по предупреждению заноса и распространения ОИ в ВС РФ.

Материал и методы. Анализ нормативной правовой базы и опыта организации мероприятий по санитарной охране территории дислокации (расположения) воинских частей на примере одного из территориальных гарнизонов ВС РФ.

Результаты и обсуждение. Мероприятия по предупреждению заноса и распространения ОИ на территории Российской Федерации проводятся на основании действующих нормативных требований и Международных медико-санитарных правил в соответствии с региональными (территориальными) комплексными планами противоэпидемических мероприятий по санитарной охране. Межведомственный характер указанных планов является их кардинальной особенностью, имеющей принципиальное значение для ВС РФ. Основными направлениями межведомственного взаимодействия в рассматриваемой сфере определены:

- участие представителей ВС РФ в составе межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии и медицинского противоэпидемического штаба в субъекте РФ (создание аналогичных структур в воинских частях и гарнизонах признано нецелесообразным ввиду дублирования ими функций командования, что противоречит принципу единоначалия в ВС РФ);

- обмен информацией о санитарно-эпидемиологической обстановке;

- порядок эвакуации и госпитализации больного (подозрительного на заболевание) ОИ, проведения дезинфекции с учетом необходимости привлечения специализированных организаций с учетом всех имеющихся сил и средств;

- лабораторное обеспечение с использованием лабораторной базы учреждений Роспотребнадзора и других ведомств (на начальном этапе и в дальнейшем до ликвидации эпидемического очага ОИ);

- взаиморасчеты и материальное обеспечение всех мероприятий, в том числе на случай аварийных ситуаций (выход из строя источников водоснабжения, электроэнергетики, связи, транспорта и т.п.).

Принцип единоначалия предусматривает реализацию компетенций по введению ограничительных мероприятий (карантина) через предложения старшего медицинского начальника командующему войсками военного округа (флотом) для издания им соответствующего приказа

Выводы. Межведомственное взаимодействие является основой эффективного решения вопросов санитарной охраны в ВС РФ. При этом содержание мероприятий определяется степенью эпидемиологического риска по ограничению боеспособности воинского формирования с учетом оценки санитарно-эпидемиологического состояния района его дислокации и оформляется соответствующим решением командования.

**Кравченко А.В.¹, Ладная Н.Н.¹, Юрин О.Г.¹,
Егорова Н.В.², Бабикина К.А.², Покровский В.В.¹**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАВШИХ ИНГИБИТОРЫ ИНТЕГРАЗЫ ВИЧ

¹ФБУН «Центральный НИИ Эпидемиологии»

Роспотребнадзора, Москва, Россия

²АНО профилактики и борьбы с заболеваниями
«Национальный центр общественного здоровья»,
Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: сравнить вирусологическую эффективность схем антиретровирусной терапии (АРТ), включавших ингибиторы интегразы (ИИ) ВИЧ первого и второго поколения.

Материалы и методы: Проведен анонимный интернет-опрос среди ЛЖВ по вопросам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в период с 28.11.2025 г. по 11.12.2025 г. При поддержке неправительственных организаций в исследование были вовлечены 522 респондента, проживающих в 66 регионах России. Средний возраст респондентов составил 42,7 года (18–69 лет). Почти все опрошенные (99,6%) были гражданами Российской Федерации и состояли на диспансерном наблюдении в связи с ВИЧ-инфекцией в Центре СПИД или другой специализированной по ВИЧ/СПИД медицинской организации в России (99,4%). 48,54% (249 из 513 пациентов на АРТ) получали схемы на основе ИИ. 1 группа – 29 ЛЖВ (11,6%) получали ИИ первого поколения (21 человек – ралтегравир (RAL) + 2 НИОТ, 8 человек – комбинированный препарат, включавший тенофовира алафенамид + эмтрицитабин + элвитегравир + кобицистат – TAF/FTC/EVG/c). 2 группа – 36 пациентов (14,4%) принимали биктегравир (BIC) – ИИ 2 поколения в составе комбинированного препарата (TAF/FTC/BIC). 3 группа – 184 ЛЖВ (74%) получали долутегравир (DTG) – ИИ 2 поколения в сочетании с 1 (96) или 2 НИОТ. Единичные пациенты, с длительной историей приема АРТ, получали DTG вместе с дарунавиром, усиленным ритонавиром (DRV/r).

Результаты исследования: Все схемы АРТ на основе ИИ показали высокую вирусологическую эффективность лечения. Неопределяемый уровень РНК ВИЧ (<50 копий/мл) был достигнут у 96,43%, 94,44% и 90,56% пациентов 3 оцениваемых групп, соответственно. 5 пациентов (1 – первая группа и 4 – третья группа) затруднились с ответом на вопрос об уровне вирусной нагрузки ВИЧ. Один пациент 1 группы с длительностью приема АРТ 1-2 года сообщил о наличии определяемого уровня РНК ВИЧ при последнем исследовании, при этом в течение последнего месяца лечения пациент 1-2 раза пропускал прием препаратов. Двое ЛЖВ 2 группы с определяемым уровнем РНК ВИЧ и длительностью лечения от 3 до 10 лет сообщили, что прием препаратов в течение последнего месяца не пропускали. 17 пациентов 3 группы сообщили об определяемом уровне РНК ВИЧ: 11 ЛЖВ получали DTG + 2НИОТ, 3 – DTG/ЗТС и 3 – DTG + DRV/r. У 6 из указанных 17 пациентов продолжительность приема АРТ составляла менее 1 года, у 7 – от 3 до 10 лет и у 4 – более 10 лет. 9 из 17 пациентов сообщили, что в течение последнего месяца не пропускали прием препаратов, 6 ЛЖВ отмечали 1-2 пропуска приема лекарств, а 2 пациента пропускали прием препаратов 3-4 и 5-7 раз в месяц, соответственно.

Заключение. Все схемы АРТ на основе ИИ показали высокую вирусологическую эффективность лечения. Определенный уровень РНК ВИЧ, в особенности у пациентов с длительностью АРТ более 1-2 лет, в первую очередь был обусловлен неполной приверженностью лечению. Не выявлено существенных различий в эффективности схем АРТ на основе DTG в сочетании с 1 или 2 НИОТ.

**Кравченко А.В.¹, Ладная Н.Н.¹, Юрин О.Г.¹,
Егорова Н.В.², Бабикина К.А.², Покровский В.В.¹**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАВШИХ НЕНУКЛЕОЗИДНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ ВИЧ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ

¹ФБУН «Центральный НИИ Эпидемиологии»

Роспотребнадзора, Москва, Россия

²АНО профилактики и борьбы с заболеваниями
«Национальный центр общественного здоровья»,
Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: сравнить вирусологическую эффективность схем антиретровирусной терапии (АРТ), включавших ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ (ННИОТ) первого и второго поколения.

Материалы и методы: Проведен анонимный интернет-опрос среди ЛЖВ по вопросам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в период с 28.11.2025 г. по 11.12.2025 г. В исследование было включено 522 респондента из 66 регионов России. Средний возраст респондентов составил 42,7 года (18–69 лет). 99,6% респондентов были гражданами Российской Федерации, 99,4% из них состояли на диспансерном наблюдении в связи с ВИЧ-инфекцией. 38,79% (199 из 513 пациентов) получали схемы АРТ на основе ННИОТ. 1 группа – 50 ЛЖВ (25,1%) получали ННИОТ первого поколения Эфавиренз + 2 НИОТ. 2 группа – 45 пациентов (22,6%) принимали ННИОТ 2 поколения (Рилпивирин или Этравирин или Доравирин) в комбинации с 2 НИОТ. 3 группа – 104 ЛЖВ (52,3%) получали Элсульфавирин (ESV) – ННИОТ 2 поколения в сочетании с 2 НИОТ, из них 41 пациент (39,4%) - в виде комбинированного препарата ЭлпидаКомби (Тенофовир/ Эмтрицитабин/Элсульфавирин).

Результаты исследования: Неопределяемый уровень РНК ВИЧ (<50 копий/мл) был достигнут у 90%, 93,18% и 94,12% пациентов 3 оцениваемых групп, соответственно. 3 пациента (1 – второй группы и 2 – третьей группы) затруднились с ответом на вопрос об уровне вирусной нагрузки ВИЧ. 5 пациентов 1 группы (10%) с длительностью приема АРТ менее 1 года (3 человека), 1-2 года (1) и от 5 до 10 лет (1) сообщили о наличии определяемого уровня РНК ВИЧ при последнем исследовании. Лишь 1 пациент с длительностью приема АРТ менее 1 года в течение последнего месяца лечения 3-4 раза пропускал прием препаратов. Остальные 4 пациента 1 группы с определяемым уровнем РНК ВИЧ прием АРТ не пропускали. 2 из 3 ЛЖВ 2 группы с определяемым уровнем РНК ВИЧ и длительностью лечения от 3 до 10 лет (1 пациент) и менее 1 года (1) сообщили, что 1-2 раза в течение последнего месяца пропускали прием препаратов. 1 пациент 2 группы сообщил, что прием препаратов не пропускал. 6 пациентов 3 группы сообщили об определяемом уровне РНК ВИЧ, из них получали комбинированный препарат ЭлпидаКомби. У 4 из указанных 6 пациентов продол-

жительность приема АРТ составляла менее 1 года или 1-2 года, у 1 — от 3 до 10 лет и у 1 — более 10 лет. 5 из 6 пациентов сообщили, что в течение последнего месяца не пропустили прием препаратов, 1 ЛЖВ с длительностью приема АРТ 1-2 года отмечал 1-2 пропуска приема лекарств в течение последнего месяца.

Заключение. Все схемы АРТ на основе ННИОТ показали высокую вирусологическую эффективность лечения, хотя при применении ННИОТ 2 поколения доля пациентов с подавленной репликацией РНК ВИЧ была несколько выше (93-94%). О наличии определяемого уровня РНК ВИЧ указали 14 пациентов (7,14%), из которых у 4 (28,57%) вирусологическая неэффективность АРТ, в первую очередь, была связана с неполной приверженностью лечению, особенно у пациентов с длительностью АРТ от менее 1 года до 2 лет терапии. Не выявлено существенных различий в эффективности схем АРТ на основе ESV, как в сочетании с 2 НИОТ (93,44%), так и в виде препарата ЭлпидаКомби (95,12%).

Круглов Е.Е., Степанов А.В.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ОТ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ В 2024–2025 ГГ.

Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины Санкт-Петербург, Россия

За последние годы значительно усилилась селекция полнорезистентных штаммов среди микробиоты, выделяемой у пациентов различного медицинского профиля. Этому способствовало, в том числе, широкое использование антибактериальных химиопрепаратов при COVID-2019, бесконтрольное применение различных антибиотиков среди пациентов различными заболеваниями для профилактики и терапии инфекционных осложнений, а также постоянное увеличение широты распространения антибиотикоустойчивых штаммов микробиоты по всему миру.

С целью оценки спектра чувствительности микробиоты у пациентов хирургического профиля (46 больных, в том числе и находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии), находившихся в многопрофильном стационаре нового региона Российской Федерации (Запорожская область), отбирали биологический материал. По результатам отбора сформирована исследовательская коллекция из 61 штамма бактерий, которые затем подвергали идентификации с исследованием биохимических свойств, MALDI-ToF-масс-спектрометрии, а также определением антибиотикоустойчивости посредством диско-диффузионного метода. Учет результатов осуществляли согласно рекомендациям МАКМАХ «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам (2024-02)».

Установлено, что спектр изолятов распределялся следующим образом: *Acinetobacter baumannii* — 17 штаммов, *Pseudomonas aeruginosa* — 14 штаммов, *Escherichia coli* — 11 штаммов, *Klebsiella pneumoniae* — 11 штаммов, *Staphylococcus aureus* — 2 изолята, также было выделено 6 изолятов представленных в единичных экземплярах (*Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis* и др.). Особого внимания заслуживала выявленная структура устойчивости к

антибактериальным химиопрепаратам, выявленная в ходе исследования. Так, применительно к штаммам *A. baumannii* (n = 17) имела место панрезистентность — полное отсутствие у всех штаммов чувствительности к пиперациллину с тазобактамом, имипенему, ципрофлоксацину, левофлоксацину и азтреонаму. Чувствительность отмечена к гентамицину (5 изолятов), тобрамицину (6 изолятов), амикацину (1 изолят) и цефтазидиму (1 изолят). Среди изолятов *P. aeruginosa* (n = 14) обладали чувствительностью только к препаратам аминогликозидного ряда: гентамицину и тобрамицину (по 5 изолятов), тобрамицину (6 изолятов), меропенему (2 изолята). Полное отсутствие чувствительности выявлено к пиперациллину с тазобактамом, цефепиму, имипенему, амикацину, ципрофлоксацину, левофлоксацину. Умеренная устойчивость изолятов отмечена к цефтазидиму и меропенему (1 изолят), азтреонаму (4 изолята). Сходная картина по чувствительности, умеренной устойчивости и резистентности к антибактериальным препаратам зарегистрирована у изолятов *E. coli* и *K. pneumoniae*.

На примере пациентов с хирургической патологией, находившихся на лечении в многопрофильном стационаре Запорожской области, подтверждена оправданность и перспективность проведения мониторинга антибиотикорезистентности с целью обоснования коррекции противоэпидемических (профилактических) мероприятий в стационаре, а также доказательного включения антибактериальной химиотерапии в схемы терапевтических мероприятий.

Кузьмина Н.В., Нюкканов А.Н., Платонов Т.А., Степанов К.М., Протодяконова Г.П.

САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕКАЛЬНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ РЕКИ ЛЕНЫ В ОКРЕСТНОСТЯХ Г. ЯКУТСКА

Арктический государственный агротехнологический университет г. Якутск, Россия

Водные экосистемы крупных рек служат не только природными артериями, но и индикаторами антропогенного воздействия на окружающую среду. Одним из наиболее чувствительных маркеров такого воздействия выступает присутствие в воде бактерий группы кишечной палочки — представителей семейства *Enterobacteriaceae* (роды *Escherichia*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella* и др.). В международной практике эти микроорганизмы классифицируются как общие колиформные бактерии (ОКБ) — надёжный индикатор фекального загрязнения, поскольку их естественный резервуар — кишечник человека и животных.

Цель исследования — оценка динамики и масштабы фекального загрязнения среднего течения реки Лены на основе микробиологических показателей за 2020–2025 гг.

Анализ данных включал обработку результатов регулярных проб воды, отобранных в районе водозабора среднего течения Лены. Основной акцент был сделан на определении общего содержания ОКБ, выявления термолабильных колиформных бактерий (ТКБ) как маркера свежего фекального загрязнения, оценке сезонной динамики показателей и сопоставлении результатов с гигиеническими нормативами (СанПиН 2.1.3684-21).

Многолетние наблюдения выявили устойчивую тенденцию к высокому уровню бактериального загрязнения воды в среднем течении Лены. Среднегодовое содержание ОКБ

за 2020 – 2025 гг. составило $7839,9 \pm 19930,5$ КОЕ/л, что свидетельствует о систематическом поступлении фекальных загрязнений в водоём.

По результатам исследований максимальный уровень загрязнения (240 КОЕ/100 мл) фиксировался в период весеннего паводка – вероятно, из-за поступления загрязняющих веществ с прибрежных территорий и талых вод. Рост показателей зимой: в январе 2025 г. содержание ТКБ достигло 24000 КОЕ/100 мл в период ледостава. Это указывает на постоянное поступление свежих фекальных стоков, возможно, из-за недостаточной очистки коммунальных сбросов или локальных аварий на сетях. 100% выявление ТКБ во всех пробах за изучаемый период – тревожный сигнал, подтверждающий регулярное и свежее фекальное загрязнение. Широкое распространение ОКБ в районе водозабора создаёт риски для питьевого водоснабжения и рекреационного использования реки. Существенное влияние на распространение загрязнений в реке Лене оказывают сгонно-нагонные явления. Они способствуют распространению загрязнений вверх по течению (нагонные процессы), замедляют естественные механизмы бактериального самоочищения водоёма (сгонные ситуации) и повышают риск инвазий у рыб и других гидробионтов из-за накопления патогенов.

По результатам сравнения с нормативами во всех исследованных пробах содержание ОКБ и ТКБ превышало допустимые уровни, что делает воду непригодной для питьевого использования без дополнительной обработки и потенциально опасной для рекреации.

Проведённый санитарно-бактериологический мониторинг в окрестностях г. Якутска позволил сделать следующие заключения: среднее течение реки Лены характеризуется устойчивым фекальным загрязнением, о чём говорит высокая концентрация ОКБ и 100% обнаружение ТКБ; сезонные колебания загрязнения имеют комплексный характер: пик весной связан с паводками, а аномально высокие зимние показатели указывают на антропогенные источники загрязнения; качество воды не соответствует гигиеническим нормативам, что требует принятия срочных мер.

Для снижения уровня бактериального загрязнения и повышения безопасности водной экосистемы реки Лены необходимо усилить контроль за сбросом сточных вод в бассейне реки, особенно в зимний период, организовать расширенный мониторинг не только ОКБ и ТКБ, но и других индикаторных микроорганизмов (энтерококков, сальмонелл и т.д.), внедрить системы раннего оповещения о повышении микробной нагрузки в критические сезоны, активизировать просветительскую работу с населением о правилах гигиены и ответственного отношения к водным ресурсам и рассмотреть возможность модернизации очистных сооружений в населённых пунктах вдоль реки.

Регулярный микробиологический мониторинг и комплексный подход к решению проблемы фекального загрязнения позволят не только улучшить качество воды, но и снизить риски для здоровья населения и биоразнообразия реки Лены.

Кулжанова Ш.А., Атыгаева С.К., Нурахметова Г.А., Ширшикбаева Г.Е.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НАЗОФЕРОН® В ВИДЕ СПРЕЯ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 25 ЛЕТ

Астана, Республика Казахстан

Актуальность темы: Вопросы лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ продолжают оставаться серьезной проблемой для практического здравоохранения, несмотря на длительное и серьезное их изучение. К современным препаратам, обладающим прямым противовирусным действием, относится Назоферон (МНН – интерферон альфа-2b рекомбинантный человека не менее 100000 МЕ). Представляет собой высокоочищенный рекомбинантный протеин с молекулярной массой 19 300 дальтон. Получен из клона *Escherichia coli* путем гибридизации плазмид бактерий с геном человеческих лейкоцитов, кодирующим синтез интерферона. В отличие от интерферона альфа-2a имеет аргинин в положении 23.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность Назоферона в комплексной терапии ОРВИ.

Материал и методы. Клиническая эффективность Назоферона изучена у 40 пациентов с ОРВИ. Возраст пациентов составлял от 18 до 25 лет (мужчин 100%). У всех больных наблюдались клинические признаки ОРВИ.

Больные были рандомизированы на 2 группы лечения: 40 пациентов (основная группа) получали Назоферон по 1 впрыску*5 раз в день в течение 5 дней и симптоматическую терапию ОРВИ. 40 больных контрольной группы получали только симптоматическую терапию ОРВИ в соответствии с протоколом «Диагностика и лечение ОРВИ». Оценка эффективности Назоферона проводили на основании клинических критериев (сроки нормализации температуры), частоты развития осложнений, требующих назначения антибиотиков.

Результаты исследования. Одним из критериев эффективности препарата назоферон была нормализация температуры тела, значительное снижение симптомов интоксикации в первые двое суток с момента начала противовирусной терапии. Нормализация температуры тела и значительное уменьшение симптомов интоксикации на 1-2 день приема препарата отмечено у 32 пациентов (80%), тогда как в группе сравнения только у 18 больного (45%). К третьему дню приема препарата наблюдалась положительная динамика заболевания с нормализацией температуры тела и значительным уменьшением симптомов интоксикации у 36 пациентов, что составило 90% от общего числа больных, получавших назоферон. Тогда, как в контрольной группе их число не превышало 24 человек (60%). При оценке доли пациентов, которым потребовалось назначение антибактериальной терапии в связи с развившимися осложнениями, получены следующие данные: в основной группе ни у одного больного не были зарегистрированы осложнения, что не потребовало назначения дополнительной терапии. Тогда как в контрольной группе у 4 больных (20%) потребовалось назначение антибактериальной и дополнительной патогенетической терапии в связи с развитием у 2 пациентов

бронхита (10%) и 2 больных пневмонии (10%), что может свидетельствовать о недостаточной эффективности проводимой симптоматической терапии ОРВИ. Следует отметить хорошую переносимость Назоферона больными. Ни в одном случае не развились какие-либо побочные эффекты, в том числе и аллергические реакции на введение препарата.

Выводы. Данные, полученные в результате рандомизированного исследования, подтверждают, что Назоферон является эффективным и безопасным противовирусным препаратом и может применяться в качестве этиотропного препарата в комплексном лечении ОРВИ. Быстрый регресс лихорадки, симптомов интоксикации свидетельствует о жаропонижающем, анальгезирующем, противовоспалительном эффекте Назоферона, что позволяет уменьшить количество используемых симптоматических средств, что способствует приверженности пациентов лечению и снижению полипрагмазии, соответственно, повышению качества жизни. Использование препарата назоферон позволяет уменьшить, а в некоторых случаях полностью отказаться, от применения симптоматической терапии при гриппе и ОРВИ и тем самым уменьшить затраты на лечение и снизить риск развития побочных действий терапии.

Кулик Н.В., Давлетиярова А.Б., Кинашова А.Ж., Жиенеев Е.С.

СИНДРОМ ГИЙЕНА–БАРРЕ У ПОДРОСТКА: ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Синдром Гийена – Барре (СГБ) у детей представляет значительную медицинскую проблему для врача-инфекциониста вследствие его тесной связи с перенесёнными инфекциями и возможного стремительного прогрессирования неврологического дефицита. Своевременное распознавание СГБ в условиях инфекционного стационара критично, поскольку раннее начало терапии существенно снижает риск тяжёлых осложнений и инвалидизации.

Цель. Изучить клинико-диагностические особенности СГБ у детей и оценить значимость инфекционного триггера в его развитии.

Материалы и методы. Проведён анализ истории болезни девочки 16 лет, госпитализированной в инфекционное отделение ДГКИБ г. Алматы с жалобами на нарастающую слабость, онемение конечностей и нарушение тембра голоса. Пациентке выполнены клинико-лабораторные, инструментальные исследования и консультации профильных специалистов.

Результаты. Из анамнеза известно: за 10 дней до госпитализации пациентка получила незначительную травму пальца стопы; через несколько дней возникли боли в пояснице, затем – онемение и покалывание в нижних конечностях с постепенным развитием мышечной слабости. Ранее перенесена инфекция, ассоциированная с вирусом Эпштейна – Барр. При поступлении лабораторные показатели (ОАК, биохимия, КЩС, коагулограмма) находились в пределах нормы. На фоне терапии отмечено ухудшение в виде усиления слабости в руках, что потребовало перевода в ОРИТ. В динамике выявлены ПТИ 58%, фибриноген

3,99 г/л, гемоглобин 98 г/л, СОЭ 32 мм/ч. В ликворе – белково-клеточная диссоциация (цитоз 5 клеток/мкл, белок 0,67 г/л). Неврологический осмотр: сознание сохранено, контакт через движения глаз; лёгкий парез мимики; отсутствие глотания; снижение кашлевого и гортанного рефлексов; периферический тетрапарез с силой 1–2 балла в конечностях, снижением тонуса и отсутствием глубоких рефлексов. Болевая чувствительность сохранена. Имеются вегетативные нарушения (тахикардия, потливость, лабильность АД). Инструментальные методы выявили полисегментарную пневмонию слева, умеренное снижение сократительной функции миокарда, реактивные изменения печени и селезёнки, признаки цистита.

Вывод. Представленное клиническое наблюдение подчёркивает необходимость раннего подозрения синдрома Гийена – Барре у детей с прогрессирующей мышечной слабостью и сенсорными нарушениями, даже при первоначальном предположении инфекционного процесса. Отсутствие лабораторных признаков инфекции в сочетании с тетрапарезом, бульбарными нарушениями и белково-клеточной диссоциацией в ликворе позволяет своевременно подтвердить диагноз и начать специфическую терапию, что имеет решающее значение для прогноза.

Кулик Н.В., Хохуля С.Н., Мирпулатова Ш.Ф., Жиенеев Е.С.

РОЛЬ ВРАЧА–ИНФЕКЦИОНИСТА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЕПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Алматы, Республика Казахстан

Болезнь Вильсона – Коновалова – редкое наследственное заболевание обмена меди, нередко дебютирующее поражением печени и имитирующее вирусные гепатиты. Для инфекциониста важно учитывать метаболическую природу гепатита при отрицательных серологических тестах. Своевременная диагностика определяет прогноз и предотвращает развитие цирроза и неврологических осложнений.

Цель. Показать диагностические особенности гепатической формы болезни Вильсона – Коновалова на примере клинического случая.

Материалы и методы. Анализ истории болезни мальчика 14 лет, госпитализированного в инфекционное отделение ДГКИБ г. Алматы с жалобами на слабость, тошноту, потемнение мочи и желтушность кожи. Проведены клинико-лабораторные, биохимические, серологические исследования, УЗИ органов брюшной полости, консультации специалистов.

Результаты. Пациент поступил с диагнозом «вирусный гепатит неуточнённой этиологии», без неврологических проявлений. В анализах: гематокрит – 32,4%, лейкоциты – $2,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 160×10^9 /л. АЛТ – 2590 Ед/л, АСТ – 1530 Ед/л, общий билирубин – 431,4 мкмоль/л (прямая фракция), тромбиновое время – 21 с. Маркеры гепатитов А, В, С, ПЦР на CMV и EBV – отрицательные. В моче – выраженная билирубурия. На фоне терапии состояние ухудшилось: появились экхимозы, петехии, пациент переведён в реанимацию. В динамике: Hb – 74 г/л, тромбоциты – 35×10^9 /л, лейкоциты – $0,8 \times 10^9$ /л, АЛТ – 2330 Ед/л, АСТ – 1155 Ед/л, общий билирубин – 502,9 мкмоль/л (за

счет прямой фракции), белок — 49,5 г/л, фибриноген — отсутствие коагуляции. Церулоплазмин — 33 мг/л (снижен), суточная экскреция меди — 167 мкг/сут (повышена). По данным УЗИ: гепатоспленомегалия, умеренные диффузно-реактивные изменения паренхимы печени, отёк стенки желчного пузыря. Установлен диагноз: болезнь Вильсона — Коновалова, гепатическая форма, стадия активного гепатита. Пациент переведён в профильный стационар.

Выводы. Болезнь Вильсона — Коновалова может маскироваться под вирусный гепатит, что затрудняет раннюю диагностику. При отрицательных серологических тестах необходимо исключать метаболические заболевания печени. Определение церулоплазмينا и суточной экскреции меди с мочой — ключевые критерии диагностики. Ранняя постановка диагноза и начало терапии позволяют предотвратить развитие цирроза и необратимых изменений печени.

*Куттыкужанова Г.Г., Танирбергенова А.Ж.,
Мухалиев Е.Е.*

МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ (МИ) У ДЕТЕЙ

*НАО «Казахский Национальный медицинский
университет им С.Д. Асфендиярова»
Алматы, Республика Казахстан*

CDC отмечает в период 2024-2025 гг. увеличение числа заболевших микоплазменной инфекцией, особенно среди маленьких детей. В общемировом масштабе респираторный микоплазмоз составляет 10-16% всех случаев ОРЗ, а во время вспышек до 40%. Микоплазмы нечувствительны к бета-лактамам антибиотикам, но чувствительны к макролидам.

Цель работы: представить современную клинко-эпидемиологическую картину микоплазменной инфекции у детей и результаты лечения.

Исследованию подверглись 133 пациента, прошедшие стационарное лечение в инфекционных стационарах (3) г. Алматы за период декабрь-март 2024-25 гг. Диагноз МИ верифицирован выделением со слизистой из ротоглотки возбудителя *Mycoplasma* sp. методом ПЦР. Возраст детей колебался от 2,5 месяцев до 17 лет 11 месяцев, треть больных составили дети в возрасте от 1 до 3-х лет. Гендерное распределение: мальчики преобладали, достоверно только в группе детей первого года жизни (90%). По тяжести - преобладали больные в состоянии средней тяжести (78,2%), остальные (21,8%) имели тяжелую форму. Легкой степени больных не было т.к. это амбулаторные больные. Пациенты поступали в стационар в подавляющем большинстве случаев к 5-8 дню болезни, пролечившись амбулаторно бета-лактамами антибиотиками без эффекта.

У 87,9% детей диагностирована пневмония, у 5,3% - бронхит. Отмечены следующие клинические проявления: чаще всего был кашель (87,9%), одышка — у 63,0%, насморк — у 75,9%, лихорадка — у 67,7%, гиперемия задней стенки глотки — у 67,2%, гнойная ангина — у 17,3%, диарея у 4,5% больных. Температурная реакция более чем у половины (56,4%) исследованных была гипертермической, и даже у одного гиперпиретической, у 1/3 (31,5) — фебрильной и у остальных субфебрильной (11,3%). Осложнения наблюдали у 8,6% детей, на первом месте плеврит, по два пациента с перикардитом и реактивным гепатитом, по одному больному с менингеальным синдромом и миокардитом. В картине периферической крови у большинства пациентов было

повышение СРБ (79,7%), СОЭ у 1/3 — более 30 мм. У 2-х больных наблюдался гиперлейкоцитоз, у остальных умеренный лейкоцитоз (у 45,1%), нейтрофильного характера у 40,6%, только у 7,5% был лимфоцитоз, что свидетельствует о наличии микст-инфекции с вирусной инфекцией. При исследовании мокроты, при отсутствии такой возможности, мазок со слизистой задней стенки глотки выявил в 78,9% случаев бактериальные возбудители, чаще всего группа стрептококков, на втором месте золотистый стафилококк, а также в единичных случаях синегнойная палочка и грибы рода кандиды. Антибактериальная терапия в начальном периоде болезни в амбулаторных условиях была представлена в основном полусинтетическими пенициллинами и цефалоспорины 1,2 поколения, из-за неэффективности которых пациенты поступали в стационар. В стационаре больные получали в терапии первой линии до выявления микоплазмы: цефалоспорины 3-го поколения большинство (78%), остальные — меркацин (15,4%), цефалоспорины 2-го поколения (12%), меропенем (6%), азитромицин (3%), цефалоспорины 4-го поколения - 1 больной. Антибактериальная терапия 1-ой линии оказалась эффективной у 90% пролеченных, только в 10% случаев была необходимость перевода пациента на азитромицин после получения положительного исследования при ПЦР исследовании.

Таким образом, в последний подъем заболевания МИ преобладали: дети младшего возраста; средней степени тяжести, поступали в стационар поздно при развитии МП, т.к. в основном применяемые полусинтетические пенициллины не были эффективны. Возможно, наличие острого тонзиллита было обусловлено микст-инфекцией с бактериальной флорой.

Кутыш Д. М., Лукьяненко Н.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (НА ПРИМЕРЕ 2024–2025 ГГ.)

*КГБУЗ «ККБСМП №2 имени З.С. Баркагана»,
г. Барнаул, Россия*

ФГБОУ ВО Минздрава РФ АГМУ, г. Барнаул, Россия

Цель: проанализировать эпидемиологическую и микробиологическую ситуацию по внебольничным пневмониям (ВБП) в терапевтических отделениях за 2024–2025 гг., выявить ключевые тенденции и предложить рекомендации для оптимизации диагностики, лечения и профилактики.

Эпидемиология и динамика. Анализ данных за 2025 г. показал существенное снижение частоты госпитализаций по поводу ВБП в терапевтических отделениях на 57%: с 1323 случаев в 2024 г. до 761 случая в 2025 г. Это снижение связано с эффективностью применяемых профилактических мер, таких как вакцинация и раннее выявление пациентов с факторами риска, а также с изменением подходов к диагностике и госпитализации. Отмечается рост уязвимых групп. Структура заболеваемости ВБП смещается в сторону пациентов с тяжелой коморбидностью и постковидным иммунодефицитом, что требует особого внимания при выборе терапии и профилактических мер. В условиях терапевтических отделений необходимо учитывать наличие хронических заболеваний, таких как ХОБЛ, СД и сердечно-сосудистые патологии, а также возраст старше 60 лет.

Микробиологический профиль. Доминирование условно-патогенной флоры. В обоих отделениях (ТО №1 и ТО №2) преобладают *Streptococcus viridans* - 32% и *Candida albicans* - 28%, Общая доля условно-патогенной флоры составила 60%, что указывает на высокую частоту аспирационных пневмоний и вторичных инфекций. Это требует пересмотра подходов к эмпирической терапии, с акцентом на противогрибковое лечение и препараты, активные против стрептококков. Но имеются отличия выделенной микрофлоры. Так в ТО №1 выявлен более разнообразный спектр возбудителей, включая значительную долю *Escherichia coli* – 15% и *Staphylococcus haemolyticus* - 10%. Это требует более широкого подхода к выбору терапии, с учетом грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Резистентность как ключевая проблема. В ТО №1 выявлена высокая доля ESBL-продуцирующих штаммов (*Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae* - 45%) и карбапенемазы у *Klebsiella pneumoniae* - 12%, что требует немедленного внимания. В ТО №2 резистентность менее выражена, при наличии тех же возбудителей.

Диагностика и лечение. Необходимость интеграции данных мониторинга. Результаты микробиологического мониторинга должны оперативно влиять на разработку локальных протоколов лечения ВБП. С акцентом на стрептококки, грибки и ESBL-продуцирующие штаммы необходимо осуществлять индивидуальный подбор терапии для пациентов. Усиление мер по контролю резистентности. Появление ESBL-продуцирующих и карбапенемазопродуцирующих штаммов требует строгого соблюдения протоколов антимикробной политики (АМП) и внедрения дополнительных мер по предотвращению перекрестного инфицирования и микробиологический мониторинг.

Профилактика и перспективы. Снижение заболеваемости ВБП в 2025 г. подтверждает эффективность внедренных мер. Профилактическая работа должна фокусироваться на вакцинации и раннем выявлении факторов риска. В 2025 г. разработаны протоколы лечения болезней органов дыхания, включая терапию ВБП, с учетом пациентов с постинфекционным иммунодефицитом и ростом грибковых пневмоний.

Вывод. Данные за 2024–2025 гг. показывают снижение заболеваемости ВБП. Структура возбудителей и рост резистентности требуют постоянной корректировки диагностики, лечения и профилактики. Необходимо усилить микробиологический мониторинг и оперативно внедрять результаты в клиническую практику с учетом анализа полученных данных.

*Ладная Н.Н.¹, Егорова Н.В.², Бабихина К.А.²,
Покровский В.В.¹*

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПРИВЕРЖЕННЫХ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

*¹ФБУН «Центральный НИИ Эпидемиологии»
Роспотребнадзора, Москва, Россия*

*²АНО профилактики и борьбы с заболеваниями
«Национальный центр общественного здоровья»,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель работы: Оценка удовлетворенности людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в России диагностическими исследованиями в рамках диспансерного наблюдения в 2025 г.

Материалы и методы: Кросс-секционное социологическое исследование проведено среди ЛЖВ методом анонимного онлайн-опроса. С 28.11.2025 г. по 11.12.2025 г. в исследование были включены 522 респондента — ЛЖВ в возрасте старше 18 лет (средний возраст 42,7 года), проживающие в 66 регионах России. Женщины составили 64,9% респондентов, 99,6% были гражданами Российской Федерации.

Результаты исследования: 99,4% опрошенных состояли на диспансерном наблюдении в связи с ВИЧ-инфекцией в Центре СПИД или другой специализированной медицинской организации. У 47,3% опрошенных ВИЧ-инфекция впервые была диагностирована более 10 лет назад, у 21,5% — 1-3 года назад, у 8,4% — менее года назад. 96,0% опрошенных сообщили, что прошли исследование по определению иммунного статуса (количество CD4 кл/мкл) за последние 12 месяцев. 49,8% прошли исследование на CD4 2 раза в 2025 г., 19,0% — однократно, 14,6% — 3 раза, 12,6% — 4 раза и более, не проходили исследование 2,3%, затруднились ответить 1,7%. При последнем исследовании у 61,3% респондентов было обнаружено более 500 CD4 кл/мкл, у 17,4% — 351 - 500 клеток, у 16,3% — менее 350 клеток, 5,0% — затруднились ответить. Прошли исследование на вирусную нагрузку ВИЧ (ВН) за последние 12 месяцев 97,3% опрошенных (51,9% прошли исследование 2 раза, 17,2% — 1 раз, 14,8% — 3 раза, 13,4% — 4 раза и более), не делали анализ 1,9%, затруднились ответить 0,8%. Неопределяемую ВН (менее 50 копий/мл) имели 90,4% респондентов, у 7,9% был определяемый уровень ВН, 1,7% затруднились ответить. На резистентность ВИЧ было обследовано 5,2% респондентов, среди ЛЖВ с определяемым уровнем ВН такое исследование прошли лишь 12,5%.

В 2025 г. 27,2% респондентов сталкивались с ситуацией, когда тестирование на ВН или CD4 пришлось отложить по независящим от ЛЖВ причинам, 69,5% сообщили об отсутствии таких ситуаций, 3,3% затруднились ответить. 6,1% респондентов сталкивались с ситуацией, когда им пришлось оплачивать из собственных средств тестирование на ВН или иммунный статус, 93,1% сообщили об отсутствии таких ситуаций, 0,8% затруднились ответить. В целом остались довольны тестированием на ВН и CD4 в государственных или муниципальных медицинских учреждениях в России 72,6% респондентов, были недовольны 19,9%, 7,5% затруднились ответить.

Выводы: Удовлетворенность респондентов в диагностических исследованиях на ВН или иммунный статус (CD4) была достаточно высокой, большинство опрошенных в целом остались довольны такой диагностикой. Отмечена недостаточная удовлетворенность ЛЖВ в обеспечении исследованиями на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам. Более четверти опрошенных сообщили о том, что приходилось отложить тестирование на ВН или CD4, что может быть связано с переборами в поставках диагностикумов в 2025 г., а части респондентов пришлось оплачивать из собственных средств такое тестирование. Респонденты характеризовались высокой приверженностью диспансерному наблюдению, существенно превышавшей аналогичное значение среди всех диагностированных ЛЖВ в России. В исследование не удалось привлечь ЛЖВ, не состоящих на диспансерном наблюдении.

Любезнова О.Н., Утенкова Е.О., Иголина М.О.,
Тоинова С.А.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭХИНОКОККОЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрова России
г. Киров, Россия

Эхинококкоз – это актуальная проблема здравоохранения, так как из-за потенциально сложной диагностики и длительности скрытого течения повышается риск позднего начала лечения и формирования серьезных осложнений.

Цель работы. Выявить клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза в Кировской области.

Материалы и методы. Использованы данные Государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Кировской области за период с 2010 по 2024 гг. Проанализированы карты эпидемиологического обследования 17 пациентов (средний возраст $58,3 \pm 3,8$ лет), женщины – 58,8%. Эхинококкоз выявлен у 13 больных (Э), альвеококкоз – у 4 (А). Все пациенты проходили лечение с 1999 по 2025 гг, в медицинских организациях Кировской области. Диагноз подтвержден в ИФА, обнаружены IgG ($\geq 1,1$). Данные статистически обработаны с использованием программы «StatSoft STATISTICA 10.0.1011 Russian». Определены: среднее арифметическое (M), среднее квадратичное отклонение (σ), относительный показатель в % (P), средние ошибки средней арифметической (mM).

Результаты. В Кировской области за период 2010–2024 гг. средняя заболеваемость эхинококкозом на 100 тыс. населения в год составила $0,25 \pm 0,03$ ($2,9 \pm 0,45$ случая в год). Максимальные цифры были зарегистрированы в 2010–2012 гг. (3–7 случая в год). Случаи альвеококкоза носят единичный характер. Среди основных факторов заражения преобладает сбор лесных ягод (71,4 – 90,9%), контакт с собаками (50,0 – 68,1%), уход за сельскохозяйственными животными (14,2 – 36,4%), охота (22,7%).

При обработке карт инфекционных больных Э выяснено, что средний возраст постановки диагноза составил $48,9 (\pm 5,1)$ лет, причем при А несколько больше – $56,3 (\pm 9,4)$ лет. Срок диспансерного наблюдения варьируется от 1 до 25 лет, средний срок при Э – $6,5 (\pm 2)$ лет, а при А в два раза дольше – $12,25 (\pm 6,75)$ лет. Среди пациентов 76,5% – рабочие, 17,7% – пенсионеры, 5,9% – студенты; городские жители – 70,6%. Половина пациентов регулярно посещает садовые участки, треть ухаживает за животными. 58,3% употребляют немывтые ягоды и травы, 41,2% контактируют с собаками. В 52,9% Э протекал бессимптомно. У остальных пациентов отмечались симптомы: слабость – 23,5%; головная боль – 5,8%; тошнота – 17,6%; вздутие и увеличение живота – 11,8%; дискомфорт и боли в правом подреберье – 29,4%; боли в грудной клетке – 5,9%, пальпируемое образование в правом подреберье – 17,6%. В 84,6% случаев преобладал – эхинококкоз печени; в 7,7% – эхинококкоз легких и эхинококковая киста головного мозга. Во всех случаях диагноз был подтвержден в ИФА (IgG $\geq 1,1$). При УЗИ выявлены анэхогенные образования с четким контуром, однокамерные или многокамерные. При КТ описаны образования с четкими контурами, низкой плотностью, кальцификациями и неоднородным содержимым. Оперативное лечение потребовалось 64,7% пациентов с кистами в печени и легких. Все пациенты получали антигельминтную

терапию Албендазолом 15 мг/кг массы тела дважды в сутки в течение минимум 6 месяцев. Пациенты продемонстрировали высокую приверженность к лечению.

Выводы. Заболеваемость эхинококкозом в Кировской области имеет тенденцию к снижению. Болеют преимущественно городские жители средних лет, которые заражаются при употреблении лесных ягод или при контакте с собаками. Преобладает эхинококкоз печени, который в половине случаев протекает бессимптомно и требует оперативного лечения. Все пациенты в Кировской области демонстрируют высокую приверженность к терапии.

Лямина Е.А., Чегодаева И.Ю., Рехова Х.С.,
Куприянов Ю.Ю., Маркосян Н.С.

ТУБЕРКУЛЁЗ: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ И РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ ЗА ПЕРИОД С 2015 ПО 2025 ГГ.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный
университет им. Н. П. Огарёва»
г. Саранск, Россия

Введение. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в России за последнее десятилетие, проблема туберкулёза сохраняет свою актуальность. В соответствии с поручением министра Здравоохранения Российской Федерации от 07.02.2023 № 19, перед фтизиатрической службой поставлены важные задачи: к 2025 г. снизить заболеваемость туберкулезом на 50%, число смертей от туберкулеза на 75% по отношению к 2015 г. При этом эпидемиологическая ситуация внутри страны крайне неоднородна, что требует детального изучения на уровне федеральных округов и отдельных субъектов.

Цель исследования. Анализ эпидемиологической ситуации по туберкулёзу на трех уровнях: федеральном (Российская Федерация), макрорегиональном (Приволжский федеральный округ) и региональном (Республика Мордовия) за период с 2015 по 2025 гг.

Материалы и методы. Проведён анализ статистических показателей заболеваемости туберкулезом, а также смертности от данного заболевания по данным официального статистического наблюдения за 2015–2025 гг., сведениям из форм федерального статистического наблюдения № 8 и №33.

Результаты. Исследование подтвердило общероссийскую устойчивую тенденцию к снижению основных эпидемиологических показателей по туберкулёзу за период с 2015 по 2025 гг. В Российской Федерации показатель заболеваемости снизился с 57,5 до 23,9 на 100 тыс. что соответствует 58,4%. В Приволжском федеральном округе заболеваемость за анализируемый период снижалась синхронно с общероссийским трендом. Так, если в 2015 г. значение показателя в округе незначительно превышало среднероссийский уровень (56,0 на 100 тыс.), то в 2025 г. заболеваемость снизилась на 59,5% и составила 22,7 на 100 тыс. населения. Среди субъектов Приволжского федерального округа Республика Мордовия стабильно входила в группу с наилучшими показателями, демонстрируя наиболее выраженное снижение заболеваемости: с 50,0 на 100 тыс. в 2015 г. до 14,6 на 100 тыс. в 2025 г., что составило 70,9%. В Российской Федерации смертность от туберкулёза

за период с 2015 по 2025 гг. снизилась на 80,4% (с 9,2 до 1,8 на 100 тыс.). Приволжский федеральный округ за данный период демонстрирует снижение смертности на 73,3% с 7,5 до 2,0 на 100 тыс. В Республике Мордовия этот показатель всегда был существенно ниже среднероссийского и в 2025 г. уменьшился на 71,1% (с 3,8 до 1,1 на 100 тыс.).

Заключение. Таким образом, можно констатировать, что задачи, поставленные министром Здравоохранения Российской Федерации по снижению уровня заболеваемости, выполнены в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Республике Мордовия. Снижение смертности от туберкулеза в Российской Федерации превысило целевой уровень, в Приволжском федеральном округе и Республике Мордовия отмечено существенное приближение к целевому значению. Республика Мордовия выделяется на фоне страны и округа стабильно более низкими значениями, особенно по смертности, что позволяет отнести её к числу благополучных территорий и рассматривать опыт организации противотуберкулезной помощи в данном регионе как положительный пример.

Ляшенко И.Э., Михайлова Е.А.

ЭКОВАРИАНТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛОНАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ЭШЕРИХИЙ

Оренбургский государственный медицинский университет

г. Оренбург, Россия

Кишечная палочка, являясь убиквитарным микроорганизмом, может быть изолирована из различных экотопов и представлена как симбионтами, так и патогенами. Дифференциация последних, основанная на определении антигенной принадлежности, имеет ряд сложностей в связи с увеличением числа неагглютинабельных форм эшерихий. С целью определения надежных критериев, позволяющих сделать заключение об этиологической и эпидемиологической роли выделенных эшерихий и одновременно отражающих экологическую принадлежность бактерий, было проведено изучение фенотипического проявления факторов персистенции – антилизоцимной (АЛА) и антиинтерфероновой (АИА) активностей у клонов субпопуляций, выделенных из различных экологических ниш. Выбор тестируемых признаков основан на проведенных нами ранее исследованиях, показавших эковариантные различия их распространенности и выраженности у изолятов кишечных палочек.

Материалом для исследования послужили 450 клонов кишечной палочки, субпопуляции которой были выделены из воды открытых водоемов, организма больных и здоровых детей. Факторы персистенции (АЛА, АИА) определяли чашечным методом (Бухарин О.В. с соавт., 2001) с использованием модифицированной методики «реплик» (Бельский В.В. с соавт., 1972). Отбор субпопуляций для клонального изучения проводили с учетом выраженности признаков, значения которых соответствовали средним величинам для эковариантной подгруппы.

Полученные результаты показали неоднородность клональной структуры субпопуляций эшерихий, выделенных из разных источников по изучаемым свойствам. Клональная структура субпопуляций эшерихий, выделенных из воды, которые характеризовались наличием только АЛА (среднее значение – 1 мкг/мл) показала дифференциацию на клоны с отсутствием (17%) и наличием (83%) признака,

выраженность которого отличалась гомогенностью, – все клоны (100%) проявляли признак со значением 1 мкг/мл. При изучении энтеральных эшерихий, изолированных от здоровых детей, (среднее значение признаков – 1 мкг/мл) при оценке АЛА (наличие 100%) отмечена диссоциация клонов в структуре субпопуляций по двум градациям выраженности признака: 1 мкг/мл - 73% и 2 мкг/мл - 28%. Признак АИА в этой субпопуляции показал клональную неоднородность только по факту его наличия (68%) или отсутствия (34%). Максимальная гетерогенность выраженности признаков, при наличии их у 100% клонов, отмечена в субпопуляциях эшерихий - возбудителей хронического пиелонефрита и эшерихиоза (среднее значение – 4 мкг/мл), где встречались клоны со значениями признаков от 1 мкг/мл до 6 мкг/мл. Клоны эшерихий при оценке АЛА характеризовались следующим распределением: 1 мкг/мл – 7%, 2 мкг/мл – 12%, 3 мкг/мл – 40%, 4 мкг/мл – 22%, 5 мкг/мл – 10%, 6 мкг/мл – 9%. При оценке АИА клональная структура также была неоднородной, но с отсутствием минимальных градаций признака: 3 мкг/мл – 27%, 4 мкг/мл – 56%, 5 мкг/мл – 11%, 6 мкг/мл – 8%.

Таким образом, выявлена фенотипическая гетерогенность признаков персистенции у клонов кишечной палочки, диапазон варибельности которой связан с источником выделения субпопуляции и увеличивается в ряду: внешняя среда - здоровый организм - больной организм. Полученные результаты могут быть использованы в санитарно-гигиенических и экологических исследованиях при решении вопросов экологической принадлежности эшерихий и уточнении их этиологической и эпидемиологической значимости.

Максимова М.Н.¹, Лесина О.Н.¹, Глумская М.В.^{1,2}, Лушников И.В.^{1,2}

КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ МАТЕРЕЙ В ПЕНЗЕНСКОМ ГОРОДСКОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

¹ ПИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрова России, г. Пенза, Россия

² ГБУЗ Пензенский городской родильный дом, г. Пенза, Россия

Актуальность. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции остается приоритетной задачей перинатологии. Современные протоколы антиретровирусной терапии (АРВТ) позволяют снизить риск инфицирования ребенка до 1–2%, однако требуют комплексного подхода, включающего наблюдение беременных в специализированных центрах, своевременное назначение АРВТ, оптимизацию способа родоразрешения, исключение грудного вскармливания и профилактическое лечение новорожденных. В связи с этим представляется важным проведение анализа клинических исходов у детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей.

Цель исследования: оценить клиническое состояние детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей в Пензенском городском родильном доме.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 29 новорожденных с подтвержденным диагнозом R75 «Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека», рожденных от ВИЧ-позитивных матерей в ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом» в период с 01.01.2024 по 01.11.2025. Все матери наблюдаемых детей были зарегистрированы.

стрированы в территориальном центре профилактики и борьбы со СПИД, где наблюдались во время беременности и получали АРВТ. Возраст матерей составил от 20 до 44 лет. В 86,2% случаев отмечалсяотягощенный акушерский анамнез (аборты, замершие беременности и преждевременные роды). Низкая вирусная нагрузка (<1000 копий/мл) отмечалась у 41,37% матерей, высокая (>10 000 копий/мл) – у 7%. Срок гестации к моменту родов составил от 37 недель 6 дней (37 6/7) до 41 недели 2 дня (41 2/7). Всем новорожденным назначалась АРВТ с первых 12 часов жизни, проводилось комплексное обследование и искусственное вскармливание. Все мероприятия по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку осуществлялись при добровольном информированном согласии женщин.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о тенденции к росту заболеваемости ВИЧ-инфицированных новорожденных (0,47% (n=14 от 2973 новорожденных) в 2024 г. → 0,65% (n=15 от 2298 новорожденных за 10 мес.) в 2025 г.) на фоне сохраняющейся высокой заболеваемости взрослого населения. Гендерная структура наблюдаемых детей распределена равномерно (мальчики 51,72%, девочки 48,28%). Средние масса-ростовые показатели соответствуют доношенной категории: масса тела (3,344±0,40) кг, длина (50,5±1,4) см. Функциональное состояние при рождении оценено как удовлетворительное у 69% новорожденных; 65,5% детей имели оценку по Апгар 8/9 баллов. В структуре транзиторных состояний преобладала физиологическая желтуха – 44,8%, токсическая эритема – 17,24%. Основная часть детей (69%) была выписана в сроки, соответствующие схеме диспансеризации. У 31% (n=9) выявлена перинатальная патология, требовавшая перевода в специализированные стационары. Лабораторные исследования на ВИЧ, гепатиты В и С, токсоплазмоз, ЦМВИ, герпес, хламидии, сифилис отрицательны у 100% детей.

Выводы. Данные исследования подтверждают эффективность современных стратегий профилактики вертикальной передачи ВИЧ: у 41,37% матерей достигнута контролируемая вирусная нагрузка, что, вероятно, повлияло на удовлетворительное состояние 69% детей при рождении. Вместе с тем, наблюдаемая заболеваемость (0,65% в 2025 г.) и частота перинатальной патологии (31%) требуют высокой настороженности в отношении сопутствующей патологии, обязательной маршрутизации в специализированные центры и диспансерного наблюдения.

Малюга О.М., Скударнов Е.В., Дорохов Н.А., Зоричева Н.В., Суворова А.В., Комилов К.Н.*

АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ РОТО- И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ПАЛЛИАТИВНЫМ СТАТУСОМ

ФГБОУ ВО АГМУ МЗ России, КГБУЗ «ДГКБ №7,

г. Барнаул»

г. Барнаул, Россия

Ведение пациентов, имеющих паллиативный статус, является актуальной проблемой в педиатрии. Микрофлора рото- и носоглотки влияет на течение и исход респираторных заболеваний, которые лидируют в структуре заболеваемости у детей.

Цель исследования: изучить структуру микрофлоры рото- и носоглотки у детей с паллиативным статусом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ мазков из рото- и носоглотки (31 и 16, соответственно)

39 пациентов с установленным паллиативным статусом, госпитализированных в отделения Детской городской клинической больницы № 7 г. Барнаул в период с 2023 по 2026 гг., при развитии острых респираторных заболеваний.

Результаты. При бактериологическом исследовании в мазках из ротоглотки были выявлены *Streptococcus viridans* - 19,4%, *Staphylococcus aureus* - 19,4%, *Pseudomonas aeruginosa* - 16,1%, *Klebsiella pneumoniae* - 9,7%, *Staphylococcus epidermidis* - 9,7%, *Neisseria spp* - 9,7%, *Corynebacterium striatum* - 6,5%, *Candida albicans* - 6,5%, *Staphylococcus hominis* - 3,2%, *Escherichia coli* - 3,2%, *Klebsiella aerogenes* - 3,2%. Причем, у 8 (25,8%) пациентов было выявлено по 2 или 3 микроорганизма.

При бактериологическом исследовании в мазках из носоглотки выделены: *Staphylococcus epidermidis* - 25%, *Pseudomonas aeruginosa* - 25%, *Staphylococcus aureus* - 18,8%, *Corynebacterium striatum* - 12,6%, *Streptococcus viridans* - 6,3%, *Klebsiella pneumoniae* - 6,3%, *Serratia marcescens* - 6,3% детей.

Выводы. У детей с паллиативным статусом в мазках из ротоглотки в результате исследований были выявлены условно-патогенные грамотрицательные и грамположительные микроорганизмы. В структуре микрофлоры ротоглотки у детей с установленным паллиативным статусом наиболее часто выявлялись *Streptococcus viridans* - 19,4%, *Staphylococcus aureus* - 19,4%, *Pseudomonas aeruginosa* - у 16,1%, а в структуре микрофлоры носоглотки - *Staphylococcus epidermidis* - 25%, *Pseudomonas aeruginosa* - 25%, *Staphylococcus aureus* - 18,8%. У 25,8% паллиативных пациентов в мазках из ротоглотки выявлено по 2 или 3 микроорганизма. У детей, имеющих паллиативный статус, в микрофлоре ротоглотки и носоглотки наиболее часто встречается нозокомиальная микрофлора, что должно учитываться при назначении рациональной терапии респираторных заболеваний данным пациентам.

Мамчиц Л. П., Тумаш О.А., Остапенко Л.С.

ГРИПП И ОРИ: ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Грипп и острые респираторные инфекции (ОРИ) остаются самыми распространенными инфекциями во всем мире. Этиологическая структура ОРИ многообразна, на сегодняшний день до 97% случаев вызваны вирусами.

Цель исследования: Изучение и оценка эпидемиологической ситуации по заболеваемости ОРИ и гриппом населения Гомельской области в 1980-2025 гг.

Материалы и методы. Использованы данные официального учета заболеваемости гриппом и ОРИ ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». Для анализа проявлений эпидемического процесса нами выделено 6 временных промежутков, различающихся по совокупности социально-экономических тенденций развития общества, демографической ситуации, экологической и радиационной обстановки, организации профилактической работы и др.: первый период 1980 – 1990 гг., второй период – 1991 – 2000 гг., третий период – 2001 – 2010 гг., четвертый период – 2011 – 2020 гг., пятый период – 2021 – 2025 гг.

Результаты. Эпидемическая ситуация по ОРВИ в Гомельской области после достигнутого в 80-е гг. благополучия с 1993 г. заметно ухудшилась. Если в 80-е гг. средний показатель заболеваемости ОРВИ составлял 17799,1 на 100 тыс. населения, то на конец периода наблюдения заболеваемость составила 34354,68 на 100 тыс. нас., Многолетняя динамика заболеваемости ОРВИ характеризовалась тенденцией к росту за весь анализируемый период с различной степенью выраженности в отдельные периоды.

Многолетняя динамика заболеваемости гриппом, напротив, характеризовалась тенденцией к снижению, на что повлияло увеличение охвата профилактическими прививками против гриппа от 30,4% в 2011 г. до 40% в 2022 г. За исследуемый период времени на территории области циркулировали вирусы гриппа А(Н3N2), А(Н1N1) с превалированием разных субтипов, вирусы гриппа В с параллельной циркуляцией негриппозных респираторных вирусов. Суммарно в 1996-2000 гг. удельный вес вирусов гриппа (А и В) составил в общей структуре возбудителей ОРВИ менее половины (49,44%), в то время как в 1986-1990 гг. на их долю приходилось 60,10% заболеваний ОРВИ. С эпидемического сезона 2009-2010 гг. вошел в циркуляцию пандемический штамм вируса гриппа А(Н1N1) pdm09. В постпандемический период новой коронавирусной инфекции в эпидемическом сезоне 2022–2023 гг. почти половина расшифрованных случаев ОРВИ была вызвана коронавирусом SARS-CoV-2 (41,7%), циркуляция которого продолжается и в настоящее время. В эпидемических сезонах 2023-2024, 2024-2025 преимущественно циркулировали вирусы негриппозной этиологии с преобладанием РС-вирусов (12,4% от числа положительных проб), на долю вирусов гриппа приходилось суммарно 24,5% и 30,5% соответственно из числа положительных проб.

Заключение. Учитывая рост заболеваемости ОРВИ среди населения области, для контроля и своевременной оценки эпидемической ситуации необходимо проводить расшифровку этиологической структуры ОРВИ. Особое внимание должно быть обращено на качество проводимых профилактических мероприятий с последующим анализом их эффективности и принятием управленческих решений с учетом региональных особенностей заболеваемости.

Марданлы С.Г.¹, Акиншина Ю.А.², Ротанов С.В.³

ЭКСПРЕСС ВЫЯВЛЕНИЕ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* В ОБРАЗЦАХ КАЛА ЧЕЛОВЕКА ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

¹ГОУВО МО «ГГТУ», г. Орехово-Зуево, Россия

²АО «ЭКОлаб», г. Электрогорск, Россия

³ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, г. Оболенск, Россия

Введение. Нозокомиальные инфекции (НИ) в отделениях интенсивной терапии и реанимации наблюдаются с частотой 15-48% и выше; ведущим этиологическим агентом является грамположительная палочка *Clostridium difficile*. Развитию НИ способствуют прием антибактериальных препаратов, обширные хирургические вмешательства, назначение иммуносупрессивных средств. Факторами патогенности *C. difficile* являются: фермент глутаматдегидрогеназа (GDH) и токсины А и В, оказывающие цитотоксический эффект (ряд штаммов токсин А не продуцирует). Опасность НИ актуализирует раннюю этиологическую диагностику.

Цель: разработка нового оригинального иммунохроматографического (ИХ) набора для качественного экспресс выявления в образцах кала человека *C. difficile*.

Материал и методы. Технология конструирования сложносоставных ИХ мембран, содержащих реагенты для качественного выявления маркеров бактериальных инфекций.

Результаты. Разработаны три типа многослойных ИХ реакционных полосок для нового теста, каждая из которых выявляет только один фактор патогенности. Специфичность определения обусловлена размещением на мембране конъюгатов реагентов, в составе которых наночастицы золота соединены с моноклональными антителами к токсину А, токсину В или GDH *C. difficile*. Результат определения проявлялся на тест-линии, где иммобилизованы моноклональные антитела к токсину А, токсину В или GDH *C. difficile* в чистом виде. Все три ИХ стрипа по отдельности монтируют в одну пластиковую кассету.

Аналитическая чувствительность (предел обнаружения) на разработанных ИХ стрипах составил: для токсина А - 0,5 нг/мл, для токсина В - 0,78 нг/мл, для GDH - 0,39 нг/мл; эти величины обеспечивают выявление *C. difficile* в образцах кала человека.

В технических испытаниях не установлено перекрестной реактивности в тесте с культурами *Campylobacter spp*, *E. coli*, *Listeria monocytogenes*, *H. pylori*, *Shigella spp*, *Salmonella spp*, *Yersinia spp* в концентрации 1*10⁵ КОЕ/мл x

Заключение. Разработан новый набор реагентов «ИХА-Клостридии», который получил разрешение на применение в медицинских учреждениях Российской Федерации (№ Г004-00110-00/03292112 от 01.10.2025 г.).

Марданлы С.Г.¹, Акиншина Ю.А.², Ротанов С.В.³

ЭКСПРЕСС ОПРЕДЕЛЕНИЕ *LAMBLIA INTESTINALIS* В ОБРАЗЦАХ КАЛА ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНВАЗИИ И КОНТРОЛЯ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

¹ГОУВО МО «ГГТУ», г. Орехово-Зуево, Россия

²АО «ЭКОлаб», г. Электрогорск, Россия

³ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, г. Оболенск, Россия

Введение. Среди паразитов кишечника человека существенную роль играют лямблии (*Lambliа intestinalis* или *Giardia duodenalis*). По данным эпидемиологического надзора в России интенсивный показатель новой ежегодной инвазии этим паразитом достигает уровня до 90,0 на 100 тыс. среди всего населения, а у детей до 14 лет - 350,0 (!). Инвазия человека происходит с зараженной водой или пищей, не подвергавшимися термической обработке. Вегетативные формы паразита обитают в верхних отделах тонкого кишечника; это вызывает болевой синдром за счет повреждения и раздражения стенок кишки и/или дискинезии желчных путей и сопровождается неустойчивым стулом; наблюдается сенсбилизация организма продуктами метаболизма паразита.

Для лабораторной диагностики лямблиоза все шире применяют иммунохимические тесты, основанные на реакции антиген-антитело.

Цель исследования: разработка отечественной иммунохроматографической (ИХ) тест системы для качественного выявления *Lambliа intestinalis* в фекалиях человека.

Методология. В основе нового набора применена ИХ технология прямого (сэндвич) качественного одноэтапного определения маркеров паразита (специфического антигена лямблий GSA – 65) с использованием окрашенных наночастиц коллоидного золота.

Результаты. При разработке оригинального сенсibilизированного ИХ стрипа применили корпускулярный нативный антиген вегетативной паразитарной клетки *L. intestinalis*. Созданный модельный ИХ набор реагентов был изучен в ходе внутренних технических испытаний со «Стандартной панелью образцов предприятия, содержащих и не содержащих *L. intestinalis*» (СОП-281). По результатам испытаний аналитическая чувствительность разработанного теста составила 4 нг антигена (в 1 мл исследуемого субстрата); а показатель клинической чувствительности (% положительных результатов с образцами СОП-281, содержащими *L. intestinalis*) – 100%; показатель клинической специфичности (% отрицательных результатов, с образцами СОП-281, не содержащими *L. intestinalis*) – 100%; воспроизводимость / повторяемость результатов – 100%; время достижения устойчивых результатов после внесения на стрип испытуемого материала – не более 5-10 минут.

В рамках дополнительных технических исследований с модельными образцами кала (при дополнительном внесении в эти образцы аскорбиновой кислоты до 200 мкг/л или билирубина до 300 мкг/мл или триглицеридов до 10 мг/дл) не было выявлено интерференции внесенных добавок на результаты ИХ тестирования.

Срок годности набора в искусственных условиях ускоренного старения и в натуральных испытаниях соответствует 25 месяцам. Хранение наборов в упаковке предприятия-изготовителя рекомендуется при температуре 2-30°C.

Выводы. При выполнении комплексного научного плана по импортозамещению был разработан новый отечественный набор реагентов для качественного выявления *L. intestinalis* в образцах кала человека «ИХА-Лямблии». Это медицинское изделие по итогам проведенных государственных испытаний было зарегистрировано в Российской Федерации (№ РЗН 2020/12636 от 23.10.2024); оно предназначено к применению при оказании медицинской помощи населению (первичная диагностика паразитарной инвазии лямблиями или оценка эффективности проведенного лечения - через 2 недели достигается элиминация паразита и отрицательный результат ИХ тестов).

Марданлы С.Г.¹, Гашенко Т.Ю.², Ротанов С.В.³

НОВОЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ С ШИРОКИМ СПЕКТРОМ ПРИМЕНЕНИЯ

¹ГОУВО МО «ГТТУ», г. Орехово-Зуево, Россия

²АО «ЭКОлаб», г. Электрогорск, Россия

³ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, г. Оболонск, Россия

Введение. Изменчивость окружающей нас микрофлоры мобилизует на поиск и разработку новых средств, обладающих высокими микробицидными свойствами.

Цель работы: разработка стабильной, готовой к применению жидкой формы дезинфицирующего препарата (моноконцентрата или в виде композитной смеси) с широким потенциалом показаний для применения в медицинской практике.

Материалы и методы. Научный поиск по базам данных и научным публикациям кандидатных химических средств.

Технологии создания оригинальной рецептуры препарата, физико-химических и микробиологических исследований для оценки дезинфицирующих свойств. Оптимизация условий промышленного производства.

Результаты. Наиболее перспективными к использованию были выбраны октенидина дигидрохлорид (C₃₆H₆₂N₄·2HCl, М.м. 623,8; представляющий собою катионное поверхностно-активное вещество с выраженными антисептическими свойствами) и феноксиэтанол (C₈H₁₀O₂, М.м. 138,2; гликолевый и фенольный простой эфир; обладает взаимодополняющим сочетанием бактерицидных и гермистатических свойств). Серия последующих исследований позволила разработать рецептуру дезинфицирующего препарата: октенидина дигидрохлорид – 0,1%, феноксиэтанол – 2,0%, натрия хлорид – 0,05%, кокамидопропил бетаин (как усилитель пенообразования и антисептик) – 0,3%, натрия глюконат – 0,4%, глицерин – 0,5% и очищенная вода – до 100%. В исследованиях доказана химическая стабильность полученной смеси и выраженный дезинфицирующий эффект, отсутствие местного раздражающего, сенсibilизирующего и резорбтивного эффектов при нанесении на кожу. Пары средства в зоне применения оказывают действие, соответствующее III классу умеренно опасных веществ. Средство опасно при приеме внутрь и попадании брызг в глаза!

Заключение. Разработанное средство в жидкой форме предназначено как для дезинфекционной обработки предметов и поверхностей, так и для дезинфекции кожи рук медицинского персонала и кожи или слизистой оболочки полости рта пациентов.

Маркосьян Н.С., Орлова Д.М.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

г. Саранск, Россия

В постпандемический период заболеваемость скарлатиной у детей растет, преимущественно в странах Европы.

Цель исследования: оценка эпидемиологической ситуации по скарлатине у детей в Республике Мордовия.

Материалы и методы: проведен анализ 33 медицинских карт детей с диагнозом «Скарлатина», госпитализированных в ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница» (РИКБ) в 2023 – 2025 гг. Обобщены данные Государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Мордовия» за 2015 – 2024 гг.

Результаты. Согласно Государственным докладом среднесрочный показатель (СМП) заболеваемости скарлатиной в республике за исследуемый период составил 15,2 на 100 тыс. населения. В 2015 – 2016 гг. регистрируемые цифры были ниже СМП. В 2017 – 2019 гг. наблюдался подъем заболеваемости с максимумом в 2019 г. (19,5 на 100 тыс. населения), однако начало пандемии характеризовалось снижением указанного показателя в связи с ограничительными мероприятиями. В 2021 г. в республике было зафиксировано всего 12 случаев болезни (1,5 на 100 тыс. населения), в 2022 г. – 38 случаев, а в 2023 – 2024 гг. заболеваемость возросла до 13,7 – 14,5 на 100 тыс. населения. Среди заболевших лиц в 2015 – 2024 гг. преобладали дети до 14 лет (96,9%). Показатель заболеваемости в этой возрастной группе варьировался от 9,8 до 134,4 на 100 тыс. (минимальный в 2021 г., максималь-

ный в 2019 г.). С 2015 г. скарлатина не регистрировалась у малышей до 1 года, однако в 2025 г. в результате семейного контакта был инфицирован ребенок 7 месяцев. Случаи заболевания в зависимости от общего числа в 2015–2024 гг. были распределены по возрастам следующим образом: 1–2 года – 6,2%; 3–6 лет – 68,5%; 7–14 лет – 22,2%; 15–17 лет – 3,1%. Среди детей 3–6 лет большая часть (99%) посещали детские сады. Однако групповых случаев заболевания стрептококковой инфекцией в детских организованных коллективах в 2015–2024 г. не регистрировалось.

Из анализа медицинских карт выявлено, что в возрастной структуре госпитализированных лиц преобладали школьники младших классов (40,6%). На детей раннего и дошкольного возраста приходилось 28,1% и 31,3%. Соотношение девочек и мальчиков составило 1:1,5. Среди исследуемых возрастных когорт контакт с больными скарлатиной, другими стрептококковыми заболеваниями наблюдался лишь у 15,6% пациентов. Сохранялась типичная для инфекции клиника и сезонность – осенне-зимняя с пиком в октябре-ноябре. Следует отметить внутрисемейную вспышку скарлатины, когда заболели 4 детей от 7 месяцев до 9 лет, причем первая заболевшая (девочка 9 лет) умерла при явлениях инфекционно-токсического шока III степени, острой почечно-печеночной недостаточности.

Выводы. Максимальный показатель заболеваемости скарлатиной в Республике Мордовия был зафиксирован в 2019 г., минимальный – в 2021 г. Преобладали дети от 1 года до 14 лет. За указанный период вспышек инфекции в детских организованных коллективах отмечено не было. Согласно анализу медицинских карт, среди госпитализированных лиц преобладали дети школьного возраста, чаще мальчики. Контакт с другими заболевшими был зафиксирован у каждого седьмого ребенка. Скарлатина по-прежнему сохраняла основную клинику и характерную сезонность – холодное время года.

Маркосян С.А., Чарышкин С.А., Маркосян Н.С.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИТОНИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К НЕКОТОРЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ВТОРИЧНОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

*ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»
г. Саранск, Россия*

Важная роль в возникновении вторичного распространенного перитонита у детей отводится патогенной микрофлоре, способствующей развитию гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. При этом количество неблагоприятных исходов во многом связано с наличием ассоциативной микрофлоры, устойчивостью возбудителей ко многим антибактериальным препаратам, что создает существенные трудности в лечении и приводит в 9,19% случаев к развитию внутрибрюшных гнойных послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости выполняли 91 пациенту (от 1 года до 17 лет) с вторичным распространенным перитонитом, госпитализированному в детскую республиканскую клиническую больницу. Вычисляли индекс встречаемости как в моно-, так и в ассоциированных культурах микроорганизмов. Возникновение в 9 случаях (9,89%) послеоперационных гнойных осложнений требовало повтор-

ного забора внутрибрюшного содержимого с последующим изучением микробного «пейзажа».

Результаты. При распространенном перитонеальном гнойно-воспалительном процессе наблюдалось безусловное доминирование моновалентных грамотрицательных факультативных анаэробов. Индекс встречаемости кишечной палочки, цитробактера, энтеробактера и сerratии среди всех возрастных когорт колебался в пределах 4,77–60%. Удельный вес другой единичной микрофлоры был незначительным, а максимальное ее количество, представленное синегнойной палочкой и негемолитическим стрептококком, не превышало 10%. Превазирование факультативных анаэробов определялось и в групповом симбиозе патогенов, причем в подавляющем большинстве случаев обнаруживалось сочетание кишечной палочки, цитробактера, энтеробактера с различными видами стрептококка и стафилококка. Кроме того, у пациентов раннего возраста бактериальная ассоциация в 60% и 5% состояла из 2 и 3 возбудителей, что существенно затрудняло подбор адекватной антибактериальной терапии.

Высокую чувствительность микроорганизмы проявляли к инванзу (97,8%), в меньшей степени к амикацину (86,81%), а сенсибилизация к препаратам цефалоспоринового ряда была несоизмеримо ниже во всех возрастных группах. Указанный факт касался подавляющего большинства единичных и множественных идентифицируемых микроорганизмов. Особенно рельефно это проявлялось у пациентов раннего возраста, у которых максимальная восприимчивость патогенов к инванзу, амикацину, цефтриаксону и цефотаксиму составила 95, 85, 40 и 45%.

У 3 детей причиной развития гнойных послеоперационных осложнений явилось отсутствие чувствительности к аминогликозиду и цефалоспорином в 2 случаях кишечной палочки и в 1 – ассоциации кишечной палочки с золотистым стафилококком. Это потребовало проведения коррекции противомикробной терапии инванзом.

Таким образом, значительное многообразие микробиоты, высокая частота их таксономического сочетания и отсутствие чувствительности к аминогликозиду и цефалоспорином, особенно у детей младшего возраста, создают условия для неблагоприятного течения гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, требующего коррекции противомикробной терапии карбапенемом.

*Мартьянова А.В.¹, Федорова Е.М.², Павлова О.С.²,
Скрыль С.В.³*

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В КАМЧАТСКОМ КРАЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИОННЫХ И КОМПАРТМЕНТНЫХ МОДЕЛЕЙ

¹ФГБОУ ВО ТГМУ, г. Владивосток, Россия

²ФБУЗ «Камчатский центр гигиены и эпидемиологии в Камчатском крае», г. Петропавловск-Камчатский, Россия

*³ГБУЗ «Центр СПИД»,
г. Петропавловск-Камчатский, Россия*

Цель. Оценить эпидемиологические особенности внебольничных пневмоний (ВП) и результаты математического моделирования заболеваемости с использованием регрессионных и компартментных моделей в Камчатском крае.

Материалы и методы. Использованы данные формы № 2 федерального статистического наблюдения по Камчатскому краю за 2020–2023 гг. (МКБ-10: J12, J13, J15, J16, J18) с разбивкой по возрасту и этиологии. Применены адаптивные регрессионные модели (полиномиальная и экспоненциальная) и компартментные модели SIR, SEIR, калиброванные на население 313 000 человек ($R_0 = 2,0$; $\beta = 0,2 \text{ сут}^{-1}$; $\gamma = 0,1 \text{ сут}^{-1}$; $\sigma = 0,196 \text{ сут}^{-1}$; $\nu = 0,001 \text{ сут}^{-1}$; $\eta = 0,8$).

Результаты. Заболеваемость ВП снизилась с 1157,8 до 338,5 на 100 тыс. населения за 2020–2023 гг. (в 3,7 раза), при одновременном увеличении доли детей 0–17 лет среди случаев с 9,7% до 32,9%. Полиномиальная регрессионная модель ($R^2 = 0,919$) и экспоненциальная модель ($R^2 = 0,897$) подтвердили устойчивую тенденцию к снижению заболеваемости и показали расхождение прогнозов по уровню ВП на 2024 г. (208 и 664 случая соответственно). Компартментные модели SIR и SEIR продемонстрировали, что ожидаемое число случаев ВП в 2020 г. примерно в 3,7 раза превышает зарегистрированное, что указывает на значимую недорегистрацию.

Заключение. Математическое моделирование ВП в Камчатском крае выявило выраженное снижение регистрируемой заболеваемости при одновременном росте относительной нагрузки на детское население и существенный вклад недорегистрации.

*Матрос О.И., Скрипак А.А., Карбышева Н.В.,
Никонова М.А., Арсеньева И.В.*

СТРУКТУРА ЭКЗАНТЕМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Алтайский государственный медицинский университет

г. Барнаул, Россия

Актуальность. Высокая частота встречаемости экзантем, полиэтиологичность сыпи, эпидемиологическая значимость в клинической практике для врача любой специальности и трудности в вопросах дифференциальной диагностики определяет актуальность исследования.

Цель исследования: изучить структуру заболеваний с экзантемами на стационарном этапе.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 125 историй болезни пациентов, госпитализированных в инфекционные отделения КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул» с синдромом экзантемы, из них 61% мужчин и 39% женщин, средний возраст составил $38,9 \pm 1,4$ лет. Заключительных диагнозов установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и методов лабораторной диагностики, включающих общеклинические, биохимические исследования, методы ИФА и ПЦР. Статистическая обработка выполнена с помощью программ Microsoft Excel.

Результаты. Больные, поступившие в стационар, были направлены со следующими диагнозами: ОРВИ (28%), сибирский клещевой тиф (СКТ) (21,6%), ветряная оспа (20%), корь (11,2%), иерсиниозы (5,6%), аллергический дерматит (4%), энтеровирусная инфекция (2,4%), острый тонзиллит (3,2%) и по 1 пациенту с диагнозом опоясывающий герпес, лихорадка Денге, острый гастроэнтерит, инфекционный мононуклеоз (ИМ), лихорадка неясного генеза (ЛНГ).

В процессе обследования наибольшая частота расхождений диагнозов наблюдалась в группе больных с ОРВИ (в

72%). Пациенты данной группы были выписаны с клинико-лабораторными диагнозами: энтеровирусная инфекция (22,9%), иерсиниозы (20%), СКТ (8,6%), ветряная оспа (2,9%) и по 1 пациенту с диагнозами: ВИЧ-инфекция, корь, грипп, риновирусная инфекция. Появления экзантемы у пациентов с катарально-респираторным синдромом (грипп, риновирусная инфекция, ОРВИ неуточненные (28%)) имело свое объяснение в развитии аллергической реакции на прием лекарственных препаратов с предшествующими эпизодами аллергии в анамнезе жизни на лекарства и пищевые продукты. Практически у всех пациентов с диагнозом при направлении СКТ (96,3%) данный диагноз был подтвержден, только в 1 случае была установлена реакция на укусы клеща. В постановке диагноза имело значение указание на факт присасывания клеща (в 70% случаев) и наличие первичного аффекта. Не претерпел изменений и диагноз ветряной оспы, только в 1 случае была диагностирована многоформная экссудативная эритема. В 50% случаев имела место гипердиагностика кори, в этой группе установлены диагнозы: ОРВИ (28,6%), ветряная оспа (14,3%), тонзиллит (7,1%). В группе иерсиниозов преобладал псевдотуберкулез (57,1%), кишечный иерсиниоз (14,3%) и в достаточно большом проценте случаев пациенты выписаны с аллергическим дерматитом (28,6%). У 75% больных, поступивших с диагнозом острый тонзиллит, диагностирован инфекционный мононуклеоз с классическими симптомами болезни (лихорадка, распространенный лимфаденит, гепатомегалия) и экзантемой макуло-папулезного характера. Диагнозы опоясывающий герпес и лихорадка Денге были подтверждены лабораторно. У пациента с диагнозом ЛНГ установлен СКТ.

Заключение. Структура инфекционных заболеваний с экзантемами характеризуется многообразием нозологий, что определяет широкий спектр дифференциальной диагностики и необходимость знания основ классических инфекционных заболеваний врачами терапевтического профиля.

*Мельникова А.И.¹, Фёдоров И.Г.^{2,3}, Седова Г.А.³,
Яворовая А.Д.², Левина О.Н.⁴, Ильченко Л.Ю.²,
Никитин И.Г.²*

ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ РЕЦИДИВ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У РЕЦИПИЕНТА С НСV-АССОЦИИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

¹*Клиническая больница №85 ФМБА России*

²*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

³*Городская клиническая больница им. В.М. Буянова*

⁴*Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина
Москва, Россия*

После ортотопической трансплантации печени (ОТП) наиболее высокая частота рецидива гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) наблюдается у пациентов с НСV-ассоциированным циррозом печени (ЦП) и составляет 16,2% (G.H. Vardhan, 2025).

Цель: представить клинический случай рецидива ГЦК после ОТП у пациента Д., 50 лет. От пациента получено информированное согласие на публикацию тезисов.

В 2010 г. диагностирован хронический гепатит С (ХГС), противовирусная терапия (ПВТ) не проводилась. В 2012 г.

установлен ЦП, в последующие годы пациент неоднократно проходил лечение в стационарах г. Москвы по поводу декомпенсации ЦП (печеночной энцефалопатии, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП), лигирования ВРВП в 2014 г.). В 2018 г. проведена ПВТ (софосбувир + ледипасвир), достигнут устойчивый вирусологический и биохимический ответ, сохраняющийся весь период наблюдения. Но наряду с этим оставалась стойкая двуххростковая цитопения (тромбоциты $29-77 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты — $1,5-4,0 \times 10^9/\text{л}$). В 2021 г. во время плановой госпитализации, по данным УЗИ и МРТ органов брюшной полости (ОБП) с гадооксетовой кислотой (ГК), определено образование в IV-VII сегментах (до 33 мм). Уровень альфа-фетопротеина (АФП) составил 241 МЕ/мл. Диагностирована ГЦК на фоне HCV-ассоциированного ЦП. В 2022 г. пациенту выполнена ОТ трупной печени в ММНКЦ им. С.П. Боткина с последующим назначением иммуносупрессивной терапии. Морфологическая картина удаленной опухоли соответствовала ГЦК псевдожелезистого и солидного строения, Grade 2, диаметром 3,5 см, без признаков лимфоваскулярной инвазии, pT1b. С сентября 2024 г. отмечено нарастание содержания АФП до 3294 МЕ/мл. По данным КТ и МРТ (сентябрь – октябрь 2024 г.) в правой доле печени выявлено образование малых размеров с нечетким контуром, а вдоль восходящего отдела ободочной кишки визуализировались узловатые образования до 12×10 мм с накоплением ГК. При ПЭТ/КТ (декабрь 2025 г.) обнаружены множественные мелкие очаговые образования париетальной брюшины и подпеченочного пространства с высокой метаболической активностью 18F-фтордезоксиглюкозы. Биопсия печени не выполнялась. С 18.12.2024 начата терапия сорафенибом (400 мг 2 раза/сут). В связи с развитием 12.10.2025 острого инфаркта миокарда проведена транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий. Учитывая прогрессирование онкопроцесса (АФП — 4389 МЕ/мл), потребовалась замена препарата на ленаватиниб (12 мг/сут). Состояние пациента расценивается как удовлетворительное. Клинический анализ крови: гемоглобин — 122 г/л, тромбоциты — $79 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты — $3,69 \times 10^9/\text{л}$; функциональные пробы печени в норме; АФП — 1000 МЕ/мл. По данным КТ ОБП - разнонаправленная динамика по величине и количеству образований.

Заключение: для прецизионной оценки риска рецидива ГЦК после ОТП следует учитывать этиологию ЦП и уровень АФП, определяемого на предоперационном этапе. Мультидисциплинарной командой врачей продолжено динамическое наблюдение за пациентом.

Миноранская Н.С.¹, Черных В.И.^{1,2}, Алимов А.Д.², Петров И.Ю.²

К АНАЛИЗУ ЛЕТАЛЬНОСТИ КЛЕЩЕВОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

²Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича г. Красноярск, Россия

Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ) — потенциально летальное инфекционное заболевание, природные очаги которого распространены на большей части РФ. Красноярский край - крупнейший активный очаг клещевых инфек-

ций. В 2024 г. показатель заболеваемости КВЭ в крае занял первое место среди субъектов РФ, и составил 10,4 случаев на 100 тыс. нас., превышая таковой в 9,5 раз в среднем по стране. Летальный исход в крае регистрировался у 8 пациентов, тогда как в РФ наблюдался 41 летальный исход; каждый пятый случай летального исхода в стране приходился на Красноярский край. По предварительным итогам в 2025 г. показатель заболеваемости КВЭ в крае составил 9,4 на 100 тыс. населения.

В 2025 г. в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии инфекционного стационара КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича зарегистрировано 4 летальных исхода: 1 женщина 57 лет и трое мужчин в возрасте 62, 71, 80 лет, поступившие в эпидемический сезон по клещевым инфекциям. Во всех случаях отмечался факт присасывания клеща, однако клещ не был обследован методом ПЦР на предмет выявления возбудителей клещевых инфекций. Преморбидный фон характеризовался хронической патологией сердечно-сосудистой системы, хронической ишемией головного мозга с когнитивными дисфункциями.

Инкубационный период составил 3-4 дня. Обращение за медицинской помощью было своевременным в течение первых суток заболевания. Инфекционный процесс характеризовался выраженной интоксикацией с быстрым нарастанием менингеальных и очаговых знаков. Неврологические проявления соответствовали энцефалитической форме с глубоким тетрапарезом в 1 случае, и менингоэнцефалитической форме с общемозговой и стволовой симптоматикой, гемипарезами у остальных пациентов.

Диагноз был подтвержден выявлением специфических антител класса IgM к ВКЭ в диагностически значимом титре, а также обнаружением РНК ВКЭ в ликворе в 2 случаях. Поскольку в момент поступления на основании клинико-эпидемиологических сведений диагноз КВЭ не вызывал сомнений, этиотропная терапия сразу была начата интерферонами альфа-2β. Также проводилась патогенетическая терапия. Однако, несмотря на проводимую этиопатогенетическую интенсивную терапию, инфекционный процесс закончился летально.

Летальный исход в данных случаях обусловлен стремительно развивающимся вследствие короткого инкубационного периода невральным заносом инфекции, сопровождающимся поражением вещества головного мозга, следствием которого является очаговая форма заболевания. Это объясняется отсутствием плановой вакцинопрофилактики и экстренной серопротекции после присасывания клеща во всех случаях, пожилым и старческим возрастом больных, когда иммунореактивные механизмы несостоятельны, а также неблагоприятным преморбидным фоном. Своевременное включение интерферона альфа-2β в схему этиотропной терапии не имело значимого эффекта.

Очаговые формы КВЭ, приводящие к летальному исходу, после проведения плановой вакцинопрофилактики заболевания развиваются крайне редко. Поэтому вакцинация против КВЭ является основным эффективным методом профилактики заболевания.

Миноранская Н.С.¹, Черных В.И.^{1,2},
Андропова Н.В.^{1,2}, Масленникова Н.А.^{1,2}

РАННИЙ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

²Красноярская межрайонная клиническая больница
скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича
г. Красноярск, Россия

Острое течение нейроборрелиоза возможно как с поражением ЦНС в виде серозного менингита, менингоэнцефалита, синдрома Баннварта, моно- или олигопарезами ЧМН, так и с поражением ПНС с развитием моно- и олигоневритов периферических. Однако, не всегда следует учитывать сезонность заболевания, что демонстрирует нижеприведенный клинический случай.

Пациентка Д., 47 лет, волонтер в приюте для собак, 07.12.2025 г. обнаружила присосавшегося клеща в области волосистой части головы. В приюте раскладывала сено для подстилок, где и произошло инфицирование. Клеща не обследовала; незамедлительно был начат прием йодофеназола по схеме для профилактики КВЭ и доксициклина в течение 5 дней для экстренной антибиотикопрофилактики болезни Лайма.

Через 16 дней от момента присасывания клеща отметила чувство онемения лица, онемения левых конечностей, судорожную готовность в нижних конечностях. Интоксикации с лихорадкой за весь период болезни не наблюдалось.

Обратилась амбулаторно к неврологу, нейрохирургу. После осмотра ошибочно был диагностирован остеохондроз шейного отдела позвоночника, МРТ-признаки нормотензивной гидроцефалии. Были назначены НПВС, толперизон, витамины группы В. Однако, положительного терапевтического эффекта не наблюдалось.

Была обследована на группу клещевых инфекций. При первом обследовании обнаружены специфические антитела класса IgM к ВКЭ в отсутствии IgG, однако уже через 3 недели специфические IgM к ВКЭ показали отрицательный результат, а специфические иммуноглобулины класса IgG определялись в малом титре – 1:40. Вероятно, результаты первого обследования следует считать ложноположительными ввиду отсутствия патогномичной клинической симптоматики, а именно, интоксикации, отсутствия очаговых симптомов поражения ЦНС. При Дальнейших обследованиях специфических антител к ВКЭ не наблюдалось.

Госпитализирована в инфекционный стационар КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярск через 2,5 месяца от момента присасывания клеща. В сыворотке крови впервые обнаружены иммуноглобулины IgM к *Borrelia burgdorferi sensu lato* при отсутствии IgG, что позволило верифицировать боррелиозную этиологию неврологической симптоматики. Клинические проявления раннего нейроборрелиоза протекали с выраженным астеновегетативным синдромом. с явлениями поражения периферической нервной системы с развитием мононевритов бедренного, плечевого и лицевого нерва слева. После этиопатогенетической терапии с включением цефтриаксона, десенсибилизирующей терапии, НПВС антиоксидантов, антигипоксантов состояние улучшилось; выписана на амбулаторный этап лечения.

Отсутствие в манифестацию заболевания лихорадки, вероятно, связано с иммунодефицитным состоянием. Клиническая картина раннего нейроборрелиоза характеризовалась поражением ПНС. Этиотропная терапия была начата спустя только 2 месяца от начала клинических проявлений, поэтому пациентка пополняет группу риска по хронизации боррелиозной инфекции. Это требует дальнейшего клинко-серологического мониторинга для принятия решения о повторной антибиотикотерапии.

Мирзажонова Д.Б.¹, Ибрагимова Ф.А.²,
Атаходжиева Х.А.¹

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БЕРЕМЕННЫХ С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ

¹Ташкентский государственный медицинский
университет, Ташкент, Республика Узбекистан

²Бухарский государственный медицинский
институт, г. Бухара, Республика Узбекистан

Цель исследования: изучить уровень эндотелина-1 у беременных женщин, заболевших ветряной оспой.

Материал и методы: в 1-й городской инфекционной больнице Ташкент в период 2021–2024 гг. был проведен проспективный когортный анализ 117 беременных женщин с диагнозом ветряной оспы (основная группа) и 106 небеременных женщин с ветряной оспой (сравнительная группа). Средний возраст женщин основной группы составил 25,0±0,47 года, сравнительной группы – 25,4±0,54 года, различий по возрасту между группами не выявлено (P>0,05). Уровень эндотелина-1 определялся методом ИФА. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием медицинского статистического калькулятора (medstatistic.ru/calculators).

Результаты: В основной группе у 82,1% женщин (96) ветряная оспа протекала в средней тяжести, у 17,9% (21) наблюдались тяжелые формы; лёгкое течение у беременных не отмечалось. В сравнительной группе большинство женщин также перенесло болезнь в средней тяжести (97,2%), тяжёлое течение зарегистрировано только у 3 женщин (2,8%).

Риск тяжёлого течения ветряной оспы у беременных оказался в 6 раз выше, чем у небеременных (RR=6,3; 95% CI 1,9–20,7). Чувствительность (Se=0,88) указывает на высокую способность выявлять тяжёлое течение у беременных, а специфичность (Sp=0,52) относительно низкая, что может приводить к ложноположительным результатам.

При анализе показателей коагулограммы у больных основной группы средний уровень фибриногена составил 4,3±0,04 г/л, D-димера – 493,4±21,3 нг/мл, ПТИ – 115,4±13,2%, АЧТВ – 24,3±2,1 с, тромбиновое время (ТВ) – 15,2±0,98 с, антитромбин III – 81,2±2,2%. В сравнительной группе средние значения были следующими: фибриноген – 3,65±0,07 г/л, D-димер – 355,8±18,9 нг/мл, ПТИ – 95,7±11,6%, АЧТВ – 26,5±2,6 с, ТВ – 15,5±0,72 с, антитромбин III – 85,4±2,3%. Статистический анализ показал, что у беременных женщин значения фибриногена (P<0,001), D-димера (P<0,001) и ПТИ (P<0,05) были достоверно выше по сравнению со сравнительной группой. Остальные показатели коагулограммы различий между группами не продемонстрировали (P>0,05).

Средний уровень эндотелина-1 у женщин основной группы составил 26,3±1,44 нг/мл; у женщин с тяжёлым течением – 32,2±2,3 нг/мл, со средней тяжестью –

20,4±0,58 нг/мл. Уровень эндотелина-1 достоверно зависел от тяжести болезни ($P<0,001$). В сравнительной группе средний уровень эндотелина-1 составил 17,8±1,32 нг/мл; у трёх женщин с тяжёлым течением — 19,7±0,97 нг/мл, со средней тяжестью — 15,9±1,67 нг/мл, то есть у небеременных уровень эндотелина-1 не зависел от тяжести заболевания. У беременных женщин с ветряной оспой уровень эндотелина-1 был достоверно выше, чем у небеременных ($P<0,001$).

Вывод: 1. У беременных женщин с ветряной оспой показатели фибриногена, D-димера и ПТИ достоверно выше, чем у небеременных женщин, что отражает усиленную активацию системы свертывания крови. Остальные показатели коагулограммы не отличаются между группами.

2. Беременность является фактором риска тяжёлого течения ветряной оспы и сопровождается значительным повышением уровня эндотелина-1, отражающим выраженную эндотелиальную дисфункцию по сравнению с небеременными женщинами.

Мирзажонова Д.Б., Имамова И.А.

ЗНАЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ КОРЬ У ВЗРОСЛОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ

Ташкентский государственный медицинский университет

Ташкент, Республика Узбекистан

Корь и на современном этапе способствует появлению периодических эпидемических вспышек, затрагивающих не только детский контингент, но и взрослое население с формированием ряда осложнений, особенно при наличии сопутствующих заболеваний.

Целью работы стало установление выраженности эндотелиальной дисфункции при кори у взрослого контингента больных.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 226 (100%) пациентов выше 18 лет с верифицированным диагнозом корь за 2022 по 2024 гг., находившихся на стационарном лечении в отделении инфекционных болезней многопрофильной клиники Ташкентского государственного медицинского университета. Уровень цитокина, белка VEGFA в сыворотке крови, взятой натощак, определяли с помощью мультиплексного иммуноферментного анализа - ИФА на базе платформ xMap/Luminex с использованием набора реагентов «Вектор-Бест». Референсное значение уровня белка VEGFA соответствовало 126,30±17,9 пг/мл.

Результаты и обсуждение. Из осложнений у 226 (100%) взрослых больных с корью, чаще всего зарегистрировано поражение нижних дыхательных путей по типу пневмонии (69/30,5%), подтвержденной инструментальными методами исследования, из которых у двоих летальный исход. При установлении уровня белка VEGFA в качестве маркера эндотелиальной дисфункции выявлено, что при среднетяжелой форме кори ($n=147$) у обследованных нами больных при поступлении его средний уровень составил 292,3±23,2 пг/мл, что превышало показатели нормативных значений в 2,3 раза ($p<0,01$), со снижением в динамике до 187,5±17,2 пг/мл ($p<0,05$).

При тяжелой форме кори, сопровождающейся у пациентов пневмонией ($n=79$), средний уровень белка VEGFA при поступлении был достоверно выше, чем при среднетя-

желой форме кори, и составил 392,3±31,6 пг/мл, что превышало показатели нормативных значений в 3 и более раза ($p<0,05$), и имел тенденцию нарастания в динамике до 431,6±36,5 пг/мл.

Средний уровень С-реактивного белка при тяжелой форме кори составил 65,3±2,8 мг/л и был достоверно выше, чем при среднетяжелой форме — 49,6±3,1 мг/л. Средний уровень ИЛ-1 при тяжелой форме кори составил 45,8±2,3 пг/мл и был достоверно выше, чем при среднетяжелой форме — 29,2±4,3 мг/л. На фоне высоких цифр С-реактивного пептида и наивысших показателей белка VEGFA у 32 (40,5%) больных с тяжелой формой кори ($n=79$) уровень прокальцитонина был повышен, составив в среднем 0,4±0,03 нг/мл.

У пациентов с тяжелой и со среднетяжелой формой заболевания выявлена прямая, статистически достоверная ($p<0,05$), по шкале Чеддока - функциональная корреляционная связь уровня белка VEGFA с провоспалительным цитокином ИЛ-1, с С-реактивным белком и уровнем прокальцитонина.

Выводы. Установлено, что повышенный уровень провоспалительного цитокина — интерлейкина-1 у больных с тяжелой формой кори является одним из патогенетических звеньев поражения эндотелия сосудов, которые подтверждались высокими уровнями С-реактивного белка и VEGFA. Это может являться одним из триггеров формирования пневмонии у данной категории больных, которая у 40,5% была бактериальной этиологии.

Мирзажонова Д.Б., Махамаджонов И.А., Акбаров Н.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Ташкентский государственный медицинский университет

Ташкент, Республика Узбекистан

Лимфотропные свойства вируса кори у заболевших проявляются увеличением лимфатических узлов и особенно повреждением иммунокомпетентных клеток с развитием иммунодефицита, который предрасполагает к возникновению бактериальных осложнений, особенно при наличии сопутствующих заболеваний.

Целью работы изучить клинико-иммунологические особенности коревой инфекции у взрослых.

Материалы и методы. Под наблюдением с 2022 по 2023 гг. было 108 (100%) пациентов в возрасте выше 18 лет с диагнозом корь, находившихся на стационарном лечении в отделении инфекционных болезней клиники Ташкентского государственного медицинского университета. В структуре заболевших женщины составляют 68 (62,8%), а мужчины — 40 (37,2%). В динамике определяли уровень цитокинов - интерлейкин-10 (IL-10) и IL-13 в сыворотке крови с помощью ИФА. Референсное значение уровня интерлейкина-10 составило от 1 до 10 пг/мл и интерлейкина-13 от 5 до 15 пг/мл.

Результаты и обсуждение. Пациенты, находившиеся под наблюдением, были разделены по клиническому течению кори на следующие группы: 36 (33,3%) больных с легким течением, 45 (41,7%) больных со среднетяжелым и 27 (25,0%) больных с тяжелым течением кори. По результатам анализов средний уровень интерлейкина-10 и интерлейкина-13 соответствовало тяжести течения болезни. У 27

(25,0%) взрослых больных с тяжелой формой кори установлено осложнение в виде пневмонии.

У 27 (25,0%) пациентов с тяжелой формой кори и с пневмонией средние уровни интерлейкина-10 ($125,0 \pm 0,20$) пг/мл и интерлейкина-13 ($44,0 \pm 0,60$ пг/мл) в разгаре болезни были достоверно выше, чем при поступлении (IL-10- $25,0 \pm 0,50$ пг/мл) и (IL-13- $12,0 \pm 0,30$ пг/мл) ($p < 0,05$). То есть в разгаре заболевания средние показатели интерлейкинов 10 и 13 превысили в 5,0 раз и 3,7 раза соответственно по сравнению с началом болезни ($p < 0,05$).

У 45 (41,7%) пациентов со среднетяжелой формой кори в разгаре болезни средний уровень интерлейкина-10 составил $65,0 \pm 0,80$ пг/мл и интерлейкина-13 - $30,0 \pm 0,40$ пг/мл, что также было достоверно выше относительно данных при поступлении ($p < 0,05$).

У 36 (33,3%) больных с легким течением кори средний уровень интерлейкина-10 составил $20,0 \pm 0,20$ пг/мл и интерлейкина-13 - $15,0 \pm 0,25$ пг/мл, что было достоверно выше показателей нормативных значений IL-10 в 2 раза ($p < 0,05$), а показатель IL-13 особенно не отличался ($p > 0,05$).

Таким образом нами выявлена взаимосвязь клинического течения кори с тяжелой и со среднетяжелой формой с уровнями цитокинов, показатели которых при поступлении в стационар и в разгаре болезни достоверно отличались ($p < 0,05$). Из этого следует, что в разгаре болезни у больных с тяжелой формой кори повышение уровней вышеизложенных цитокинов способствует усилению иммуносупрессии, что является пусковым звеном, способствующим риску развития такого осложнения как пневмония.

Выводы: 1. Повышение уровня провоспалительного цитокина у пациентов с корью является одним из патогенетических звеньев, которые определяют риск развития осложнения.

2. Определение у больных с корью провоспалительного цитокина прогнозирует тяжесть течения болезни.

Митряйкина Ю.В., Федорова И.В.

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МИНСКА

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Республика Беларусь

Заболеваемость взрослого населения внебольничными пневмониями (ВП), а также смертность от данной патологии является значимой проблемой для систем здравоохранения по всему миру. ВП имеют как эпидемиологическую, так и социально-экономическую значимость. По данным научных публикаций, заболеваемость ВП в возрастной группе 60 лет и старше составляет от 20 до 44 случаев на 1000 населения в год, летальность регистрируется в пределах 10-33%.

Цель исследования — изучить возрастную структуру заболеваемости ВП среди взрослого населения г. Минска.

Материалы и методы исследования. Материалами для исследования послужили данные из автоматизированной информационно-аналитической системы «Клиника» о пациентах, госпитализированных в пульмонологическое отделение УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е. В. Клумова» г. Минска. Возрастная структура заболеваемости ВП анализировалась за 12 лет с 2014 г. по 2025 г., раз-

мер выборочной совокупности составил 6319 пациентов. Сравнение экстенсивных показателей удельного веса заболеваемости ВП в возрастных группах 17–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84, 85 лет и старше проводили путем сравнения их доверительных интервалов (ДИ), рассчитанных методом Уилсона без поправки на непрерывность. Статистический анализ полученных данных проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0.

Результаты исследования. За изучаемый период времени (12 лет) в пульмонологическое отделение с диагнозом «внебольничная пневмония» госпитализировались пациенты в возрасте от 17 лет до 101 года. Среди пациентов не выявлено гендерных различий, при этом доля мужчин составила 51,4%, женщин — 48,6% ($p > 0,05$). Максимальная доля заболевших приходилась на возрастные группы 55–64 (19,5%, ДИ 18,6–20,5), 65–74 (19,3%, ДИ 18,4–20,3) и 75–84 лет (17,7%, ДИ 16,8–17,7). Удельный вес заболевших в возрасте 35–44 лет и 45–54 лет был ниже и достоверно отличался от такового показателя в более старших возрастных группах, при этом экстенсивный показатель составил 11,1% (ДИ 10,3–11,9) и 13,1% (ДИ 12,3–14,0) соответственно. Лица в возрасте 17–24 лет и 25–34 лет в эпидемический процесс ВП вовлекались в меньшей степени, доля заболевших составила 4,8% (ДИ 4,3–5,4) и 9,2% (ДИ 8,6–10,0) соответственно. Кроме того, минимальный экстенсивный показатель удельного веса заболевших ВП установлен в возрастной группе 85 лет и старше — 5,1% (ДИ 4,6–5,6).

Длительность стационарного лечения у пациентов различных возрастных групп также отличалась. Наибольшие показатели отмечались среди лиц от 45 до 54 лет (средний койко-день 16,2), что на 36,1% превышает аналогичный показатель для пациентов группы от 17 до 24 лет (средний койко-день 11,9) и на 21,8% выше, чем в возрастной группе 25–34 лет (средний койко-день 13,3). Пациенты в возрастных группах 55–64 и 65–74 лет также отличались длительным периодом стационарного лечения пневмонии, средний койко-день составил 15,4 и 15,8 соответственно.

Бремя внебольничных пневмоний среди взрослого населения показывает важность изучения механизма развития и особенностей проявлений их эпидемического процесса и внедрения новых эффективных мер профилактики ВП среди взрослых, относящихся к группам риска.

*Михайлова Н.Р.^{1,2}, Калинина Т.Н.¹,
Фатхутдинова Ю.М.², Нуриахметова О.В.¹*

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ КРИПТОКОККОЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ: СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ

¹ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Оренбург, Россия

²ГБУЗ «Оренбургский областной клинический медицинский фтизиопульмонологический центр», г. Оренбург, Россия

В нашей практике наблюдался случай туберкулеза легких и криптококкоза с поражением легких и генерализацией, при котором постановка диагноза вызвала значительные трудности. В марте 2024 г. в ООКМФПЦ госпи-

тализирована пациентка, 28 лет, с жалобами на кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку при физической нагрузке, боль в левой половине грудной клетки. В течение 3 месяцев снижение веса на 7 кг. Самостоятельно принимала антибиотики, с ухудшением состояния. Злоупотребляла алкоголем, инъекционными наркотиками. В феврале 2024 г. доставлена в наркологический диспансер с абстинентным синдромом. Рентгенологически и клинически выявлена внебольничная левосторонняя верхнедолевая деструктивная пневмония, направлена в пульмонологическое отделение. На фоне антибиотикотерапии контроль МСКТ - изменения в легких без динамики. Консультирована фтизиатром, госпитализирована с подозрением на туберкулез легких. В анамнезе сожитель болен туберкулезом. ВИЧ-инфекция выявлена в 2020 г., в центре СПИД не наблюдалась. В филиале ООКПТ установлен диагноз инфильтративного туберкулеза S4 левого легкого в фазе распада и обсеменения. При многократных исследованиях мокроты микроскопически микобактерии туберкулеза не обнаружены, ДНК МБТ методом ПЦР не выявлена. Назначена противотуберкулезная терапия по 1-му режиму. Уровень СД4 61 кл/мкл. РНК ВИЧ-40430 копий/мл. Назначение АРВТ планировалось через 2 недели после начала противотуберкулезной терапии. С 12.04.2024 присоединилась сильная головная боль, выявлены положительные менингеальные симптомы. В ликворе лимфоцитарный плеоцитоз и повышение белка, методом ПЦР обнаружена ДНК криптококка. Получала противотуберкулезную, противогрибковую терапию. Состояние больной прогрессивно ухудшалось, 01.05.2024 г. наступила смерть. Клинический диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний IV-B, фаза прогрессирования на фоне отсутствия АРВТ. Тяжелая иммуносупрессия. Снижение веса более 10%. ВИЧ-ассоциированное поражение головного мозга. Криптококковый менингоэнцефалит. Инфильтративный туберкулез S4 левого легкого, фаза распада. МБТ (-). ПЦР (-). Орофарингомикоз. Энцефалопатия сложного генеза (посттравматическая, токсическая, ВИЧ-ассоциированная). При патологоанатомическом исследовании выявлен генерализованный криптококкоз с поражением легких (милиарный легочный криптококкоз), мозга (криптококковый менингоэнцефалит), надпочечника (криптококковый адреналит), селезенки, печени (криптококковый гепатит). Подтвержден патоморфологически, гистологически инфильтративный туберкулез S4 левого легкого в фазе прогрессирования с формированием острой полости распада. Причиной смерти послужил нарастающий отек мозга с дислокацией ствола мозга в большое затылочное отверстие. Описанный клинический пример демонстрирует сложность диагностики криптококкоза легких, так как симптомы болезни имеют неспецифический характер, а у выявляемых при рентгенологическом исследовании изменений много общего с картиной, наблюдающейся при туберкулезном поражении. На фоне иммуносупрессии криптококковая инфекция приобрела генерализованное течение, что, в сочетании с активной туберкулезной инфекцией, в отсутствие АРВТ определило неблагоприятный прогноз.

Москалева Т.Н.¹, Тураева Н.В.¹, Цвиркун О.В.¹, Антипят Н.А.², Абрамова Е.Н.²

ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА «КОРЬ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹ФБУН «МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора России

²ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 Департамента здравоохранения города Москвы» Москва, Россия

Цель исследования – определить возможности ранней диагностики кори на амбулаторном этапе.

Пациенты и методы. Анализ 2517 случаев кори у больных (1164 детей и 1353 взрослых вплоть до 78 лет), госпитализированных в ИКБ №1 ДЗМ в 2023–2026 гг., показал, что подавляющее большинство пациентов всех возрастных групп перенесли заболевание в типичной среднетяжелой форме с сохранением всей симптоматики. Ретроспективный анализ историй болезни показал, что госпитализация больных проводилась поздно, вплоть до 12-го дня болезни и 7-го дня сыпи. В катаральном периоде поступил лишь 1% больных корью; подавляющее большинство пациентов (77,4%) госпитализировано на 2–5-й день от начала высыпания, когда диагноз кори уже не должен вызывать вопросов. В эти сроки заболевания можно легко оценить характер экзантемы и этапность появления сыпи, а также увидеть на слизистой рта типичный для кори симптом Бельского – Филатова – Коплика или его остаточные явления в виде гиперемии и шероховатости слизистых, а также пятнистую экзантему мягкого и твердого неба.

Результаты: Несмотря на характерную клинику, у 37,7% больных корь не была своевременно распознана до госпитализации. Пациенты поступали в стационар с ошибочными диагнозами: ОРВИ, острая кишечная инфекция (ОКИ), пневмония, ветряная оспа и др.

В катаральном периоде диагностика кори действительно весьма затруднительна из-за отсутствия типичных для этой инфекции признаков. Дифференцировать приходится с гриппом, острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), особенно с аденовирусной инфекцией. Нередкий для кори диарейный синдром требует проведения дифференциальной диагностики также и с острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Однако, диагноз вызывал затруднение даже в периоде высыпания и пигментации, что свидетельствует об отсутствии настороженности в отношении этой инфекции у врачей первичного звена. Современные методы диагностики кори, в частности ПЦР, позволяют подтвердить диагноз в первые дни болезни, еще до появления сыпи. Это идеальный инструмент для изоляции больного в тот период, когда он наиболее заразен (за 1–2 дня до симптомов и в первые дни болезни). ИФА (IgM к вирусу кори) позволяет убедительно подтвердить или опровергнуть диагноз на 4–5-й день от начала высыпания.

Заключение: Для улучшения диагностики кори необходимо: 1. Поддерживать внимание к коревой инфекции у врачей разных специальностей путем проведения семинаров, конференций, издания специальной литературы. 2. Шире использовать ПЦР-диагностику кори на ранних сроках заболевания. 3. Активно выявлять случаи кори среди экзантемных заболеваний и проводить их лабораторное подтверждение.

Мунина Д.М.¹, Вознесенский С.А.¹, Ермак Т.Н.²,
Кожевникова Г.М.¹

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы
народов имени Патриса Лумумбы»

²ФГБУ ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора
Москва, Россия

Грибковые инфекции остаются одной из ведущих причин заболеваемости у пациентов с ВИЧ-инфекцией, особенно на фоне снижения количества CD4+ Т-лимфоцитов. При иммунодефиците возрастает риск развития как поверхностных, так и инвазивных микозов, которые нередко определяют тяжесть состояния пациента и прогноз заболевания.

Цель исследования: оценить структуру и частоту выявления возбудителей грибковых инфекций у пациентов с ВИЧ-инфекцией на современном этапе эпидемии.

Материалы и методы: В исследование включено 1490 пациентов. Все пациенты находились на стационарном лечении, преобладала стадия 4В – 1389 человек (93,2%). Среднее число CD4+ Т-лимфоцитов составило 125 кл/мкл. Средняя вирусной нагрузки (количество РНК ВИЧ) составляла 823809 коп/мл. Для диагностики грибковых инфекций использовали культуральные и молекулярно-биологические методы.

Результаты: Грибковые поражения выявлены у 1014 пациентов (68%). В структуре микозов преобладал кандидоз ротоглотки – 706 случаев (69,6%), далее следовали микоз пищевода – 139 (13,7%), поражение легких и бронхов – 121 (11,9%). Криптококковый менингоэнцефалит диагностирован у 22 пациентов (2,2%). У 20 (1,97%) больных была выявлена инфекция мочевыводящих путей, ассоциированная с грибковой флорой. У 6 пациентов отмечалось поражение кишечника (0,59%). Кандидемия была выявлена у 4-х пациентов (0,4%). При посеве бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) был выявлен рост грибов рода *Candida spp.* (вид не идентифицирован) у 10 (3,3%) пациентов: *Candida albicans* у 6 (1,95%), *Candida glabrata* у 2 (0,65%), рост *Candida krusei* у 1 (0,33%). В посеве мочи преобладал рост *Candida glabrata* (2,9%), на 2-м месте – сочетание *Candida albicans* и *Candida glabrata* (1,95%). Реже регистрировали рост *Candida albicans* (0,65%), *Candida tropicalis* (0,65%) и *Candida krusei* (0,33%). При проведении ПЦР исследования БАЛ удалось обнаружить следующих представителей грибковой флоры: *Candida albicans* была обнаружена у 13 (4,22%) пациентов, *Candida glabrata* – у 7 (2,27%), *Candida krusei* – у 3 (0,97%), *Candida spp.* (вид не идентифицирован) – у 3 (0,97%), *Cryptococcus neoformans* – у 1 (0,33%) пациента, *Cryptococcus laurentii* – у 1 (0,33%).

Выводы: В структуре микозов преобладают кандидозы, преимущественно орофарингеальной локализации (69,6%), с последующим вовлечением пищевода (13,7%) и дыхательных путей (11,9%). Наиболее часто выявляемыми возбудителями являются грибы рода *Candida*, включая *C. albicans* и другие виды (*C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis*), что имеет важное значение для выбора противогрибковой терапии. Выявление *Cryptococcus neoformans* у пациентов с менингоэнцефалитом подчеркивает значимость инвазивных микозов при ВИЧ-инфекции и необходимость их своевременной диагностики.

Мясникова Е.Р.¹, Калинина Т.Н.², Михайлова Н.Р.²,
Нуриахметова О.В.²

СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

¹ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая
инфекционная больница»,

г. Оренбург, Россия

²ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
медицинский университет»

Минздрава России, г. Оренбург, Россия

В настоящее время в Россию регистрируется завоз преимущественно тропической малярии из стран Африки и Юго-Восточной Азии. Представлен клинический случай тропической малярии тяжелой степени с осложнениями, с рецидивировавшим течением. Пациент 48 лет, прибыл из страны Центральной Африки 02.02.2025 г., заболел 04.02. - лихорадка до 37,8°C со снижением в течение суток до 36,6°C, 06-07.02 самочувствие лучше, не лихорадил, 08-09.02 лихорадка 40°C с ознобом, олигурия, рвота, в стуле примесь крови. Самостоятельно выполнил экспресс-тест на малярию, результат положительный, начал принимать имеющийся препарат малакур (дигидроартемезинин и пиперагина фосфат). При поступлении в ООКИБ 10.02.25г. лихорадка 38,8°C, повторная рвота, олигурия, жидкий стул с примесью крови, гепатоспленомегалия, иктеричность кожи, Herpes labialis, ЧСС 112 в мин., АД 96/65 мм рт. ст., боль в эпигастрии, моча цвета мясных помоев. Ранее в страны Африки выезжал в 2022, 2024 гг. В 2022 г. через 2 недели после прибытия отмечалась высокая лихорадка, слабость, рвота, желтуха, обратился в местную больницу, установлен диагноз малярии, назначен препарат хинина, но без эффекта, смена на препарат, содержащий пириметамин и сульфадоксин, но самочувствие резко ухудшилось, усилилась рвота, что было расценено как непереносимость препарата; положительная динамика на фоне лечения артеметером, выписан в удовлетворительном состоянии, но без контрольного паразитоскопического исследования. Повторно аналогичные приступы возникли в июне 2024 г. при новой поездке, повторялись регулярно по август 2024, самостоятельно принимал артеметер без лабораторного контроля эффективности. Результаты исследований в ООКИБ: умеренная анемия (Hb 107 г), тромбоцитопения 41X10⁹/л, общий белок 52-55 г/л, общий билирубин 48 мкмоль/л, АЛТ 92 МЕ/л, СРБ 194 мг/л, креатинин 338 мкмоль/л, мочевины 33,6 ммоль/л. Д-димер более 3000 нг/мл. В моче макрогематурия, в кале примесь крови. УЗИ: гепатоспленомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, почек. Данных за геморрой нет. Паразитоскопия: 10.02 в мазке крови Pl. Falciparum в большом количестве, кольцевидные трофозоиты; от 11.02 интенсивная паразитемия Pl. Falciparum 50 000 в 1 мкл крови. 13.02 и 14.02 в мазках крови (контроль) Pl. Falciparum не обнаружен. При проведении терапии по артемизининкомбинированной схеме в сочетании с доксисакином отчетливое улучшение: на 7-й день лечения самочувствие удовлетворительное, не лихорадит, диурез восстановился, стул нормализовался, без примесей; легкая анемия, уровень тромбоцитов – 385X10⁹/л, креатинин 115 мкмоль/л, мочевины 8,4 ммоль/л, СРБ 12 мг/л. В удовлетворительном состоянии выписан в КИЗ поликлиники с рекомендацией провести курс радикальной терапии примахином. Особенность случая: тяжелое течение тропиче-

ской малярии на фоне возможной реинвазии, с развитием поздних рецидивов на фоне проводимой терапии противомалярийными препаратами без контроля эффективности лечения в анамнезе. Настоящий случай характеризовался развитием острой почечной недостаточности, выраженной тромбоцитопенией с развитием клинических проявлений. Анамнестически терапия осложнялась резистентностью Pl. Falciparum к хинину, непереносимостью пириметамина и сульфадоксина, что не позволяло использовать эти препараты. Комбинированная терапия с применением артемизинина способствовала прекращению паразитемии и выздоровлению пациента.

Набиева У.П., Отабоева Ш.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

*Институт иммунологии и геномики человека
Академии наук Республики Узбекистан, Ташкент,
Республика Узбекистан
Ташкентский государственный медицинский
университет, Ташкент, Республика Узбекистан*

Введение. Известно, что течение пиелонефрита у детей не ограничивается только локальным воспалением в мочевой системе, а сопровождается системной иммуновоспалительной реакцией различной степени выраженности. При этом характер иммунного ответа определяется не только вирулентностью инфекционного агента и состоянием мочевыводящих путей, но и особенностями иммунореактивности ребёнка, формирующимися в первые месяцы и годы жизни. В этом отношении особый интерес представляет изучение цитокиновых механизмов, регулирующих соотношение провоспалительных и барьерно-протективных звеньев иммунитета. Интерлейкины ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-17А и ИЛ-22 отражают различные стороны воспалительной реакции: от ранней системной активации и нейтрофильного ответа до Th17-опосредованного воспаления и поддержания эпителиального барьера. Их комплексная оценка позволяет глубже понять патогенетические механизмы течения пиелонефрита у детей раннего возраста. Целью данного исследования является определение уровня цитокинов, влияющих на функционирование микробиоты кишечника, у детей раннего возраста с острым пиелонефритом при различных типах вскармливания.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 детей в возрасте от 3х месяцев до 3х лет с острым пиелонефритом, которые проходили стационарное лечение в период с 2024 по 2026 гг. в отделении детской нефрологии клиники Ташкентского государственного медицинского университета. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от вида вскармливания (естественное и искусственное). Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей того же возраста и пола, наблюдавшихся по программе профилактической диспансеризации. В сыворотке крови участников исследования методом иммуноферментного анализа был определен уровень интерлейкина-6 и интерлейкина-22.

Результаты исследования и обсуждение. Содержание интерлейкина-6 (ИЛ-6) было повышено в обеих группах детей с пиелонефритом по сравнению с контролем. В контрольной группе уровень ИЛ-6 составил $3,1 \pm 1,3$ пг/мл, тог-

да как у детей на естественном вскармливании он достигал $7,1 \pm 0,9$ пг/мл, а у детей на искусственном — $5,6 \pm 1,0$ пг/мл, что соответствовало увеличению в 2,3 и 1,8 раза соответственно. При этом различия между группами естественно-го и искусственного вскармливания оказались статистически недостоверными ($p > 0,05$; $p = 0,278$).

Не менее показательными были результаты определения интерлейкина-22 (ИЛ-22). В контрольной группе его уровень составил $21,6 \pm 3,5$ пг/мл, у детей на естественном вскармливании — $114,9 \pm 11,7$ пг/мл, у детей на искусственном — $91,4 \pm 5,9$ пг/мл. Следовательно, по сравнению с контролем содержание ИЛ-22 увеличивалось в 5,3 и 4,2 раза соответственно. Однако межгрупповые различия между детьми на естественном и искусственном вскармливании не достигли статистической значимости ($p > 0,05$; $p = 0,108$), хотя отмечалась тенденция к более высоким значениям ИЛ-22 у детей, находившихся на естественном вскармливании. Таким образом, по сравнению с контролем содержание ИЛ-22 увеличивалось примерно в 5,3 раза при естественном и в 4,2 раза при искусственном вскармливании.

Таким образом, выявленные разнонаправленные межгрупповые различия, вероятно, отражают неодинаковую функциональную принадлежность исследованных маркеров. Более высокие уровни ИЛ-6 и ИЛ-22 у детей с пиелонефритом, находившихся на естественном вскармливании, могут свидетельствовать о большей сохранности координирующих и барьерно-протективных механизмов иммунного ответа, включая мукозальную защиту и репарацию эпителия. Полученные данные позволяют предположить, что тип вскармливания оказывает влияние не только на интенсивность, но и на качественную направленность иммунного ответа, вероятно, через особенности формирования кишечного микробиоценоза и связанного с ним мукозального иммунитета.

*Назарова А.Н., Павлова Е.Б., Тимченко В.Н.,
Новикова А.Д., Леоничева О.А., Федорова А.В.,
Чернова Т.М., Каплина Т.А., Вишневская Т.В.,
Катаева И.С., Шарова А.А.*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет МЗ РФ
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Корь — острое высококонтагиозное инфекционное заболевание, клинически характеризующееся выраженной лихорадкой, интоксикацией, катаральным синдромом и пятнисто-папулезной сыпью, способное вызывать серьезные осложнения вплоть до летального исхода. Благодаря существующей эффективной вакцинации против кори под эгидой ВОЗ в начале 2000-х гг. стартовала программа элиминации кори. Однако, стратегия увенчалась успехом лишь частично, программа продлена до 2030 г. В Санкт-Петербурге после длительного перерыва, в 2023-2024 гг. у детей зарегистрировано 90 и 367 случаев кори соответственно.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности кори у детей на современном этапе.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт стационарного больного 60 детей больных корью (диа-

гноз подтвержден наличием в крови Ig класса М к вирусу кори), получавших лечение в ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова в 2023–2024 гг.

Результаты. Показано, что среди 60 больных 56 чел. (93,3%) не были вакцинированы от кори согласно Национальному календарю профилактических прививок, 4 ребенка (6,7%) получили только первую дозу вакцины в 12 месяцев. Контакт по кори установлен у 24 пациентов (40,0%): семейный контакт имел место у 11 чел. (18,3%), в школах – 4 чел. (6,7%), в стационарах города – 2 чел. (3,3%). Заболевание у всех детей началось остро с повышения температуры тела, симптомов интоксикации и катаральных явлений. Патогномоничный признак кори в виде пятен Бельского-Филатова-Коплика, классическая пятнисто-папулезная сыпь отмечались у всех детей. В большинстве случаев (98,3%) сыпь появилась на 5-6 день заболевания этапно: в первые сутки – за ушами, на лице, шее до верхней части груди, вторые – на туловище, проксимальных отделах верхних конечностей, 3-4 сутки – распространялась на дистальные отделы рук и нижние конечности. У 1 ребенка (1,7%), получившего иммуноглобулин человека нормальный в качестве экстренной профилактики, первые элементы пятнисто-папулезной сыпи появились на животе, в дальнейшем распространились на туловище и конечности. Пигментация элементов сыпи происходила не ранее 5 дня высыпаний. У большинства детей на основании выраженности лихорадки, симптомов интоксикации и местных проявлений корь расценена как среднетяжелая, 2 ребенка с отягощенным преморбидным фоном перенесли заболевание в тяжелой форме с развитием осложнений со стороны дыхательной системы. Осложнения констатированы у 40 детей (66,7%), большую часть из них составил гнойный конъюнктивит (25 чел. – 41,7%), который протекал легко и не усугубил течение кори. В 15 случаях (25%) наблюдали негладкое течение кори, обусловленное развитием осложнений со стороны бронхолегочной системы, лор-органов, желудочно-кишечного тракта.

Выводы. В современных условиях корь возникает в основном у непривитых детей, в большинстве случаев протекает типично с сохранением патогномоничных симптомов. Осложнение кори констатировано у 66,7% детей, примерно одна треть из них обусловили негладкое течение заболевания.

Новак К.Е., Клыс У.Е., Чурова М.Д.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА И ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДИЛЕММА В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – группа хронических тяжелых инвалидизирующих иммуноопосредованных заболеваний ЖКТ. ВЗК может скрываться под множеством масок, одной из которых являются инфекционные заболевания, что затрудняет своевременную диагностику, приводя к более тяжелому течению, осложнениям, ухудшению прогноза.

Цель. Анализ случаев ВЗК, госпитализированных в инфекционный стационар.

Материалы и методы. В СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С. П. Боткина» в 2024 г. наблюдались 44 пациента с ВЗК (52,3% мужчин и 47,7% женщин,

средний возраст – 38,5±14,7 лет.) Диагноз подтвержден эндоскопически и гистологически.

Результаты. Только 11,36% пациентов были направлены в стационар со специфичным диагнозом ВЗК, остальные были госпитализированы с направительными диагнозами, соответствующими инфекционной патологии: ОГЭК 38,64%, ОЭК 13,64%, ОГЭ 11,36%, ОКИ 2,27%; у 27,7% пациентов в направлении фигурировали сочетанные нозологии (сочетание ОГЭК и ОРВИ или анемии). В приёмном отделении заподозрить ВЗК удалось у 31,82% больных (из них у 20,45% – в качестве сопутствующей патологии). В ходе обследования на отделении впервые в жизни ВЗК был диагностирован у 43,2% (19 человек). Инфекционный фактор был подтвержден у 19 пациентов (43,2%). В структуре выявленных возбудителей ОКИ (n=19) преобладал *Campylobacter* spp. (42,1%). Доля *Salmonella* spp., *Shigella* spp., рота- и норовирусов составила по 10,5%. Микст-инфекция выявлена в 15,8% случаев. В структуре заключительных диагнозов Болезнь Крона установлена у 19 человек – 43,18%, из них дебют заболевания – у 6 (31,58%). Язвенный колит (НЯК) диагностирован у 25 человек – 56,81%, из них дебют – у 13 (52%). Заболевание манифестировало преимущественно в молодом возрасте (18–45 лет), при этом средний возраст дебюта составил 35,4±15 лет. В 21% случаев дебют ВЗК ассоциировался с подтверждённой ОКИ, преимущественно кампилобактериозом.

Выводы. Острый дебют ВЗК сопровождается симптомами, характерными для ОКИ, что является причиной госпитализации в инфекционный стационар. Инфекционный процесс может быть как триггером дебюта ВЗК, так и присоединением кишечной инфекции, что может отягощать текущую атаку, способствуя развитию феномена стероидной резистентности и рефрактерности к специфической терапии, что следует учитывать при лечении данной группы пациентов.

*Нуриахметова О.В.¹, Михайлова Н.Р.¹,
Калинина Т.Н.¹, Мясникова Е.Р.²*

СЛУЧАЙ ЛИСТЕРИОЗНОГО МЕНИНГИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА

*¹ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Оренбург, Россия*

²ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая инфекционная больница», г. Оренбург, Россия

Проблема листериоза вызывает большой интерес, т.к., несмотря на совершенствование методов диагностики, у врачей возникают трудности в его выявлении, частично вызванные недостаточной настороженностью в отношении этого заболевания в связи с многообразием клинических проявлений, связанных с путем передачи возбудителя, реакцией иммунной системы и наличием сопутствующей патологии (онкозаболевания, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, нефрит и т.д.).

Пациент Д., 72 лет, находился на стационарном лечении в ГАУЗ «ООКИБ» с 15.03.2025г. по 03.04.2025г. с диагнозом: Гнойный менингит, вызванный *Listeria monocytogenes* (бак. подтвержденный от 17.03.2025), тяжелой степени тяжести, осложненный ОНГМ. Сопутствующий диагноз: ИБС. ПИКС КАГ (2014 г.). Персистирующая форма фи-

брилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. Хроническая анемия микроцитарная гипохромная сложного генеза, средней степени.

Из анамнеза болезни известно, что заболел остро, когда 12.03.2025г. появилась головная боль, уменьшение интенсивности которой отмечалось после приема НПВС. С 13.03.2025г. к головной боли присоединилась рвота, скудная по количеству, с примесью желчи. А с 14.03.2025 супруга заметила, что у пациента нарушена ориентация в пространстве (путал расположение комнат в квартире), а еще через 3-4 часа стал возбужденным, нарушился продуктивный контакт, не узнавал супругу. Бригадой СМП впервые выявлена лихорадка 38,5С, транспортирован по совокупности симптомов в ГАУЗ «ООКИБ, госпитализирован в ОАРИТ в связи с тяжестью состояния. При осмотре обращает внимание психомоторное возбуждение, хаотичные движения, положительные симптомы Кернига справа, ригидность мышц затылка.

Эпидемиологический анамнез не отягощен. Проведена люмбальная пункция: ликвор мутный, вытекающий под умеренным давлением, цитоз — 2160 клеток, 70% нейтрофилы, белок — 2,7г/л, глюкоза — 1,7ммоль/л. Результат бактериологического исследования: кровь стерильна, в ликворе от 17.03.2025г. высеяны *L. monocytogenes*. КТ головного мозга: данных за ОНМК, объемное образование головного мозга не получено. ДЭП. УЗИ ОБП: признаки образования забрюшинного пространства, аденомы левого надпочечника.

Проведенное лечение: меронем, ванкомицин, флуконазол, цитофлавин, лазикс, магнезия, эноксипарин, диакарб, дигоксин, бисопролол, лизиноприл, мексикор. На фоне терапии состояние улучшилось к 4 суткам: достигнута нормализация температуры тела, купировались головная боль, рвота, сознание оценено как ясное, восстановилась ориентация во времени, месте, переведен в отделение. В последующем выписан в удовлетворительном состоянии.

Листерийный менингит встречается, прежде всего, у лиц со сниженным иммунитетом, часто сопровождается вовлечением вещества и желудочков мозга. Пациенту в данном случае необходимо дальнейшее дообследование для исключения онкозаболевания, учитывая данные УЗИ ОБП. Наличие проявлений поражения ЦНС на фоне интоксикационного синдрома, наличие в анамнезе хронических заболеваний (ВИЧ, онкозаболевания), прием иммуносупрессивной терапии требует исследования СМП, в т.ч. на *L. Monocytogenes*, с определением АБ-чувствительности для своевременного и адекватного лечения и улучшения прогноза болезни.

Оленькова О.М.¹, Ковтун О.П.², Сабитов А.У.²

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ COVID-19 У ДЕТЕЙ ПО СТАРТОВЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ИММУНОГРАММЫ

¹ГАУЗ СО «Клинико-диагностический центр им. Я.Б. Бейкина», г. Екатеринбург, Россия

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Екатеринбург, Россия

У детей после перенесенной инфекции SARS-CoV-2 могут сохраняться симптомы и лабораторные отклонения, объединяемые понятием пост-COVID-19 condition. Для

педиатрической практики особый интерес представляет выделение ранних иммунологических маркеров, позволяющих уже в остром периоде предположить риск последующих неблагоприятных изменений. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, отдельная клиническая дефиниция пост-COVID-19 condition у детей и подростков была сформулирована экспертным консенсусом в 2023 г. Современные обзоры подчеркивают, что у детской популяции сохраняется выраженная гетерогенность клинических и иммунологических проявлений, а число валидированных биомаркеров остается ограниченным.

Цель исследования — выделить наиболее значимые иммунологические показатели, различающиеся в острый и постковидный периоды, и на основании маркеров острого периода построить прогностическую модель неблагоприятного постинфекционного иммунного профиля.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 16 детей в острый период COVID-19 и через 4–4,5 месяца после заболевания. Для 20 парных показателей иммунограммы (TNK, CD19+, CD3+CD4+, NK-клетки, CD3+HLA-DR+, IgA, IgG, IgM, бактерицидная активность лейкоцитов, НСТ стимулированный, НСТ спонтанный, поглотительная активность моноцитов и нейтрофилов, ЦИК, лимфоциты, лейкоциты, моноциты и нейтрофилы) рассчитаны медианы и межквартильные интервалы; сравнение проводили критерием Уилкоксона для связанных выборок. Для прогноза сформирован интегральный постинфекционный индекс на основе пяти маркеров, максимально изменявшихся в динамике, после чего выполнена многофакторная логистическая регрессия.

Результаты. Полученные данные показывают, что спустя 4–4,5 месяца после перенесенной инфекции у детей сохраняются изменения, преимущественно затрагивающие врожденный иммунитет и фагоцитарное звено. Наиболее выраженные изменения в постковидный период касались бактерицидной активности лейкоцитов ($p=0,023$), поглотительной активности моноцитов ($p=0,026$) и нейтрофилов ($p=0,044$), а также уровней моноцитов и нейтрофилов ($p<0,05$). Показатели TNK ($p=0,058$) и общего числа лейкоцитов ($p=0,065$) демонстрировали пограничную значимость. В многофакторной модели наилучшие характеристики показала комбинация Т-хелперов (CD3+CD4+) и IgM в острый период COVID-19, обеспечивающая лучшую дискриминацию неблагоприятного постинфекционного профиля по сравнению с использованием отдельных маркеров. С клинической точки зрения это указывает на значимость раннего взаимодействия клеточного и гуморального звеньев иммунного ответа. Итоговое уравнение имело вид: $\text{logit}(p) = 0,661 + 2,429 \times Z(\text{CD4}) + 1,422 \times Z(\text{IgM})$, где $Z(x) = (x - \mu) / \sigma$, $p = 1 / (1 + e^{-\text{logit}(p)})$. Соответственно, интегральный прогностический индекс (IPI) может быть записан как: $\text{IPI} = 2,429 \times Z(\text{CD4}) + 1,422 \times Z(\text{IgM}) + 0,661$. Вероятность неблагоприятного профиля считается повышенной при $p \geq 0,58$, что эквивалентно $\text{IPI} \geq 0,231$. AUC модели составила 0,891, при внутренней проверке leave-one-out — 0,750.

Заключение. Постковидные иммунологические изменения у детей в исследуемой выборке были преимущественно связаны с врожденным иммунитетом и фагоцитарным звеном. Прогностически наиболее информативной оказалась комбинация CD4 и IgM в острый период. Полученные результаты носят пилотный, гипотезообразующий характер и требуют валидации на большей выборке.

Павелкина В.Ф., Краско М.О., Авдеева А.А.

ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПЕЧЕНИ

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»
г. Саранск, Россия*

Актуальность. Территория Республики Мордовия традиционно является природным очагом для ГЛПС. Несмотря на незначительное снижение заболеваемости в 2024 г. (8,5 на 100 тыс. населения), в 2025 г. она составила 11,4, что выше среднероссийской в 3,4 раза. Отмечено повышение числа случаев ГЛПС, сопровождающейся поражением печени, что усугубляет течение заболевания.

Цель работы. Провести анализ показателей интоксикационного синдрома при ГЛПС с нарушением функции печени в зависимости от периода болезни.

Материалы и методы. Обследовано 38 стационарных пациентов с ГЛПС средней степени тяжести и 31 практически здорового добровольца. Пол и возраст указанных лиц были равнозначны. Основанием для включения больных в исследование явились наличие цитолитического синдрома гепатоцитов (повышение АлТ и АсТ более чем в 2 раза) и отсутствие в анамнезе патологии печени. Интоксикационный синдром оценивали по среднемoleкулярным пептидам при длине волны 254 нм (СМП₂₅₄) и 280 нм (СМП₂₈₀). Перекисное окисление липидов изучали по уровню малонового диальдегида плазмы (МДАплазмы) и эритроцитов (МДАэритр), антиоксидантные реакции – по активности каталазы плазмы (Кплазмы) и эритроцитов (Кэритр).

Результаты. При оценке интоксикационного синдрома использовали лабораторные параметры среднемoleкулярных пептидов. В олигурический период СМП₂₅₄ и СМП₂₈₀ были увеличены на 80%. Динамический контроль СМП показал, что в ранний реконвалесцентный период СМП₂₅₄ держались на 40% выше, а СМП₂₈₀ на 50% выше значений практически здоровых добровольцев. Эти результаты указывают на сохранение интоксикационного синдрома при клиническом выздоровлении.

Интоксикационный синдром формируют не только СМП, но и продукты липопероксидации. От их уровня зависит его степень выраженности. Как в разгар, так и в ранний реконвалесцентный период отмечен подъем активности процессов липопериокисления. В олигурический период МДАплазмы увеличивался на 300%, МДАэритр – на 240%. Динамический контроль МДА показал, что произошло снижение показателей, однако они оставались выше значений практически здоровых добровольцев на 270% и 200% соответственно. При этом ферментативная антиоксидантная активность каталазы плазмы была снижена на 190% и 160%, каталазы эритроцитов – на 170% и 130% соответственно периоду.

Проводя корреляционный анализ изучаемых показателей в олигурический период, установлена сильная связь между МДАплазмы и АлТ ($r=0,84$), МДАплазмы и АсТ ($r=0,81$), СМП₂₈₀ и АлТ ($r=0,63$), СМП₂₅₄ и АлТ ($r=0,62$). В ранний реконвалесцентный период сохранялась прямая сильная связь между МДАплазмы и АлТ ($r=0,70$), стала средней силы между МДАплазмы и АсТ ($r=0,51$), стала слабой между СМП₂₈₀ и АлТ ($r=0,19$), СМП₂₅₄ и АлТ ($r=0,21$).

Это подтверждает влияние эндогенных токсинов на функцию печени и указывает на сохранение эндогенных токсинов при стихании клинических проявлений.

Выводы. При ГЛПС с дисфункцией печени отмечается накопление эндогенных токсинов – СМП и промежуточных метаболитов липопериокисления (МДА), проявляющих негативное влияние на гепатоциты. Их концентрация сохраняется высокой при клиническом выздоровлении, что необходимо учитывать при обосновании патогенетической терапии в ранний реконвалесцентный период.

Пасечник О.А., Левахина Л.И., Блох А.И.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*ФБУН Омский НИИ природно-очаговых инфекций,
г. Омск, Россия
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск,
Россия*

Цель исследования: оценка динамики многолетней заболеваемости ВИЧ-инфекцией детского населения в субъектах Сибирского федерального округа с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: исследование проведено в период с 2016 по 2025 г. на территории Сибирского федерального округа (СФО). Субъекты СФО с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции выявлены с помощью квартилей. В Кемеровской и Иркутской областях уровень распространенности был наиболее высоким (Q4). На территории этих субъектов оценена динамика заболеваемости детского населения, были рассчитаны показатели на 100 тысяч детского населения и их 95% доверительные интервалы. Материалом для исследования послужили данные формы федерального статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», распространенность оценена по данным формы №61 «Сведения о ВИЧ-инфекции».

Результаты. На начало 2025г. в СФО уровень распространенности ВИЧ-инфекции составлял 980,3 случаев на 100 тысяч населения, что в 1,8 раза выше, чем в среднем по России (543,0 случаев на 100 тысяч населения). Наиболее высокие показатели распространенности ВИЧ-инфекции наблюдались в Иркутской области (1346,4 случаев на 100 тысяч населения) и Кемеровской области (1370,0 случаев на 100 тысяч населения). В Иркутской области средне-многолетний показатель заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией составил 105,83 (95% ДИ 105,16-106,50), заболеваемость снижалась с темпом -10,8% ($p=0,000$). В Кемеровской области средне-многолетний показатель заболеваемости населения составлял 126,85 (95% ДИ 126,15-127,54) на 100 тысяч населения, причем многолетний динамика также характеризовалась тенденцией к снижению показателей с более выраженным темпом (Тсн. = -14,8%). В Иркутской области было зарегистрировано 307 впервые выявленных случаев заболевания детей в возрасте 0-17 лет, заболеваемость сократилась в 1,5 раза с 9,77 (95% ДИ 7,36-12,71) случаев на 100 тысяч детского населения в 2016г. до 6,27 (95% ДИ 4,37-8,72) случаев на 100 тысяч населения в 2025г (Тсн = -11,6%) при средне-многолетнем уровне 5,39 (95% ДИ 5,08-5,69) случаев на 100 тысяч детского населения. В Ке-

ровской области за период 2016-2025гг. выявлено 613 случаев ВИЧ-инфекции у детей, среднемноголетний показатель заболеваемости составил 10,95 (95% ДИ 10,51-11,39) случаев на 100 тысяч населения, в динамике отмечена выраженная тенденция к снижению показателей с 20,28 (95% ДИ 18,41-22,16) случаев на 100 тысяч населения до 6,13 (95% ДИ 4,19-8,65) случаев на 100 тысяч населения в 2025г (Тсн. = -13,8%, $p = 0,000$).

Выводы. Реализуемая в субъектах СФО система профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, демонстрирует эпидемиологическую эффективность, которая характеризовалась формированием выраженной тенденции к снижению заболеваемости детского населения.

Перминова Л.А.¹, Каплунова И.Л.², Серкова В.А.², Щербинина Е.П.¹, Васильев А.А.¹

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА У ДЕТЕЙ В ТЕКУЩЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ

¹Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, г. Калининград, Россия

²Инфекционная больница Калининградской области, г. Калининград, Россия

Грипп остается одной из ведущих причин госпитализации и развития тяжелых осложнений у детей, особенно из групп риска.

Цель: оценить клинико-лабораторные особенности течения гриппа у детей, госпитализированных в инфекционный стационар.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни (учетной формы N 003/у) 44 пациентов в возрасте от 7 до 17 лет, которые находились на стационарном лечении в инфекционной больнице с ноября 2025 по февраль 2026 гг. с диагнозом «Грипп» (J 10.1 - «грипп без пневмонии» — 23, J 10.0 - «грипп с пневмонией» — 21. Распределение по полу - мальчики: 52,3%, девочки: 47,7%. Средний возраст пациентов - 11,25 лет.

В текущем эпидемиологическом сезоне (с октября 2025 по март 2026 гг.) всего в стационар с диагнозом «Грипп» J10 было госпитализировано 484 человека, из них дети составили 19,4% ($n = 94$), пациентов с пневмонией на фоне гриппа (J10.0) — 160 пациентов, из них дети до 18 лет — 23 человека (14,3%). При анализе было выявлено, что в 79,5% детей не были вакцинированы против гриппа в текущем сезоне. В среднем пациенты были госпитализированы в стационар на 3,65 день от начала заболевания. 56% пациентов были доставлены в стационар СМП, само обращение — в 27% случаев и 16% пациентов направлены участковым врачом. Высота лихорадки у пациентов в первые дни заболевания: в 65,9% — выше 39°C, от 38 до 39°C — у 29,5%. Основная причина госпитализации — некупируемая высокая температура тела или повторный подъем температуры после приема жаропонижающих препаратов (65%). Один пациент госпитализирован по эпидемиологическим показаниям (закрытый коллектив), с сопутствующими неинфекционными заболеваниями - 10 детей. Помимо основных проявлений гриппа у 1 пациента отмечалась экзантема, у 1 пациента — пре-синкопальное состояние, у 9 пациентов (22,7%) на фоне интоксикации отмечалась рвота, боли в животе и эпизоды диареи, что потребовало консультации хирурга

для исключения острой хирургической патологии. Всем пациентам подтвержден диагноз грипп методом ИХА и (или) ПЦР. В 100% случаев подтвержден Грипп А, а в 61,4% — Грипп А (H3N2). В 2 случаях обнаружены микст-инфекции (грипп + аденовирус, грипп + ЦМВ/парагрипп). Пневмония подтверждена рентгенологически ($n = 21$), из них у 3-х детей — на амбулаторном этапе. На догоспитальном этапе противовирусные препараты получали 47,7%, из них ингибиторы нейраминидазы — 5 пациентов (11%). Амбулаторно антибактериальные препараты были назначены 7 пациентам (16%) (амоксициллин, азитромицин, цефиксим). В ОАК при поступлении лейкоциты — 4.53 ± 0.28 , в 34% случаев уровень лейкоцитов был менее $4.0 \cdot 10^{12}$ («грипп без пневмонии» - 4.38 ± 0.385 , «грипп с пневмонией» - 4.70 ± 0.416). Уровень СРБ варьировал в диапазоне от 0.16 до 61 мг/л, среднее значение 11.39 ± 2.49 («грипп без пневмонии» средние показатели — 8.43 ± 3.18 , «грипп с пневмонией» — 14.59 ± 3.91). Длительность стационарного лечения — 6,5 койко-дней, все выписаны с выздоровлением и улучшением.

Таким образом, среди госпитализированных детей с гриппом 79,5% не были вакцинированы, в текущем сезоне выделялся только вирус гриппа А, преимущественно подтип H3N2. Полученные данные подтверждают необходимость активной вакцинации, ранней госпитализации и учета гематологических изменений при ведении пациентов с гриппом.

Вывод: Пациенты представляют собой группу с высоким риском осложненного течения гриппа А (H3N2) на фоне отсутствия вакцинации. Вирус нередко вызывает не только респираторный синдром, но и гастроинтестинальные и неврологические нарушения. Пневмония является ведущим осложнением, требующим назначения комбинированной терапии. Полученные данные пригодны для углубленного статистического анализа с целью выявления предикторов тяжелого течения и оценки эффективности различных схем лечения.

Перминова Л.А.¹, Кашуба Э.А.¹, Данилова В.А.¹, Гагилева Е.А.¹, Каплунова И.Л.²

ЗАВОЗНЫЕ СЛУЧАИ МАЛЯРИИ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, г. Калининград, Россия

²Инфекционная больница Калининградской области, г. Калининград, Россия

Актуальность. Калининградская область, несмотря на статус территории, свободной от местной передачи малярии, в силу географических особенностей, интенсивных миграционных потоков и наличия анофелогенных водоёмов сохраняет высокий риск завоза инфекции из эндемичных регионов. Анализ современных клинических случаев имеет принципиальное значение для повышения настороженности врачей первичного звена и разработки эффективных мер профилактики в условиях потенциальной уязвимости региона.

Цель. Проанализировать клинико-эпидемиологические особенности завозных случаев малярии в Калининградской области, оценить эффективность диагностики и лечения, а также выявить факторы риска, способствующие заражению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 8 случаев малярии у пациентов, госпитализированных в Инфекционную больницу Калининградской области в период с 2024 по 2025 г. Изучены медицинские карты стационарных больных (форма 003/у), включающие демографические данные, эпидемиологический анамнез, клиническую картину, результаты лабораторных исследований, проводимую терапию и исходы заболевания. Во всех случаях диагноз был подтверждён микроскопией толстой капли и тонкого мазка крови (при поступлении и в динамике).

Результаты. Все пациенты — мужчины в возрасте от 23 до 55 лет, жители Калининградской области, вернувшиеся из эндемичных стран Африки (Мали, ЦАР, Ангола, Камерун, Гвинея, ДР Конго). Структура случаев: *P. falciparum* — 5 пациентов (один с летальным исходом), *P. Malariae* — 2 пациента, *P. Vivax* — 1 пациент, микст-инфекция (*P. falciparum* + *P. Malariae*) — 1 пациент. Только 2 пациента указали на прием препаратов в качестве химиопрофилактики, находясь в эндемичных регионах (ЦАР, Гвинея), прием препаратов был нерегулярный (один — неутонченный препарат в Гвинею 3 дня, другой — фитопрепарат *Asu-Denk* в ЦАР), остальные 6 пациентов профилактику не получали. Методы диагностики: микроскопия мазка крови — в 8 случаях при поступлении и в динамике; экспресс тест (RDT) выполнены 5 пациентам (положительны при *P. falciparum*, отрицательны при *P. malariae*). Временной период от возвращения из эндемичной зоны до первых клинических проявлений заболевания варьировал от 2 недель до 3 месяцев. У всех больных отмечалась лихорадка, тромбоцитопения, в 50% случаев — анемия и повышение уровня билирубина. Схемы терапии: мефлохин + доксициклин — 6 пациентов, плаквенил (гидроксихлорохин) + доксициклин — 2 пациента (в том числе при *P. Malariae* и при *P. vivax*). В тяжёлом случае — ИВЛ, трансфузии тромбоконцентрата, глюкокортикостероиды. Исходы: выздоровление — 7 пациентов, летальный исход — 1 (пациент с церебральной формой *P. falciparum*, осложнённой ОПН и печёночной недостаточностью). Длительность госпитализации составила от 2 до 18 дней.

Заключения. Завозная малярия в Калининградской области характеризуется преобладанием малярии, вызванной *P. falciparum*, низким охватом химио-профилактикой и риском тяжелого течения. Своевременная микроскопическая диагностика и адекватная этиотропная терапия обеспечивают благоприятный исход в большинстве случаев. Необходимо усиление санитарно-просветительной работы среди выезжающих в эндемичные регионы и поддержание настороженности медицинских работников в отношении лихорадящих пациентов.

Заключения. Завозная малярия в Калининградской области характеризуется преобладанием малярии, вызванной *P. falciparum*, низким охватом химио-профилактикой и риском тяжелого течения. Своевременная микроскопическая диагностика и адекватная этиотропная терапия обеспечивают благоприятный исход в большинстве случаев. Необходимо усиление санитарно-просветительной работы среди выезжающих в эндемичные регионы и поддержание настороженности медицинских работников в отношении лихорадящих пациентов.

*Пермигина М.И.¹, Печенкина Н.В.¹, Зеленкова Е.Е.³,
Лейзерова Т.И.², Лазарева К.Е.¹*

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЭНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

²ГАУЗ ОКБ №3, Инфекционный центр, г. Челябинск, Россия

³ГАУЗ ОЗП ГКБ №8, Инфекционное отделение №3, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Вирусный гепатит А относится к вакциноуправляемым инфекциям, но сохраняет существенное значение для здравоохранения Челябинской области. Улучшение качества и доступности лабораторной диагностики вирусного гепатита Е позволило повысить настороженность врачей при выявлении данного заболевания.

Цель исследования: Провести эпидемиологический и клинический анализ заболеваемости вирусными гепатитами А (ВГА) и Е (ВГЕ) среди взрослого населения в Челябинской области в 2025 г.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 33 больных ВГА в возрасте от 21 до 79 лет, и 2 больных ВГЕ в возрасте 74 и 78 лет.

Результаты. Среди пациентов с ВГА преобладали лица до 44 лет (78%). Большинство больных состояли в зарегистрированном браке (72%). В 36% случаев сформированы семейные вспышки среди супругов. В межсезонный период заражение было связано с зарубежными поездками в жаркие страны (18%). Заболеваемость в летний период была связана с выездом за город и купанием в водоемах (21%), однако, по результатам санитарно-вирусологического мониторинга воды антиген ВГА в пробах питьевой воды и сточных вод с 2014 г. в Челябинской области не обнаруживался. В 30% случаев пациенты указывали на регулярное посещение предприятий общепита или использование сервиса доставки готовых блюд. Заболевание протекало преимущественно в средней (55,5%) или в легкой степени тяжести (33,3%). В 3 случаях наблюдали тяжелое течение ВГА, в 1 случае выявлена безжелтушная форма болезни. У большинства больных (78%) наблюдался короткий продромальный период до 7 дней по гриппоподобному или смешанному варианту. Длительность желтушного периода составила в среднем 18 дней. Методами визуализации в 63,6% случаях выявлены хронические заболевания печени и желчевыводящих путей. Сроки пребывания в стационаре составили от 10 до 26 дней (в среднем 17,5).

Пациенты с ВГЕ не покидали регион проживания в течение своей жизни, что позволяет исключить завозной характер инфекции. В обоих случаях пациенты проживали в частном или садовом доме, употребляли блюда из свинины в предприятиях общепита или заказывали их через сервис доставки. Случаи ВГЕ характеризовались постепенным началом болезни, длительностью продромального периода 7-10 дней, среднетяжелым течением. В обоих случаях на догоспитальном этапе пациентам для исключения подпеченочной желтухи проводились лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, консультация хирурга. Диагноз ВГЕ верифицирован в инфекционном стационаре в день госпитализации. В обоих случаях наблюдался холе-

стаз с повышением щелочной фосфатазы до 2-5 норм, изменения печени по типу стеатоза.

Таким образом, эпидемический процесс при ВГА формируется за счет спорадической заболеваемости, семейных очагов, завозных случаев. Выявление собственных случаев ВГЕ подтверждает наличие зоонозного потенциала данной инфекции в регионе. Для профилактики ВГА необходимо расширение контингентов для иммунизации. Для предупреждения заражения энтеральными гепатитами необходимо усиление контроля за сервисами доставки готовой еды.

*Петров О.И., Игнатьев В.Н., Филатова Т.В.,
Юрченкова Е.В., Бояркин Н.А.*

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

*ФГБОУ ВО «Мордовский государственный
университет им. Н. П. Огарёва»
г. Саранск, Россия*

Актуальность. В Республике Мордовия (РМ), как и во многих регионах России, энтеровирусная инфекция (ЭВИ) у детей остается значимой проблемой в педиатрии. Ситуация осложняется наличием неуправляемых причин. Представленный анализ данных вирусологической лаборатории ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница (ГБУЗ РМ «РИКБ») за последние 6 лет позволяет проследить рост числа выявленных случаев ЭВИ у детей в период с 2023 по 2025 гг.

Цель работы. Изучение динамики заболеваемости ЭВИ среди детей в РМ по результатам клинико-эпидемиологических и вирусологических исследований ГБУЗ РМ «РИКБ» за 2020-2025 гг.

Материал и методы. Проведен мониторинг данных ПЦР-исследований вирусологической лаборатории (n = 976) за 2020-2025 гг., статистики госпитализаций в ГБУЗ РМ «РИКБ» (n = 90) за 2023-2025 гг. Для изучения клинической и эпидемиологической характеристики выполнен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов – детей с ЭВИ (n = 28), госпитализированных в ГБУЗ РМ «РИКБ» в 2025 г.

Результаты. В период с 2020 по 2025 гг. ситуация с ЭВИ в РМ развивалась следующим образом. В 2020 г. отмечен период низкой заболеваемости – при выборочном ПЦР-исследовании 41 пробы пациентов с подозрением на энтеровирусную природу заболевания не выявлено ни одного положительного результата. Снижение заболеваемости, вероятно, было связано с ограничительными мерами на фоне пандемии COVID-19. В последующем наблюдался рост количества случаев: в 2021 г. из 79 обследований получен 21 положительный результат ПЦР (26%), в 2022 г. из 190 – 26 положительных проб (14%), в 2023 г. из 300 выполненных обследований – 140 положительных результатов (46%). В 2024 г. наметилась тенденция к снижению заболеваемости: 18 положительных результатов из 121 обследования (15%), но за 2025 г. число положительных результатов вновь выросло и составило 98 на 245 обследований (40%).

Среди госпитализированных пациентов в 2023, 2024 и 2025 гг. пролечено 90 детей с подтвержденной ЭВИ. Ежегодно пик заболеваемости охватывал период с июля по октябрь: наибольшее количество заболевших наблюдалось в августе (41) и сентябре (21), всего 62 случая из 90 (69%), что типично для летне-осенней сезонности. Случаи забо-

левания в другие месяцы регистрировались гораздо реже. По полу пациенты распределились следующим образом: 52 мальчика (58%) и 38 девочек (42%). Чаще болели дети раннего дошкольного возраста (до 4-х лет), доля которых составила 52% (47 случаев из 90). Формы с развитием экзантемы регистрировались в 74% (67 случаев из 90), которые были квалифицированы по МКБ-10 в рубриках A88.0, B08.4, B08.5.

В 2025 г. у 28 госпитализированных пациентов в возрасте от 4-х до 15 лет ЭВИ протекала в различных формах. Помимо классических, зарегистрировано 7 (25%) случаев поражения нервной системы в виде серозных менингитов, из них у одного (3,5%) – тяжелое течение, потребовавшее интенсивной терапии. По результатам выборочного генотипирования энтеровирусов были получены следующие варианты: Коксаки А9, Коксаки А6, Коксаки А16, энтеровирусы гр. А, и в одной пробе сочетание вирусов Коксаки А16 и ЕСНО18.

Выводы. Заболеваемость ЭВИ в Мордовии носит волнообразный характер с периодическими спадами и резкими подъемами (пик в 2023 г.) в летне-осенние месяцы. Дети раннего дошкольного возраста остаются основной группой риска, что диктует необходимость продолжения активного мониторинга, совершенствования лабораторной диагностики и проведения санитарно-просветительской работы среди населения.

*Петрова М.С.¹, Борисова О.Ю.¹, Леонтьева Н.И.¹,
Басов А.А.¹, Москалева Т.Н.¹, Антипят Н.А.²,
Каргальцева Н.М.³*

МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОКЛЮША У ВЗРОСЛЫХ В 2024 –2025 ГГ.

¹ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва, Россия

²ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

³ФГББОУ ВО «Военно-Медицинская Академия им.С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Проблема коклюша у взрослых, по-прежнему, актуальна. Взрослые пациенты часто выступают источником инфекции для непривитых или не полностью иммунизированных детей раннего возраста, у которых коклюш протекает наиболее тяжело и имеется риск летальных исходов. Сложность клинической диагностики у взрослых, стертость и атипичность симптоматики, низкая настороженность врачей амбулаторного звена в отношении коклюшной инфекции приводят к гиподиагностике и неадекватной терапии.

Цель исследования - выявить особенности клинического течения коклюша у взрослых в 2024-2025 гг.

Всего под наблюдением находилось 57 взрослых пациентов от 18 и до 73 лет. Все исследования выполнены на базе ГБУЗ «ИКБ №1» ДЗМ согласно «Протоколу лечения больных». Доля взрослых пациентов среди всех госпитализированных в 2025 г. оказалась достоверно выше, чем в 2024 г. В 2024 г. удельный вес взрослых составил 13,3±1,9%,

в 2025 - $40,0 \pm 6,4\%$. Наиболее частым поводом для направления на госпитализацию было подозрение на пневмонию (41,6%), коклюш (24,4%), подозрение на коклюш (13,2%). Среди больных возрос удельный вес легких форм болезни, среди госпитализированных больных, по-прежнему, преобладают среднетяжелые формы и чаще стали наблюдаться тяжелые осложнения, так называемые «коклюшные обмороки». Оценка значимости лабораторных методов диагностики коклюша выявила хорошую эффективность метода ИФА по сравнению с методом ПЦР. Диагноз коклюша был подтвержден методом ПЦР у 21,7% и методом ИФА у 96,2% больных. Микст-инфекции у больных коклюшем взрослых констатированы у $45,6 \pm 6,6\%$ пациентов. Большую роль среди микст-инфекций у взрослых, по-прежнему, играет респираторный микоплазмоз ($29,3 \pm 7,1\%$).

Заключение. На фоне общего снижения заболеваемости коклюшем в 2025 г. доля госпитализированных взрослых пациентов возросла. Это может свидетельствовать не только о сохранении циркуляции возбудителя, но и повышении настороженности врачей в отношении коклюша у взрослых, что приводит к более направленной госпитализации.

Платонов Т.А.¹, Захаров Е.С.², Степанов К.М.¹,
Кузмина Н.В.¹, Нюкканов А.Н.¹,
Протодряконова Г.П.¹

ЗАРАЖЕННОСТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫХ ХОЗЯЕВ ЦЕСТОД РОДА ECHINOCOCCUS НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯКУТИИ

¹ФГБОУ ВО «Арктический государственный
агротехнологический университет»

²«Северо-Восточный федеральный университет
им. М.К. Аммосова»
г. Якутск, Россия

Эхинококкоз - биогельминтоз, вызываемый паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестоды рода *Echinococcus*, чаще всего *Echinococcus granulosus* и реже *Echinococcus multilocularis* (син. *Allveococcus multilocularis*). Эпидемиологическая значимость заболевания определяется его широким распространением, тяжелым клиническим течением с множественными поражениями различных органов, приводящими к длительной потере трудоспособности, инвалидизации и летальным исходам.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, эпидемиологическая ситуация по эхинококкозам в Российской Федерации остается напряженной. В стране ежегодно регистрируется более 500 случаев эхинококкозов. В Дальневосточном федеральном округе (ДФО) зараженность населения эхинококкозами остается актуальной. По данным материалов государственных докладов «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в 2020-2025 гг. спорадические случаи заболевания отмечаются на территории 7 из 9 субъектов ДФО. Уровень заболеваемости в Чукотском автономном округе (ЧАО) и Республике Саха (Якутия) существенно превышает среднероссийские показатели: в 13,2 и 2,4 раза, соответственно.

Целью нашей работы было изучение зараженности окончательных хозяев цестод рода *Echinococcus* (*E. granulosus* и *E. multilocularis*) в дикой природе на территории Центральной Якутии.

Изучение зараженности волков и лисиц осуществляли на протяжении 2022–2025 гг. Добытые тушки исследовали методом полного гельминтологического вскрытия животных, их органов и тканей (Скрябин, 1928) на кафедре паразитологии и эпизоотологии факультета ветеринарной медицины Арктического ГАТУ. Обнаруженных гельминтов фиксировали в 70% этиловом спирте. Микроскопию гельминтов проводили с помощью бинокулярного микроскопа Bresser Advance ICD. Видовую принадлежность обнаруженных гельминтов проводили по определителю гельминтов хищных млекопитающих (Козлов, 1977). За вышеуказанный период исследовано 15 экз. туш волков и 27 экз. туш обыкновенных лисиц.

При полном гельминтологическом исследовании 15 туш волков нами выявлено 6 видов гельминтов, из которых 1 вид трематод, 3 вида цестод и 2 — нематод, у 27 туш обыкновенных лисиц выявлено 8 видов гельминтов, из которых 2 вида трематод и по 3 вида цестод и нематод.

У волков половозрелые цестоды *E. granulosus* обнаружены у 2 голов в двенадцатиперстном кишечнике, ЭИ составила 13,3%, ИИ 23-47 экз. У лис имагинальные стадии цестод *E. multilocularis* выявлены у 3 лисиц с ЭИ 11,1% и ИИ 200-1000 экз.

Полученные данные согласуются с общей напряженной эпидемиологической ситуацией по эхинококкозам в РФ и особенно — с повышенной заболеваемостью в Республике Саха (Якутия), где уровень превышает среднероссийский показатель в 2,4 раза. Наличие половозрелых стадий эхинококков у хищников (волков и лисиц) указывает на существование природного очага заболевания и подтверждает риск заражения человека через контакт с инвазированными животными или контаминированной средой.

Позднякова М.Г., Эсауленко Е.В., Безуглая Т.В.,
Пшенин-Северин Е.Д.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ В РАЗНЫЕ ФАЗЫ ПАНДЕМИИ COVID19

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Острые респираторные заболевания представляют актуальную проблему здравоохранения ввиду их широкой распространённости, превышающей показатели других инфекций. Единый воздушно-капельный путь передачи способствовал в период пандемии вытеснению других респираторных вирусов из циркуляции и распространению SARS-CoV-2 и формированию широкой иммунной прослойки населения.

Цель: изучить спектр возбудителей и клинические проявления острых респираторных заболеваний в динамике в допандемический, пандемический и постпандемический периоды.

Материалы и методы. В исследование были включены 1528 пациентов, проходивших лечение в инфекционных стационарах Санкт-Петербурга, Сыктывкара и Пскова. Пациенты были разделены на 3 группы по времени: допандемический (2018-2020 гг.) (n = 77), пандемический (2021-2022 гг.) (n = 272) и постпандемический периоды (2023-2025 гг.) (n = 1179).

Результаты: средний возраст госпитализированных пациентов оставил $55,4 \pm 21,9$ года. В период пандемии большинство вовлеченных в инфекционный процесс составляли

лица с 18 до 45 лет в связи с наибольшей социальной активностью. При этом, лица 60 - 75 лет в постпандемический период по сравнению с пандемическим в 1,4 раза ($p=0,005$) чаще были госпитализированы в стационар с ОРЗ. Возможно, это объясняется увеличением числа социальных контактов и присоединением бактериальной и иной флоры на фоне локальной иммуносупрессии дыхательных путей при внедрении вирусных агентов. Заболеваемость ОРЗ молодых людей в пандемический период была в 1,8 раза ($p<0,001$) больше, чем в допандемический, и в 1,6 раза ($p<0,001$) больше, чем в постпандемический, а пожилых людей - увеличилась в постпандемический по сравнению с пандемическим в 1,4 раза ($p=0,005$). Среди случаев острых респираторных заболеваний с установленной этиологией преобладали следующие возбудители: в допандемический период вирус гриппа А (57%); в пандемический – вирусы не гриппозной этиологии: SARS-CoV-2 (19%), респираторно-синцитиальный вирус (10%), вирус парагриппа (8%) и риновирус (3%); в постпандемический – SARS-CoV-2 (15%) и вирус гриппа А и В (4%). В допандемическом периоде выраженными симптомами были лихорадка, интоксикация, признаки острого трахеита, которые наблюдались у пациентов с ОРЗ, что было связано с выраженным этиологическим гриппозным компонентом. В период пандемии изменилась локализация поражения, ведущими стали НДП с развитием пневмонии, что объясняется особенностью вируса SARS-CoV-2.

Выводы: анализ этиологической структуры в допандемический период исследования выявил, что наиболее часто возбудителем респираторных инфекций был вирус гриппа. В период пандемии SARS-CoV-2 количество случаев ОРЗ не гриппозной этиологии преобладало над вирусами гриппа, лидирующими вирусами были: SARS-CoV-2, РСВ, ПГ, риновирус. В постпандемический период чаще острые респираторные заболевания регистрировались среди лиц старшей возрастной группы из-за вирус-ассоциированной локальной иммуносупрессии в дыхательных путях, ведущей к бактериальным осложнениям. У пациентов в допандемический период чаще наблюдались общеинфекционные симптомы, острый трахеит, вызванный вирусами гриппа. Синдром поражения нижних дыхательных путей во всех временных периодах вызывался вирусом SARS-CoV-2 в первую очередь.

Попова А.А.^{1,2}, Нестеров Р.С.³, Покровская А.В.^{1,4}

ДОКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И МАРКЕРЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У МУЖЧИН С РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

¹ФБУН Центральный НИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва, Россия

²ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России (РМАНПО), Москва, Россия

³ФГБУН Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук (ФНИСЦ РАН), Москва, Россия

⁴ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы», Москва, Россия

Для профилактики ВИЧ-инфекции используются различные схемы доконтактной профилактики (ДКП). Препарат тенофовир входит в схему ДКП как для ежедневного,

так и для ситуативного прием (по необходимости). Однако, данный препарат не рекомендован для краткосрочного применения при наличии вирусного гепатита В (ВГВ), так как его отмена может вызвать обострение заболевания.

Цель: изучить необходимость определения маркеров вирусного гепатита В у мужчин рискованного сексуального поведения для выбора режима ДКП.

Материалы/методы. В 2024 г. по данным благотворительного фонда ПСИОЗ начали прием ДКП 536 мужчин с рискованным сексуальным поведением: 79,7% (427/536) ситуативно и 20,3% (109/536) ежедневно. Всем желающим было предложено обследование на маркеры ВГВ в образцах сыворотки крови методом ИФА (HBsAg, анти-HBc и анти-HBs) в Клинике Центр+ ФБУН ЦНИИЭ.

Результаты. Обратились в Клинику Центр+ в 2024 г. для определения маркеров ВГВ по направлению из благотворительного фонда всего 53 человека. HBsAg выявлен у 9,4% (5/53) мужчин, анти-HBc – у 35,8% (19/53), анти-HBs в защитном титре (более 100 МЕ/мл) только у 24,5% (13/53) мужчин с рискованным сексуальным поведением.

Вывод. Полученные данные демонстрируют, что в группе мужчин с рискованным сексуальным поведением имеется слабая мотивация для выполнения рекомендаций перед началом ДКП. В связи с большой распространенностью ВГВ в данной группе не рекомендуется использовать ситуативный режим ДКП без предварительного скрининга на маркеры ВГВ. Представителей данной группы необходимо активно информировать о своевременной вакцинации от ВГВ.

Потапова Т.А.¹, Пилипенко С.Б.², Голубева Ю.В.², Григорьева А.Г.², Метляева А.В.¹, Козлова Н.С.³

ДИНАМИКА УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ЭШЕРИХИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

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

²Городская психиатрическая больница N3 им. И.И. Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург, Россия

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Определение динамики чувствительности к антимикробным препаратам штаммов *Escherichia coli*, выделенных от пациентов психиатрической больницы, к антимикробным препаратам в 2014 и 2022 гг.

Материалы и методы. 163 штамма *Escherichia coli* были выделены из различного материала пациентов психиатрической больницы, в том числе 88 культур в 2014 г. и 75 в 2022 г. Идентификация всех изолятов проводилась в рамках бактериологического метода исследования фенотипически. Чувствительность выделенных культур к антимикробным препаратам (АМП) проводилась в соответствии с клиническими рекомендациями по определению чувствительности к антимикробным препаратам, 2014 и 2022.

Результаты. Процент резистентных хотя бы к одному АМП культур среди эшерихий составил 84,1% в 2014 г. и 97,8% в 2022 г. Таким образом, доля резистентных культур

возросла за 9 лет на 16%, приблизившись к 100%. Увеличилась также доля изолятов с устойчивостью к ампициллину (с 75,0% в 2014 г. до 97,8% в 2022 г.). Резистентность к фторхинолонам (51,1% и 53,3% соответственно) и цефалоспорином (45,5% и 42,7% соответственно) существенно не изменилась, в то же время в 1,6 раз снизилась доля культур, устойчивых к амикацину (с 14,8% в 2014 г. до 9,3% в 2022 г.), и в несколько раз — к карбапенемам — меропенему и имипенему (с 5,7% до 1,3% соответственно). Выявлено значительное снижение процента мультирезистентных изолятов (с 57,9% до 40,0%).

В 2022 г. было выявлено 8 комбинаций устойчивости к АМП, при этом преобладали изоляты с монорезистентностью к пенициллинам (37,3%), а также одновременной сочетанной устойчивостью к пенициллинам + цефалоспорином + фторхинолонам (30,7%). Реже встречались изоляты с резистентностью к пенициллинам + фторхинолонам (13,3%); пенициллинам + цефалоспорином (6,7%) и пенициллинам + аминогликозидам + фторхинолонам (5,3%). Комбинации устойчивости к пенициллинам + цефалоспорином + аминогликозидам + фторхинолонам (2,7%) и пенициллинам + цефалоспорином + фторхинолонам + карбапенемам (1,3%) были представлены отдельными изолятами. В 2022 г. не было обнаружено культур с одновременной резистентностью к препаратам всех пяти групп АМП в отличие от 2014 г., когда последние составили 3,4% от выделенных штаммов эшерихий.

Выводы. В психиатрическом стационаре за девятилетний период выявлено увеличение доли антибиотикорезистентных штаммов среди эшерихий за счет изолятов с моноустойчивостью к ампициллину. Сохранился уровень резистентности к цефалоспорином и фторхинолонам, но в то же время уменьшился удельный вес изолятов с устойчивостью к аминогликозидам и карбапенемам, а также мультирезистентных культур.

Прокопенко С.М., Кузин А.А., Стасюк Г.Е.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

*ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С.М. Кирова» МО РФ
Санкт-Петербург, Россия*

Респираторные инфекции верхних дыхательных путей имеют особое клиническое и эпидемиологическое значение для организованных воинских коллективов. Высокая плотность проживания, интенсивные физические и психоэмоциональные нагрузки способствуют быстрому распространению инфекций. Этиологическая структура заболеваний неоднородна и включает вирусные, бактериальные и смешанные формы, что определяет вариabельность клинической картины.

Материалы и методы. Обследовано 287 пациентов — курсантов и абитуриентов Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Проведен анализ клинической симптоматики в зависимости от этиологического фактора на основании данных медицинской документации с последующей оценкой частоты встречаемости симптомов.

Результаты. Лихорадка ($t > 37,5^{\circ}\text{C}$) чаще регистрировалась при аденовирусной инфекции — $60,0 \pm 10,0\%$, реже — при риновирусной инфекции — $25,6 \pm 4,8\%$ и инфекции SARS-CoV-2 — $30,0 \pm 9,5\%$. Насморк наиболее часто встречался при риновирусной инфекции — $75,6 \pm 6,7\%$, а также при метапневмовирусной инфекции — $80,0 \pm 12,6\%$, тогда

как при SARS-CoV-2 отмечался реже — $40,0 \pm 15,5\%$. Заложность носа демонстрировала сходное распределение: $70,0 \pm 7,2\%$ при риновирусной инфекции против $35,0 \pm 14,9\%$ при SARS-CoV-2.

Боль в горле чаще наблюдалась при аденовирусной инфекции — $70,0 \pm 10,2\%$, а также при инфекции, вызванной Streptococcus группы А — $66,7 \pm 12,2\%$, реже — при сезонных коронавирусах (OC43/НКУ1) — $25,0 \pm 21,7\%$. Першение в горле регистрировалось с меньшей вариabельностью: $55,0 \pm 11,1\%$ при аденовирусной инфекции и $45,0 \pm 15,8\%$ при SARS-CoV-2.

Сухой кашель наиболее характерен для гриппа В — $69,7 \pm 8,0\%$ и инфекции SARS-CoV-2 — $60,0 \pm 15,5\%$, тогда как при стрептококковой инфекции группы А он отмечался реже — $20,0 \pm 17,9\%$. Кашель с мокротой в целом встречался реже, однако при парагриппе его частота достигала $66,7 \pm 27,2\%$, в то время как при риновирусной инфекции составляла $30,0 \pm 8,1\%$.

Головная боль чаще сопровождала гриппозную инфекцию — $65,0 \pm 9,3\%$, тогда как при риновирусной инфекции регистрировалась реже — $35,0 \pm 7,5\%$. Миалгии также были более характерны для гриппа — $60,0 \pm 9,8\%$ против $25,0 \pm 6,9\%$ при других вирусных инфекциях. Конъюнктивит преимущественно ассоциировался с аденовирусной инфекцией — $40,0 \pm 11,0\%$, и редко встречался при других нозологиях — менее $10,0 \pm 6,0\%$. Gastroинтестинальные симптомы чаще отмечались при инфекции SARS-CoV-2 — $35,0 \pm 14,9\%$, тогда как при других инфекциях их частота не превышала $15,0 \pm 8,0\%$.

Выводы. Клиническая картина респираторных инфекций в организованных воинских коллективах характеризуется выраженной вариabельностью в зависимости от этиологического фактора. Использование синдромального подхода в условиях ограниченной лабораторной диагностики позволяет своевременно корректировать противоэпидемические, санитарно-гигиенические и лечебные мероприятия.

*Пушкина П.С., Дзотцоева Э.С., Титов В.Д.,
Тагирова З.Г., Горелов А.В.*

РАБДОМИОЛИЗ КАК МАСКА ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: СЛОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ У ПОЖИЛЫХ

*ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии
Роспотребнадзора
Москва, Россия*

Рабдомиолиз — жизнеугрожающий синдром, осложняющий течение инфекционных заболеваний и приводящий к острому почечному повреждению (ОПП), дисэлектролитемии, аритмии и синдрому диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС).

Цель: продемонстрировать трудности ранней диагностики рабдомиолиза у пациентки пожилого возраста с инфекцией неуточненной этиологии, осложнившейся ОПП.

Результаты. Пациентка М., 84 года, госпитализирована на 2 день болезни в инфекционный стационар с диагнозом «Менингококковая инфекция неуточненная». В начале октября 2025 г. отметила лихорадку до фебрильных значений, на 2 сутки — подъем температуры до 40°C с ознобом, нарастание слабости и одышки, самостоятельно принимала па-

рацетамол. Особенности эпидемиологического анамнеза: контакт с дочерью с ОРВИ. Объективно: состояние тяжелое, температура 37,8°C, ЧДД – 24 в мин., SpO₂ – 94%, АД – 100/50 мм рт. ст., ЧСС – 75 в мин. Жалобы на тяжесть и боли в голове, общую слабость, вялость, сонливость, боль в мышцах ног при пальпации. На коже правой голени и стопы - петехиальная сыпь. В ОАК выявлены тромбоцитопения (145,0·10⁹/л), лимфопения (3,6%), нейтрофилез (89,9%). В биохимическом анализе крови повышение СРБ – 59,8 мг/л, цитолиз: АЛТ 684 ЕД/л, АСТ 1784 ЕД/л, ЛДГ 959 ЕД/л; азотемия: мочевина 11,2 ммоль/л, креатинин 152,8 мкмоль/л. Клинический анализ мочи: макрогематурия, эритроцитурия до 250 мкг/л, протеинурия до 0,81 г/л. Дополнительно: общая КФК (КК) 4552,8 МЕ/л, КФК-МВ (КК-МВ) 83,2 нг/мл, лактат-дегидрогеназа 959,0 ЕД/л, Тропонин I (колич.) 0,16 нг/мл, NT-pro BNP >6500 пг/мл, D-димер 3794 нг/мл. На УЗИ МВС- нефросклероз обеих почек. УЗИ вен – тромбоз суральных вен нижних конечностей слева. ЭхоКГ – признаки умеренной легочной гипертензии, дилатация левого предсердия. На КТ ОГК признаки поствоспалительных и застойных изменений по МКК в легких, следы двустороннего плеврального выпота, расширение камер сердца.

На фоне антибактериальной (Цефтриаксон 2 г 1 р/сут), дезинтоксикационной и оксигенотерапии 12л/мин состояние без динамики. На 3-и сутки – анурия с нарастанием азотемии (креатинин до 507,5 мкмоль/л, мочевина до 22,6 ммоль/л). Повышение миоглобина (колич.) до 176,76 нг/мл (подтвержден рабдомиолиз). Проведена катетеризация мочевого пузыря, смена антибиотика (АБ) на Цефоперазон + Сульбактам 1 г 2 р/сут, назначена антикоагулянтная (Эноксапарин натрия 4000 анти-ХА МЕ п/к 1 р/сут), диуретическая терапия (Фуросемид 20 мг в/в 1р/сут).

На фоне проводимой терапии некоторая положительная динамика: восстановление диуреза до 2900 мл/сут, снижение КФК до 127,9 МЕ/л, регресс цитолиза, протеинурии. Заместительная почечная терапия (ЗПТ) не показана. Выписана на 13-е сутки с улучшением под амбулаторное наблюдение.

Заключение. Представленный клинический случай у пациентки пожилого возраста с инфекцией неуточненной этиологии на фоне тяжелой коморбидной патологии демонстрирует, что инфекционный триггер привел к рабдомиолизу и ОПП. Своевременная инфузионная терапия, коррекция доз АБ и антикоагулянтная поддержка позволили купировать ОПП, восстановить диурез без ЗПТ и достичь клинико-лабораторного улучшения.

Ревенко Н., Хородиштяну-Банух А., Кырстя О., Долапчиу Е., Бужор Д., Грин О., Голубенко Е.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ В ОТДЕЛЕНИИ СОМАТИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

НИИ Матери и Ребенка

Кишинёв, Республика Молдова

Актуальность. Антимикробная резистентность является одной из наиболее значимых проблем современной медицины, особенно в отделениях интенсивной терапии, где высокая частота инвазивных вмешательств и тяжесть состояния пациентов способствуют формированию и распространению устойчивых штаммов микроорганизмов.

Цель исследования. Оценка профиля антимикробной резистентности бактериальных штаммов, выделенных у пациентов отделения соматической реанимации и паллиативной помощи.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование на основе данных информационной системы SIA AMS. Проанализировано 86 антибиотикограмм, полученных из различных биологических субстратов: кровь, эндотрахеальный аспират, мокрота, мазки из зева, кал, асцитическая жидкость.

Результаты. В структуре выделенных микроорганизмов преобладали *Pseudomonas aeruginosa* (24,4%), *Klebsiella pneumoniae* (20,9%), *Streptococcus viridans* (18,6%) и *Staphylococcus aureus* (9,3%). *Pseudomonas aeruginosa* характеризовался выраженной множественной лекарственной устойчивостью, включая высокий уровень резистентности к карбапенемам (до 89%), фторхинолонам и цефалоспорином, при сохранённой чувствительности к амикацину и комбинации пиперациллин/тазобактам.

Klebsiella pneumoniae демонстрировала значимую резистентность к цефтазидиму, имипенему и ампицилину (88-75%), при этом сохранялась чувствительность к меропенему и фторхинолонам. *Streptococcus viridans* отличался высоким уровнем устойчивости к макролидам, тетрациклинам и ко-тримоксазолу (88-100%), оставаясь чувствительным к ванкомицину и линезолиду.

Отмечена тенденция к увеличению доли метициллин-резистентных стафилококков (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*) при сохранении чувствительности к гликопептидам и оксазолидинонам. Грамотрицательные неферментирующие бактерии характеризовались полирезистентным фенотипом с выраженной устойчивостью к цефалоспорином III – IV поколений.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о формировании выраженного полирезистентного фенотипа у ведущих нозокомиальных патогенов, что существенно ограничивает эффективность эмпирической антибактериальной терапии и диктует необходимость пересмотра и оптимизации протоколов лечения. Особую обеспокоенность вызывает высокий уровень резистентности к антибиотикам резерва, что отражает нарастающую угрозу снижения терапевтических возможностей при лечении тяжёлых инфекций.

Выводы. В отделении реанимации и паллиативной помощи выявлен высокий уровень антимикробной резистентности, особенно среди *Pseudomonas aeruginosa* и стафилококков. Полученные данные обосновывают необходимость усиления программ рационального использования антимикробных препаратов, рационального назначения антибактериальной терапии и регулярного мониторинга чувствительности микроорганизмов.

Роганова И.В., Константинов Д.Ю., Смолина В.В., Пучкова Т.С.

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСШИРЕНИЕ АРЕАЛА ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрова России
г. Самара, Россия*

Введение. Изменение климата сопровождается трансформацией ареалов природно-очаговых инфекций. Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) является одной из наиболее

чувствительных к климатическим колебаниям арбовирусных инфекций. В последние годы территория распространения ЛЗН расширяется за пределы традиционно эндемичных регионов юга России.

Цель. Оценить влияние изменений климатических параметров на расширение ареала переносчиков и динамику заболеваемости ЛЗН в Российской Федерации в 2014–2024 гг., а также определить зоны эпидемиологического риска на период до 2030 г.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных Роспотребнадзора, климатических сводок Росгидромета, научных публикаций за 2014–2024 гг. Используются методы описательной и аналитической эпидемиологии, статистической обработки, картографический анализ и экстраполяция трендов.

Результаты. За исследуемый период произошло существенное расширение ареала ЛЗН: в 2014 г. случаи регистрировались в 5–10 субъектах Южного и Северо-Кавказского федеральных округов, к 2024 г. – в 36 регионах, включая территории Центрального, Приволжского, Уральского и Дальневосточного округов. Выявлена корреляция между ростом заболеваемости и климатическими аномалиями: теплые зимы и ранняя весна способствуют раннему выплоду комаров, жаркое лето – ускоренной репликации вируса в переносчиках. По данным отчетов Роспотребнадзора по Самарской области за 2009–2024 гг. выявлено 4 особи членистоногих, положительных на антиген вируса ЛЗН. У одного из них – комара *Culex* – в 2014 г. обнаружена РНК возбудителя. С учетом этого с 2014 г. Самарская область считается эндемичной территорией по ЛЗН. В Самарской области в 2024 г. зарегистрирован максимальный за десятилетие подъем заболеваемости – 11 случаев заболевания, а в 2025 г. – 2 случая. В эпиданамнезе этих 13 пациентов только один случай связан с выездом в Таиланд, остальные являются аутохтонными. Заболевание выявлено у 11 жителей городов области (85%), у 2 – в районах (15%). Дети и подростки составили 54%, взрослые – 46%. 7 человек (54%) перенесли нейтроинвазивную форму, 3 человека – респираторную, 1 пациент – желудочно-кишечную. В новых регионах отмечены диагностические сложности, когда сроки установления диагноза достигали 20 дней, что было связано с недостаточной настороженностью медицинских работников. На основе выявленных климатических порогов разработана прогностическая карта, выделяющая зоны высокого (Центральный, Приволжский и юг Уральского федеральных округов) и умеренного (север Центральной России, юг Сибири) риска формирования новых очагов ЛЗН до 2030 г.

Выводы. Изменения климата выступают ключевым драйвером экспансии ареала ЛЗН на север и восток РФ, критическими предикторами являются аномалии температурного режима в зимне-весенний и летний периоды. На примере Самарской области заболевание выявляется преимущественно в городах, при более тяжелых и нейтроинвазивных формах с госпитализацией. Врачам первичного звена следует проявлять настороженность в отношении ЛЗН, своевременной диагностики и лечения. Полученные результаты обосновывают необходимость перехода к превентивной модели эпиднадзора с включением климатических предикторов в систему мониторинга, усилением эпизоотологического контроля в зонах прогнозируемого риска, проведения образовательных программ для врачей в регионах с нестабильной эндемичностью.

Роганова И.В.¹, Рябинина Т.В.², Константинов Д.Ю.¹, Курдина Ю.С.²

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОКЛЮШЕМ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2020–2025 ГГ.

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области», г. Пенза, Россия

Введение. Коклюш – это высококонтагиозное заболевание, которое продолжает оставаться значимой причиной заболеваемости и смертности во всем мире. Отмечается рост заболеваемости коклюшной инфекции во всех возрастных группах, особенно среди школьников и подростков, несмотря на наличие высоких показателей вакцинации.

Цель. Провести анализ эпидемиологической ситуации по коклюшу в Пензенской области за последние 5 лет и разработать план мероприятий по снижению заболеваемости.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости коклюшем в Пензенской области за 2020–2025 гг. с использованием официальных статистических данных и эпидемиологических карт (ф.357/у).

Результаты. С началом пандемии COVID-19 в Пензенской области показатели заболеваемости коклюшем, как и в целом по Российской Федерации (РФ), имели тенденцию к снижению. В 2020 г. переболел 71 ребенок, в 2021 г. – 12 и в 2022 г. – 14 детей. Подъем заболеваемости коклюшем в Пензенской области, также, как и в РФ, начался в 2021 г. и достиг максимальных показателей в 2023 г. – 437 детей и 19 взрослых. В 2023 г. заболеваемость в Пензенской области в 1,5 раза превысила среднероссийский показатель и составила 36,6 на 100 тыс. населения. Всего за период 2020–2025 гг. в области зарегистрировано 814 случаев коклюша, их выявляла преимущественно в городской черте (69,4%). Наибольшую долю заболевших составили дети 7–14 лет (56,8%), реже 3–6 лет (11,3%) и до 1 года (6,2%). В группах 3–6 лет, 7–14 лет, 15–17 лет и у взрослых максимальное число случаев регистрировали преимущественно в ноябре, а у детей до 2 лет – с декабря по январь. Среди всех заболевших до 17 лет своевременно курс вакцинации был начат своевременно только у 4 детей (0,5% от числа заболевших коклюшем детей). В возрасте 2 лет 39% заболевших коклюшем имели полный курс вакцинации с ревакцинирующей дозой, доля полностью привитых заболевших детей 3–6 лет и 7–14 лет оказалась более 50%, а среди подростков 15–17 лет полный комплекс (три прививки + ревакцинация) получили 62% детей. Среди общего числа не вакцинированных и переболевших коклюшем пациентов не были привиты по причине отказа родителей 100 детей (13%), причем наибольшее число отказов наблюдали у детей 3–6 и 7–14 лет. Значимую долю среди причин отсутствия вакцинации составили медицинские отводы – 7% (57 человек).

Выводы. Несмотря на высокий охват вакцинацией детей младшего возраста наблюдается рост заболеваемости коклюшем во всех возрастных группах. В условиях городской инфраструктуры с высокой концентрацией населения, большим количеством организованных коллективов, контактов, при доступности современных методов лабораторной диагностики регистрируется повышенный уровень заболеваемости.

К возрасту 6-7 лет отмечается снижение поствакцинального иммунитета, сформированного в раннем детстве, что способствует развитию инфекции даже у ранее вакцинированных лиц. Среди детей, переболевших коклюшем, наиболее высокую долю имели дети 7–14 лет. В группах детей 3–6 и 7–14 лет начало сезонного подъема начинается в июле в отличие от сезонного роста заболеваемости с декабря для детей до 2-х лет.

Полученные результаты указывают на высокую вовлеченность детей 3–6 лет и 7–14 лет в эпидемический процесс коклюшной инфекции на современном этапе и на необходимость дополнительной вакцинации этих возрастных групп от коклюша, для минимизации их значимости как источника инфекции для детей младшего возраста. Зарегистрированные случаи заболевания среди школьников свидетельствуют о снижении поствакцинального иммунитета и необходимости внедрения ревакцинации в возрасте 6-7, 14 лет и взрослых каждые 10 лет.

Ротанов С.В.^{1,2}, Акиншина Ю.А.², Марданлы С.Г.^{2,3}

ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К *HELICOBACTER PYLORI* В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ

¹ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, г. Серпухов, г. Оболенск, Россия

²АО «ЭКОлаб», г. Электрогорск, Россия

³ГОУ ВО МО «ГТТУ», г. Орехово-Зуево, Россия

Введение. При проведении лабораторной диагностики хеликобактерной инфекции у человека приоритетную роль, безусловно, играет прямое определение самой бактерии *Helicobacter pylori* в образцах биоматериала пациента (в микробиоптатах слизистой оболочки желудка или 12-перстной кишки, а также в каловых массах). При этом, как при первичной диагностике заболевания, так и при последующем динамическом наблюдении за больным в процессе антибактериальной терапии важное значение имеют лабораторные данные об иммунобиологической реактивности макроорганизма на присутствие этого возбудителя; для этого исследуют наличие и динамику содержания иммунных антител к антигенам *H. pylori* в крови. Мы сообщали ранее в материалах ЕОАИБ об успешных результатах разработки нового иммунохроматографического (ИХ) экспресс теста для качественного выявления *H. pylori* в образцах кала пациентов.

Цель исследования - разработка и изучение свойств нового диагностического ИХ набора реагентов для качественного выявления в крови иммунных антител *H. pylori*.

Результаты. При создании нового набора использована классическая технология конструирования ИХ тест-полоски (стрипа) на основе прямого сэндвич-метода.

Основным элементом нового набора является *de novo* разработанный композитный ИХ стрип, sensibilizированный нативными антигенами *H. pylori*: на плотной поливинилхлоридной подложке с клеевым слоем закреплены: мембрана для образца, мембрана с нанесенными и высушенными 2 видами конъюгатов (окрашенные в розовый цвет наночастицы коллоидного золота + антиген *H. pylori* или + IgG кролика), мембрана-иммуносорбент с поперечными линиями: тестовой (иммобилизованный антиген *H. pylori*) и контрольной (иммобилизованные козы антитела к IgG кролика) и абсорбционная мембрана.

При лабораторном исследовании каплю цельной крови пациента и буферный раствор наносят в "S" (sample) окно тест-кассеты и через 10 минут инкубации учитывают полученный результат. Иммуноглобулины крови человека реагируют с антигеном *H. pylori* в составе конъюгата, а также с иммобилизованным в тестовой зоне, в результате образуются сложные иммунные комплексы, содержащие окрашенные наночастицы коллоидного золота, что проявляется визуально - положительный результат; при отсутствии антител в крови окрашивания тест-линии не происходит (отрицательный результат). Конъюгаты с антителами к IgG кролика соединяются с антивидовыми антителами, и в С-зоне образуют окрашенную контрольную полосу.

Диагностическая чувствительность и специфичность разработанного набора реагентов установлена в испытаниях клинических образцов, содержащих ($n = 450$) и не содержащих ($n = 360$) антитела к *H. pylori*: 99,0-99,64 и 99,13-99,49% соответственно (с доверительной вероятностью 95%); воспроизводимость результатов составила 100%.

Заключение. Новый диагностический иммунохроматографический набор для качественного определения антител к *H. pylori* в образцах сыворотки, плазмы и цельной крови человека «ИХА-Хелико-антитела» успешно прошел регистрационные испытания в Российской Федерации и имеет РУ № РЗН 2022/16366 (ЕРУЛ Г004-00110-00/03286108 2025-09-29) в качестве медицинского изделия, предназначенного для применения при оказании медицинской помощи населению или для самотестирования.

Ротанов С.В.¹, Мишуткина Я.В.², Мамедова Э.А.², Бахилина Н.В.²

ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСЛОВИЙ СТАНДАРТИЗОВАННОГО ПОЛУЧЕНИЯ КОМПЛЕМЕНТА НА ОСНОВЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРОЛЬЧАТ

¹ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, г. Оболенск, Россия

²АО «ЭКОлаб», г. Электрогорск, Россия

Введение. При постановке отдельных лабораторных исследований в качестве необходимого реагента применяют сыворотку крови лабораторных животных, характеризующуюся высоким содержанием комплемента. К исследованиям такого типа относятся: определение комплемент-зависимой цитотоксичности (КЗЦТ), изучение опсонофагоцитарной активности (ОФА) или бактерицидных свойств сыворотки крови (АБС), а также исследования по оценке безопасности и эффективности разрабатываемых и выпускаемых вакцин. Комплемент содержащие реагенты до недавнего времени исследовательские лаборатории приобретали по импорту, так как в Российской Федерации не было организовано его регулярное производство.

Цель - разработка производственной стандартизированной технологии получения и обеспечения условий длительного хранения реагента, содержащего высокий уровень комплемента (на основе крови лабораторных животных) и предназначенного для проведения научных и контрольных лабораторных исследований.

Материалы и методы. По результатам изучения научных публикаций прежних лет в качестве продуцентов исходного сырьевого материала были выбраны лабораторные кролики породы Советская шиншилла.

Результаты. В ходе разработки производственной технологии были решены следующие практические задачи: определен оптимальный возраст лабораторных животных (21-28 дней) и контрольная масса тушки животного-донора, отработан способ получения крови с максимальным выходом сыворотки (асептическая пункция сердца и аспирация в стерильный шприц); оптимизированы температурные и временные условия отделения сыворотки крови (центрифугирование и охлаждение индивидуально полученных от каждого животного порций крови сразу же после заготовки, приготовление общего пула сыворотки, проведение стерилизующей фильтрации через шприцевые фильтры из ацетата целлюлозы с префильтром из стекловолокна производства России или Китая), дозирование в индивидуальные емкости. В различные сроки реального хранения изучены функциональные свойства и стабильность разработанного реагента на основе сыворотки крови кроликов (хранение в замороженном состоянии при температуре -70°C).

Оценку реактивности и других функциональных свойств разработанного нового реагента, содержащего комплемент, проводили на базе НИИВС им. И.И. Мечникова.

Результаты разработок и серии опытно-экспериментальных исследований были обобщены и стандартизованы при подготовке Технических условий (ТУ) на производственный продукт «Сыворотка (комплемент) 3-4 недельных крольчат».

Заключение. В результате выполнения комплексной программы по импортозамещению был разработан и внедрен в производство инновационный продукт «Сыворотка (комплемент) 3-4 недельных крольчат», позволяющий обеспечить исследовательские лаборатории реагентом, необходимым для широкого спектра исследований. Увеличенные объемы выпускаемых серий нового продукта на основе сыворотки крови кроликов сокращают время производственного цикла и себестоимость производства; качество нового реагента обеспечивается условиями производства, сертифицированного по стандарту ISO 13485.

*Сабитов А.У., Хаманова Ю.Б., Солдатов Д.А.,
Тарасова Е.А.*

НАРУШЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

*ФГБОУ ВО УГМУ МЗ
г. Екатеринбург, Россия*

Кишечная микробиота представляет собой сложную экосистему, дисбаланс которой инициирует системное воспаление и способствует развитию вторичных иммунных нарушений (Юдина Ю.В. и др., 2019). Описторхоз, сопровождающийся холестазом, создаёт благоприятные условия для роста условно-патогенной флоры, что отягощает клиническую картину заболевания (Митрофанова Н.Н., Морозов И.А. 2019). Диагностика инвазии традиционно основывается на копроовоскопии и биовоскопии, однако для оценки состояния желудочно-кишечного тракта ключевое значение имеет бактериологическое исследование кала (Цуканов В.В. и др., 2010).

Цель исследования: изучить характер и степень нарушений кишечной микрофлоры у пациентов с хроническим описторхозом в зависимости от формы течения заболевания.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование на базе инфекционного отделения № 3 ГАУЗ СО «ГКБ №40» (г. Екатеринбург). В исследование включены 64 человека, разделённые на две группы: первую группу составили больные с хроническим описторхозом (впервые выявленный), $n=33$; вторую группу сформировали пациенты с хроническим описторхозом (реинвазия); $n=31$. Группы были сопоставимы по полу и по возрасту. Бактериологическое исследование микробиоценоза кишечника выполнялось микробиологическим методом с качественной и количественной оценкой состава микрофлоры. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия χ^2 .

Результаты. Клиническая картина в группах различалась: в группе с реинвазией преобладали холангиохолецистит с болевым вариантом течения (65%), тогда как в группе с впервые выявленным описторхозом наиболее часто регистрировался вариант гастродуоденита (58%). Анализ микробиоценоза выявил более глубокие нарушения во второй группе и дефицит облигатной микрофлоры был выражен сильнее: снижение бифидобактерий (менее 10^7 КОЕ/г) наблюдалось у 80% второй группы против 56% в первой ($p=0,044$). Снижение лактобактерий (менее 10^6 КОЕ/г) — у 45% против 20% соответственно ($p=0,032$). В группе с реинвазией также наиболее часто фиксировались маркёры избыточного роста условно-патогенных микроорганизмов: эшерихии со сниженной ферментативной активностью — 65% против 28% ($p=0,027$); клебсиеллы — более 10^4 КОЕ/г: 40% против 20% ($p=0,041$); энтерококки — более 10^6 КОЕ/г: 20% против 6% ($p=0,021$).

Заключение: Микробиоценоз кишечника нарушается в большей степени на фоне повторяющегося паразитарного воздействия (реинвазии). У данных пациентов формируется более стойкая иммуносупрессия и глубже нарушаются механизмы поддержания нормальной флоры. Полученные данные обосновывают необходимость включения пробиотической терапии в комплекс лечебных мероприятий при хроническом описторхозе, особенно в случаях реинвазии.

*Савиных М.В., Савиных Н.А., Утенкова Е.О.,
Беляцкая М.С., Мазунина А.С.*

ГЕПАТИТ: ВРЕМЯ РАСШИРЯТЬ ГРАНИЦЫ СКРИНИНГА

*Кировский государственный медицинский
университет
г. Киров, Россия*

Цель работы. Изучить эпидемиологию, результаты лабораторных и инструментальных исследований у больных с впервые выявленным хроническим гепатитом С (ХГС) для совершенствования диагностики данного заболевания

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 79 пациентов, с впервые диагностированным ХГС. В группе было равное количество мужчин и женщин в возрасте от 27 до 74 лет. Эластометрия печени продемонстрировала преобладание выраженных стадий фиброза: F3 - 41,8%, F4 - 31,6%. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики в программной среде StatSoft Statistica v.10.0. Для анализа взаимосвязей между количественными показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ), для сравнения независимых выборок - U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. Необходимо отметить, что только 4 человека из 79 самостоятельно обратились к инфекционисту с жалобами на слабость и были обследованы на гепатит. У всех остальных гепатит был выявлен случайно: 33 пациента – обследование в ходе предоперационной подготовке, 14 пациентов – при обследовании у эндокринологов, 10 женщин – во время беременности, 8 человек – по контакту с больными гепатитом С, 7 – во время госпитализации по поводу разных заболеваний. 3 – после обнаружения гепатомегалия на УЗИ. В ходе исследования было выявлено, что у пациентов преобладал генотип 1b - 53,2%. Генотип 3a составил 25,3%, 1a - 3,8%, 2 - 3,8%, 4b - 1,3%. В большинстве случаев пациенты имели два и более возможных путей заражения. Оперативные вмешательства отмечены в 70,0% случаев, посещение стоматолога в 66,7%, нанесение татуировок в 36,7% и переливание крови или её компонентов в 23,3%. У женщин причинами заражения так же могли быть аборт (73,3%) и роды (53,3%). 16,7% инфицированных признались в употреблении внутривенных наркотиков. У 16,6% обследованных в анамнезе был половой контакт с больными ХГС. Основные показатели общего анализа крови у всех пациентов были в норме, но у 16,6% больных обнаружена тромбоцитопения, коррелирующая со стадией фиброза. Биохимический анализ крови выявил минимальную активность АЛТ и АСТ. Средний уровень альбумина сыворотки крови был достоверно ниже у пациентов со стадиями фиброза F3–F4 по сравнению с F0–F2. Значения протромбинового индекса у всех пациентов соответствовали норме. Средняя вирусная нагрузка составила 560 000 МЕ/мл. Гепатомегалия отмечалась у 66,6% пациентов. Среди внепеченочных заболеваний самыми частыми явились: суставной синдром (13,3%), аутоиммунный тиреоидит (13,3%) и сахарный диабет 2 типа (13,3%).

Выводы. Субклиническое течение ХГС, минимальные лабораторные изменения, выявление больных на поздних стадиях фиброза требуют сегодня расширения круга лиц, подлежащих обследованию на вирусные гепатиты.

Савиных Н.А., Савиных М.В., Утенкова Е.О., Касаткина К.П.

ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

*Кировский государственный медицинский университет
г. Киров, Россия*

Цель работы. Оценить отношение к вопросам вакцинопрофилактики гриппа пациентов разного возраста, а также выявить факторы, определяющие это отношение.

Материалы и методы. Проанкетированы пациенты, обратившиеся к врачу-терапевту одной из поликлиник города в период с ноября по декабрь 2025 г. Выделены 2 группы: первая, возраст от 18 до 40 лет. Вторая, лица старше 60 лет. В каждой группе по 35 человек. Описание количественных признаков с нормальным распределением представлено в виде среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD). Категориальные данные описаны в виде абсолютных частот (n) и относительных частот (%). Для сравнения долей в двух независимых группах использовался критерий χ^2 Пирсона. Во всех видах анализа статистически значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты. В обеих группах преобладали женщины, 65,7% и 74,3%, соответственно. Средний возраст в старшей

группе составил 68,5 лет. У 42,9% пациентов имелись хронические заболевания. В группе молодых пациентов средний возраст составил 28,2 года, а хронические заболевания встречались у 17,1%. Высшее образование в первой группе имелось у 57,1% лиц, во второй у 37,1% ($p < 0,05$). В группе старше 60 лет на момент анкетирования были привиты 25 человек (71,4%), 23 из них сообщили, что прививаются ежегодно. Среди молодежи привиты были только 14 пациентов (40%). Из них регулярно вакцинируются против гриппа только 6 человек. 60% молодых респондентов никогда не вакцинируются против гриппа (среди лиц старше 60 – 14,3%, $p < 0,001$). Основным мотивом вакцинации у большинства была «защита от осложнений гриппа» (64,3% молодых и 84,0% пожилых). Согласно опросу, для пожилых важна рекомендация врача (68,0%), для молодежи – «требования по месту работы или учебы» (28,6%). Причинами отказа от вакцинации у лиц старше 60 лет были: страх осложнений, недостаточная информация о вакцине и отсутствие рекомендации врача. Молодежь обосновывала отказ от иммунизации сомнениями в эффективности прививок, боязнью осложнений и отсутствием времени. Для 82,9% пожилых пациентов авторитетным являлось мнение участкового врача. Для лиц молодого возраста - интернет и мнение знакомых.

Выводы. Результаты опроса позволяют говорить о том, что отношение к вакцинации против гриппа отличается в разных возрастных группах. Положительное отношение пожилых обусловлено доверием к врачу, верой в безопасность и эффективность вакцин, наличием хронических заболеваний. Недостаточный уровень иммунизации среди молодежи (40%) объясняется скепсисом в отношении безопасности и эффективности вакцин, но чрезмерным доверием цифровым источникам и не специалистам. Полученные результаты указывают на необходимость дифференцированного подхода к работе с пациентами разного возраста по вопросам вакцинации. Необходимо учитывать, что для всех важна достаточная информация о составе вакцин, их безопасности и эффективности. Донести ее до пациентов, обязанность врача. Большую роль в этом играет доверие пациентов разного возраста к своему участковому врачу.

Савостина А.И., Игнатъев В.Н., Анашкина Е.В., Бушара А.А., Капитанова Д.А.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗЫ В СТРУКТУРЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

*ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»
г. Саранск, Россия*

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из актуальных проблем инфекционной патологии, характеризуюсь высоким уровнем заболеваемости во всех возрастных группах. Для детей характерны, в большей степени, вирусные гастроэнтериты, в первую очередь рота- и норовирусной этиологии. Среди бактериальных агентов в настоящее время значимое место занимает сальмонеллы. Период пандемии COVID-19 характеризовался значительным снижением заболеваемости ОКИ, однако, по мере ослабления ограничительных мер, произошло восстановление циркуляции кишечных патогенов. Мониторинг этиологических агентов позволяет оптимизировать лечебно-диагностическую тактику и профилактические мероприятия.

Цель работы. Определить этиологическую структуру кишечных инфекций и роль сальмонелл в развитии диарейных заболеваний у детей в г. Саранске до начала пандемии COVID-19 и в постпандемический период.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ отчетных материалов ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница» г. Саранска, включая данные микробиологической лаборатории за 2017–2025 гг.

Результаты. В период с 2017 по 2019 гг., предшествующий пандемии COVID-19, среди идентифицированных возбудителей ОКИ у детей преобладала ротавирусная инфекция (31,00%, 39,90% и 22,63% соотв.), норовирусы определялись несколько реже – 14,58%, 17,86% и 15,1% соотв. Удельный вес сальмонелл в развитии инфекционного процесса увеличился с 5,5% в 2017 г. до 6,9% в 2018 г. и 10,75% в 2019 г. Другие этиологические агенты (аденовирусы, условно-патогенная флора (УПФ), шигеллы, иерсинии) выявлялись гораздо реже (3,52%, 2,24%, 3,35% соотв.). При этом удельный вес кишечных инфекций неустановленной этиологии (КИНЭ) был значительным в 2017 (45,41%) и 2019 г. (48,17%). Лучшая верификация этиологии наблюдалась в 2018 г., доля КИНЭ составляла 33,11%.

В постпандемический период (2023–2025 гг.) зафиксировано снижение случаев выявления этиологических агентов, что привело к увеличению удельного веса КИНЭ (59,42%, 69,83% и 60,63% соотв.). Ротавирусы продолжали удерживать ведущие позиции в качестве возбудителей ОКИ (до 20%), доля же норовирусной инфекции значительно снизилась (4,9%–6,3%–6,56%), уступив вторую позицию сальмонеллезу, удельный вес которого составлял в обозначенные годы 10,5%, 9,71%, 12,44% соответственно.

Устойчивое доминирование в видовой структуре сальмонелл во все годы наблюдения сохранял серотип *Salmonella enteritidis* (86,65±4,22%). В 2017–2019 гг. среди остальных серотипов доминировали *S. muenchen* (6,75±0,57%) и *S. glostrup* (4,38±1,16%), в единичных случаях регистрировались *S. newport*, *S. typhimurium*, *S. potsdam*, *S. mission*, *S. virchow*. Во второй исследуемый период – *S. muenchen* (4,47±0,42%), *S. typhimurium* (4,31±0,82%) и *S. Newport* (4,15±0,34%). После пандемии COVID-19 спектр циркулирующих сероваров расширился: стали обнаруживаться такие возбудители, как *S. stentley*, *S. lagos*, *S. thompson*, *S. heidelberg* и *S. edmonton*.

Заключение. Вирусные диареи продолжали превалировать в структуре кишечных инфекций у детей в г. Саранске в исследуемые сроки. В постпандемический период отмечалось увеличение удельного веса сальмонелл, как этиологических агентов ОКИ, спектр которых пополнился новыми сероварами.

Сафронова А.Е., Сафьянова Т.В.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО РЕГИОНА

ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ

г. Барнаул, Россия

Профессиональное инфицирование медицинского персонала парентеральными гемоконтактными инфекциями (ВГВ, ВГС, ВИЧ) представляет собой актуальную медико-социальную проблему, ассоциированную с разви-

тием хронической патологии, утратой трудоспособности и летальными исходами. Согласно официальным данным, в Российской Федерации с 2000 г. верифицировано 6 случаев профессионального инфицирования ВИЧ, однако, по экспертным оценкам, фактические показатели могут превышать регистрируемые в три раза ввиду несовершенства системы учета и недостаточной эпидемиологической настороженности, что детерминирует необходимость оптимизации профилактических мероприятий.

Установлена тенденция к росту хронических форм ВГВ и ВГС среди населения. Учитывая более высокую (по сравнению с ВИЧ) инфицирующую дозу вируса гепатита В, отсутствие вакцинации против данной инфекции у 10,7% сотрудников, а также невозможность специфической иммунопрофилактики гепатита С, профессиональные риски при аварийных ситуациях сохраняются на высоком уровне.

За шестилетний период наблюдения в шести крупных медицинских организациях Алтайского края официально зарегистрировано лишь 143 аварийные ситуации, что контрастирует с данными выборочного опроса, согласно которым 14,2% практикующих специалистов указывают на наличие ежегодных случаев аварий в профессиональной деятельности.

Анализ «Актов о медицинской аварии» выявил нарушения регламентированного алгоритма постконтактных действий в 19,7% случаев. Данное обстоятельство не только повышает вероятность реализации профессионального заражения, но и свидетельствует о недостаточной компетентности персонала в вопросах действий при нештатных ситуациях, что подтверждается исследованиями других авторов.

При анализе распределения пациентов с верифицированными гемоконтактными инфекциями по профильным отделениям установлены следующие закономерности: в 2024 г. структура госпитализированных контингентов ($n=56$) характеризовалась преобладанием терапевтического (52%) и хирургического (27%) профилей при снижении доли урологических пациентов до 11% и появлении больных в неврологическом, кардиологическом и гериатрическом отделениях. Доля экстренных госпитализаций возросла до 79%.

Низкая регистрационная активность либо некорректное оформление первичной документации, в свою очередь, затрудняют оперативную деятельность госпитального эпидемиолога: задерживается составление акта, передача экстренного извещения в Центр СПИД, взаимодействие с Краевым центром медицины катастроф для получения антиретровирусных препаратов. Ручной режим обработки информации и многоступенчатость согласований пролонгируют временные затраты и снижают эффективность межведомственной коммуникации.

Таким образом, актуальность совершенствования системы охраны труда в медицинских организациях, повышения уровня профессиональной компетентности персонала и разработки новых стратегий минимизации профессиональных рисков не вызывает сомнений и требует реализации комплекса организационно-управленческих мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Сафьянова Т.В., Сурсякова К.И., Тимофеева А.С.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОКЛЮША НА ТЕРРИТОРИИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России

г. Барнаул, Россия

Актуальность: актуальность коклюшной инфекции на текущий момент обусловлена, прежде всего, высокими показателями смертности детей первого года жизни от данного заболевания. Существующая на сегодня вакцинопрофилактика коклюша в Российской Федерации не обеспечивает формирование стойкого и продолжительного иммунного ответа к данной нозологии, что способствует росту заболеваемости среди детей младшего и старшего школьного возраста, а также взрослых, которые, в свою очередь, являются источниками инфекции для наиболее уязвимых групп риска.

Цель: изучение закономерностей эпидемического процесса коклюша в Алтайском крае за период 2015-2024 гг.

Материалы и методы: ретроспективный анализ заболеваемости коклюшем населения Алтайского края проведен на основе данных статистических отчетных форм Федерального государственного статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», и №5 «Сведения о профилактических прививках» за 2015–2024 гг. Рассчитаны интенсивные и экстенсивные показатели, стандартная ошибка средней (m). Статистический анализ проводился с помощью программы Microsoft Excel. Расчет достоверности различий проводился по t -критерию Стьюдента. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты: среди взрослого населения заболеваемость значительно ниже, чем среди детей (среднегодовой показатель заболеваемости среди детей 0-17 лет составил $23,9\text{‰}/_{0000}$, что выше в 48 раз, чем среди взрослых ($0,5\text{‰}/_{0000}$). Среди детей наиболее уязвимыми группами являются дети 7-14 лет (среднегодовой показатель заболеваемости - $9,6\text{‰}/_{0000}$). В структуре заболевших коклюшем по социальным категориям 80% составляли дети из организованных коллективов. Более высокий уровень заболеваемости был зарегистрирован среди городского населения Алтайского края (среднегодовой показатель заболеваемости составил $4,29\text{‰}/_{0000}$, что выше сельского в 2,3 раза ($1,84\text{‰}/_{0000}$).

Выводы: на основании проведенного исследования сделаны выводы, что сохранение высоких уровней заболеваемости среди детей младшего возраста и увеличение заболеваемости среди школьников, подростков и взрослых связано с низкой продолжительностью иммунитета после вакцинации или после перенесенного заболевания. Для снижения заболеваемости коклюшем необходимо как поддержание охвата прививок на уровне не ниже 95%, так и введение возрастных ревакцинаций детей в возрасте 6–7 лет, подростков в 14 лет и ревакцинации взрослых каждые 10 лет.

Сахарнов Н.А.¹, Уткин О.В.¹, Дмитриев С.П.², Брызгалова Д.А.¹, Гамаюнов С.В.², Суслов Н.А.¹, Краснов В.В.³

ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА ВЭБ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ И ОПУХОЛЕВЫХ ОЧАГАХ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РОТОГЛОТКИ

¹ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора, г. Нижний Новгород, Россия

²ГАУЗ НО «НИИКО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер», г. Нижний Новгород, Россия

³ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», г. Нижний Новгород, Россия

Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) широко распространен среди мирового населения и участвует в развитии злокачественных заболеваний, в частности, рака носоглотки. Показано, что количественная нагрузка ВЭБ является одним из диагностических факторов онкогенеза.

Целью исследования явилась детекция и количественное определение ДНК ВЭБ в лейкоцитах крови и опухолевых очагах пациентов с новообразованиями ротоглотки.

Материалом исследования явились образцы лейкоцитов крови и опухолевых биоптатов, полученных от пациентов с новообразованиями ротоглотки. Всего обследовано 24 пациента, от каждого из которых были получены лейкоциты крови и опухолевые биоптаты (16 мужчин, 8 женщин 40–86 лет).

Выявление и количественное определение ДНК ВЭБ выполняли с помощью ПЦР в реальном времени с применением набора «АмплиСенс® EBV/CMV/HHV6-скрин-FL» (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Россия) на амплификаторе Rotor-Gene Q 5plex HRM («Qiagen», Германия). В соответствии с рекомендациями производителя, перед выделением тотальной нуклеиновой кислоты из опухолевых биоптатов их подвергали дезинтеграции с помощью керамических шариков, используя гомогенизатор Bioprep-24 (Allsheng, Китай). Результаты выражали в копиях ДНК ВЭБ на 10^5 клеток. Полученное количество ДНК представляли в виде $Me [Q1; Q3]$ (где Me – медиана, $Q1$, $Q3$ – первый и третий квартили). Для попарного сравнения выборок использовали критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

В большинстве образцов, полученных от пациентов, либо в лейкоцитах, либо в опухоли была обнаружена ДНК ВЭБ. Только у 8,3% (2 из 24) пациентов ДНК ВЭБ не была выявлена ни в лейкоцитах, ни в опухоли. В лейкоцитах ДНК ВЭБ присутствовала в 45,8% (11 из 24) образцов. Вирусная нагрузка ВЭБ при этом составила 3,9 [1,3; 6,0] копий/ 10^5 клеток. У 13,6% (3 из 22) пациентов ДНК ВЭБ выявлялась в лейкоцитах, но не детектировалась в опухоли. В опухолях ДНК ВЭБ присутствовала в 79,2% (19 из 24) образцов. Вирусная нагрузка ВЭБ была статистически значимо выше, чем в лейкоцитах ($p < 0,01$), и составила 24,9 [10,5; 331,4] копий/ 10^5 клеток. У 50% (11 из 22) пациентов ДНК ВЭБ детектировалась в опухоли, но не была выявлена в лейкоцитах.

Таким образом, в биоптатах опухолей ротоглотки ДНК ВЭБ выявлялась чаще и в более высокой концентрации,

чем в лейкоцитах крови тех же пациентов. По мере увеличения объема выборки, а также количественного определения ДНК ВЭБ в опухолевых биоптатах, будет сформировано представление о диагностической информативности данного показателя. Вместе с тем, наличие возбудителя в первичном опухолевом очаге уже сейчас дает основание обратить внимание профильных специалистов на таких пациентов с целью динамического мониторинга их состояния, а также диктует необходимость количественного определения ДНК ВЭБ в опухоли, что в настоящее время не регламентировано действующими клиническими рекомендациями.

Свириг К.А.¹, Половкова О.Г.², Федорова Е.С.², Железнова А.С.¹, Тупота Н.А.¹, Карташов М.Ю.¹

ИЗУЩЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАМЕН ВИРУСА ГЕПАТИТА С СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

¹ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, р.п. Кольцово, Россия

²ОГАУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр», г. Томск, Россия

Актуальность. Гепатит С (ГС) продолжает оставаться важной медицинской проблемой как в мировом, так и в отечественном здравоохранении. В России больных хроническим ГС насчитывается ориентировочно 3-5 миллионов человек, а заболеваемость составляет около 45 тысяч вновь выявляемых случаев в год. На современном этапе лечения ВГС-инфекции стали доступны высокоэффективные препараты прямого противовирусного действия (ПППД), мишенями которых являются белки, выполняющие ключевые функции в жизненном цикле данного вируса (NS3, NS5A, NS5B). Однако, одной из важнейших особенностей генома ВГС является его высокая вариабельность, обусловленная относительно высокой репродукцией и большой частотой возникновения ошибок при репликации. В геноме ВГС описано множество мутаций, которые могут влиять на устойчивость к терапии ПППД.

Цель: изучение генетического разнообразия изолятов вируса гепатита С, выделенных от пациентов, инфицированных туберкулёзом в Томской области, а также выявление мутаций, ассоциированных с развитием резистентности к ПППД.

Материалы и методы. В данной работе было проанализировано 308 образцов плазмы крови, полученных от пациентов, инфицированных туберкулёзом, проживающих на территории Томской области. Определение субтипа ВГС проводилось путём амплификации и дальнейшего секвенирования фрагментов генов, кодирующих белки *core* и NS5B. Для части изучаемых изолятов 1b (29) и 3a (57) были определены полногеномные последовательности или отдельные гены NS3, NS5A, NS5B с последующим анализом наличия в них мутаций резистентности к ПППД.

Результаты. По результатам филогенетического анализа выявлено, что доминирующими субтипами ВГС среди изучаемой выборки являются субтипы 1b – 134 изолята (43,5%) и 3a – 130 изолятов (42,2%), затем 1a – 38 изолятов (12,3%) и субтипы 2a – 3 изолята (1,0%) и 2k/1b – 3 изолята (1,0%). Наибольшее число пациентов с коинфекцией ВГС/ТБ приходится на возрастные группы 35–44 лет (127 чело-

век, 41,23%) и 45–54 лет (115 человек, 37,34%). Значительно меньше пациентов в группах моложе 35 лет (37 человек, 12,01%) и старше 54 лет (29 человек, 9,42%). Все субтипы представлены во всех возрастных группах примерно в равном соотношении.

Среди пациентов с субтипом 1b выявлен широкий спектр мутаций, ассоциированных с резистентностью к ПППД: наиболее распространённой мутацией в регионе NS5A является F37L/V/Y (79,3%), C316N (NS5B) выявлена у 48,3% пациентов, L159F (NS5B) – у 37,9%, Q54H/Y (NS5A) и S556G (NS5B) – по 24,1%, V170I (NS3) – у 13,8%, Y56 и S122G (NS3) – по 10,3%. С более низкой частотой (по 3,4%) встречаются: R30Q, L31M (NS5A), P58S, Y93H (NS5A), M414L (NS5B).

У пациентов с субтипом 3a также обнаружены значимые мутации резистентности: A150V (NS5B) – наиболее распространённая мутация (40,4%), K206E (NS5B) – у 22,8%, A166S/T (NS3) – у 21,1%, S62L (NS5A) – у 12,3%, I170V (NS3) – у 10,5%, A30K/S (NS5A) – у 5,3%, Y93H (NS5A) – у 1,8%.

Семена А.В.¹, Семена А.А.²

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

¹СПб ГБУЗ Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Анализ динамики первичной инвалидности взрослого населения Российской Федерации вследствие ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. В исследовании использовались официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации в период с 2010 по 2020 гг. Проведён ретроспективный анализ показателей первичной инвалидности взрослого населения на 10 000 человек населения в Российской Федерации.

Результаты. Отмечен рост уровня первичной инвалидности взрослого населения с 0,1 случаев (2010 г.) до 0,7 случаев (2019 г.) на 10 000 человек населения, что может свидетельствовать о нарастании тяжёлых клинических проявлений болезни. Снижение показателя первичной инвалидности до 0,6 случаев на 10 000 человек населения в 2020 г., вероятно, связано с ограничением диспансерной деятельности во время первой волны пандемии COVID-19.

Уровень подавления вирусной нагрузки среди ВИЧ-инфицированных в России остаётся ниже, чем в ряде западных стран, и составляет около 72-77%. Это ниже целевых показателей глобальной стратегии UNAIDS «95-95-95», согласно которой к 2030 г. 95% людей с ВИЧ должны знать свой статус, 95% из них – получать антиретровирусную терапию, а 95% получающих терапию – достигать вирусологического подавления.

Среди факторов, способствующих формированию первичной инвалидности, важную роль играют оппортунистические инфекции, прежде всего туберкулёз. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции риск развития инвалидности значительно возрастает.

Молодой возраст большинства впервые признанных инвалидами (до 45 лет, их доля достигает около 70-80% от общего числа) отражает поражение трудоспособного населения, что имеет социально-экономические последствия для общества.

Дополнительно стоит учитывать, что социальная структура населения, доступность медицинских услуг и информированность о ВИЧ сильно влияют на скорость выявления и лечения.

Выводы. Таким образом, рост первичной инвалидности взрослого населения вследствие ВИЧ-инфекции в Российской Федерации обусловлен сочетанием медицинских, биологических и социальных факторов. Полученные данные подчёркивают необходимость совершенствования программ ранней диагностики, профилактических мероприятий и расширения охвата антиретровирусной терапией.

Сидоренко В.А.¹, Мартынова А.В.^{1,2}, Гамаев Х.А.^{1,2}, Скрыль С.В.¹

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГРИБОВ РОДА *CANDIDA* В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИМОРСКОГО КРАЯ: СЕМИЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ И РЕГИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

¹Дальневосточный федеральный университет, г. Владивосток, Россия

²Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Владивосток, Россия

Цель. Проанализировать динамику выделения *Candida* spp. в многопрофильном стационаре Приморского края за 2019–2025 гг., оценить видовой состав, источники клинического материала и сопоставить показатели с региональными данными.

Методы. Ретроспективный анализ результатов микробиологического мониторинга Приморской краевой клинической больницы № 1 за 7 лет (2019–2025). Изучены все случаи выделения *Candida* spp. из биологических материалов ($n = 23\,733$ случаев выделения микроорганизмов). Проведено построение временных рядов с линейным регрессионным анализом и сравнение с данными 29 медицинских организаций Приморского края за 2023–2025 гг.

Результаты. За исследуемый период выделено 3587 изолятов *Candida* spp. (15,1% от всех микроорганизмов). Зафиксирован восходящий тренд: с 19 случаев в 2019 г. до 837 в 2025 г. (прирост ~105 случаев в год; $R^2 = 0,821$; $p = 0,009$). Резкий скачок в 14,3 раза произошёл в 2020 г. — одновременно с началом пандемии COVID-19 и ростом числа пациентов на механической вентиляции в ОРИТ. Доминирующим видом являлась *C. albicans* (85,6% изолятов за 2020–2025 гг.), однако выявлен значимый рост азол-резистентных видов: *C. krusei* — 105 случаев (2-е место по частоте), *C. tropicalis* — 8-кратный прирост в 2025 г. относительно 2020 г. (с 2 до 16 случаев), ассоциирована с высокой летальностью (55–60%) и устойчивости к флуконазолу (40–80% изолятов). Основным биологическим материалом являлись респираторные секреты: 80,3% всех выделений (мокрота — 75,7%, БАЛ — 4,6%), что отражает преимущественно колонизацию дыхательного тракта у тяжёлых пациентов, а не инвазивную инфекцию. Кандидурия составила 16,9% выделений ($n = 132$), кандидемия — 2,8% ($n = 22$), с пиком

в 2021 г. (10 случаев) в разгар пандемии. Удельный вес *Candida* в исследуемом стационаре (15,1%) в 48,7 раза превысил средний показатель по Приморскому краю (0,31%), а абсолютное число выделений в одном стационаре (2288 случаев за 2023–2025 гг.) в 28,2 раза превысило суммарный показатель 29 учреждений края (81 случай). Экстраполяция модели прогнозирует рост числа случаев в ближайшие годы.

Выводы. В крупном многопрофильном стационаре Приморского края зафиксирован статистически значимый рост микотических инфекций, на фоне пандемии COVID19, инвазивных процедур и интенсивной антибиотикотерапии. Нарастание доли *C. tropicalis* и *C. krusei* свидетельствует об усилении селекционного давления азолов и формировании регионального профиля антифунгальной резистентности. Выявленное 48-кратное превышение показателей стационара над краевыми данными указывает на критический дефицит микробиологического надзора в большинстве ЛПУ региона. Полученные данные обосновывают необходимость внедрения программ оптимизации антифунгальной терапии, расширения видовой идентификации грибов и усиления регионального эпидемиологического надзора.

Силкин А.С., Сафьянова Т.В.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России г. Барнаул, Россия

Актуальность. Ротавирусная инфекция (РВИ) остаётся одной из ведущих причин госпитализации среди детей раннего возраста, однако эпидемиологическое значение данного заболевания у взрослых нередко недооценивается. Взрослые пациенты могут являться источником инфекции в семейных очагах. В связи с этим, комплексная оценка эпидемиологических особенностей РВИ среди госпитализированных детей и взрослых поможет оптимизировать некоторые современные профилактические мероприятия, что в свою очередь позволит снизить социально-экономическое бремя инфекции.

Цель: оценить некоторые эпидемиологические особенности РВИ среди госпитализированных детей 0-17 лет и взрослых.

Материалы и методы: из формы 003/у «Медицинская карта стационарного больного» были извлечены: сведения о детях, госпитализированных с РВИ с 2015 по 2023 гг. в КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», данные о взрослых, госпитализированных с РВИ с 2015 по 2024 гг. в КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул». Проведён ретроспективный анализ.

Результаты: Среди госпитализированных детей с РВИ ($n = 3039$) преобладали дети дошкольного возраста (85,5%), при этом на долю пациентов 1-2 лет приходилось 39,0% от общего числа случаев. 53,3% детей из числа госпитализированных были неорганизованными. Среди детей с установленным контактом с больными РВИ ($n = 375$) в 62,9% случаев заражение произошло в семье. Полное клиническое выздоровление при выписке отмечено у 58,4% госпитализированных детей. Взрослые ($n = 12$). Средний возраст госпитализированного — 33 года. 62,5% работающих пациентов (5

из 8) относились к группам декретированного контингента. Ведущим (50,0%) подтвержденным путём передачи для госпитализированных взрослых был контактно-бытовой путь, который реализовывался в семейных очагах. Каждый случай госпитализации работающего пациента приводил к потере в среднем почти одной рабочей недели. Заболевание 87,5% госпитализированных работающих пациентов сопровождалось оформлением листа нетрудоспособности. Полное клиническое выздоровление достигнуто лишь у 66,7% пациентов.

Выводы: В большинстве случаев заражение ротавирусом происходило в семейном очаге как среди детей, так и среди взрослых. У работающих пациентов заболевание ассоциировано с высоким социально-экономическим бременем (листок нетрудоспособности в 87,5% случаев, потеря почти одной рабочей недели на срок госпитализации). Обращает на себя внимание неполное клиническое выздоровление при выписке во всех возрастных группах. Полученные данные обосновывают необходимость проведения дальнейших проспективных исследований для углублённого изучения факторов передачи данной инфекции и социально-экономического ущерба, наносимого обществу и государству в целом.

Синцова С. В., Ахметзянова М.П.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

*ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ Минздрава России»
г. Киров, Россия*

Введение: Кировская область является регионом с высоким уровнем заболеваемости различными сезонными инфекциями, в частности респираторными и инфекциями, которые передаются при укусах клещей. В Кировской области активно проводится работа по профилактике инфекционных заболеваний и включает: законодательные меры, санитарно-гигиенические мероприятия, вакцинацию и информационную работу. Эти меры направлены на предотвращение распространения инфекций, в том числе острых респираторных и кишечных заболеваний, а также на защиту от инфекций, передающихся, например, клещами.

Цель: провести анализ распространенности и структуры основных инфекционных заболеваний и оценка эффективности мероприятий по их профилактике у населения в зависимости от ведомственной принадлежности.

Методы исследования: проведен ретроспективный эпидемиологический анализ. В исследовании включены 20000 человек, обслуживающихся в городской поликлинике г. Киров, и 16000 человек, обслуживающихся в поликлинике ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» города Киров», где 68% - это работающих в ОАО «РЖД». Проводился анализ экстренных извещений об инфекционном заболевании (учётная форма 058/у) в период с 01.2024 по 01.2026 гг.

Результаты: Общий показатель инфекционной заболеваемости за исследуемый период составил 14,5 на 1000 населения в городской поликлинике и 13,8 на 1000 населения в поликлинике ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» города Киров». Анализ структуры инфекционных заболеваний показал, что у всех категорий населения (в обеих поликлиниках) преобладают острые респираторные инфекции, составляя 106,3 населения и 39,4 на 1000 населения соответственно за

исследуемый период ($p < 0,01$). Однако, структура острых респираторных инфекций имеет значительные различия. В городской поликлинике на долю острого респираторного заболевания (ОРЗ) приходится 78%, 15%- COVID-19 инфекция и 7% - грипп (А и В), при этом в ведомственной поликлинике 98% приходится на острое респираторное заболевание, только 1,4% - COVID-19 инфекция и 0,6% грипп ($p < 0,01$). Заболевания, вызванные укусами клеща (клещевой энцефалит, болезнь Лайма, эрлихиоз) составляют 1,5% в структуре инфекционных заболеваний в городской поликлинике и 0,13% в ведомственной поликлинике ($p < 0,01$). Интенсивный коэффициент заболеваемости респираторными инфекциями значимо выше у трудоспособного населения, составляя 39,4 на 100 работающих в городской поликлинике и 6,56 на 100 работающих в ведомственной поликлинике. В связи с полученными результатами, проведен анализ частоты вакцинации населения в исследуемых поликлиниках. В городской поликлинике вакцинацию от гриппа за исследуемый период прошли 34%; от заболеваний, вызванных укусами клеща 0,38%, тогда как в ведомственной поликлинике (ОАО РЖД) вакцинацию от гриппа за исследуемый период прошли 76%; от заболеваний, вызванных укусами клеща 40%.

Выводы. Санитарно-просветительная работа с населением по вопросам иммунопрофилактики с формированием достоверных знаний о пользе и побочных эффектах прививок эффективно помогает снизить инфекционную заболеваемость, в т.ч. инфекциями, которые могут привести в жизнеугрожающим и инвалидизирующим осложнениям, особенно у трудоспособного населения.

*Соколова М.И., Стрельникова О.И.,
Черкашина А.С., Соловьева Е.Д., Фролова А.Ю.,
Блинова Е.В., Карань А.С., Стуколова О.А.*

ПРОТОТИП НАБОРА РЕАГЕНТОВ В ФОРМАТЕ ТВЕРДОФАЗНОГО ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К ORTHOHANTAVIRUS PUUMALAENSE И ORTHOHANTAVIRUS DOBRAVAENSE

*ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
Москва, Россия*

Хантавирусы (род *Orthohantavirus*, семейство *Hantaviridae*, класс *Bunyaviricetes*) являются распространенными по всему миру зоонозными патогенами, основными резервуарами которых являются мелкие млекопитающие отрядов грызуны и насекомоядные. Патогенные хантавирусы вызывают у людей геморрагическую лихорадку с почечным синдромом (ГЛПС) и хантавирусный легочный синдром (ГПС). В 2013-2024 гг. было зарегистрировано более 80 000 случаев ГЛПС в 69 из 85 административных регионов России, причем 80-95% этих случаев приходится на европейскую часть России. Патогенные для человека хантавирусы *Orthohantavirus puumalaense* (PUUV) и *Orthohantavirus dobravaense* (DOBV), подтипы Сочи (SCHV) и Куркино (KURV) циркулируют в основном в европейской части России. *Orthohantavirus hantanense* (подтипы Хантан (HTNV) и Амур (AMRV)) и *Orthohantavirus seoulense* (SEOV) вызывают инфицирование людей на Дальнем Востоке и единичные случаи в Западной и Восточной Сибири. Несмотря на разнообразие циркулирующих хантавирусов, в России до 97,7% случаев заболевания людей вызваны PUUV. В большинстве слу-

чаев ГЛПС диагностируется клинически, и в 85,6% случаев этот диагноз подтверждается обнаружением антител. Целью данной работы была разработка твердофазного иммуоферментного анализа для выявления антител к PUUV и DOBV.

В ходе работы нами были получены рекомбинантные фрагменты нуклеопротеина (NP) PUUV и DOBV, подобраны свойства иммунологических 96-тилуночных планшетов для связывания, условия связывания (буферные растворы, время и температура связывания, концентрации антигенов), блокировки (буферные растворы, время и температура связывания, концентрации блокирующих агентов, условия отмывки, обеспечивающие хранение до 12 месяцев), инкубации с образцами и растворами конъюгатов (состав растворов для разведения, время, температура и условия инкубации, разведения образцов и конъюгатов).

Для определения чувствительности и специфичности разработанной методики использован 41 образец сыворотки крови, полученный на 3, 7 и 14 дни от начала симптомов от 14 пациентов с ПЦР-подтвержденной ГЛПС, и в 72 образца условно-здоровых доноров. Cut off для каждого класса антител был установлен с помощью ROC-анализа.

Чувствительность разработанной методики при выявлении IgM составила 78,0% (ДИ 95% 62,4 - 89,4), специфичность 98,2% (ДИ 95% 90,3 - 100), PPV 97,0% (ДИ 95% 82,0-99,6), NPV 85,7% (ДИ 95% 77,1-91,5), точность 89,5% (81,7-94,9). Чувствительность разработанной методики при выявлении IgG составила 68,3% (ДИ 95% 51,9 - 81,9), специфичность 100% (ДИ 95% 93,5 - 100), PPV 100% (ДИ 95% 97,5 - 100), NPV 80,9% (ДИ 95% 73,0-87,0), точность 86,5% (78,0-92,6)

Таким образом, была разработана и успешно протестирована методика, основанная на методе твердофазного иммуоферментного анализа для выявления антител к PUUV и DOBV, которая обладает сравнимой с коммерческими аналогами чувствительностью и превосходящей их специфичностью (собственные данные) и может стать ценным инструментом для диагностики ГЛПС и особенно для проведения сероэпидемиологических исследований.

Соркина К.Д., Шульц К.В., Нагорняк А.С., Жукова О.В.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕПАТИТОМ А И СОСТОЯНИЕМ ВОДНОЙ СРЕДЫ И ПОЧВЫ НА ПРИМЕРЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Барнаул, Россия*

Введение. Вирусный гепатит А характеризуются высоким уровнем контагиозности и способностью вызывать массовые вспышки инфекций, особенно в условиях недостаточной санитарии и низкого качества питьевой воды. Механизм передачи — фекально-оральный. Санитарно-микробиологическое состояние почвы, состояние водной среды являются индикаторами при прогнозировании заболеваемости гепатитом А.

Цель исследования. Провести оценку заболеваемости гепатитом А детского населения Алтайского края (от 0 до 14 лет). Проанализировать взаимосвязь между забо-

леваемостью гепатитом А и состоянием почвы и водной среды.

Материалы и методы. Данные Государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» за период с 2015 по 2024 гг. Обработка данных проводилась в программе STATISTICA 12. Оценка связи проводилась с помощью коэффициента корреляции Пирсона, а также с помощью шкалы Чеддока.

Результаты. В течение исследуемого периода (ежегодно) отмечалась высокая корреляционная связь между санитарно-микробиологическими показателями воды и заболеваемостью детского населения гепатитом А (0,811 по шкале Чеддока). В течение исследуемого периода (ежегодно) до 2023 г. отмечалась средняя корреляционная связь между санитарно-микробиологическими показателями почвы и заболеваемостью детского населения гепатитом А (0,567 по шкале Чеддока). В 2024 г. отмечалась сильная корреляционная связь между санитарно-микробиологическими показателями почв и заболеваемостью детского населения гепатитом А (0,768 по шкале Чеддока).

Заключение. Отмечалась высокая корреляционная связь между санитарно-микробиологическими показателями воды и заболеваемостью детского населения края, а также установлена высокая и средняя корреляционная связь между санитарно-микробиологическими показателями почвы и заболеваемостью детского населения, что необходимо учитывать при составлении плана профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Степанова Ю.Н., Золотухин С.С. Иванова М.О.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНЕРАТИВНОГО ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрав России
г. Чита, Россия*

Актуальность. Актуальность настоящего исследования обусловлена возрастающей ролью технологий искусственного интеллекта (ИИ) в профессиональной среде и их интеграцией в систему здравоохранения. Необходимость внедрения ИИ регламентирована Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2024 г. № 959-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения», а также положениями, изложенными в выступлении Президента РФ о национальном плане развития и экономическом эффекте от применения генеративного ИИ (ноябрь 2025 г.)

Материалы и методы. Для текущего научного исследования послужили данные описания рентгенологического исследования в виде цифровой флюорографии (ЦФЛГ) органов грудной клетки (ОГК) семнадцати пациентов терапевтического отделения ГБУЗ Забайкальского краевого клинического фтизиопульмонологического центра (ЗККФПЦ), включая данные, полученные в результате анализа врачебных заключений и заключений, сделанных медицинской системой ФтизБиоМед.

Результаты. Точность локализации основного патологического процесса оказалась значительно ниже: только в 59% (10 из 17) случаев локализация (правое/левое легкое) была определена верно. В 41% (7 из 17) наблюдений имели место ошибки локализации, включая полную инверсию сто-

рон поражения в 3 случаях. Полости распада, являющиеся ключевым признаком деструктивной формы туберкулеза, были подтверждены врачами в 13 исследованиях. Чувствительность ИИ в отношении выявления полостей составила 69% (9 из 13). При этом только в 46% (6 из 13) случаев сторона поражения была определена верно. Полностью корректных описаний полостей (с указанием размеров и характеристики стенок) не зафиксировано ни в одном случае (0%). В 4 наблюдениях (31% от числа пациентов с полостями) полости были полностью пропущены системой ИИ, в 1 случае (8%) зафиксировано ложное определение полости при ее отсутствии. Анализ показал, что пропуски патологических изменений имели место в 100% исследований (17 из 17). Всего зафиксировано 117 пропусков/ошибок, в среднем 6,9 на одного пациента. Наиболее часто пропускались следующие категории: очаговые и инфильтративные изменения (21 пропуск), изменения легочного рисунка (20), изменения корней легких (17), детализация полостей (размеры, характеристика стенок) (14), описание диафрагмы (13). В 3 наблюдениях (18%) ИИ полностью проигнорировал односторонний патологический процесс (пациенты №11, №13, №15).

Вывод: проведенное исследование позволило нам выявить наиболее часто встречающиеся ошибки ИИ – систем в анализе целевой патологии на ЦФЛГ. Особое внимание было уделено работе ИИ с полостями распада.

*Степанова Ю.Н., Колодежная А.К.,
Токсонбаева К.Т., Черняева М.М., Радковская Д.А.*

ВЛИЯНИЕ ЭТАПА ОБУЧЕНИЯ НА САМООЦЕНКУ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССОВ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия» Минздрова России
г. Чита, Россия*

Актуальность. Туберкулез (ТБ) остается одной из значимых медико-социальных проблем, особенно в условиях скученности и повышенных профессиональных рисков у будущих медицинских работников. Адекватная самооценка рисков и уровень информированности о специфике заболевания являются ключевыми факторами формирования приверженности профилактическим мероприятиям.

Цель. Провести сравнительный анализ уровня осведомленности о специфике заболевания, самооценки риска заражения и приверженности профилактическим мерам среди учащихся профильных классов, студентов младших и старших курсов медицинского вуза.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое одномоментное поперечное исследование с участием 170 респондентов: студенты старших (n = 59, 4–6 курсы), студенты младших (n = 61, 1–3 курсы) курсов медицинской академии и учащиеся профильных медицинских классов (n = 50). Использована оригинальная анонимная онлайн-анкета. Статистический анализ выполнен в IBM SPSS Statistics 23 с применением критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Все респонденты (100%) указали, что слышали о туберкулезе, однако источники информации различались: школьники чаще ориентировались на социальные сети и СМИ, студенты – на обучающие программы ($p < 0,01$). Информированность о специфических симптомах ТБ зако-

номерно нарастала к старшим курсам. О «ночной потливости» и «потере веса» знали 94,1% и 96,5% старшекурсников соответственно, тогда как среди школьников эти показатели составили лишь 46,7% и 57,8% ($p < 0,001$). Самооценка риска заражения существенно различалась между группами ($\chi^2 = 32,4$; $p < 0,001$): 45,9% старшекурсников оценили риск как «высокий», среди младших курсов преобладала оценка «средний» (41,4%), а 60,0% школьников затруднились с ответом. В структуре факторов риска респонденты всех групп выделили тесный контакт с больными (92%) и скученность (78%). При этом студенты старших курсов достоверно чаще ($p < 0,05$) связывали риск заболевания с хроническим стрессом (81,2%), недосыпанием и нерегулярным питанием. Приверженность флюорографическому обследованию была высокой во всех группах (75–95%), однако выявлен низкий уровень знаний о результатах собственных иммунологических проб (Манту/Диаскинтест): только 30,6% старшекурсников и 21,4% младшекурсников знали эти данные.

Заключение. Адекватность восприятия профессиональных рисков формируется в процессе клинического обучения. Выявлен дефицит знаний у учащихся профильных классов и студентов младших курсов в отношении специфических симптомов туберкулеза и собственного иммунного статуса. Самооценка профессионального риска у студентов-медиков формируется преимущественно эмпирически, без системного образовательного сопровождения на младших курсах, что обосновывает необходимость внедрения образовательных модулей по инфекционной безопасности и иммунопрофилактике на ранних этапах подготовки медицинских кадров.

*Степанова Ю.Н., Михалева К.С., Баронайтте С.А.,
Байке Е.Е.*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская
академия Минздрова РФ
г. Чита, Россия*

По данным ВОЗ растет доля лиц пожилого и старческого возраста в структуре заболеваемости туберкулезом, также отмечается тенденция к общему старению населения Земли.

Целью работы явилось выявление особенностей течения и исхода туберкулеза органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ 56 случаев туберкулеза старше 60 лет (1 группа) и 56 лиц в возрасте до 60 лет (2 группа). Больные находились на лечении в условиях стационара ГБУЗ «Забайкальский краевой фтизиопульмонологический центр» в период с 2023 по 2025 гг. Изучены и проанализированы особенности выявления заболевания, клинической картины, лечения и исходов туберкулезного процесса. Всем пациентам выполнялось стандартное клинико-лабораторное и рентгенологическое обследование: рентгенография, компьютерная томография органов грудной клетки, определение лекарственной чувствительности МБТ. Обработку материалов проводили с использованием компьютерных программ MS Excel-2016 и BIostat.

Результаты. Средний возраст больных 1 группы составил $66,3 \pm 3,6$ лет, средний возраст больных 2 группы составил $42,0 \pm 2,1$ лет ($p < 0,05$). Из них в 1 группе доля лиц

мужского пола составила 69,6%, во 2 группе – 75%; 67,8% больных 1 группы являлись жителями сельской местности, что больше чем во 2 группе - 28,5% ($p < 0,05$).

В структуре клинических форм туберкулеза в обеих группах статистически значимых отличий не получено. Осложненное течение превалировало у пациентов 2 группы – 23,2% (во 1 группе 8,9%). Хирургическое лечение потребовалось у лиц во 2 группе в 3,5% (в 1 группе не проводилось). Среди пациентов 1 группы 7,2% являлись ВИЧ-инфицированными, во 2 группе данный показатель был значительно выше – 44,7%. Бактериовыделение в 1 группе выявлено у 57,2% больных, во 2 группе – у 48,2%. При дальнейшем обследовании множественная лекарственная устойчивость МБТ в 1 группе установлена у 48,2%, пациентов во 2 группе – у 37,5%.

Средние сроки пребывания в стационаре у пациентов 1 группы составили $100,8 \pm 9,8$ дней, у пациентов 2 группы $59,7 \pm 5,6$ дней ($p < 0,05$). Так, факты преждевременной выписки из стационара зафиксированы у 39% пациентов 1 группы и 37,5% пациентов 2 группы. Основной причиной преждевременной выписки в 1 группе является отказ от лечения, а во 2 группе - нарушение режима лечения. Бактериовыделение в 1 группе результате лечения прекратилось у 78,3% пациентов, во 2 группе - 48,1% ($p < 0,01$). Закрытие каверн в 1 группе наблюдалось всего у 3 человек (8,3%), во 2 группе - у 6 исследуемых (23,1%) ($p < 0,05$). Доля летальных исходов в обеих группах составила по 8,9%.

Выводы. Клиническое течение туберкулеза у больных разных возрастных групп в целом не отличается, даже несмотря на более низкую долю сочетанной патологии ВИЧ-туберкулез в старческом и пожилом возрасте. Средние сроки стационарного лечения у пациентов старше 60 лет почти вдвое выше, при этом высока доля преждевременных выписок, преимущественно из-за отказа от лечения, а не нарушения режима, как у более молодых пациентов. Эффективность лечения по критерию прекращения бактериовыделения у пожилых выше, однако закрытие полостей распада происходит крайне редко – всего в 8,3% случаев, что указывает на низкую репаративную способность легочной ткани в старческом возрасте.

Стуколова О.А.¹, Соколова М.И.¹, Hoornstra D.²,
Маркелов М.Л.³, Черкашина А.С.¹, Судьина А.Е.⁴,
Novius J.W.^{2,5}, Платонов А.Е.¹

ПЛАНАРНЫЙ БЕЛКОВЫЙ БИОЧИП ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К BORRELIA BURGDORFERI S.L.: ВАЛИДАЦИЯ И ПРАВИЛА ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ

¹ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва, Россия

²Department of Internal Medicine, Division of Infectious
Diseases, Amsterdam UMC, Location AMC, University of
Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands

³ФГБНУ НИИ медицины труда имени академика
Н.Ф. Измерова, Москва, Россия

⁴ФГБУ «ЦСП» ФМБА России, Москва, Россия

⁵Amsterdam Institute for Infection and Immunity,
Amsterdam, the Netherlands

Для серологической диагностики иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ, болезни Лайма, БЛ) рекомендуется проведение двухступенчатого тестирования, кото-

рое обычно включает в себя скрининговое исследование методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) и подтверждающий иммуноблот (Western-блот, Iain-блот, dot-блот). Такой алгоритм тестирования требует значительных затрат времени и средств. Кроме того, часто используемый визуальный учет результатов иммуноблота приводит к субъективности и вариабельности результатов исследования в целом. Наша цель заключалась в создании и апробации белкового биочипа, включающего антигены *Borrelia burgdorferi sensu lato*, а так же в разработке алгоритма интерпретации результатов, позволяющего проводить одноэтапную высокоспецифичную серологическую диагностику БЛ.

Разработанный биочип содержит 12 рекомбинантных белков – аналогов антигенов *Borrelia afzelii* и *Borrelia bovarenensis* (Bbsl), контроли и калибровочные пробы и предназначен для одновременного и раздельного определения антител классов М и G. Для валидации были использованы образцы сыворотки крови пациентов с культурально подтвержденным ИКБ: 58 пациентов с мигрирующей эритемой (МЭ), 13 - с диссеминированным ИКБ в сочетании с кожными проявлениями (Амстердам, Нидерланды). В контрольные группы были включены образцы здоровых доноров (97 из Ижевска, 83 из Волгограда). В качестве потенциально перекрестно-реактивной группы были использованы 283 образца сыворотки крови 83 пациентов с ПЦР-подтвержденным заболеванием, вызванным *Borrelia miyamotoi* (БМ).

Cut off для каждого антигена и класса антител был установлен с помощью ROC-анализа и унифицирован на уровне 5 мкг/мл. Алгоритм интерпретации был разработан с использованием пошаговой логистической регрессии. Результат обнаружения IgM считался положительным, если выявлялись антитела к группе белков OspC в сочетании с антителами к одной группе белков или к трем группам белков из VlsE, p58, p41, p39, BBK32, p17. Результат обнаружения IgG считался положительным, если выявлялись антитела к группе белков VlsE или BBK32 в сочетании с антителами к одной группе белков или трем группам белков из p100, p58, p41, p39, OspC, p17.

Чувствительность методики при выявлении IgM/IgG составила 37% (ДИ 95% 26-57) в образцах, полученных от пациентов с МЭ, и 92% (ДИ 95% 77-100) в группе с диссеминированным ИКБ. Специфичность составила 96% (ДИ 95% 92-100).

Кроме того, методика успешно дифференцировала пациентов с БЛ и пациентов с БМ со специфичностью 89% (ДИ 95% 95-100) для IgM и 92% (ДИ 95% 93-100) для IgG антител.

Таким образом, была разработана и успешно протестирована методика одноэтапной серологической диагностики различных форм ИКБ, которая обладает высокими чувствительностью и специфичностью и может стать ценным инструментом для рутинной диагностики БЛ.

Султанова Г.Ю., Аладова Л.Ю., Раимкулова Д.Ф.,
Бегматов Б.Х.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ КИШЕЧНОГО ЛЯМБЛИОЗА

Ташкентский государственный медицинский
университет

Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно лямблиозом инфицируются до 200 млн. человек, при этом распространённость инфекции в развивающихся странах достигает 20-30%, а в детских коллективах - 30-40%. В Республике Узбекистан частота выявления лямблиоза у детей с патологией желудочно-кишечного тракта составляет от 18 до 35%. Сочетание острого вирусного гепатита А (ВГА) и кишечного лямблиоза может модифицировать клиническое течение заболевания за счёт усиления интоксикационного и диспепсического синдромов, а также замедления восстановления функционального состояния печени.

Цель исследования - изучить клинико-биохимические особенности течения острого вирусного гепатита А у детей при сопутствующем кишечном лямблиозе.

Материал и методы. Исследование проведено в детском инфекционном отделении многопрофильной клиники Ташкентского государственного медицинского университета в 2025 г. Под наблюдением находились 210 детей в возрасте от 2 до 18 лет со среднетяжёлой формой ВГА. Диагноз ВГА подтверждён клинико-биохимическими данными и выявлением анти-HAV IgM методом ИФА. Диагностика кишечного лямблиоза проводилась копрологическим методом (трёхкратное исследование кала).

Сформированы две группы: 1 группа (ВГА без лямблиоза) - 147 детей (70%); 2 группа (ВГА + кишечный лямблиоз) - 63 ребёнка (30%).

Все пациенты получали базисную терапию (диета №5, щадящий режим, дезинтоксикационная терапия). Специфическая противоязвенная терапия в остром периоде ВГА не проводилась.

Результаты. У всех детей отмечались гепатомегалия и иктеричность кожи и склер (100%). Диспепсические проявления (вздутие живота, боли, снижение аппетита) регистрировались достоверно чаще во 2 группе - у 57 из 63 детей (90,5%) против 88 из 147 (59,9%) в 1 группе ($p < 0,05$). Повышение активности АЛТ и АСТ в 4-7 раз выявлено у 158 детей (75,2%), в 2-3 раза - у 52 (24,8%), без статистически значимых различий между группами ($p > 0,05$). Показатели мезенхимально-воспалительного и холестатического синдромов: тимоловая проба была положительной у всех больных (100%) и составила в среднем $10,5 \pm 0,5$ ед.; диспротеинемия проявлялась повышением уровня гамма-глобулинов до $19,5 \pm 0,5\%$.

В динамике лечения у детей без лямблиоза наблюдалась более быстрая нормализация показателей цитолитического синдрома: снижение активности трансаминаз в 2 раза к концу острого периода отмечено у 132 из 147 пациентов (89,8%), тогда как во 2 группе - у 41 из 63 (65,1%) ($p < 0,05$).

Сохранение диспепсического синдрома на 10-14 день болезни отмечалось у 44,4% детей с лямблиозом против 18,4% без него ($p < 0,05$), что свидетельствует о более затяжном течении заболевания при сочетанной патологии.

Выводы. 1. Сочетание ВГА с кишечным лямблиозом у детей сопровождается более выраженным и длительным диспепсическим синдромом (90,5% против 59,9%).

Наличие лямблиозной инвазии ассоциировано с замедлением нормализации биохимических показателей функции печени (65,1% против 89,8%).

Дети с ВГА на фоне кишечного лямблиоза требуют более тщательного диспансерного наблюдения и проведения этиотропной терапии лямблиоза после купирования острого периода гепатита.

Сыкыкова А.А., Дунаева Н.В.

АНАЛИЗ ЗАВОЗНЫХ СЛУЧАЕВ МАЛЯРИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021–2025 ГГ.

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

Введение. Малярия - паразитарное заболевание человека, вызываемое простейшими рода *Plasmodium*. Актуальность заболевания в эндемичных районах обусловлена международной мобильностью населения.

Цель исследования. Провести эпидемиологический и клинико-лабораторный анализ завозных случаев малярийной инвазии у пациентов, госпитализированных в Клиническую инфекционную больницу имени С.П. Боткина в период с 2021 по 2025 гг.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование историй болезни всех пациентов с подтвержденной методом микроскопии толстой капли и тонкого мазка малярией, госпитализированных в 2021-2025 гг. ($n = 63$). Проанализированы социально-демографические, эпидемиологические и лабораторные данные. Проведена оценка видовой принадлежности плазмодия, терапевтических подходов и исходов заболевания. Качественные признаки проанализированы через процентное соотношение. Количественные признаки в зависимости от соответствия распределения нормальному представлены в виде среднего значения \pm стандартного отклонения (ошибки среднего) - $M \pm SD(SE)$ или в виде медианы и 25;75% - $Me (25;75\%)$. Проверку распределений на соответствие нормальным проводили критериями Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка.

Результаты. Включенные в исследование пациенты были в возрасте от 20 до 79 лет - 37(29;49) лет, преобладали мужчины (88% ($n = 56$)); не работали 46% ($n = 29$), работали 37% ($n = 23$), являлись студентами 11% ($n = 7$), пенсионерами 6% ($n = 4$). Больше половины пациентов постоянно проживали в Санкт-Петербурге и Ленинградской области (56% ($n = 35$), остальные - в других регионах России (22% ($n = 14$)) и странах Африки (21% ($n = 13$)). Инфицирование в большинстве случаев произошло на Африканском континенте (97% ($n = 61$)). Ранее болели малярией 44% ($n = 28$) госпитализированных. Пациенты поступали в стационар в диапазоне от 1го до 21го дня болезни ($Me (25;75\%) - 5(3;8)$ дней), у 53% ($n = 34$) пациентов отмечена поздняя госпитализация (≥ 8 дней). Госпитализация продлилась от 1 до 28 дней ($Me(Q25;Q75) - 8(6;9)$ дней). Наиболее частыми симптомами были лихорадка (86% ($n = 54$)), слабость (65% ($n = 41$)), головная боль (37% ($n = 23$)) и озноб (35% ($n = 22$)). Неврологические осложнения в виде отека головного мозга, ОНМК и энцефалопатии зафиксированы у 8% ($n = 5$). В периферической крови заболевших отмечена анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз или лейкопения с нейтрофильным сдвигом. В биохимических показателях - повышение билирубина, активности АЛТ и АСТ, а также креатинина. СРБ был

повышен у большинства госпитализированных. Преобладающим возбудителем являлся *Pl.falciparum* (78% (n = 49), реже *Pl.ovale* (16% (n = 10) и *Pl.vivax* (6% (n = 4). В качестве противомаларийной терапии чаще всего применяли артемизинины и их комбинации – 78% (n = 49). Зафиксирован 1 летальный исход, в результате ОНМК.

Выводы. В 2021–2025 гг. в Санкт-Петербурге в инфекционный стационар попадали пациенты преимущественно молодого возраста, неработающие, мужчины, прибывшие из стран Африки, с жалобами на лихорадку, слабость и головную боль в течение недели и больше, с маркерами воспаления в периферической крови и положительными результатами микроскопии на плазмодий. У 8% возникли неврологические осложнения. Пациенты были пролечены преимущественно препаратами артемизинина и их комбинациями, с положительной динамикой и выпиской, один пациент погиб.

Тер-Багдасарян А.В.¹, Беспалова М.К.²

ОПИСТОРХОЗ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ДАННЫМ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА Г. ЧЕЛЯБИНСКА

¹ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России,

²ГАУЗ ОЗП ГКБ № 8

г. Челябинск, Россия

Актуальность Описторхоз сохраняет лидирующие позиции в структуре природно-очаговых гельминтозов Российской Федерации. В Челябинской области, расположенной в пределах Обь-Иртышского бассейна, ежегодно регистрируются спорадическая заболеваемость и вспышечная эпизодичность. В 2024 г. показатель заболеваемости составил 4,50 на 100 тыс. населения, с превышением среднеобластного уровня в 9 муниципальных образованиях (варьирование от 0,62 до 33,26 на 100 тыс.). В структуре биогеоминтозов региона доля описторхоза достигает 90%, что определяет его высокую медико-социальную значимость.

Цель исследования: Провести клинико-эпидемиологический анализ описторхоза у пациентов инфекционного стационара г. Челябинска с выделением особенностей течения заболевания в современный период (2022–2025 гг.) на фоне сохраняющейся эндемичности территории.

Материалы и методы: Выполнен ретроспективный анализ 180 историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом «описторхоз», находившихся на лечении в инфекционном стационаре ГАУЗ ОЗП ГКБ №8 г. Челябинска в 2022–2025 гг. (2022 г. – 52, 2023 г. – 37, 2024 г. – 43, 2025 г. – 48). Диагноз подтвержден серологически (ИФА с определением IgM/IgG) и копрологически (обнаружение яиц *Opisthorchis felinus*).

Результаты: В структуре госпитализированных пациентов преобладала хроническая форма описторхоза – 87,2% (157 из 180 случаев). Среди всех пациентов 76,4% составили жители городских территорий. Основным фактором передачи явилось употребление рыбы семейства карповых: в 67% случаев в эпидемиологическом анамнезе установлено употребление рыбы и рыбопродуктов, в том числе домашнего приготовления. При этом источники инвазии были связаны как с выловом рыбы в местных водоемах (бассейны рек Уй, Увелка – территории природного очага), так и с приобретением рыбной продукции, завезенной из других эндемичных регионов (Тюменская область, ХМАО, Казахстан).

Клиническая картина хронического описторхоза характеризовалась преимущественным поражением гепатобилиарной системы (92% случаев): дискинезия желчевыводящих путей (85%), хронический холецистит (47%), гастродуоденит (33%), хронический панкреатит (24%), холангиогепатит (13%). Астеновегетативный синдром выявлен в 75% случаев, токсико-аллергические проявления – в 52%. Установлено, что не менее 50% случаев хронического описторхоза имели первично-хроническое течение, протекая бессимптомно или малосимптомно на протяжении многих лет. Факторами, провоцирующими обострение, являлись стресс, погрешности в диете, чрезмерная физическая нагрузка, интеркуррентные инфекционные заболевания, хирургические вмешательства, беременность. Для острого описторхоза (12,8% госпитализированных) были характерны выраженный интоксикационный синдром (у 23,4% – тяжелой степени), абдоминальный синдром (64%), гепатомегалия (52%), явления холестаза (46%), желтуха (18%), кожный зуд (9%).

Выводы: 1. Описторхоз в Челябинской области сохраняет высокую медико-социальную значимость, что подтверждается стабильным уровнем госпитализаций и широким распространением природных очагов на территории региона. 2. В структуре госпитализированных пациентов доминирует хроническая форма заболевания. Не менее половины случаев хронического описторхоза имеют первично-хроническое бессимптомное или малосимптомное течение, что затрудняет своевременную диагностику и требует активного выявления среди населения эндемичных территорий.

Терешков Д.В.¹, Мицура В.М.^{1,2}

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ГЕПАТИТ В ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь,

²ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь

Лица, инфицированные вирусом гепатита В (ВГВ), подвержены высокому риску развития цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы. У пациентов с хронической ВГВ-инфекцией, которые не получают противовирусную терапию (ПВТ), кумулятивная частота развития ЦП в течение 5 лет составляет 8–20%, его декомпенсации в последующие 5 лет – 20% [EASL, 2025].

Цель исследования: среди пациентов с хронической ВГВ-инфекцией определить частоту выявления лиц с ЦП и проанализировать их клинико-лабораторные параметры.

На базе Гомельской областной инфекционной клинической больницы обследовано 167 пациентов с хронической ВГВ-инфекцией. На момент включения в исследование пациенты не получали ПВТ. Общепринятыми методами определяли показатели биохимического анализа крови, гемограммы, коагулограммы. Серологические маркеры ВГВ определяли с помощью иммуноферментного анализа, уровень вирусной нагрузки ДНК ВГВ – методом ПЦР в режиме реального времени. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, стадию фиброза оценивали на основании эластографии печени. Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 10; расчет 95% доверительных интервалов (ДИ) проводился с помощью откорректированного метода Вальда.

Среди всех пациентов с хронической ВГВ-инфекцией стадия фиброза печени F4 (ЦП) имели 33 чел. (19,8%, ДИ 14,4–26,5). В группе пациентов с ЦП (средний возраст – 55,8±14,7 лет, мужчины – 75,8%) HBeAg-негативными были 84,8% (ДИ 68,6–93,8). По классификации Чайлд-Пью класс тяжести цирроза А имели 51,5% (n=17) пациентов, В – 21,2% (n=7), С – 27,3% (n=9). Варикозное расширение вен пищевода выявлено у 54,5% пациентов (n=18), асцит – у 30,3% (n=10), при этом у 15,2% (n=5) асцит сочетался с гидротораксом. Гепатомегалия отмечалась у 60,6% (n=20), спленомегалия – у 66,7% (n=22) лиц с ЦП. Проведен анализ лабораторных показателей пациентов с ЦП (для количественных переменных представлены медиана, интерквартильный размах (25%–75%), процент отклонений от граничных значений параметров): билирубин – 37,2 мкмоль/л (25,0–68,9), 78,8%; аланинаминотрансфераза – 82,8 Е/л (45,0–173,0), 75,8%; аспартатаминотрансфераза – 113,7 Е/л (68,7–187,3), 96,9%; щелочная фосфатаза – 219,7 Е/л (130,2–326,0), 36,4%; гамма-глутамилтрансфераза – 57,9 Е/л (39,2–102,5), 57,6%; холестерин – 3,9 ммоль/л (3,2–4,4), 21,2%; общий белок – 67,4 г/л (64,6–71,8), 30,3%; альбумин – 33,5 г/л (27,9–37,8), 57,6%; гемоглобин – 139 г/л (120–146), 24,2%; тромбоциты, ×10⁹/л – 119 (72–136), 81,8%; протромбиновый индекс – 0,76 (0,69–0,82), 66,7%; международное нормализованное отношение – 1,40 (1,29–1,61), 87,5%. Таким образом, чаще определяются лабораторные синдромы цитолиза и печеночно-клеточной недостаточности, а также тромбоцитопения как проявление синдрома гиперспленизма. Уровень ДНК ВГВ выше 2000 МЕ/мл имели 75,8% (n=25) пациентов.

Заключение. В Гомельской области у пациентов с хронической ВГВ-инфекцией ЦП выявлен у 19,8% лиц, среди которых 48,5% имеют его декомпенсированную стадию. ЦП, ассоциированный с ВГВ-инфекцией, чаще определяется у мужчин (75,8%); доминируют HBeAg-негативные пациенты (84,8%). Наиболее частыми осложнениями ЦП были варикозное расширение вен пищевода, асцит, синдромы гиперспленизма и гепатоцеллюлярной недостаточности.

Тихонова Е.П., Калинина Ю.С., Кузьмина Т.Ю., Анисимова А.А.

ГЦК В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ: ДИАГНОСТИКА, СКРИНИНГ

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ России г. Красноярск, Россия

Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) – наиболее распространенная первичная опухоль печени (80–85% от всех случаев). В Красноярском крае за период с 2014–2023 гг. абсолютный показатель впервые выявленных случаев злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков вырос на 130,1%. Наиболее значимым этиологическим фактором риска развития ГЦР является цирроз печени на этапе его выраженной стадии F3–F4, который чаще всего развивается на фоне хронических вирусных инфекций, таких как гепатит В и С – 86,4%, из которых большая доля приходится на хронический гепатит С – 77,5%.

Цель: оценить распространенность гепатоцеллюлярного рака у пациентов группы умеренного и высокого ри-

ска на территории Красноярского края в ходе проведения скрининговых мероприятий.

Материалы и методы. Для реализации риск-ориентированного подхода в исследование включены мужчины и женщины в возрасте 40–70 лет с фиброзом F3–F4 или циррозом печени вирусной этиологии, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании, и лица с ранее установленным диагнозом гепатоцеллюлярного рака. Сахарный диабет встречался у четверти пациентов – 28,3%, среди которых доминировал второй тип – 93,4%. Регулярность употребления алкоголя была отмечена лишь у небольшой части пациентов (5,9%) с частотой около 4 раз в неделю. Фиброз печени наблюдался у подавляющего числа пациентов – 86,5%, причем большинство имели тяжелую стадию F4 (74,6%).

Скрининг проводился в Красноярском краевом онко-диспансере. Используемые методы: анкетирование для сбора сведений о факторах риска (наличии цирроза, его причинах, сопутствующих заболеваниях, вредных привычках); забор крови для определения уровня АФП (альфа-фетопротейна) + PIVKA-II (белка, индуцированного отсутствием витамина К или его антагонистом-II) (Cobas, Roche, Швейцария); применение алгоритма GAAD, сочетающего в себе пол, возраст, уровень АФП и PIVKA-II, с дальнейшей стратификацией риска для дифференциации групп риска; инструментальная диагностика – МРТ с гепатоспецифичным контрастом (гадоксетовая кислота). Данные обрабатывали статистическими пакетами Statistica и StatTech.

Результаты. В риск-ориентированной программе ранней диагностики приняли участие 746 пациентов, гепатоцеллюлярный рак был выявлен у 14 пациентов, причем в 50% случаев – на ранних стадиях (I–II), что говорит о высокой чувствительности выбранного подхода. Частота выявления злокачественных опухолей при проведенных мероприятиях составила 1,88%. В результате доля значимой диагностики при использовании сочетания «АФП + PIVKA-II» и последующим проведением МРТ с гепатоспецифичным контрастом у пациентов умеренного и высокого риска развития ГЦР составила 1,88% (14 новых случаев при проведении 745 исследований).

Выводы. Хронические вирусные гепатиты В и С являются ведущими факторами риска развития гепатоцеллюлярной карциномы. Внедрение риск-ориентированного подхода для высокой группы риска с применением более чувствительных методов диагностики способствует увеличению доли ранних стадий и своевременному началу специализированного лечения.

Туйчиев А.Н., Рахматуллаева Ш.Б., Саидова Б.С.

АССОЦИАЦИЯ МИКРОБНОГО РАЗНООБРАЗИЯ КИШЕЧНИКА С ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Ташкентский государственный медицинский университет

Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена высокой распространённостью ВИЧ-инфекции и её влиянием на иммунную систему и кишечную микробиоту. Иммунная дисфункция при ВИЧ сопровождается нарушением таксономического состава микробиоты, что способ-

ствует хроническому воспалению и прогрессированию заболевания. Изучение связи микробиоты с уровнем CD4+ клеток и вирусной нагрузкой позволяет уточнить механизмы патогенеза, выявить маркеры прогрессирования и обобщать подходы к коррекции дисбиоза.

Целью работы. Оценить взаимосвязь показателей кишечной микробиоты с уровнем вирусной нагрузки и числом CD4+ клеток у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. В рамках проспективного когортного исследования обследованы 147 пациентов с подтвержденной ВИЧ-инфекцией и 78 условно здоровых добровольцев в период с января 2023 по декабрь 2024 г. Пациенты были распределены на четыре группы в соответствии с клинической стадией ВИЧ-инфекции (классификация ВОЗ): 1-я – первичные проявления (n=89), 2-я – латентная стадия (n=95), 3-я – стадия вторичных заболеваний (n=98), 4-я – терминальная стадия (n=65). Таксономическую структуру кишечной микробиоты оценивали методом высокопроизводительного секвенирования переменных участков V3–V4 гена 16S рРНК на платформе Illumina (MiSeq).

Результаты. Анализ альфа-разнообразия показал достоверное снижение микробного богатства по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции. Индекс Шеннона уменьшался с $4,12 \pm 0,34$ в контрольной группе до $1,94 \pm 0,29$ на терминальной стадии ($p < 0,001$ при сравнении с контролем). Выявлена выраженная отрицательная корреляция между индексом Шеннона и уровнем вирусной нагрузки ($r = -0,74$; $p < 0,001$) и положительная – с числом CD4+ клеток ($r = 0,69$; $p < 0,001$). При вирусной нагрузке < 50 копий/мл индекс составлял $3,45 \pm 0,52$, тогда как при > 100 000 копий/мл снижался до $2,08 \pm 0,31$. Таксономический анализ выявил выраженные сдвиги в составе доминирующих филумов кишечной микробиоты. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции доля Firmicutes снижалась с 68,4% в контроле до 34,2% в терминальной стадии, тогда как относительная представленность Proteobacteria возрастала с 8,1% до 41,7%. Динамика Bacteroidetes носила нелинейный характер с пиком во второй группе (31,6%) и снижением до 18,3% на поздней стадии заболевания. На уровне родов отмечено значительное увеличение представителей Enterobacteriaceae (в 12,4 раза по сравнению с контролем) при одновременном снижении численности комменсалов: Bifidobacterium (с 4,8% до 0,7%), Lactobacillus (с 3,2% до 0,4%) и Faecalibacterium (с 11,2% до 2,1%). Функциональное профилирование (PICRUSt2) показало угнетение метаболических путей синтеза короткоцепочечных жирных кислот: активность генов метаболизма бутирата в четвертой группе была снижена на 67% по сравнению с контролем, что соответствовало уменьшению численности бутират-продуцирующих бактерий.

Выводы. Прогрессирование ВИЧ-инфекции сопровождается выраженным кишечным дисбиозом со снижением микробного разнообразия, особенно при уровне CD4+ < 200 /мкл. Показатели микробиоты могут рассматриваться как дополнительные прогностические маркеры течения заболевания.

Туйчиев Л.Н.², Таджиева Н.У.^{1,2}, Имамова И.А.², Рахматуллаева Ш.Б.², Рахимова М.Р.^{1,2}, Хакимжонова Н.М.²

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний

²Ташкентский государственный медицинский университет
Ташкент, Республика Узбекистан

Успехи иммунизации в периоде реализации программы элиминации кори позволили отнести корь к «уходящим» инфекциям, однако, как показала практика, ситуация резко изменилась ввиду роста заболеваемости корью в мире. При этом статистические данные по заболеваемости показали, что более трети зарегистрированных заболевших корью был взрослый контингент.

Целью исследования является изучение клинико-лабораторных особенностей кори у взрослых пациентов.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование 278 (100%) пациентов старше 18 лет с диагнозом корь, период высыпания в период марта 2022 г. по декабрь 2024 г., находившихся на стационарном лечении в отделении инфекционных болезней многопрофильной клиники ТашГМУ. Диагноз «корь» был верифицирован путем выявления специфического IgM-антитела к кори в сыворотке крови, методом иммуноферментного анализа (ИФА), набор «ВектоКорь-IgM» производства «ВекторБест», г. Новосибирск, Россия на фотометр микропланшетного типа.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов с корью взрослого контингента составил $33,8 \pm 0,9$ лет. Анализ клинического течения заболевания корью у 100%/100 больных установил, что доля тяжелой формы у наблюдаемых больных составила 29,5%/82 случаев, у остальных 70,5%/196 отмечалась среднетяжелая форма кори. Начало болезни характеризовалась острым проявлением лихорадочного синдрома в 100% случаев, затем со 2-го дня болезни на фоне высокой температуры тела и слабости присоединялись симптомы интоксикации (головные боли, миалгия, отсутствие аппетита) и катаральные симптомы (конъюнктивит, склерит, светобоязнь, ринит, сухой кашель). Появление первых элементов сыпи наблюдалось в среднем на $4,0 \pm 0,8$ суток от начала заболевания (Me = 4,0; IQR 3,5 – 4,5), с колебаниями от 3 до 5 суток болезни. Появление этапности макуло-папулезного высыпания отмечено у 232 (83,5%) пациентов, при котором состояние пациентов ухудшалось за счет нарастания интоксикации и диареи (от 37,8% до 65,5% пациентов), у остальных этапности сыпи мы не наблюдали. Пигментация отмечалась у 90,3%/251 пациентов, из которых у 29,8%/83 случаях отмечено мелкое шелушение кожных покровов. Осложнение отмечалось у 74,1%/206 больных, из них чаще всего зарегистрировано поражение нижних дыхательных путей по типу вторичная бактериальная бронхопневмония 29,5%/82, подтвержденной рентгенологически, в 8,3%/23 случаях диагностирован средний гнойный отит, у 37,8%/105 пациентов отмечалась диарея и у 73,0%/203 пациентов - стоматит. Признаки обезво-

живания у наблюдаемых нами пациентов было обусловлено совокупностью нескольких причин: снижением перорального поступления жидкости из-за изменений слизистых полости рта, либо увеличением потери жидкости из-за диареи и лихорадочного синдрома. Увеличение размеров печени отмечалось у 38,1%/106 пациентов, при этом наблюдалось повышение уровня АЛТ у трети больных в 3 нормы и выше и у 2/3 пациентов до двух норм. У 62,9%/175 взрослых пациентов с корью лабораторные показатели периферической крови при поступлении выявили транзиторную лейкопению, у 47,5%/132 пациентов лимфопению, у 45,3%/126 пациентов тромбоцитопению, у 2,2%/6 – тромбоцитоз. Лейкопения в динамике продолжала определяться у 17,3%/48 пациентов, лимфопения – у 3,2% и тромбоцитопения у 3,9%, тромбоцитоз 51,1%/142 пациентов с корью ($p < 0,05$). Лейкоцитоз 36,3%/101 у пациентов отсутствовал на момент поступления в отделение, однако в дальнейшем отмечалось его прогрессирующее нарастание.

Выводы. С учетом вышеизложенного, нужно отметить, что корь не потеряла свою актуальность. Анализ клинических и лабораторных данных показал, что, не смотря на своевременную диагностику и лечение больных, высок процент бактериальных осложнений, госпитализаций, порой летального исхода. При этом, у наблюдаемых взрослых больных корью отмечалась гепатомегалия, сопровождающаяся цитолизом (38,1%). Таким образом, вопросы специфической профилактики кори, выявление причин возникновения вспышек среди детей и взрослых остаются нерешенными и требуют незамедлительного решения.

*Турекеев К.А., Атыгаева С.К., Азанова А.Ю.,
Абдулхай А.А.*

СЛУЧАЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С РАЗВИТИЕМ СЕПСИСА НА ФОНЕ ОТМЕНЫ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

*ГКП на ПХВ «Городской инфекционный центр»
Астана, Республика Казахстан*

Неспецифический язвенный колит (НЯК) является фактором риска развития тяжелых инфекционных осложнений. Перерыв в базисной терапии на фоне высокой активности заболевания может привести к фатальным последствиям, включая сепсис и полиорганную недостаточность. Описание клинического случая: Пациент 19 лет (31.01.2006 г.р.) с тотальным НЯК, активность 3, кардиомиопатией, с анамнезом заболевания более 7 лет, демонстрирует отсутствие приверженности к лечению: нерегулярно наблюдался в течении 5 лет, самостоятельно прерывал терапию, начинал прием при ухудшении самочувствия. Заболел остро с интоксикации с повышением температуры тела до 39,00С, одновременно появились спастические боли в животе, жидкий стул до 10 раз в сутки со слизью. В частном процедурном кабинете получал реамбирин и дисоль 3 дня. Состояние ухудшалось и на 5 сутки на транспорте ГССМП доставлен в ОРИТ инфекционного центра с клиникой кишечной инфекции, осложненной сепсисом, смешанным шоком (септический, кардиогенный), полиорганной недостаточностью: ОРДС, ОССН, ДВС, ОПП, гепатит. Температура тела 37,30С. Гемодинамика крайне нестабильная АД 60/40 мм рт.ст. Тахикардия ЧСС 101 в мин. Пациент по жизненным показаниям переведен на продленный ИВЛ в режиме BILEVEL, аппаратом «GE» с параметрами: FiO -

70%, РЕЕР - 8 см H₂O, Рвдох -12 см H₂O, ЧД - 18 мин, PS-10 смH₂O. Гемодинамика крайне нестабильная, подключена вазопрессорная и кардиотоническая поддержка. В крови при поступлении: Hb - 102 г/л, эритроциты- $3,72 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $56,9 \times 10^9/л$, п/я-14%, с/я-75%, СОЭ - 37 мм/час.: АЛТ 3503 Ед/л, АСТ 8100 Ед/л, Креатинин 214 мкмоль/л (ОПП), ПКТ-16,6нг/мл, СРБ-323 г/л, фибриноген 8,68 г/л, АЧТВ 50,7 сек, МНО 1,91. КЩС: Смешанный ацидоз, лактат 6,4 ммоль/л. Назначено комплексное лечение меропенем в комбинации с ципрофлоксацином и ванкомицином, салофальк. Экстракорпоральная детоксикация: Проведение гемодиализации (ГДФ) 3 сеанса и 2 сеанса гемосорбции с колонкой «Эфферон ЛПС» (сорбция эндотоксина) для купирования септического процесса и острого почечного повреждения (RIFLE-I). Динамика ЭхоКГ при поступлении ФВ ЛЖ – 22%, TAPS 17 мм, через 8 дней лечения ФВ ЛЖ – 55%, TAPS 20 мм. На фоне интенсивного лечения регресс органной дисфункции и респираторный успех (экстубация после восстановления сознания и мышечного тонуса), восстановление гемодинамики с отключением вазопрессорной и кардиотонической поддержки на 7 сутки интенсивной терапии. На фоне проводимой терапии снижение лейкоцитоза с $56,9 \times 10^9/л$ до $18,1 \times 10^9/л$, нормализация АЛТ, АСТ, креатинина и мочевины. Снижение маркеров воспаления СРБ с 323 г/л до 59, прокальцитонина с 16,6 до нормы 0,5 нг/мл. Бактериологические посевы микрофлора не выделена. В связи с улучшением состояния переведен из ОРИТ в отделение на 12 сутки и выписан на 16 сутки лечения в удовлетворительном состоянии. Заключение и выводы. Тяжелое обострение НЯК на фоне отсутствия базисной терапии стало причиной развития вторичного сепсиса с транслокацией бактерий из кишечника. Применение комбинированной антибактериальной терапии, длительной респираторной поддержки (ИВЛ) и современных методов экстракорпоральной детоксикации (ГДФ + гемосорбция) позволило купировать полиорганную недостаточность. Данный случай демонстрирует, что перерыв в лечении НЯК даже у молодых пациентов приводит к молниеносному развитию сепсиса и критической полиорганной дисфункции, требующей применения всего спектра интенсивной терапии, включая заместительную почечную терапию и продленную ИВЛ.

*Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В., Баум Т.Г.,
Петрова Н.А., Луспарян А.А.*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА У ДЕТЕЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН 2025–2026 ГГ. В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минзграва России
г. Краснодар, Россия*

Ежегодно сезонные подъемы заболеваемости гриппом приводят к росту количества заболевших детей с развитием тяжелых форм заболевания, а в ряде случаев и летальных исходов. Высокая контагиозность вируса гриппа требует немедленной госпитализации при подозрении на осложненное течение заболевания, что подчеркивает актуальность изучения эпидемиологии и клиники гриппа в педиатрической практике.

Целью данной работы было изучить клинико-эпидемиологические особенности гриппа у детей в эпидемический сезон 2025–2026 гг. в Краснодарском крае.

Проведен статистический анализ 1022 медицинских карт больных гриппом детей, госпитализированных в ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края в эпидемический сезон 2025-2026 гг.

В Краснодарском крае подъем заболеваемости гриппом в эпидемический сезон 2025-2026 гг. начался с конца октября 2025 г. Наибольшее количество госпитализированных детей наблюдалось в декабре 2025 г. — январе 2026 г. (80,6% случаев от всех госпитализированных с данным диагнозом). В марте 2026 г. зарегистрированы единичные случаи. В 96,7% случаев регистрировался грипп А/Н3N2. Дети дошкольного возраста госпитализировались в 76,4% случаев. Мальчики (54,1%) болели чаще, чем девочки. Ни один пациент не был привит от гриппа.

В 100% случаев заболевание начиналось остро. В 92,5% случаев температура тела повышалась свыше 38°C, из которых почти 50% температура тела была высокая. У всех пациентов были признаки интоксикации, в 57,7% были зарегистрированы катаральные явления в виде одновременного течения кашля и насморка. В 5,4% случаев заболевание протекало без катаральных явлений.

В эпидемический сезон 2025–2026 г. чаще регистрировали поражение органов дыхательной системы в виде ларинготрахеитов (11,7%), бронхитов (23,9%), пневмоний (8,6%). Судорожный синдром наблюдался в 10,3% случаев. В 58,8% случаев заболевание протекало у детей с отягощенным преморбидным фоном.

Гематологические изменения в виде лейкопении и тромбоцитопении наблюдались примерно у одинакового количества детей (в 14,1% случаев).

В лечении широко использовали противовирусные препараты, включая осельтамивир, по показаниям — антибактериальные препараты, патогенетическую и симптоматическую терапию. В отделении реанимации и интенсивной терапии пролечено пациентов с осложненными формами заболевания в 2,9% случаев. Все дети с гриппом были выписаны с выздоровлением или остаточными катаральными явлениями. Летальные исходы не зарегистрированы.

Таким образом, эпидемический сезон 2025-2026 гг. в Краснодарском крае характеризовался подъемом заболеваемости гриппом А/Н3N2. Чаще болели дети дошкольного возраста. Заболевание протекало в среднетяжелой форме заболевания. В 14,1% случаев гематологические изменения были в виде лейкопении и тромбоцитопении. В 100% случаев болели дети, не привитые против гриппа. Своевременное проведение комплекса диагностических и лечебных мероприятий в виде своевременного назначения противовирусной и антибактериальной терапии способствовало быстрейшему выздоровлению детей.

Тян Н.С., Бабаченко И.В., Чупрова С.Н.

ГРИПП А И В У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД 2024–2025 ГГ.: СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ

*ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Грипп сохраняет актуальность ввиду высокого уровня заболеваемости, случаев летальности, несмотря на наличие противовирусной терапии и вакцинопрофилактики. Ежегодно грипп вызывается различными типами вируса.

Цель исследования: сравнить клинико-лабораторные характеристики при гриппе А и В у госпитализированных детей в период 2024-2025 гг.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ на базе клиники ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России в период 01.2024-03.2025 гг., включивший 141 пациента. Критерии включения: возраст пациента (от 1 месяца до 17 лет включительно), лабораторно подтвержденный случай гриппа А/В. Распределение было отличным от нормального, следовательно, данные представлены в виде медианы (Me) с интерквартильным размахом (IQR). Статистический анализ выполнен с использованием критериев Манна-Уитни, 2-Пирсона с поправкой Йейтса. Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В период 2024-2025 гг. с гриппом А госпитализировали 87 детей (61,7%), что в 1,6 раз больше, чем с гриппом В ($n = 54$; 38,3%), пик заболеваемости приходился на зимние месяцы: в январе количество пациентов с подтвержденным гриппом А было значимо выше, чем с гриппом В ($n = 27$ против $n = 4$; $p = 0,003$). Грипп В чаще регистрировали весной: в марте уровень госпитализаций был достоверно выше, чем с гриппом А ($n = 28$ против $n = 25$; $p = 0,01$). Единичные случаи заболевания гриппом В диагностировали в апреле ($n = 3$), мае и июне (по $n = 1$), в то время как эпизодов гриппа А зафиксировано не было. Дети с гриппом А были достоверно младше, чем с гриппом В (Me 4 лет (2-8 лет) против Me 6,5 лет (3-9 лет), $p = 0,023$). Пациенты поступали на 4 день болезни (2-6 дней), что обусловлено острым ее началом, вне зависимости от типа вируса ($p > 0,05$). Поражение верхних дыхательных путей регистрировали в 40,4% случаев, нижних — в 59,6%, из них ларинготрахеит/трахеит переносили 30,5% детей, бронхит — 24,1%, пневмонию — 5%, без значимых отличий в зависимости от типа вируса ($p > 0,05$). При гриппе А абсолютный уровень нейтрофилов был достоверно выше, чем при гриппе В ($3,2 \cdot 10^9/\text{л}$ ($2,0-4,9 \cdot 10^9/\text{л}$) против $2,1 \cdot 10^9/\text{л}$ ($1,4-3,2 \cdot 10^9/\text{л}$), $p = 0,003$), а при гриппе В чаще фиксировали более высокие значения лимфоцитов ($1,8 \cdot 10^9/\text{л}$ ($1,3-2,8 \cdot 10^9/\text{л}$) против $1,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ($0,8-2,5 \cdot 10^9/\text{л}$), $p = 0,04$). Повышение СРБ отмечали у 36,2% больных ($n = 51$), показатель в большинстве случаев не превышал 49 мг/л ($n = 45$). Увеличение уровня КФК имело место у 19 пациентов, размах показателя — до 18252 ЕД/л. Инфузионную терапию назначали 64,5% больным ($n = 91$) с выраженным интоксикационным синдромом и фебрильной лихорадкой. 48,2% пациентов ($n = 68$) получали антибактериальную (АБ) терапию, доминировало использование цефалоспоринов ($n = 30$; 21,3%) и макролидов ($n = 20$; 14,2%). Противовирусные препараты и/или иммуномодуляторы применяли в 86,5% случаев ($n = 122$), преобладали интерфероны $\alpha 2\beta$ ($n = 48$; 34,0%) и умифеновир ($n = 27$; 19,1%). Осельтамивир использовали у 14,9% детей со среднетяжелым и тяжелым гриппом ($n = 21$). Достоверных различий в частоте назначения инфузионной, противовирусной, АБ терапии в зависимости от типа вируса гриппа выявлено не было.

Вывод. Пациенты с гриппом А чаще госпитализировались зимой, в отличие от гриппа В, который преобладал в весенний период. В клинической картине доминировали ринофарингиты, ларинготрахеиты/трахеиты, что соответствует литературным данным. В лабораторных данных выявлено значимое повышение КФК при миалгическом синдроме. Практически половина пациентов получала АБ терапию (48,2%), препараты прямого противовирусного действия — 14,9%.

Улуханова А.У.¹, Амирханова Д.Ч.²,
Исламдибирова Н.И.², Карнаева Н.С.¹,
Гаджимирзаева А.Г.¹, Мустахова Э.М.¹

ЛЕТАЛЬНАЯ ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ, ВЫЗВАННАЯ ШИГЕЛЛЕЗОМ ЗОННЕ

¹ФГБОУ ВО Дагестанский государственный
медицинский университет, г. Махачкала, Россия
²ГБУ РД «Республиканский центр инфекционных
болезней и СПИД», г. Махачкала, Россия

Летальная токсическая энцефалопатия, вызванная шигеллезом или синдромом Экири, является редким осложнением с высоким уровнем летальности. По литературным данным, за 10 лет исследования было зарегистрировано 1295 детей с шигеллезом, у пяти детей (0,4%) отмечалась летальная токсическая энцефалопатия.

Под нашим наблюдением находился больной С, 9 лет госпитализирован в РЦИБ и СПИД 31.07.2025г., время наступления смерти - 04.08.2025г. (4 к/д).

Диагноз клинический: А03.3 Шигеллез, вызванный *Shigella sonnei*. **Осложнение основного заболевания:** развитие ekiti syndrome (летальная токсическая энцефалопатия).

Жалобы со слов мамы: на вялость, слабость, беспокойство, повторную рвоту, жидкий стул до 3-х раз, повышение температуры до 38-39,0С, судороги, боли в животе.

Из анамнеза заболевания: болеет с 31.07.2025г., ребенок поел в кафе роллы, спустя 4 часа появилась вышеописанная симптоматика, ребенок посинел, смотрел в одну точку. Доставлен в РЦИБ, по тяжести состояния госпитализирован в ОРИТ.

Из анамнеза жизни: ранее перенес ОРИ, ОКЗ, ветряную оспу, корь, эпидемический паротит. На «Д» учете у специалистов не состоит. Не привит - отказ родителей.

Данные объективного осмотра: температура -37,7 С, ЧДД - ИВЛ, ЧСС-116 уд в мин. АД-100/65 мм.рт.ст.

Общее состояние ребенка тяжелое, что обусловлено интоксикационным и судорожным синдромом. Уровень сознания – медицинская седация, с целью купирования судорог введен в/в 1% раствор пропофола. Кормление через НЗГ, не усваивает. Дыхание ИВЛ аппаратом Drager режим SIWV. Ребенок консультирован всеми специалистами, постоянно проводился мониторинг состояния.

Проведено обследование: На МСКТ ОГК, КТ головного мозга, КТ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. По данным ЭХО-КГ: прогиб обеих створок митрального клапана, с регургитацией 1-1.5+. Полости сердца в норме. Сократимость миокарда ЛЖ удовлетворительная. Перикард без патологий. По данным ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС-130 в мин. ЭОС в вертикальном положении. Микробиологическое исследование фекалий: выделена *Shigella sonnei*. Анализ спинномозговой жидкости: прозрачный, бесцветный, цитоз - 1/3, нейтрофилы - 0, лимфоциты - 1/3, белок - 0,10 г/л.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, ИВЛ, вазопрессорную поддержку гемодинамики, состояние ребенка на пятый день терминальное, отмечается остановка сердечной деятельности, пульс на магистральных артериях, АД не определяются. На кардиомониторе регистрируется асистолия. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут эффекта не имели. От вскрытия трупа родители отказались.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует тяжелое течение шигеллеза Зонне у ребенка 9 лет, с летальной токсической энцефалопатией (ekiti syndrome), с выраженной интоксикацией и судорогами, за которыми отмечалось быстрое ухудшение неврологического состояния, приведшее к отеку мозга и летальному исходу без сепсиса и тяжелого обезвоживания.

Улуханова А.У., Гусниев А.М., Даниялбекова З.М.,
Джанмурзаева А.М., Гиравова С.М.

ВОЗРАСТНЫЕ И СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный
медицинский университет
г. Махачкала, Россия

Актуальность. SARS-CoV-2 эволюционировал в новый свой вариант, получивший название «Стратус XFG», который является «потомком» варианта «Омикрон». Он по-прежнему весьма заразителен, но при этом основательно утратил способность к развитию тяжелых форм пневмонии и повышенному тромбообразованию. Этот вариант вируса с 2025 г. стал активно выявляться как в России, так и в Дагестане. Если сравнить ежегодную динамику заболеваемости ковидом с 2021 по 2025 гг., то можно заметить заметное снижение новых случаев заболевания: с 42430 в 2021 г. до 595 случаев в 2025 г. Со снижением заболеваемости резко снизилась и летальность: в 2021 г. она составила более 3%, а в 2025 г. - 0,3%. Вызывает интерес возрастные и сезонные особенности штамма «Стратус XFG», так как его предшественники «Альфа» и «Дельта» отличались не только преимущественным поражением взрослого населения с выраженной тяжестью течения, но и отсутствием сезонности. Симптомы «Стратус XFG» похожи на обычные ОРВИ; в подавляющем числе случаев данный вариант вызывает легкое течение заболевания, поэтому обследуют только тех, кто обратился за медицинской помощью. Что касается возрастных особенностей новой коронавирусной инфекции в начале эпидемии и спустя 5 лет после ее распространения в Республике Дагестан, то можно сказать следующее: в настоящее время инфекция широко охватывает все слои населения. Несмотря на существенное снижение заболеваемости за эти годы, она по-прежнему активно выявляется во все сезоны года, но в 2025 г. появилась тенденция к нарастанию заболеваемости в осенне-зимний период.

Анализируя наши данные, можно выделить некоторые особенности: при общем количестве заболевших новой коронавирусной инфекцией в 2021 г. (104877 случаев), доля взрослых от 18 лет и старше составила 96394 (92%), а детей до 17 лет - 8483 (8%). В сравнении с этими данными в 2025 г. при общем количестве заболевших ковидом (595 случаев), взрослых пациентов было 445 (75%) и 150 детей до 17 лет (25%). Доля детей, вовлеченных в инфекционный процесс, в 2025 г. существенно возросла, наиболее заметно среди детей до 2-х лет (с 1,6% до 12,0%).

Таким образом, за пятилетний промежуток наблюдения (2021-2025 гг.), несмотря на заметное снижение заболеваемости и тяжести течения новой коронавирусной инфекции, взрослое население по-прежнему чаще, чем дети, вовлекается в инфекционный процесс. В то же время, соотношение взрослых и детей до 18 лет при новом штамме SARS-CoV-2 «Стратус» изменилось, дети стали чаще болеть, чем в начале эпидемии, до 25% заболевших на се-

годня - это дети до 17 лет, наиболее часто заболеваемость отмечена у детей до двух лет. Также отмечена тенденция к сезонности, то есть к росту заболеваемости в осенне-зимний сезон.

Урунова Д.М., Ярмухамедова Н.А., Раббимова Н.Т., Матякубова Ф.Э.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Самаркандский государственный медицинский университет

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Актуальность. Бруцеллёз является наиболее распространённой бактериальной зоонозной инфекцией, ежегодно поражающей более полумиллиона человек во всём мире. Однако этот показатель, безусловно, занижен вследствие значительного недоучёта случаев заболевания в ряде эндемичных стран. Заболевание характеризуется склонностью к хроническому течению, полиорганностью поражения и поздней диагностикой. Хронический бруцеллез нередко манифестирует неспецифическими клиническими проявлениями, что затрудняет своевременное распознавание болезни и способствует формированию стойких функциональных нарушений и утрате трудоспособности.

Цель исследования: изучить частоту клинических проявлений хронического бруцеллеза у больных по Самаркандской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ОКИБ г. Самарканда в 2021 – 2025 гг. Диагноз устанавливали на основании действующих протоколов и стандартов;

Результаты. Установлено, что большинство больных бруцеллёзом были жителями сельской местности (87,4%), с развитым животноводством. Анализ возрастной структуры больных показал, что в возрастной группе 19 - 25 лет случаи заболевания встречались в 25,2%, 26 - 40 лет – в 43,3%, 40 - 50 лет – в 21,8%, старше 50 лет – в 9,7%. То есть наиболее часто бруцеллез поражал людей работоспособного возраста (90,8%). Среди больных с хроническим бруцеллёзом преобладали мужчины моложе 50 лет (58,1%); что было связано с профессиональным контактом с сельскохозяйственными животными. Так работники ветеринарной службы составили 37,4%, фермеры и работники ферм – 29,3%. Клиническая картина характеризовалась выраженным полиморфизмом клинических проявлений, однако ведущими были астенический синдром, хронический болевой суставной синдром и признаки поражения нейромышечного аппарата. Хронический бруцеллез в основном протекал в средне-тяжёлой форме (67,8%), при этом тяжёлое течение чаще наблюдалось у больных среднего возраста (18,9%). Слабость отмечалась у 93% обследованных, повышенная потливость – у 67,8%, периодические ознобы – у 56,6%. Боль в крупных и мелких суставах наблюдалась у практически всех пациентов, боль в позвоночнике – у 95,8%, миалгии – у 11,9%. Рентгенологически установлено прогрессирование дегенеративных изменений суставов с увеличением длительности болезни; одновременно с этим возрастала частота и степень функциональных нарушений суставов. Особое место в клинической структуре заболевания занимало поражение нервной системы. Сочетанное вовлече-

ние опорно-двигательного аппарата и различных отделов нервной системы зарегистрировано более чем у 90% больных. Наиболее часто наблюдалась головная боль – 97,2%, головокружение – 68,5%, депрессия – 50,3%, парестезии – 48,3%. Среди сопутствующих проявлений хронического бруцеллёза отмечались мышечная слабость у 31,5% больных, сердцебиения – у 34,2% больных, снижение систолического АД регистрировалось у 26,6%, диастолического – у 19,6%, причем у пожилых пациентов эти изменения встречались значительно чаще.

Выводы. Хронический бруцеллез характеризовался выраженной полиорганностью поражения и высоким уровнем медико-социальных последствий. Ведущими клиническими синдромами являлись поражение опорно-двигательного аппарата и вовлечение в процесс нервной системы. Учитывая значительную долю инвалидизации и утраты трудоспособности, необходимы повышение качества медицинских осмотров лиц из животноводческих районов, ранняя маршрутизация пациентов, а также междисциплинарный подход к ведению с обязательным участием инфекциониста, невролога, ревматолога, включая последующую реабилитацию.

Федорова А.В., Тимченко В.Н., Васильев А.Г., Брус Т.В., Завьялова Е.С., Завьялов В.О., Леоничева О.А., Павлова Е.Б., Назарова А.Н., Павлова Н.В., Чернова Т.М., Суховецкая В.Ф., Каплина Т.А.

ОСТРЫЙ ВЭБ-МОНОНУКЛЕОЗ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ Санкт-Петербург, Россия

Введение: Значительная циркуляция вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ) среди населения, его тропность к иммунокомпетентным клеткам и разнообразие клинических проявлений определяют актуальность острого ВЭБ-мононуклеоза в педиатрической практике. В структуре заболевших ВЭБ-мононуклеозом на долю детского населения приходится порядка 75 – 80%. Данное заболевание ежегодно наносит огромный экономический ущерб, и за 2024 г. он составил 5525927,5 тыс. рублей.

Цель: Анализ особенностей течения острого ВЭБ-мононуклеоза у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы: На базе инфекционного отделения №1 ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ проведен ретроспективный анализ 298 медицинских карт стационарных больных от 1 года до 18 лет с диагнозом острый ВЭБ-мононуклеоз. Составлена база данных, результаты обработаны в программе «Statistica».

Результаты: Сформированы группы по возрастному принципу: I группа – 1 год-5 лет (32,5%, n=97), II группа – 6-10 лет (35,6%, n=106), III группа – 11-15 лет (17,8%, n=53), IV группа – 16-18 лет (14,1%, n=42). В первых двух группах преобладали мальчики (более 60%), в старших группах – девочки (53%). В весенние месяцы чаще госпитализировались дети первых 10 лет жизни (I-50,5% (n=49), II-55,7% (n=59)), в зимнее время – чаще дети старших возрастных групп (III-37,7% (n=20), IV-33,3% (n=14)). Неблагоприятный преморбидный фон выявлен в 85,9% (n=256)

случаев. Пациенты с легкой степенью тяжести госпитализировались по эпидемическим показаниям: I-2,1% (n = 2), II-1,9% (n = 2), III-3,6% (n = 2), IV- 2,4% (n = 1)). Средняя степень тяжести преобладала в I-93,8% (n = 91) и во II-93,4% (n = 99) группах. Тяжелое течение чаще регистрировалось у детей в III-17% (n = 9) и в IV-16,7% (n = 7) группах. Большинство пациентов 41,6% (n = 124) госпитализировались на 4-7е сутки заболевания. Острое начало наблюдалось у 69,8% (n = 208) пациентов. Синдром интоксикации выявлен у 100% больных. Лихорадка отмечалась у 96% обследуемых. У детей I и II групп синдром аденоидита длился $8,3 \pm 0,7$ суток, а у детей старшего возраста – $6,2 \pm 0,6$ суток. Острый тонзиллит и лимфаденопатия наблюдались во всех возрастных группах. Гепатомегалия регистрировалась у 69,4% больных, а синдром спленомегалии – у 74,5%. Анализ гемограммы пациентов показал лейкоцитоз у 84,9% (n = 253), лимфоцитоз у 57,4% (n = 171), атипичные мононуклеары определялись в 84,2% (n = 251). Синдром цитолиза отмечался у 67,8% (n = 202) пациентов.

Выводы: Наибольшее количество госпитализаций пришлось на зимне-весенний период с пиком – весной. У 85,9% детей отмечался отягощенный преморбидный фон. У большинства пациентов заболевание протекало в средней степени тяжести. У всех детей отмечалось типичное течение острого ВЭБ-мононуклеоза: лихорадка, интоксикация, острый аденоидит и тонзиллит, лимфаденопатия и гепатоспленомегалия. В группах детей младшего возраста выявлено более продолжительное течение аденоидита и острого тонзиллита. У детей старших возрастных групп наблюдался более продолжительный синдром лимфаденопатии, более высокий уровень гиперферментемии и выраженная мононуклеарная реакция.

Федорова И.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В КОЛЛЕКТИВАХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Республика Беларусь*

Менингококковая инфекция (МИ) представляет собой актуальную проблему для военнослужащих, которые в силу специфики службы находятся в группе повышенного риска. Эпидемический процесс МИ в воинских коллективах обусловлен сочетанием специфических условий военно-профессиональной среды, свойств самого возбудителя и восприимчивых лиц. Основными «промоутерами» эпидемического процесса МИ в войсках являются: бессимптомное носительство, интенсивное проэпидемичивание коллективов менингококками, обновление личного состава, физические и психоэмоциональные нагрузки в сочетании со скученностью в казармах и учебных классах.

Цель исследования – изучить особенности эпидемического процесса МИ в воинских коллективах Республики Беларусь (РБ).

Материалы и методы исследования. Материалом для изучения эпидемиологических параметров МИ в коллективах военнослужащих явились данные официальной ведомственной статистической отчетной документации о случаях МИ, зарегистрированных в период с 2013г. по апрель 2026 гг. (форма 6/мед медицинский отчет об отдельных инфекционных, паразитарных заболеваниях и их носителях, форма

3/мед медицинский отчет войсковой части, соединения, учреждения и военно-учебного заведения). Для исследования проявлений эпидемического процесса применяли методы эпидемиологической диагностики – ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочные методы и статистический метод. Статистический анализ полученных данных проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0.

Результаты исследования. За изучаемый период наблюдения у военнослужащих РБ среднемноголетний показатель заболеваемости МИ составил 0,1 случаев на 1000. В структуре заболеваемости МИ по клиническим формам генерализованные формы составили 41,3%. Локализованные формы (носительство и менингококковый назофарингит) составили 58,7%, и были выявлены активно среди контактных лиц в ходе эпидемиологического обследования очагов. Летальность от генерализованных форм МИ у военнослужащих составила 16,0%. Более высокий относительный риск заболевания МИ установлен у военнослужащих, проходящих срочную военную службу, среднемноголетний показатель заболеваемости составил 0,11 случаев на 1000, удельный вес заболевших – 85%. Заболеваемость МИ у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, составила 0,02 на 1000, удельный вес заболевших – 15%. Многолетняя динамика заболеваемости МИ характеризовалась спорадичностью и стабильной тенденцией. Всего за период с 2013 г. по апрель 2026 г. было зарегистрировано 47 случаев МИ. Сезонные подъемы заболеваемости за изучаемый период не выявлены. Управление эпидемическим процессом МИ в воинских коллективах представляет комплексную задачу, основанную на постоянном эпидемиологическом слежении, вакцинации и эффективных санитарно-противоэпидемических мероприятиях в очагах. Внедрение вакцинации от МИ призывному контингенту является наиболее эффективным профилактическим мероприятием, позволяющим снизить уровень носительства менингококков, предупредить генерализованные формы МИ, сохранить здоровье и боеспособность военнослужащих.

*Филатова Е.Н.¹, Уткин О.В.¹, Дмитриев С.П.²,
Гамаюнов С.В.², Зайцева Н.Н.¹*

ГЕНОВАРИАНТЫ ВЭБ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*¹ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Роспотребнадзора
г. Нижний Новгород, Россия*

*²ГАУЗ НО «НИИКО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»
г. Нижний Новгород, Россия*

Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ, *Lymphocryptovirus humangamma4*) – убиквитарный герпесвирус с онкогенным потенциалом. Особую роль в ВЭБ-опосредованном онкогенезе играет латентный мембранный белок вируса LMP-1. Вариант LMP-1 *China 1* характеризуется набором аминокислотных замен, делецией 10 аминокислот (а.к.) в С-концевом участке белка и ассоциирован с повышенным риском развития ВЭБ-положительных опухолей, в частности, назофарингеальной карциномы (НФК) и лимфомы Беркит-

та (ЛБ). Выявленные ассоциации могут быть обусловлены региональными особенностями распространения данного варианта вируса, так как в большинстве работ исследуются опухолевые образцы преимущественно в рамках одного географического региона. Поиск геновариантов ВЭБ, носительство которых ассоциировано с повышенным риском развития онкологических заболеваний на определенных территориях, остается актуальной задачей.

Нами проанализированы нуклеотидные последовательности фрагмента гена *LMP-1* ВЭБ, соответствующего С-концу кодируемого белка (168305 – 167704 н.о. референсного генома ВЭБ варианта B95-8 WT, NCBI ID NC_007605), размещенные в банке данных NCBI Nucleotide. Объектом исследования явились нуклеотидные последовательности вируса, полученные от пациентов с НФК (Китай, n = 245) и ЛБ (Кения, n = 49), происходящие из одного географического региона. Группы сравнения включали нуклеотидные последовательности ВЭБ, полученные от лиц с иными формами онкопатологии (пациенты с лимфомой Ходжкина, Т-клеточными лимфомами, аденокарциномой желудка) и без онкопатологии (клинически здоровые вирусоносители, пациенты с инфекционным мононуклеозом), изолированные в соответствующем регионе. Нуклеотидные последовательности были транслированы в аминокислотные согласно стандартному коду. Поиск значимых замен в группах сравнения выполняли методом машинного обучения с построением LASSO-логистической регрессии, а также с применением точного критерия Фишера.

Выявлены геноварианты ВЭБ, ассоциированные с развитием НФК и ЛБ. В последовательностях ВЭБ от пациентов с НФК, чаще выявлялся геновариант *China 1 / G167859A* н.о. (*China 1 / G335D* а.к.). Доля носителей геноварианта среди пациентов с НФК – 20,82 ± 2,59%, пациентов с иной онкопатологией – 11,91 ± 5,00%, пациентов без онкопатологии – 4,4 ± 2,49%. Отношение шансов развития НФК у носителей данного геноварианта ВЭБ составило 3,34 (95% ДИ: 1,50 – 8,47, p = 0,001) по сравнению с носителями других вариантов. В последовательностях ВЭБ от пациентов с ЛБ наибольшую долю составил геновариант *China 1 / C168226A* н.о. (*China 1 / H213N* а.к.). Доля носителей геноварианта среди пациентов с ЛБ – 30,61 ± 6,58%, пациентов с иной онкопатологией – 10,53 ± 7,04%, пациентов без онкопатологии – 4,41 ± 2,49%. Отношение шансов развития ЛБ у носителей этого геноварианта ВЭБ составило 5,05 (1,30 – 29,41, p = 0,015).

Требуются дальнейшие исследования взаимосвязи молекулярно-генетического разнообразия ВЭБ и рисков развития онкологических заболеваний, выполненные с использованием нуклеотидных последовательностей вируса, изолированных в различных географических регионах мира.

Хасанова Г.А., Хасанов С.М.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКЗАНТЕМАТОЗНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С COVID-19 И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Ташкентский государственный медицинский университет

Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Экзантематозный синдром при COVID-19 у детей характеризуется клинической полиморфностью и нередко имитирует классические инфек-

ционные и неинфекционные заболевания, сопровождающиеся кожной сыпью. Своевременная дифференциальная диагностика имеет принципиальное значение для оценки риска системного воспалительного ответа и предупреждения осложнений.

Цель. Изучить клинико-лабораторные особенности экзантематозного синдрома при COVID-19 у детей и провести углублённую дифференциальную диагностику с инфекционными и аллергическими заболеваниями, протекающими с кожными проявлениями.

Материалы и методы. Проанализированы данные 363 детей с лабораторно подтверждённой инфекцией SARS-CoV-2. Экзантематозный синдром выявлен у 40,5% пациентов. Оценивались характер сыпи, динамика клинических симптомов, показатели общего анализа крови, биохимические маркеры воспаления, коагулограмма и уровень интерлейкина-6. Статистическая обработка выполнена с использованием t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна – Уитни и χ^2 при уровне значимости p < 0,05.

Результаты. Преобладала макулопапулёзная сыпь (52%), реже регистрировались везикулярная (32,2%), уртикарная (23,7%), точечная (12,3%) и петехиальная (3,5%) формы. У 27% пациентов заболевание протекало в тяжёлой и критической формах. В группе с экзантемой выявлены достоверные признаки системной воспалительной реакции: нейтрофилёз, лимфопения, повышение скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка и интерлейкина-6 (p < 0,05 – 0,001), а также признаки активации коагуляционного звена гемостаза.

Дифференциальная диагностика проводилась с корью, краснухой, скарлатиной, ветряной оспой, менингококковой инфекцией и аллергическими дерматозами. В отличие от кори при COVID-19 отсутствовали стадийность высыпаний, характерная экантема и типичная последовательность распространения сыпи; лабораторно не выявлялся выраженный лейкопенический синдром. При краснухе отсутствовали генерализованная лимфаденопатия и типичная кратковременность экзантемы. При скарлатине не отмечались выраженный тонзиллит, мелкоточечная сыпь с пастьностью кожных складок и специфические изменения языка. Ветряная оспа исключалась по отсутствию истинного полиморфизма элементов (пятно – папула – везикула – корка) и различной стадии их развития одновременно. Менингококковая инфекция отличалась геморрагическим характером сыпи с некротизацией и тяжёлым интоксикационным синдромом. Аллергические дерматозы не сопровождалась выраженным системным воспалительным ответом и значительным повышением интерлейкина-6.

Заключение. Экзантематозный синдром при COVID-19 у детей представляет собой проявление системной иммунновоспалительной реакции и требует обязательного проведения клинико-лабораторной дифференциальной диагностики. Повышение интерлейкина-6 и маркеров воспаления может рассматриваться как дополнительный критерий тяжести заболевания и фактор риска осложнённого течения.

Хасанова П.А., Ходжибеков Р.Р., Котив С.И.,
Вдовина Е.Т.

СЛОСС-СИНДРОМ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С СЕРОЗНЫМ МЕНИНГИТОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва,
Россия

ГБУЗ ИКБ № 2 ДЗМ, Москва, Россия

Актуальность. СЛОСС-синдром (Синдром цитотоксического поражения мозолистого тела) — редкое обратимое состояние, проявляющееся локальным цитотоксическим отеком мозолистого тела, выявляемым при МРТ-исследовании. Ведущим механизмом его развития при нейроинфекциях считается иммуноопосредованная реакция с гиперпродукцией цитокинов (IL-1, IL-6, TNF- α), которая вызывает нарушение водно-электролитного баланса клеток глии. Клиническая картина неспецифична и варьирует от легкой спутанности сознания до выраженных когнитивных нарушений и психопродуктивной симптоматики.

Цель работы — представить клинический случай развития СЛОСС-синдрома у пациентки с серозным менингитом.

Пациентка М., 21 год, 08.03.2026 госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи в инфекционный стационар с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, лихорадку до 38,0°C и поведенческие нарушения, отмеченные родственниками. При поступлении психопродуктивной симптоматики не наблюдалось. В неврологическом статусе выявлялись ригидность затылочных мышц и положительный симптом Кернига. В ликворограмме: лимфоцитарный плеоцитоз - 690 кл/мкл, лимфоциты 99%, белок 3,27 г/л, глюкоза 4,04 ммоль/л. В гемограмме — лейкоцитоз 11,2 10⁹/л, нейтрофилы 83,6%; Уровень С-реактивного белка — 2,1 мг/л. ПЦР-диагностика ликвора на широкий спектр нейроинфекций (герпесвирусы 1-6 типов, энтеровирусы, клещевые инфекции, бактериальные возбудители), а также микроскопия и посев дали отрицательный результат.

По данным МРТ головного мозга с контрастным усилением выявлен очаг цитотоксического отека в области валика мозолистого тела, наиболее соответствующий СЛОСС-синдрому. На вторые сутки госпитализации у пациентки развились транзиторные психические нарушения в виде обморок восприятия, снижения критики к переживаниям, непоследовательности высказываний и изменения темпа речи при сохранной ориентировке в собственной личности и ситуации.

С учетом клинической картины неуточненного серозного менингита проводилась комбинированная терапия: противовирусная (ацикловир), антибактериальная (цефтриаксон), противовоспалительная (дексаметазон) и дегидратационная (фуросемид с переходом на ацетазоламид). На 6-е сутки лечения достигнут полный регресс психопродуктивной, общемозговой и менингеальной симптоматики. От повторной люмбальной пункции пациентка письменно отказалась.

Представленный клинический случай демонстрирует, что нейроинфекции могут сопровождаться развитием СЛОСС-синдрома — редкого обратимого клинико-нейровизуализационного явления, связанного с цитокин-опосредованным повреждением и глутаматной нейротоксичностью. Клиническая картина при этом может включать не

только общемозговую и менингеальную симптоматику, но и транзиторные психические и когнитивные нарушения. Своевременная диагностика и лечение основного заболевания имеют ключевое значение для обратного развития симптомов и благоприятного исхода.

Ходжибеков Р.Р., Богоявленская А.Д.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕПТОСПИРОЗА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В НЕЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ

ФГАОУ ВО РУДН

Москва, Россия

Актуальность. Лептоспироз — зоонозная природно-очаговая инфекция, характеризующаяся полиморфизмом клинических проявлений: от гриппоподобного синдрома до тяжелого полиорганного поражения. В условиях мегаполисов (в частности, Москвы), являющихся эндемичными регионами, диагностика заболевания часто затруднена из-за низкой настороженности клиницистов и неспецифичности ранних симптомов.

Цель. Продемонстрировать особенности клинического течения, диагностического поиска и тактики ведения пациента с тяжелой формой лептоспироза, осложненного респираторной микст-инфекцией.

Результаты. Пациент 60 лет госпитализирован на 8-й день болезни с жалобами на повышение температуры тела до 39,6°C, миалгию, преимущественно в икроножных мышцах, желтушность кожи и склер, тяжесть в правом подреберье, одышку и рвоту. Заболевание началось остро с лихорадки и болей в мышцах, с последующим присоединением на 5-й день желтухи и олигурии. Из эпидемиологического анамнеза установлено, что за 10 дней до дебюта заболевания пациент контактировал с речной водой на рыбалке (отметил укусы жуки).

При поступлении в гемограмме выявлены критическая тромбоцитопения (13,0 10⁹/л) и эритропения. В биохимическом анализе крови: незначительный синдром цитолиза (АЛТ — 46,1 Ед/л, АСТ — 54,9 Ед/л), выраженный холестаз (общий билирубин — 238,0 мкмоль/л за счет прямой фракции), гипопротейнемия и гипонатриемия. Маркеры воспаления и коагулопатии резко повышены (СРБ — 196,5 мг/л, D-димер — 1826 нг/мл). В анализе мочи: билирубинурия и эритроцитурия.

По данным КТ органов грудной клетки диагностирована двусторонняя полисегментарная инфильтрация по типу бронхоилита. Широкий дифференциально-диагностический поиск исключил вирусные гепатиты, ВИЧ, ГЛПС и иерсиниоз. Диагноз лептоспироза подтвержден методом ИФА (выявлены IgM к лептоспирам). С целью уточнения этиологии пневмонии пациент обследован на респираторную группу заболеваний: по результатам ПЦР мазка обнаружена РНК риновируса, в крови обнаружены IgM к Chlamydia pneumoniae.

В связи с жизнеугрожающей тромбоцитопенией пациенту выполнена трансфузия тромбоконцентрата с выраженным положительным эффектом. На фоне комплексной патогенетической и этиотропной терапии (цефалоспорины III–IV поколения) отмечена положительная динамика. На 26-е сутки пациент выписан с клиническим выздоровлением.

Выводы. Выявление у пациента классической триады (лихорадка, желтуха, миалгии в икроножных мышцах) в

сочетании с тромбоцитопенией требует немедленного исключения лептоспироза даже в неэндемичном регионе, при этом ключевую роль в постановке диагноза играет тщательный сбор эпидемиологического анамнеза с акцентом на контакт с пресной водой. Следует учитывать, что тяжелое течение инфекции может сопровождаться вторичной иммуносупрессией и присоединением респираторных микст-инфекций (включая риновирусную), что требует особого внимания при дифференциальной диагностике поражений легких. Благоприятный исход в подобных случаях обеспечивается комплексным подходом, сочетающим адекватную антибактериальную терапию и своевременную коррекцию гемостаза.

Хорошилов И.Е.¹, Хорошилова А.И.²

НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА, ИММУНИТЕТ И ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ

¹*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

²*Первая семейная клиника Петербурга, Санкт-Петербург, Россия*

Нутриционная поддержка (энтеральное, парентеральное питание) является важным направлением в патогенетической терапии пациентов с инфекционной патологией. У больных с лихорадкой, как правило, имеется анорексия на фоне увеличивающихся потерь энергии и азота (т.е. белка) вследствие воспаления и катаболизма. Многие медикаментозные препараты, в частности антибиотики, способствуют нарушению микробного баланса в кишечнике и, следовательно, приводят к нарушению синтеза витаминов и витаминной недостаточности. Дефициты ряда макро- и микроэлементов (железа, цинка, меди и др.) и витаминов способствуют развитию анемии у инфекционных больных.

Недостаток ряда аминокислот также способствует ослаблению иммунной защиты, в частности, клеточного иммунитета (аргинин, валин, лизин и др.) и гуморального иммунитета (глутамин, лейцин, метионин и др.).

В последние годы быстро развивается новое научное и практическое направление — иммунонутрициология, которое включает питание (нутриционную поддержку) и иммунитет человека. Иммунное питание назначается пациентам с исходной иммуносупрессией, а также выраженной недостаточностью питания и высоким риском инфекционных осложнений или наличием инфекционных осложнений или заболеваний (в частности, СПИДа). Больным с тяжелой дыхательной недостаточностью или острым респираторным дистресс-синдромом назначают специализированное иммунное питание с высоким содержанием растительных жиров (оливкового, соевого, рапсового масел), омега-3 полиненасыщенных жирных кислот и антиоксидантов (витамины С, Е, бета-каротин). Клинический опыт показывает, что применение такого клинического питания способствует сокращению длительности пребывания на ИВЛ и снижению общей летальности больных.

Причиной вторичного иммунодефицита может быть и недостаток в организме такого вещества как карнитин. Показано, что карнитин обеспечивает энергией не только клетки-макрофаги, но и Т- и В-лимфоциты, а также обладает иммуномодулирующим и противовоспалительным действием. Суточная потребность в потреблении карнитина с пищей составляет около 300 мг, но он обычно поступает

недостаточном количестве (только с мясной пищей — говядина, баранина, а также крабы), и в случае острых заболеваний быстро развивается его дефицит.

Поскольку в случае выраженного иммунодефицита больным не рекомендовано применение живых пробиотиков во избежание развития бактериального сепсиса, в настоящее время развивается концепция использования метабиотической терапии. Метабиотики (или постбиотики) — это сигнальные молекулы, низкомолекулярные компоненты или метаболиты пробиотических штаммов микроорганизмов. Они не содержат ни живых бактерий, ни их структурных компонентов. Метаболиты могут иметь бактериостатическую направленность. Они подавляют *in vitro* и в живом организме различные патогенные микроорганизмы, не влияя на полезную, симбионтную микробиоту человека.

Имеющиеся в настоящее время клинические данные свидетельствуют, что применение иммунного питания снижает риск осложнений, в том числе пневмоний и сепсиса, а также затрат на лечение инфекций и их осложнений.

Хорошилова И.А., Карбышева Н.В., Никонорова М.А., Мастевная А.А., Киушкина И.Н., Бесхлебова О.В.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ

Алтайский государственный медицинский университет г. Барнаул, Россия

Актуальность. Заболеваемость гепатитом А в Российской Федерации сохраняет свою актуальность. Среди заболевших продолжает преобладать взрослое население.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторную характеристику острого гепатита А у взрослых.

Материал и методы. Проведен анализ 143 историй болезни пациентов инфекционных отделений Городской больницы №5 г. Барнаула с острыми вирусными гепатитами (ОВГ) за период 2020-2025 гг. Верификация ОВГ проведена по результатам лабораторной диагностики (ПЦР, ИФА). Статистический анализ выполнен с помощью пакета Microsoft Excel.

Результаты. Диагноз острый гепатит А (ОГА) установлен у 41 (28,7%) больных ОВГ, из них 54% женщин и 46% мужчин, в возрасте от 18 до 67 лет (средний - 38 лет), с преобладанием пациентов от 18 до 44 лет (76%). В анамнезе: контакт с больными ОГА (28,6%), выезд за пределы региона или страны (57,1%), нарушение гигиены питания и употребление воды из открытых водоемов (14,3%). По тяжести течения следующие формы заболевания: легкая (12,2%), средней тяжести (70,8%) и тяжелая (17%). Клинические проявления характеризовались циклическостью (97,6%) с различными вариантами в дожелтушном периоде: гриппоподобный (46,3%), диспепсический (17,1%), астеновегетативный (7,3%), смешанный (29,3%). Желтушная форма ОГА в 97,6% случаев, с потемнением мочи и ахолией кала (95,1%) и кожным зудом (29,3%). Гепатомегалия выявлена у 72% больных, в 30,6% - со спленомегалией. Манифестация ОГА у 75,5% пациентов развивалась на фоне сопутствующей патологии: хронический гастрит (19,5%), гипертоническая болезнь (12,2%), хронический панкреатит (12,1%), сахарный диабет 2 типа (9,8%), анемия (7,3%), мигрень (7,3%). В 7,3% случаев ОГА развивался на фоне хронического вирусного ге-

патита С (ХГС), из них в 12,2% случаев на фоне цирроза (декомпенсация, асцит). При ОГА со среднетяжелой и тяжелой формой в 26,8% наблюдалась коморбидность с двумя и более заболеваниями одновременно. С появлением желтухи у таких пациентов сохранялись общая слабость (95,1%), головная боль (19,5%), снижение аппетита (65,9%), тошнота и рвота (68,3%), тяжесть в эпигастрии и правом подреберье (63,4%), изжога (17,1%), нарушение стула (2,4%).

При сравнении показателей результатов обследования коморбидных пациентов и без сопутствующей патологии отмечено: более выраженное повышение СОЭ ($32,7 \pm 4,37$ и $24,1 \pm 1,79$, $p < 0,05$), преобладание активности - АсАТ ($1213,81 \pm 369,20$ и $1026,9 \pm 169,34$, $p < 0,05$), ГГТП ($563,3 \pm 205,40$ и $294,0 \pm 38,47$, $p < 0,05$), ЩФ ($454,2 \pm 61,93$ и $342,7 \pm 23,71$, $p < 0,05$), снижение общего белка ($71,5 \pm 3,30$ и $76,5 \pm 2,1$, $p < 0,05$) соответственно. По показателям билирубина ($132,4 \pm 21,28$ и $130,9 \pm 12,79$), АлАТ ($1319,3 \pm 250,47$ и $1622,6 \pm 213,12$, $p < 0,05$) и ПТИ ($73,4 \pm 4,19$ и $69,8 \pm 3,58$) изменений по коморбидности не выявлено.

Все пациенты получали комплексную базисную и патогенетическую терапию с учетом клинических рекомендаций, выписаны с улучшением. Средняя продолжительность лечения пациентов с коморбидностью составила 17 дней, что на 2 дня дольше, чем у пациентов ОГА без сопутствующей патологии.

Заключение. Анализ течения гепатита А, при сохранении классической картины заболевания, показал более тяжелую манифестацию и выраженные изменения результатов лабораторных исследований (цитоллиза, синтетической функции печени) у лиц, прежде всего, с коморбидной патологией, в том числе и у пациентов молодого возраста, что необходимо учитывать при ведении таких больных.

Хохлова З.А.^{1,2}, Пивовар О.И.²

ЗНАЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ

¹НГИУВ - филиал РМАНПО Минздрова России, г. Новокузнецк, Россия

²Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Острые кишечные инфекции (ОКИ) стабильно входят в число 5 самых частых инфекций. Расшифровка этиологии заболевания важна для выбора лечебной тактики в отношении этиотропных препаратов. В настоящее время среди возбудителей ОКИ повсеместно преобладают вирусы, но их долевое участие может существенно варьировать в разных регионах, а также отличаться у взрослых и детей.

Проведен анализ этиологической структуры ОКИ за последние 3 года в Кемеровской области – Кузбассе (КО). Показатель заболеваемости ОКИ (на 100 тыс. населения) составил в 2023 г. 523,4, в 2024 г. – 573,1, в 2025 г. – 600,2. ОКИ с установленной этиологией традиционно составляют около 30% от всех зарегистрированных случаев ОКИ. На долю ОКИ вирусной этиологии приходилось в 2023 г. 84,9%, удельный вес ротавирусной инфекции (РВИ) – 67,7%; в 2024 г. – 83,2%, удельный вес РВИ – 70,0%; в 2025 г. – 77,4%, удельный вес РВИ – 66%. Всего зарегистрировано случаев заболевания РВИ в 2023 г. 2373, интенсивный показатель составил 92,4; в 2024 г. 2437 случаев – 95,6

на 100 тыс. населения, в 2025 г. – 1838 случаев – 72,14 на 100 тыс. населения.

В возрастной структуре РВИ абсолютное большинство составляют дети. Так, удельный вес детей до 14 лет составил в 2023 г. 90,5% (показатель заболеваемости 436,6), в 2024 г. – 90,3% (показатель заболеваемости 504), в 2025 г. – 90,5% (показатель заболеваемости 381,0).

Большая часть пациентов, госпитализированных по поводу РВИ находилась в двух крупных инфекционных стационарах КО: северный куст – в ГАУЗ ККИБ, южный – в ГБУЗ НГКИБ.

С верифицированным диагнозом РВИ находилось в ГАУЗ ККИБ 1526 пациентов, в том числе 1360 детей в возрасте 0-17 лет (89,1%). Доля детей по годам составила в 2023 г. – 89,5%, 2024 г. – 89,4%, 2025 г. – 88,5%.

В НГКИБ с диагнозом РВИ находилось 656 пациентов, в том числе 609 детей в возрасте 0-17 лет (92,8%). Доля детей по годам составила в 2023 г. – 97,55%, 2024 г. – 96,2%, 2025 г. – 84,95%.

Заболевание во всех случаях протекало в типичной форме средней степени тяжести, в комплексном лечении применяли регидратационную терапию, энтеросорбенты, препарат с иммуномодулирующим и противовирусным действием рекомбинантный интерферон альфа-2β (виферон) ректально в возрастных дозах, симптоматическую терапию.

Таким образом, ротавирусная инфекция остается лидирующей и наиболее актуальной ОКИ, в первую очередь среди детского населения. В КО отмечался рост заболеваемости ротавирусной инфекцией в 2024 г.

Худайкулова Г.К., Рахматуллаева Ш.Б., Муминова М.Т., Абдураимова В.И.

РОЛЬ СОЧЕТАННЫХ БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ташкентский государственный медицинский университет

Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы. Высокая распространённость острых кишечных инфекций у детей, значительной долей микст (бактериально-вирусных) форм в структуре диарейных заболеваний, их более тяжёлым клиническим течением, а также особенностями течения на фоне ВИЧ-инфекции, сопровождающейся иммунодефицитом и повышенным риском генерализации инфекционного процесса, что определяет необходимость совершенствования диагностических и терапевтических подходов (Иванов И.И., 2020).

Цель исследования: изучить этиологической структуру острой инфекционной диареи у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы: Исследование проводилось в период с 2020 по 2025 гг. В исследование включены данные 499 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 7 до 18 лет с острой инфекционной диареей. Дети были разделены на три группы: основная группа – 261 ВИЧ-инфицированные дети с острой диареей инфекционной этиологии и сравнительная группа – 247 ВИЧ-неинфицированных детей с инфекционной диареей. В работе использованы клинико-анамнестические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Результаты. У детей основной группы по сравнению с сравнительной группой моноинфекция бактериальной диареи (БД) встречалась в 5,6 раза реже (14 и 75 случаев соответственно, $P < 0,001$), а моноинфекция вирусной диареи (ВД) — в 8,5 раза реже (12 и 98 случаев соответственно, $P < 0,001$). В то же время бактериально-бактериальная диарея (ББД) в виде микст-инфекции регистрировалась почти в 7 раз чаще (124 и 17 случаев соответственно, $P < 0,001$), а бактериально-вирусные (БВД) и вирусно-вирусные (ВВД) микст-инфекции — в 1,8 раза чаще (71; 40 и 38; 21 случаев соответственно, $P < 0,05$). В случаях моноинфекции БД статистически значимых различий между группами по распространённости *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Escherichia coli* и *Campylobacter spp.* выявлено не было ($P > 0,05$). При анализе ББД микст-инфекций комбинация *Salmonella spp.*+*Shigella spp.* у детей основной группы по сравнению с детьми сравнительной группы встречалась статистически значимо 2,7 раза (16 и 6 случаев соответственно, $P < 0,05$), а также *Shigella spp.*+*Escherichia coli* 3,2 раза реже (6 и 4 случаев соответственно, $P < 0,05$), тогда как сочетание *Salmonella spp.*+*Campylobacter spp.* напротив, регистрировалось достоверно 2,5 раза (36 и 2 случаев соответственно, $P > 0,05$), *Salmonella spp.*+*Escherichia coli* — 1,6 раза (35 и 3 случаев соответственно, $P > 0,05$) *Shigella spp.*+*Campylobacter spp.* — 1,9 раза чаще (28 и 2 случаев соответственно, $P > 0,05$).

При ВД моноинфекции частота выявления рота-, норо-, адено- и астровирусной инфекции между группами статистически значимо не различалась ($P > 0,05$). В структуре ВВД микст-инфекций у детей основной группы сочетание ротавируса и норовируса встречалось 3,7 раза чаще (14 и 2 случаев соответственно, $P < 0,05$), тогда как комбинация аденовируса и астровируса — 4,8 раза реже (2 и 5 случаев соответственно, $P < 0,05$). По другим вирусным сочетаниям статистически значимых различий между группами не установлено ($P > 0,05$). При БВД микст-инфекциях в основной группе сочетания *Salmonella spp.* с ротавирусом 4,2 раза (16 и 2 случаев соответственно, $P < 0,05$), а также *Shigella spp.* с норовирусом выявлялись 4,0 раза, чаще (23 и 3 случаев соответственно $P < 0,05$). В то же время комбинация *Salmonella spp.* и норовируса регистрировалась 3,1 раза (5 и 8 случаев соответственно $P < 0,05$), в том числе *Shigella spp.* с аденовирусом и *Escherichia coli* с норовирусом 4,7 раза реже соответственно (2 и 5 случаев, соответственно $P < 0,05$). По остальным вариантам бактериально-вирусных сочетаний статистически значимых различий между группами выявлено не было ($P > 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у ВИЧ инфицированных детей преобладание микст-форм инфекционного процесса, в этиологической структуре острой диареи отмечается преобладание микст-инфекций, что указывает на значимую роль сочетанного воздействия бактериальных и вирусных патогенов в патогенезе инфекционного процесса.

Цейко З.А., Ковалев А.А., Шафорост А.С., Зяцьков А.А., Стома И.О.

ИЗМЕНЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ, ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ

Гомельский государственный медицинский университет
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Хроническая HCV-инфекция, несмотря на революцию в лечении и появлению препаратов прямого противовирусного действия, остается мировой проблемой здравоохранения. Изменения в кишечной микробиоте, возникающие на фоне хронической HCV-инфекции, остаются малоизученными. Вопрос о том, как один из ключевых клинико-лабораторных маркеров активности инфекции — уровень вирусной нагрузки соотносится со специфическими изменениями кишечной микробиоты, остается открытым.

Цель. Описать изменения состава кишечной микробиоты, ассоциированные с высокой вирусной нагрузкой у пациентов с хронической HCV-инфекцией.

Материалы и методы. В исследование включено 124 пациента с хронической HCV-инфекцией, из которых у 36 человек (30,3%) установлен диагноз цирроза печени HCV этиологии. В рамках исследования определен состав микробного разнообразия кишечника методом секвенирования V3-V4 переменных участков гена 16S рРНК. Высокопроизводительное секвенирование проводилось с помощью генетического анализатора MiSeq (Illumina, США). Назначение таксономических уровней и количественная оценка состава микробиоты выполнялись с помощью программы Kraken2 (база 6/5/2024). Статистическая обработка данных секвенирования проводилась в среде программирования R. Комплексный анализ различия таксономического состава между сравниваемыми группами осуществлялся с применением моделей DESeq2, ZicoSeq, LinDA и ANCOM.

Результаты. Для выявления различий в профиле кишечной микробиоты у пациентов с высокой и низкой вирусной нагрузкой было сформировано две группы сравнения. В первую группу включены пациенты с вирусной нагрузкой менее 800000 МЕ/мл — 70 человек (56,45%), во вторую — с нагрузкой более 800000 МЕ/мл — 54 человека (43,55%). В группе пациентов с низкой вирусной нагрузкой наблюдалось увеличение разнообразия условно-патогенных бактерий, включая представителей оральной микробиоты *Prevotella* ($\text{padj} = 0,129$) и *Gemella* ($\text{padj} = 0,124$), маркеров воспаления *Burkholderia* ($\text{padj} = 0,035$), *Haemophilus* ($\text{padj} = 0,143$) и *Paraclostridium* ($\text{padj} = 0,035$) и замедленной моторики желудочно-кишечного тракта *Sarcina* ($\text{padj} = 0,035$). У пациентов с высокой вирусной нагрузкой отмечено относительное увеличение представленности провоспалительных и потенциально патогенных таксонов, таких как *Stenotrophomonas* ($\text{padj} = 0,106$) и *Nitratidesulfovibrio* ($\text{padj} = 0,121$).

Заключение. Полученные данные позволяют предположить, что при высокой вирусной нагрузке изменения кишечной микробиоты преимущественно опосредованы системным воспалением, в то время как при низкой вирусной нагрузке они в большей степени отражают структурные изменения в печени.

**Чернова Т.М., Тимченко В.Н., Грицкова С.П.,
Баракина Е.В., Суховецкая В.Ф.**

ОСОБЕННОСТИ ГРИППА ТИПА В У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
Санкт-Петербург, Россия*

Вспышки гриппа В периодически происходят по всему миру и оказывают существенное влияние на общественное здравоохранение. Однако заболевание у детей изучено недостаточно.

Цель исследования – изучить особенности гриппа В у детей различного возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ 179 электронных медицинских карт амбулаторных пациентов в возрасте от 4 мес. до 17 лет, перенесших грипп В. Диагноз подтвержден обнаружением РНК вируса в слизи из ротоглотки методом ПЦР при исключении других респираторных вирусов.

Результаты. В эпидемическом сезоне 2024–2025 гг. отмечалась смена доминирующего типа возбудителя на вирус гриппа В. В большинстве случаев болели школьники 7–14 лет (55,3%), реже вовлекались дети 3–6 лет (22,9%) и подростки 15–17 лет (12,3%), еще реже болели дети раннего возраста (7,3%) и первого года жизни (2,2%). Характерным для всех возрастных групп было повышение температуры тела до фебрильных цифр (51,9%), реже до 39,0–39,8°C (30,2%). В единичных случаях у пациентов 7–17 лет лихорадка достигала 40,0°C (1,7%), тогда как 2,4% детей 3–6 лет и 4,0% школьников 7–14 лет переносили грипп на фоне нормальной температуры тела. 35,2% больных старше 3 лет, чаще подростки 15–17 лет (45,5%) и школьники (41,4%), предъявляли жалобы на длительно сохраняющуюся общую слабость. Насморк с обильными слизистыми выделениями из носовых ходов с первого дня заболевания преобладал во всех возрастных группах (до 1 года – 100%, 1–2 года – 76,9%, 3–6 лет – 75,6%, 7–14 лет – 75,8%, 15–17 лет – 63,6%), в основном в сочетании с влажным кашлем (50,0%, 38,4%, 39,1%, 24,3%, 27,4% соответственно), у детей старше 3 лет – с кашлем, заложенностью носа и болью в горле (9,7%, 38,5%, 27,4% соответственно), еще у 3 детей различного возраста (1,7%) – с осиплостью голоса. В редких случаях ринорея сопровождалась только болью в горле и/или заложенностью носа, а также могла быть единственным катаральным симптомом (1–2 года – 15,4%, 3–6 лет – 7,3%, 7–14 лет – 3,0%). При фарингоскопии обращало на себя внимание обильное стекание прозрачной слизи по задней стенке глотки, особенно у детей до 3 лет (до 1 года – 50%, 1–2 года – 46,2%, 3–6 лет – 29,3%, 7–14 лет – 21,2%, 15–17 лет – 18,2%). В 8,4% случаев грипп В протекал с лихорадкой, симптомами интоксикации, характерными изменениями в глотке при отсутствии катаральных симптомов, из них 3 ребенка (1,7%) предъявляли жалобы на боли в животе. Типичные проявления гриппа отмечались только у 15,6% заболевших, в основном, у подростков (27,2%) и школьников (17,2%). Все дети лечились амбулаторно. Осложнение в виде бронхообструктивного синдрома развилось у мальчика 11 мес. (0,6%), купирован бригадой СМП. В большинстве случаев наблюдаемые пациенты перенесли грипп В легкой степени (до 1 года – 75,0%, 3–6 лет – 56,1%, 7–14 лет – 52,5%, 15–17 лет – 54,6%), однако у детей в возрасте 1–2 лет заболевание преимущественно протекало в среднетяжелой форме (69,2%). Тяжелые фор-

мы регистрировались у пациентов в возрастных группах старше 3 лет (2,4%, 7,1% и 4,5% соответственно).

Выводы. Грипп В преимущественно протекал в легкой степени. Чаще болели дети школьного возраста. В клинической картине у пациентов всех возрастов преобладали нехарактерные для гриппа проявления ринофарингита с выраженным экссудативным компонентом, что необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики с другими острыми респираторными вирусными инфекциями.

**Шевченко Е.А.¹, Гапон Э.А.¹, Складная Е.А.¹,
Матузкова А.Н.¹, Суладзе А.Г.¹,
Твердохлебова Т.И.^{1,2}**

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЖИТЕЛЕЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*¹ФБУН «Ростовский научно-исследовательский
институт микробиологии и паразитологии»*

Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону, Россия

*²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

ВИЧ-инфекция остается одной из наиболее серьезных глобальных проблем здравоохранения. Осведомленность населения о путях передачи ВИЧ, методах профилактики играет ключевую роль в эффективности профилактических мероприятий.

Цель: оценить уровень информированности о проблеме ВИЧ-инфекции жителей Ростовской области.

Методы. Было проведено анкетирование населения Ростовской области, нацеленное на оценку уровня знаний о ВИЧ-инфекции, степени выраженности стигматизации и выявление факторов рискованного поведения. При опросе использовалась формализованная структурированная анкета, состоящая из 27 вопросов. Выборка составила 300 респондентов в возрасте от 14 до 47 лет (55,7% мужчин и 44,3% женщин).

Результаты исследования. Большинство участников опроса правильно назвали основные пути передачи ВИЧ: половой путь – 90,0%, парентеральный – 81,0%, вертикальный – 51,3%. Однако каждый пятый из респондентов имеет ошибочное представление о вероятности передачи ВИЧ-инфекции от инфицированной матери к новорожденному. Женщины оказались более осведомленными о путях передачи инфекции ($p < 0,05$). Выявлен высокий уровень дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным гражданам. Чуть более половины опрошенных (56,7%) убеждены, что их поведение не изменится, если они узнают о том, что взаимодействовали со специалистом с ВИЧ-положительным статусом. Однако 21,7% в дальнейшем предпочтут обратиться к другому компетентному лицу. У 21,6% респондентов вопросы, связанные с дискриминацией, вызвали затруднение в ответе, что косвенно свидетельствует о нежелании идти на контакт с больным ВИЧ-инфекцией. Опыт употребления наркотических веществ отметили 2,7% респондентов. Вместе с тем результаты исследования доказывают, что рискованное сексуальное поведение среди молодежи остается серьезной проблемой. Более 20% участников опроса не используют презервативы, а 2% вступают в половые контакты с потребителями наркотиков. Выявлен низкий уровень восприятия риска: 84,7% считают, что ВИЧ-инфекция их кос-

нуться не может, при этом 51,3% никогда не обследовались на ВИЧ-инфекцию. Женщины более насторожены в отношении вероятности заражения ВИЧ-инфекцией ($p < 0,05$). Положительным аспектом является доступность информации о местах проведения тестирования на ВИЧ: 80,3% знают в какие учреждения обращаться. Отношение к профилактике ВИЧ-инфекции среди населения остается неоднозначным и указывает на недостаток доступной и достоверной информации.

Заключение. Анализ результатов социологического опроса населения в возрасте 14–47 лет, проживающих в Ростовской области, позволяет высказать мнение о том, что в настоящее время сохраняются условия для активного распространения ВИЧ-инфекции половым путем. Выявлен недостаточный уровень информированности населения о проблеме ВИЧ-инфекции. Более 40% опрошенных относятся с предубеждением к ВИЧ-инфицированным. Инвестиции в первичную профилактику ВИЧ-инфекции являются не только медицинской необходимостью, но и экономически выгодной стратегией для общества. Результаты анкетирования подчеркивают не только необходимость усиления информационных кампаний, но и важность их целевой направленности.

*Сиханова А.А.^{1,2}, Мельцер А.А.³, Артемук С.Д.³,
Смирнова М.В.³, Жамборова С.Х.¹*

ХАРАКТЕРИСТИКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

¹ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

³СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Одной из наиболее острых проблем мирового здравоохранения последних десятилетий стала экспансия полирезистентных патогенов. Особую роль в структуре госпитальной заболеваемости занимают *Klebsiella pneumoniae*, обладающие множественной лекарственной устойчивостью. Высокий адаптивный потенциал, склонность к накоплению детерминант резистентности существенно ограничивают возможности этиотропного лечения заболеваний и инфекционных осложнений, вызванных этим патогеном.

Цель исследования: провести сравнительный анализ чувствительности клинических штаммов *Klebsiella pneumoniae* к различным классам антибиотиков.

Материалы и методы. Изучено 99 штаммов *Klebsiella pneumoniae*, выделенных от пациентов ОРИТ многопрофильного стационара. Чувствительность к 12 антимикробным препаратам (амоксциллин/клавуланат, цефтазидим, цефотаксим, цефепим, меропенем, ципрофлоксацин, амикацин, гентамицин, тобрамицин, тетрациклин, триметоприм-сульфаметоксазол) определяли методом серийных разведений (Autobio diagnostics, Китай). Интерпретацию результатов проводили согласно актуальной версии клинических рекомендаций «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам».

Результаты. Изученные штаммы характеризовались резистентностью хотя бы к одному АМП. Отмечена 100%

чувствительность к амикацину и 100% резистентность к цефотаксиму и ципрофлоксацину. Чувствительность к цефтазидиму и цефепиму сохранили 2% и 24,2% штаммов, МПК чувствительных штаммов находилось в пределах 0,5–1 мг/л. По суммарным данным 8,1% изученных штаммов характеризовались чувствительностью к меропенему (МПК50 и МПК90 0,25 мг/л). В группе аминогликозидов II поколения чувствительными к гентамицину были 61% (МПК50 1 мг/л, МПК90 2 мг/л), тобрамицину – 75,8% (МПК50 и МПК90 1 мг/л). К тетрациклину была выявлена чувствительность у 5,1% (МПК50 и МПК 90 2 мг/л). Практически каждый второй штамм (49,5%) сохранял чувствительность к триметоприм-сульфаметоксазолу (МПК50 и МПК90 2/38 мг/л)

Выводы. В современной структуре внутрибольничных инфекций экстремально-резистентные штаммы *Klebsiella pneumoniae* представляют наибольшую угрозу из-за их высокого инвазивного потенциала и ограниченного выбора эффективных антимикробных препаратов. В условиях отделений реанимации и интенсивной терапии, характеризующихся высокой селективной нагрузкой антибактериальных препаратов, *Klebsiella pneumoniae* демонстрируют стремительную эволюцию механизмов резистентности, включая продукцию бета-лактамаз расширенного спектра и карбапенемаз. Проведение постоянного мониторинга чувствительности позволяет прогнозировать динамику распространения «супербактерий» внутри стационара, что позволяет врачам не только своевременно корректировать тактику антибактериальной терапии, но и внедрять эффективные меры по ограничению распространения госпитальных клонов.

Шульц К.В.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПОРАЖЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО РЕГИОНА

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный
медицинский университет» МЗ РФ
г. Барнаул, Россия

Введение. С момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции и по настоящее время проблема пораженности населения ВИЧ-инфекцией остается проблемой мирового масштаба. По данным ВОЗ и ЮНЭЙДС в 2021 г. во всем мире проживало порядка 39 млн. ВИЧ-инфицированных. Наибольшая пораженность ВИЧ-инфекцией за весь период регистрации отмечалась среди населения трудоспособного возраста, что негативно повлияло на уровень экономического ущерба от последствий ВИЧ-инфекции. В Российской Федерации (РФ) в течение исследуемого периода ВИЧ-инфекция относилась к наиболее значимым заболеваниям наряду с вирусным гепатитом С и туберкулезом. По состоянию на 2024 г. РФ находилась в концентрированной стадии ВИЧ-инфекции. Алтайский край входил в число регионов, в которых регистрировалась высокая пораженность населения ВИЧ-инфекцией. В 2024 г. Алтайский край занимал 5 место в перечне субъектов РФ с наиболее высокой пораженностью и заболеваемостью ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования. Провести ретроспективный эпидемиологический анализ в отношении ВИЧ-инфекции на примере Алтайского края.

Материалы и методы. Данные Государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» за период с 2015 по 2024 гг. Метод исследования — аналитический.

Результаты. В течение исследуемого периода Алтайский край относился к наиболее пораженным ВИЧ-инфекцией регионам. Ежегодно увеличивался охват тестированием и охват профилактическими мероприятиями в отношении ВИЧ-инфекции. С 2012 по 2015 гг. отмечался рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Алтайском крае в 1,75 раз. Максимальный уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией регистрировался в 2015 г. — 130,3 на 100 тыс. населения. Период с 2016 по 2021 гг. характеризовался снижением уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 1,51 раза (со 114,8 на 100 тыс. населения до 75,8 на 100 тыс. населения). Минимальный уровень заболеваемости регистрировался в 2020 г. — 73,1 на 100 тыс. населения. С 2021 по 2024 гг. ежегодно снижался уровень заболеваемости, увеличивался показатель пораженности. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Алтайском крае характеризовалась изменениями в структуре путей передачи. С момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции (в 1990 г.) по 2024 г. структура путей передачи претерпела ряд изменений: до 2016 г. преобладающим путем был инъекционный (парентеральный при употреблении инъекционных наркотиков), с 2016 по 2024 гг. — половой при гетеросексуальных контактах.

Заключение. В Алтайском крае в течение исследуемого периода отмечались изменения в структуре путей передачи ВИЧ-инфекции, ежегодно увеличивался охват тестированием на ВИЧ-инфекцию населения России, изменилась возрастная-половая структура ВИЧ-инфицированных, распределение доли городского и сельского населения в общей структуре заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией. В этой связи необходимо совершенствование системы профилактики в регионе.

Шульц К.В., Соркина К.Д.

К ВОПРОСУ ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОМ УЩЕРБЕ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Барнаул, Россия*

Введение. Заболеваемость и пораженность ВИЧ-инфекцией в настоящее время остается одной из краеугольных проблем современного здравоохранения. Выделяется ряд наиболее пораженных регионов РФ. В их число входит Алтайский край. Немаловажную роль играет и экономический ущерб от последствий ВИЧ-инфекции. Ежегодно отмечается рост пораженности ВИЧ-инфекцией, что влияет и на экономические аспекты последствий ВИЧ-инфекции. Распространение инфекционных заболеваний в стране наносит урон экономике здравоохранения.

Цель исследования. Оценка экономического ущерба от последствий ВИЧ-инфекции в разрезе экономики здравоохранения.

Материалы и методы. Данные Государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» за период с 2015 по 2024 гг. Для статистической обработки была использована программа STATISTICA 12.

Результаты. В течение исследуемого периода наблюдался рост расходов на борьбу с последствиями ВИЧ-инфекции. Экономический ущерб от последствий ВИЧ-инфекции суммировался с учетом прямых и косвенных затрат и составлял в 2024 г. - 74,8 млрд. руб. Расходы на антиретровирусную терапию составляли ежегодно 40-50% от прямых затрат. Косвенные затраты от последствий ВИЧ-инфекции в 2024 г. составили 187,4 млрд. руб. С помощью прогнозирования и математического моделирования эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в стране был определен ожидаемый экономический ущерб, который неравномерно распределился по регионам РФ, в связи с разным уровнем заболеваемости и пораженности в регионах.

Заключение. Экономический ущерб от последствий ВИЧ-инфекции в стране определялся прямыми и косвенными затратами. Оптимизация системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, выявление ВИЧ-инфекции на ранних стадиях, своевременное лечение — всё это способствует регулированию экономического ущерба от последствий ВИЧ-инфекции.

Эсауленко Е.В.^{1,2}, Крутикова Д.С.^{1,2}, Скворода В.В.^{1,2}

ЭФФЕКТ ОТЛОЖЕННОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА ГЕПАТИТА А В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

*¹ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия*

²ФБУН «НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера» Роспотребнадзора, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Противоэпидемические ограничения из-за пандемии COVID-19 привели к уменьшению социальных контактов, в частности разобщению детских коллективов, что закономерно привело к снижению заболеваемости гепатитом А (ГА). Однако длительное отсутствие естественного инфицирования в восприимчивых возрастных группах создало предпосылки для последующего компенсаторного подъема после отмены ограничений. Анализ динамики заболеваемости в детских возрастных группах за 2015-2024 гг. подтверждает эту гипотезу.

Цель. Оценить динамику заболеваемости ГА в детских возрастных группах и выявить признаки отложенного эпидемического подъема в «постпандемийный» период.

Материалы и методы. Использованы сведения формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» и данные автоматической информационной системы (АИС) по мониторингу за вирусными гепатитами Роспотребнадзора.

Результаты. В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты. В «допандемийный» период (2015-2019 гг.) наиболее выраженная эпидемиологическая нагрузка пришлась на детей 3-14 лет, с максимальной заболеваемостью в 2016 г. - 11,42 на 100 тыс. населения. Детские организационные коллективы являются благоприятной средой, где фекально-оральный механизм реализуется, через все основные пути передачи: контактно-бытовой (через игрушки, посуду, предметы обихода), пищевой и водный при нарушениях санитарно-гигиенического режима.

Введенные противозидемические меры против COVID-19 в 2020-2021 гг. также ограничили циркуляцию вируса ГА, в частности в организованных детских коллективах, где заболеваемость ГА среди всех возрастных групп снизилась до исторически минимальных значений. Наиболее явное снижение в 35-40 раз произошло в группе детей 3-6 лет (с 9,98-11,42 на 100 тыс. населения в 2015-2016 гг. до 0,32-0,24 на 100 тыс. населения в 2020-2021 гг.). А самое минимальное снижение произошло в группе 11-14 лет, показатель заболеваемости снизился с 11,03-9,56 на 100 тыс. населения до 0,46-0,15 на 100 тыс. населения.

С 2022 г. линия заболеваемости ГА стала иметь восходящий тренд, и к 2023-2024 гг. сформировался отложенный эффект эпидемического подъема. Заболеваемость детей 3-6 лет с 2021 г. выросла в 33 раза, и к 2024 г. достигла 8,0 на 100 тыс. населения; 7-10 лет – в 40 раз (6,82 на 100 тыс. населения), и у подростков 11-14 лет – в 19 раз (5,76 на 100 тыс. населения в 2024г.). Несмотря на значительный подъем, показатели к 2024 г. не превысили «допандемийный» максимум, что может указывать на частичное сохранение гигиенических навыков, сформировавшихся во время пандемии.

Выводы. Анализ динамики заболеваемости ГА в детских группах выявил наличие отложенного эпидемического подъема, наиболее выраженный рост относительно минимумов 2020–2021 гг. отмечен у детей с 7 до 10 лет. Полученные данные подтверждают наличие компенсаторного механизма развития эпидемического процесса при гепатите А после длительного перерыва в его передаче.

Яковлев В.А., Боргоякова М.Б., Яковлева Е.В., Рудометова Н.Б., Макарова К.П., Старостина Е.В., Вахитов Д.И., Литвинова В.Р., Кисаков Д.Н., Карпенко А.И., Ильичев А.А., Рудометов А.П.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДОЗОЗАВИСИМЫХ СВОЙСТВ КАНДИДАТНОЙ ДНК-ВАКЦИНЫ рVAX-H9, КОДИРУЮЩЕЙ МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ТРИМЕР ГЕМАГГЛЮТИНИНА ВИРУСА ГРИППА ПОДТИПА А/Н9

*ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора
р.п. Кольцово, Россия*

В последние два десятилетия документируется все больше случаев инфицирования людей вирусами гриппа птиц подтипов А/Н5, А/Н7, А/Н9 и А/Н10. Подтип А/Н9, относящийся к низкопатогенным вирусам птичьего гриппа, активно мутировал в последние годы, что привело к возникновению новых антигенных вариантов, из-за чего старые вакцины становятся менее эффективны для защиты от заболевания. В связи с этим, увеличивается потребность в технологиях производства вакцин с быстро масштабируемым производством, способных обеспечить эффективную защиту от высоковариабельных патогенов в сжатые сроки. Подходом, удовлетворяющим таким требованиям, являются вакцины на основе нуклеиновых кислот - ДНК- и мРНК-вакцины.

Ранее нами был проведен дизайн и получение ДНК-вакцины рVAX-H9, кодирующей модифицированный тример гемагглютинаина вируса гриппа птиц подтипа А/Н9, а также оценена ее иммуногенность. В качестве иммуногена был выбран ген, кодирующий гемагглютинин вируса гриппа птиц А/Н9N2, циркулировавший в России в Приморском крае в 2018 г. среди сельскохозяйственной птицы.

Было показано, что полученная вакцина эффективно индуцирует формирование гуморального иммунного ответа.

Целью данной работы стал анализ дозозависимых свойств ДНК-вакцины рVAX-H9, включающий в себя анализ Т-клеточного и гуморального иммунного ответа.

Для анализа дозозависимых свойств экспериментальной ДНК-вакцины рVAX-H9 была проведена иммунизация мышей линии BALB/c с использованием струйной инъекции. Животные были разделены на пять групп, которым вакцина вводилась в дозах 5, 10, 25 и 50 мкг на мышь; пятая группа состояла из интактных животных.

На 35 сутки после начала эксперимента у мышей были отобраны сыворотки крови и селезенки для анализа методами ИФА и ELISpot. Было показано, что титры специфических антител были выявлены во всех группах животных, иммунизированных рVAX-H9. При этом наибольший уровень ответа был показан для группы, иммунизированной ДНК-вакциной в дозе 10 мкг (средний обратный титр $4 \cdot 10^5$). Анализ ELISpot показал способность ДНК-вакцины индуцировать Т-клеточный иммунный ответ у мышей линии BALB/c, при этом в группе, иммунизированной 10 мкг, было показано двукратное увеличение по сравнению ближайшей по уровню ответа группой, иммунизированной дозой 25 мкг (среднее количество спотообразующих единиц на 10^6 спленоцитов 126 и 65 SFU, соответственно).

Таким образом, в ходе работы были проанализированы дозозависимые свойства ДНК-вакцины рVAX-H9, кодирующей модифицированный тример гемагглютинаина вируса гриппа подтипа А/Н9. Было показано, что оптимальной дозой для стимуляции иммунного ответа, индуцирующей высокие уровни как гуморального, так и Т-клеточного ответа, является доза 10 мкг.

Исследование выполнено в рамках государственного задания ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора.

Яковлева Е.В., Яковлев В.А., Старостина Е.В., Боргоякова М.Б., Макарова К.П., Вахитов Д.И., Протопопова Е.В., Святченко В.А., Локтев В.Б., Кисакова Л.А., Кисаков Д.Н., Карпенко А.И.

КОМБИНИРОВАННАЯ ДНК-ВАКЦИНА ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЗАЩИЩАЕТ МЫШЕЙ ОТ ЗАРАЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ДОЗОЙ ВИРУСА

*ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора
р.п. Кольцово, Россия*

Вирус клещевого энцефалита (КЭ) — опасный нейротропный патоген, поражающий центральную нервную систему. Лицензированные вакцины, полученные на основе инактивированного вируса КЭ, обладают высокой эффективностью, однако имеют ряд серьезных недостатков, в т.ч. недостаточно эффективное формирование Т-клеточного иммунного ответа на инактивированный вирус. Одним из перспективных подходов к разработке средств профилактики КЭ могут стать ДНК-вакцины, которые способны обеспечивать высокий уровень иммунного ответа, недороги в производстве, а также имеют достаточно высокий профиль безопасности.

Целью данной работы являлся анализ иммуногенных и протективных свойств комбинированной ДНК-вакцины, кодирующей полиэпитопный Т-клеточный иммуноген и полипротеин рgM-E вируса КЭ.

Ранее в ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» были получены ДНК-вакцины рVAX-AG1-ub, кодирующая Т-клеточный полиэ-

питопный иммуноген AG1, а также pVAX-rgM-E, кодирующая полипротеин вируса КЭ – структурные белки rgM и E.

Для исследования экспериментальной комбинированной ДНК-вакцины 3 опытным группам мышам линии BALB/c дважды с интервалом 3 недели с помощью метода безыгольной струйной инъекции вводили ДНК-вакцины pVAX-rgM-E, pVAX-AG1-ub, а также комбинированный вариант – pVAX-rgM-E + pVAX-AG1-ub. В качестве контроля выступали группа, иммунизированная коммерческой вакциной, а также группа интактных животных.

В результате, было показано, что в сыворотках мышей, иммунизированных pVAX-rgM-E, титр специфических антител составил 1:85000, иммунизированных pVAX-rgM-E + pVAX-AG1-ub – 1:94000 ($p < 0,05$ по сравнению с интактными мышами).

Анализ Т-клеточного иммунного ответа с помощью метода ELISpot показал, что в группе мышей, иммунизированной комбинированной ДНК-вакциной наблюдался высокий уровень спленоцитов, продуцирующих IFN- γ в ответ на стимуляцию пулом специфических пептидов из белка E вируса (173 SFU/10⁶, $p < 0,05$ по сравнению с pVAX-rgM-E и интактными мышами). В результате анализа иммунного ответа методом ICS с применением проточной цитофлуориметрии было показано, что для группы, иммунизированной комбинированной ДНК-вакциной, показано статистически достоверное увеличение уровня как CD8 + IFN- γ + /CD8 + IL-2 +, так и CD4 + IFN- γ + /CD4 + IL-2 + Т-лимфоцитов, по сравнению со всеми группами ($p < 0,05$).

При заражении экспериментальных групп летальной дозой вируса КЭ (1000 LD₅₀) выживаемость в группах, иммунизированных комбинированной ДНК-вакциной и коммерческой вакциной, на 14 день наблюдений составила 100%.

Таким образом, показано, что иммунизация мышей линии BALB/c комбинированным вариантом ДНК-вакцин, кодирующих полиэпитопный Т-клеточный иммуноген и полипротеин rgM-E вируса КЭ, индуцирует формирование высокого уровня как гуморального, так и Т-клеточного иммунного ответа. Кроме того, было показано, что комбинированная ДНК-вакцина способна эффективно индуцировать защитный иммунитет против вируса КЭ.

Исследование было выполнено в рамках государственного задания ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора.

СОДЕРЖАНИЕ

Tashpulatova M.K., Abdukhalilova G.K., Urunova D.M., Razzakova Sh.O.
PHENOTYPES OF RESISTANCE OF *SALMONELLA SPP* STRAINS ISOLATED FROM BROILER CHICKENS5

Агеев Н.В., Черновецкий М.А., Семенов В.М.
ОЦЕНКА ФУНГИЦИДНОГО ДЕЙСТВИЯ ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА НА БИОПЛЁНОЧНЫЕ ФОРМЫ ДРОЖЖЕВЫХ МИКРОМИЦЕТ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ5

Агоева Е.Я.
ИЗУЧЕНИЕ АДАПТОГЕНЕЗА ТКАНЕВЫХ ЛИЧИНОК ГЕЛЬМИНТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ В УСЛОВИЯХ ИННОВАЦИОННОГО КУЛЬТИВИРОВАНИЯ6

Алоджанц Е. А., Иброхимова А.Д.
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ6

Альмяшева Р.З., Павелкина В.Ф., Уточкина В.А., Черемисова А.Н.
ОПИСТОРХОЗ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ7

Асманова М.А., Бобровский Е.А., Бугаева Д.А.
ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2020-2024 ГГ.7

Атыгаева С.К., Дауленова С.К.
ВАЖНОСТЬ СБОРА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ С ИБИРСКОЙ ЯЗВЫ8

Бабаченко И.В., Каплина С.П.
ОПЫТ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ8

Бабенко А.С., Давыдов В.В., Борисовец Д.С., Баюр Н.Г., Сурикова Н.А., Криштафович О.П., Колядко М.Г., Карпуть И.А., Крылова Н.Г., Грушевская Г.В., Чакуков Р.Ф., Васильковцев Е.В., Загора И.С., Шафранская Е.А., Пащенко Е.В., Жаворонок С.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДНК-НАНОСЕНСОРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА В ОБРАЗЦАХ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА9

Бондаренко А.Л., Доброниченко Е.А., Абрамова Т.Д.
ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА10

Бондаренко А.Л., Кузнецова Н.В., Топорова Н.Н.
МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.....10

Бондаренко А.Л., Ситникова Е.С., Костылева Е.И.
COVID-19 И СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ11

Бондаренко Е.И., Шварева О.А., Шарипова Э.В., Тимербаева Д.А., Мухамадиева Э.Г., Никитина К.Р., Козлов С.С.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ПЦР И ИФА В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛПС, ВЫЗВАННОГО PUUMALA VIRUS11

Бондаренко Т.Ю., Карелина К.В., Какурина Г.В., Чойнзонов Е.Л.
ПОЛИМОРФИЗМЫ РАЙОНА ГЕНА TIM-1/NAV3R-, КОДИРУЮЩЕГО МУЦИНОВЫЙ ДОМЕН, У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ12

Бурак Е.А., Самойлович Е.О., Ермолович М.А., Былина А., Карпов И.А.
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ IGG АНТИТЕЛА В НАЧАЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА КОРИ У НАИВНЫХ И РАНЕЕ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.....13

<i>Буткевич В.В., Бабенко А.С., Тапальский Д.В., Жаворонок С.В., Николенко Е.Н., Зайцева В.Н.</i> МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ РЕЗИСТЕНТНОСТИ <i>A. BAUMANNII</i> МЕТОДОМ ПЦР-РВ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19	13
<i>Вандышева Т.В., Константинов Д.Ю., Попова Л.Л.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ А И Е НА ТЕРРИТОРИИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2022-2025 ГГ.	14
<i>Власик Р.А., Юдинцева А.Ю., Шабалина А.В., Оснач В.А., Плахотник А.Е., Долгова А.С., Дедков В.Г.</i> РАЗРАБОТКА МЕТОДА ОТ-ПЦР В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗОНДОВ ТИПА ТАQMAN ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РНК ВИРУСА МАРБУРГ	14
<i>Волова Л.Ю., Босенко А.А., Курнышов М.А.</i> ВЛИЯНИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВИЧ И СОХРАНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	15
<i>Гафарова М.Т., Агеева Е.С., Алиева Э.Э.</i> НОВЫЕ РИККЕТСИИ НА ТЕРРИТОРИИ КРЫМСКОГО ПОЛУОСТРОВА.....	16
<i>Гегечкори Д., Мирянова Т.В., Аюкова О.В., Рыбачук С.М.</i> ЗАВОЗНОЙ СЛУЧАЙ БРЮШНОГО ТИФА У БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ	16
<i>Гирфанутдинова Э.Р., Кравченко И.Э.</i> БИОМАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЦК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С	17
<i>Гладин Д.П., Баранов И.А., Потапова Т.А., Метляева А.В., Шилова Е.А., Козлова Н.С.</i> ЭШЕРИХИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА В 2024 Г. И ИХ УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ.....	17
<i>Гончар Н.В., Лебедева Ю.С., Коперсак А.К., Ермоленко К.Д., Григорьев С.Г.</i> ДИСКРИМИНАНТНАЯ МОДЕЛЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С <i>KLEBSIELLA PNEUMONIAE</i> , И СОЧЕТАНИЯ ЕЕ С РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ.....	18
<i>Грибова А.В., Леонова О.Н., Эсауленко Е.В.</i> САРКОМА КАПОШИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	18
<i>Гусев Д.А., Дунаева Н.В., Сафонова А.Е.</i> ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.....	19
<i>Дук Н.А., Лукьяненко Н.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП) В УЧРЕЖДЕНИЯХ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ПУТЁМ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЛОКАЛЬНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА АМР	20
<i>Ёдгорова Н.Т., Урунова Д.М.</i> РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ <i>SHIGELLA SONNEI</i> В ГОРОДЕ ТАШКЕНТ	20
<i>Елистратова Т.А., Тихонова Е.П.</i> SARS-COV-2 – 2025: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	21
<i>Ерашова В.В., Лятос И.А., Семёнов В.М., Зенькова С.К., Дмитраченко Т.И.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ	21
<i>Ермолаева Ю.А., Кочубей В.В., Чухланцев Д.А.</i> ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ О ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ	22

<i>Ермолаева Ю.А., Тарасова П.Н., Мусалимова Д.В., Касаткина Я.А.</i> СПЕКТР ОСЛОЖНЕНИЙ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.....	22
<i>Еропкин М.Ю., Прокопец А.В., Штро А.А., Галочкина А.В., Комиссаров А.Б., Мусаева Т.Д., Ёлшин Н.Д., Петрова П.А., Бояринцева А.Ю., Кузьмичева М.В., Васильева А.Д., Сергеева М.В., Коновалова Н.И., Даниленко Д.М.</i> МОНИТОРИНГ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РОССИЙСКИХ ВИРУСОВ ГРИППА ЧЕЛОВЕКА К ИНГИБИТОРАМ НЕЙРАМИНИДАЗЫ (ОЗЕЛЬТАМИВИР И ЗНАМИВИР, СЕЗОНЫ 2014-2025) И ВИРУСНОЙ ЭНДОНУКЛЕАЗЫ (БАЛОКСАВИР, СЕЗОНЫ 2023-2025).....	23
<i>Ефанова А.А., Канестри В.Г., Покровская А.В., Кулабухова Е.И., Шахгильдян В.И., Голиусова М.Д., Андреев А.В., Ефремова О.С., Попова А.А., Козырина Н.В., Хохлова О.Н.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРОЩЕННОЙ СХЕМЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНОЙ СХЕМОЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, РАНЕЕ НЕ ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ.....	24
<i>Жалолова Р.А., Джалалова Н.А., Шогжалилова М.С.</i> ДИНАМИКА ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ ЗА 2010 – 2025 ГГ. СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ	24
<i>Жамборова С.Х., Макарова М.А., Шиханова А.А.</i> ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К БАКТЕРИОФАГАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ – <i>E. COLI</i> , <i>SHIGELLA spp.</i> , <i>SALMONELLA spp.</i>	25
<i>Жамборова С.Х., Шиханова А.А., Макарова М.А.</i> ГЕНЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ХИМИОПРЕПАРАТАМ У ШТАММОВ <i>SHIGELLA SPP.</i>	25
<i>Жиенеев Е.С., Дмитровский А.М., Оспанбекова Н.К.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИКВОРА И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ МЕНИНГИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ Г. АЛМАТЫ.....	26
<i>Загузов В.С., Сагинбаев У.Р., Башкетова Н.С., Лялина Л.В.</i> ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ COVID-19 В УСЛОВИЯХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ЭТОЙ ИНФЕКЦИИ	26
<i>Зарубина С.П., Поцелуев Н.Ю., Асманова М.А., Федина И.Ю.</i> АНАЛИЗ ДИНАМИЧЕСКИХ РЯДОВ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕПАТИТОМ А СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ.....	27
<i>Зыкова О.А., Касенова А.Б., Абрамова Е.Н., Чернобровкина Т.Я., Лесина О.Н.</i> СИНДРОМ РЕАКТИВНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛИЗИСТО-КОЖНОЙ СЫПИ (RIME-СИНДРОМ) НА ФОНЕ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКА	27
<i>Иванова А.А., Семенов В.М., Дмитраченко Т.И., Егоров С.К.</i> ОСОБЕННОСТИ ЦИРКУЛЯЦИИ ТТV И ДРУГИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ВИРОМА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦНС.....	28
<i>Иванова Г.П., Скрипченко Е.Ю., Скрипченко Н.В., Карасев В.В., Вильниц А.А., Конев А.И., Вишневецкая Е.М., Рычкова С.В.</i> ОСЛОЖНЕНИЯ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ОШИБКИ ИХ ВЕДЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ВРАЧЕБНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ 2022-2025 ГГ.....	29
<i>Иванова М.Э., Киричѐк Е.Ю., Карбышева Н.В., Никонорова М.А., Мазуренко М.А., Тензина П.С.</i> ТЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ В СЕЗОН 2025-2026 ГГ	29
<i>Игнатъев В.Н., Павелкина В.Ф., Чумаков М.Э., Капитанова Д.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИДРОФОБИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ	30

<i>Ильинских Е.Н., Филатова Е.Н., Бондаренко Е.И., Решетова А.В., Воронкова О.В.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	30
<i>Ильюшенко В.В., Дмитраченко Т.И.</i> ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА ТТВ	31
<i>Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Кадырходжаева Х.М., Абдуллаева Ф.Г., Икрамова Н.А., Валиева Н.К., Абдуллаева М.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ-СКАВЕНЖДЕРОВ STABILIN-1 И STABILIN-2 В СИНУСОИДАХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ НВУ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	32
<i>Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М., Сон Т.Р.</i> КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ.....	32
<i>Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Кадырходжаева Х.М., Кабулов Н.Ш.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ASQ, SWE И ДОПЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СТАДИЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В	33
<i>Капустин Д.В., Краснова Е.И., Пономарёв Р.О., Хохлова Н.И., Позднякова Л.А.</i> СТРУКТУРА ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	33
<i>Кизименко А.Н., Матусевич Е.А.</i> РОСТ УСТОЙЧИВОСТИ К <i>PNEUMONIAE</i> К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ В 2024-2025 ГГ.	34
<i>Кодиров Ж. Ф., Туркашев О.С., Матякубова Ф.Э.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА: БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ	34
<i>Коротченко С.И., Скобликова Е.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНОЙ ОХРАНЫ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	35
<i>Кравченко А.В., Ладная Н.Н., Юрин О.Г., Егорова Н.В., Бабихина К.А., Покровский В.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАВШИХ ИНГИБИТОРЫ ИНТЕГРАЗЫ ВИЧ	36
<i>Кравченко А.В., Ладная Н.Н., Юрин О.Г., Егорова Н.В., Бабихина К.А., Покровский В.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАВШИХ НЕНУКЛЕОЗИДНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ ВИЧ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ	36
<i>Круглов Е.Е., Степанов А.В.</i> МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ОТ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ В 2024-2025 ГГ.	37
<i>Кузьмина Н.В., Нюкканов А.Н., Платонов Т.А., Степанов К.М., Протодьяконова Г.П.</i> САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕКАЛЬНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ РЕКИ ЛЕНЫ В ОКРЕСТНОСТЯХ Г. ЯКУТСКА.....	37
<i>Кулжанова Ш.А., Атыгаева С.К., Нурахметова Г.А., Ширшикбаева Г.Е.</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НАЗОФЕРОН® В ВИДЕ СПРЕЯ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 25 ЛЕТ	38

<i>Кулик Н.В., Давлетиярова А.Б., Кинашова А.Ж., Жиенеев Е.С.</i> СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ У ПОДРОСТКА: ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ.....	39
<i>Кулик Н.В., Хохуля С.Н., Мирпулатова Ш.Ф., Жиенеев Е.С.</i> РОЛЬ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЕПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА.....	39
<i>Куттыкужанова Г.Г., Танирбергенова А.Ж., Мухалиев Е.Е.</i> МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ (МИ) У ДЕТЕЙ	40
<i>Кутыш Д. М., Лукьяненко Н.В.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (НА ПРИМЕРЕ 2024-2025 ГГ.)	40
<i>Ладная Н.Н., Егорова Н.В., Бабихина К.А., Покровский В.В.</i> УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПРИВЕРЖЕННЫХ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	41
<i>Любезнова О.Н., Утенкова Е.О., Игонина М.О., Тоцнова С.А.</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭХИНОКОККОЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	42
<i>Лямина Е.Л., Чегодаева И.Ю., Рехова Х.С., Куприянов Ю.Ю., Маркосян Н.С.</i> ТУБЕРКУЛЁЗ: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ И РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ ЗА ПЕРИОД С 2015 ПО 2025 ГГ.	42
<i>Ляшенко И.Э., Михайлова Е.А.</i> ЭКОВАРИАНТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛОНАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ЭШЕРИХИЙ.....	43
<i>Максимова М.Н., Лесина О.Н., Глумская М.В., Лушникова И.В.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ МАТЕРЕЙ В ПЕНЗЕНСКОМ ГОРОДСКОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ.....	43
<i>Малюга О.М., Скударнов Е.В., Дорохов Н.А., Зоричева Н.В., Суворова А.В., Комилов К.Н.</i> АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ РОТО- И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ПАЛЛИАТИВНЫМ СТАТУСОМ	44
<i>Мамчиц Л. П., Тумаш О.А., Остапенко Л.С.</i> ГРИПП И ОРИ: ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	44
<i>Марганлы С.Г., Акиншина Ю.А., Ротанов С.В.</i> ЭКСПРЕСС ВЫЯВЛЕНИЕ <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> В ОБРАЗЦАХ КАЛА ЧЕЛОВЕКА ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ.....	45
<i>Марганлы С.Г., Акиншина Ю.А., Ротанов С.В.</i> ЭКСПРЕСС ОПРЕДЕЛЕНИЕ <i>LAMBLIA INTESTINALIS</i> В ОБРАЗЦАХ КАЛА ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНВАЗИИ И КОНТРОЛЯ ИЗЛЕЧЕННОСТИ	45
<i>Марганлы С.Г., Гашенко Т.Ю., Ротанов С.В.</i> НОВОЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ С ШИРОКИМ СПЕКТРОМ ПРИМЕНЕНИЯ.....	46
<i>Маркосян Н.С., Орлова Д.М.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ	46
<i>Маркосян С.А., Чарышкин С.А., Маркосян Н.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ПЕРИТОНИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К НЕКОТОРЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ВТОРИЧНОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА	47

<i>Мартынова А.В., Фегорова Е.М., Павлова О.С., Скрыль С.В.</i> МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В КАМЧАТСКОМ КРАЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИОННЫХ И КОМПАРТМЕНТНЫХ МОДЕЛЕЙ.....	47
<i>Матрос О.И., Скрипак А.А., Карбышева Н.В., Никонорова М.А., Арсеньева И.В.</i> СТРУКТУРА ЭКЗАНТЕМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.....	48
<i>Мельникова Л.И., Фёдоров И.Г., Седова Г.А., Яворовая А.Д., Левина О.Н., Ильченко Л.Ю., Никитин И.Г.</i> ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ РЕЦИДИВ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У РЕЦИПИЕНТА С HCV-АССОЦИИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	48
<i>Миноранская Н.С., Черных В.И., Алимов А.Д., Петров И.Ю.</i> К АНАЛИЗУ ЛЕТАЛЬНОСТИ КЛЕЩЕВОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА.....	49
<i>Миноранская Н.С., Черных В.И., Андронова Н.В., Масленникова Н.А.</i> РАННИЙ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	50
<i>Мирзажоннова Д.Б., Ибрагимова Ф.А., Атаходжиева Х.А.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БЕРЕМЕННЫХ С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ.....	50
<i>Мирзажоннова Д.Б., Имамова И.А.</i> ЗНАЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ КОРИ У ВЗРОСЛОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ.....	51
<i>Мирзажоннова Д.Б., Махаммаджонов И.А., Акбаров Н.Ш.</i> ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	51
<i>Митряйкина Ю.В., Фегорова И.В.</i> ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МИНСКА.....	52
<i>Михайлова Н.Р., Калинина Т.Н., Фатхутдинова Ю.М., Нуриахметова О.В.</i> ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ КРИПТОКОККОЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ: СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ	52
<i>Москалева Т.Н., Тураева Н.В., Цвиркун О.В., Антипьят Н.А., Абрамова Е.Н.</i> ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА «КОРЬ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	53
<i>Мунина Д.М., Вознесенский С.А., Ермак Т.Н., Кожевникова Г.М.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	54
<i>Мясникова Е.Р., Калинина Т.Н., Михайлова Н.Р., Нуриахметова О.В.</i> СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ	54
<i>Набиева У.П., Отабоева Ш.Ш.</i> ОСОБЕННОСТИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ	55
<i>Назарова А.Н., Павлова Е.Б., Тимченко В.Н., Новикова А.Д., Леоничева О.А., Фегорова А.В., Чернова Т.М., Каплина Т.А., Вишневская Т.В., Катаева И.С., Шарова А.А.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	55
<i>Новак К.Е., Клыс У.Е., Чурова М.Д.</i> ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА И ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДИЛЕММА В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ.....	56

<i>Нуриахметова О.В., Михайлова Н.Р., Калинина Т.Н., Мясникова Е.Р.</i> СЛУЧАЙ ЛИСТЕРИОЗНОГО МЕНИНГИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА.....	56
<i>Оленькова О.М., Ковтун О.П., Сабитов А.У.</i> СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ COVID-19 У ДЕТЕЙ ПО СТАРТОВЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ИММУНОГРАММЫ	57
<i>Павелкина В.Ф., Краско М.О., Авдеева А.А.</i> ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПЕЧЕНИ.....	58
<i>Пасечник О.А., Левахина Л.И., Блох А.И.</i> ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ...58	
<i>Перминова Л.А., Каплунова И.Л., Серкова В.А., Щербинина Е.П., Васильев А.А.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА У ДЕТЕЙ В ТЕКУЩЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ	59
<i>Перминова Л.А., Кашуба Э.А., Данилова В.А., Гагилева Е.А., Каплунова И.Л.</i> ЗАВОЗНЫЕ СЛУЧАИ МАЛЯРИИ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	59
<i>Пермитина М.И., Печенкина Н.В., Зеленкова Е.Е., Лейзерова Т.И., Лазарева К.Е.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЭНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	60
<i>Петров О.И., Игнатъев В.Н., Филатова Т.В., Юрченкова Е.В., Бояркин Н.А.</i> ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ	61
<i>Петрова М.С., Борисова О.Ю., Леонтьева Н.И., Басов А.А., Москалева Т.Н., Антипьят Н.А., Каргальцева Н.М.</i> МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОКЛЮША У ВЗРОСЛЫХ В 2024-2025 ГГ.	61
<i>Платонов Т.А., Захаров Е.С., Степанов К.М., Кузмина Н.В., Нюкканов А.Н., Протодьяконова Г.П.</i> ЗАРАЖЕННОСТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫХ ХОЗЯЕВ ЦЕСТОД РОДА ECHINOCOCCUS НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯКУТИИ	62
<i>Позднякова М.Г., Эсауленко Е.В., Безуглая Т.В., Пшенай-Северин Е.Д.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ В РАЗНЫЕ ФАЗЫ ПАНДЕМИИ COVID19	62
<i>Попова А.А., Нестеров Р.С., Покровская А.В.</i> ДОКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И МАРКЕРЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У МУЖЧИН С РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	63
<i>Потапова Т.А., Пилипенко С.Б., Голубева Ю.В., Григорьева Л.Г., Метляева А.В., Козлова Н.С.</i> ДИНАМИКА УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ЭШЕРИХИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ	63
<i>Прокопенко С.М., Кузин А.А., Стасюк Г.Е.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ	64
<i>Пушкина П.С., Дзотцоева Э.С., Титов В.Д., Тагирова З.Г., Горелов А.В.</i> РАБДОМИОЛИЗ КАК МАСКА ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: СЛОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ У ПОЖИЛЫХ.....	64
<i>Ревенко Н., Хородиштяну-Банух А., Кырстя О., Долапчиу Е., Бужор Д., Грин О., Голубенко Е.</i> РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ В ОТДЕЛЕНИИ СОМАТИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....	65

<i>Роганова И.В., Константинов Д.Ю., Смолина В.В., Пучкова Т.С.</i> ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСШИРЕНИЕ АРЕАЛА ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	65
<i>Роганова И.В., Рябинина Т.В., Константинов Д.Ю., Курдина Ю.С.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОКЛЮШЕМ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2020-2025 ГГ.	66
<i>Ротанов С.В., Акиншина Ю.А., Марганлы С.Г.</i> ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К <i>HELICOBACTER PYLORI</i> В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ	67
<i>Ротанов С.В., Мишуткина Я.В., Мамегова Э.А., Бахилина Н.В.</i> ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСЛОВИЙ СТАНДАРТИЗОВАННОГО ПОЛУЧЕНИЯ КОМПЛЕМЕНТА НА ОСНОВЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРОЛЬЧАТ	67
<i>Сабитов А.У., Хаманова Ю.Б., Солгатов Д.А., Тарасова Е.А.</i> НАРУШЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ	68
<i>Савиных М.В., Савиных Н.А., Утенкова Е.О., Беязцкая М.С., Мазунина А.С.</i> ГЕПАТИТ: ВРЕМЯ РАСШИРЯТЬ ГРАНИЦЫ СКРИНИНГА	68
<i>Савиных Н.А., Савиных М.В., Утенкова Е.О., Касаткина К.П.</i> ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА.....	69
<i>Савостина А.И., Игнатъев В.Н., Анашкина Е.В., Бушара А.А., Капитанова Д.А.</i> САЛЬМОНЕЛЛЕЗЫ В СТРУКТУРЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	69
<i>Сафронова А.Е., Сафьянова Т.В.</i> ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО РЕГИОНА.....	70
<i>Сафьянова Т.В., Сурсякова К.И., Тимофеева А.С.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОКЛЮША НА ТЕРРИТОРИИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ	71
<i>Сахарнов Н.А., Уткин О.В., Дмитриев С.П., Брызгалова Д.А., Гамаюнов С.В., Суслов Н.А., Краснов В.В.</i> ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА ВЭБ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ И ОПУХОЛЕВЫХ ОЧАГАХ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РОТОГЛОТКИ.....	71
<i>Свирин К.А., Половкова О.Г., Федорова Е.С., Железнова А.С., Тупота Н.Л., Карташов М.Ю.</i> ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАМЕН ВИРУСА ГЕПАТИТА С СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ.....	72
<i>Семена А.В., Семена А.А.</i> РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	72
<i>Сидоренко В.А., Мартынова А.В., Гамаев Х.Л., Скрыль С.В.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГРИБОВ РОДА <i>CANDIDA</i> В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИМОРСКОГО КРАЯ: СЕМИЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ И РЕГИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ	73
<i>Силкин А.С., Сафьянова Т.В.</i> НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	73
<i>Синцова С. В., Ахметзянова М.П.</i> АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ.....	74

<i>Соколова М.И., Стрельникова О.И., Черкашина А.С., Соловьева Е.Д., Фролова А.Ю., Блинова Е.В., Карань Л.С., Стуколова О.А.</i> ПРОТОТИП НАБОРА РЕАГЕНТОВ В ФОРМАТЕ ТВЕРДОФАЗНОГО ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К <i>ORTHONANTAVIRUS PUUMALAENSE</i> И <i>ORTHONANTAVIRUS DOBRAVAENSE</i>	74
<i>Соркина К.Д., Шульц К.В., Нагорняк А.С., Жукова О.В.</i> АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕПАТИТОМ А И СОСТОЯНИЕМ ВОДНОЙ СРЕДЫ И ПОЧВЫ НА ПРИМЕРЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ	75
<i>Степанова Ю.Н., Золотухин С.С. Иванова М.О.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНЕРАТИВНОГО ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	75
<i>Степанова Ю.Н., Колодежная А.К., Токсонбаева К.Т., Черняева М.М., Рагковская Д.А.</i> ВЛИЯНИЕ ЭТАПА ОБУЧЕНИЯ НА САМООЦЕНКУ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССОВ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	76
<i>Степанова Ю.Н., Михалева К.С., Баронайтите С.А., Байке Е.Е.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ	76
<i>Стуколова О.А., Соколова М.И., Hoornstra D., Маркелов М.Л., Черкашина А.С., Сугьина А.Е., Novius J.W., Платонов А.Е.</i> ПЛАНАРНЫЙ БЕЛКОВЫЙ БИОЧИП ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К <i>VORRELIA BURGDORFERI S.L.</i> : ВАЛИДАЦИЯ И ПРАВИЛА ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	77
<i>Султанова Г.Ю., Аладова Л.Ю., Раимкулова Д.Ф., Бегматов Б.Х.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ КИШЕЧНОГО ЛЯМБЛИОЗА	78
<i>Сыкыкова А.А., Дунаева Н.В.</i> АНАЛИЗ ЗАВОЗНЫХ СЛУЧАЕВ МАЛЯРИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021-2025 ГГ.	78
<i>Тер-Багдасарян Л.В., Беспалова М.К.</i> ОПИСТОРХОЗ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ДАННЫМ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА Г. ЧЕЛЯБИНСКА	79
<i>Терешков Д.В., Мицура В.М.</i> ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ГЕПАТИТ В ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	79
<i>Тихонова Е.П., Калинина Ю.С., Кузьмина Т.Ю., Анисимова А.А.</i> ГЦК В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ: ДИАГНОСТИКА, СКРИНИНГ	80
<i>Туйчиев Л.Н., Рахматуллаева Ш.Б., Саидова Б.С.</i> АССОЦИАЦИЯ МИКРОБНОГО РАЗНООБРАЗИЯ КИШЕЧНИКА С ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	80
<i>Туйчиев Л.Н., Тагжиева Н.У., Имамова И.А., Рахматуллаева Ш.Б., Рахимова М.Р., Хакимжонова Н.М.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ.....	81
<i>Турекеев К.А., Атыгаева С.К., Азанова А.Ю., Абдулхай А.А.</i> СЛУЧАЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С РАЗВИТИЕМ СЕПСИСА НА ФОНЕ ОТМЕНЫ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ	82
<i>Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В., Баум Т.Г., Петрова Н.А., Луспарян А.А.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА У ДЕТЕЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН 2025-2026 ГГ. В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	82
<i>Тян Н.С., Бабаченко И.В., Чупрова С.Н.</i> ГРИПП А И В У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД 2024-2025 ГГ.: СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ.....	83

<i>Улуханова Л.У., Амирханова Д.Ч., Исламдибирова Н.И., Карнаева Н.С., Гаджимирзаева А.Г., Муспахова Э.М.</i> ЛЕТАЛЬНАЯ ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ, ВЫЗВАННАЯ ШИГЕЛЛЕЗОМ ЗОННЕ	84
<i>Улуханова Л.У., Гусниев А.М., Даниялбекова З.М., Джанмурзаева А.М., Гиравова С.М.</i> ВОЗРАСТНЫЕ И СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН	84
<i>Урунова Д.М., Ярмухамедова Н.А., Раббимова Н.Т., Матякубова Ф.Э.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ	85
<i>Федорова А.В., Тимченко В.Н., Васильев А.Г., Брус Т.В., Завьялова Е.С., Завьялов В.О., Леоничева О.А., Павлова Е.Б., Назарова А.Н., Павлова Н.В., Чернова Т.М., Суховецкая В.Ф., Каплина Т.А.</i> ОСТРЫЙ ВЭБ-МОНОНУКЛЕОЗ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	85
<i>Федорова И.В.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В КОЛЛЕКТИВАХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	86
<i>Филатова Е.Н., Уткин О.В., Дмитриев С.П., Гамаюнов С.В., Зайцева Н.Н.</i> ГЕНОВАРИАНТЫ ВЭБ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	86
<i>Хасанова Г.А., Хасанов С.М.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКЗАНТЕМАТОЗНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С COVID-19 И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	87
<i>Хасанова П.А., Ходжибеков Р.Р., Котив С.И., Вдовина Е.Т.</i> СЛОСС-СИНДРОМ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С СЕРОЗНЫМ МЕНИНГИТОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	88
<i>Ходжибеков Р.Р., Богоявленская А.Д.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕПТОСПИРОЗА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В НЕЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ	88
<i>Хорошилов И.Е., Хорошилова А.И.</i> НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА, ИММУНИТЕТ И ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ	89
<i>Хорошилова И.А., Карбышева Н.В., Никонова М.А., Мастевная А.А., Куушкина И.Н., Бесхлебова О.В.</i> ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ	89
<i>Хохлова З.А., Пивовар О.И.</i> ЗНАЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ	90
<i>Худайкулова Г.К., Рахматуллаева Ш.Б., Муминова М.Т., Абдураимова В.И.</i> РОЛЬ СОЧЕТАННЫХ БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	90
<i>Цейко З.А., Ковалев А.А., Шафорост А.С., Зятыков А.А., Стома И.О.</i> ИЗМЕНЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ, ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ	91
<i>Чернова Т.М., Тимченко В.Н., Грицкова С.П., Баракина Е.В., Суховецкая В.Ф.</i> ОСОБЕННОСТИ ГРИППА ТИПА В У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА	92
<i>Шевченко Е.А., Гапон Э.А., Складная Е.А., Матузкова А.Н., Сулагзе А.Г., Твердохлебова Т.И.</i> ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЖИТЕЛЕЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	92

<i>Шиханова А.А., Мельцер А.А., Артемук С.Д., Смирнова М.В., Жамборова С.Х.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ <i>KLEBSIELLA PNEUMONIAE</i>	93
<i>Шульц К.В.</i> РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПОРАЖЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО РЕГИОНА.....	93
<i>Шульц К.В., Соркина К.Д.</i> К ВОПРОСУ ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОМ УЩЕРБЕ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	94
<i>Эсауленко Е.В., Крутикова Д.С., Скворода В.В.</i> ЭФФЕКТ ОТЛОЖЕННОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА ГЕПАТИТА А В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД.....	94
<i>Яковлев В.А., Боргоякова М.Б., Яковлева Е.В., Рудометова Н.Б., Макарова К.П., Старостина Е.В., Вахитов Д.И., Литвинова В.Р., Кисаков Д.Н., Карпенко Л.И., Ильичев А.А., Рудометов А.П.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ДОЗОЗАВИСИМЫХ СВОЙСТВ КАНДИДАТНОЙ ДНК-ВАКЦИНЫ РВАХ-Н, КОДИРУЮЩЕЙ МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ТРИМЕР ГЕМАГГЛЮТИНИНА ВИРУСА ГРИППА ПОДТИПА А/Н9.....	95
<i>Яковлева Е.В., Яковлев В.А., Старостина Е.В., Боргоякова М.Б., Макарова К.П., Вахитов Д.И., Протопопова Е.В., Святченко В.А., Локтев В.Б., Кисакова Л.А., Кисаков Д.Н., Карпенко Л.И.</i> КОМБИНИРОВАННАЯ ДНК-ВАКЦИНА ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЗАЩИЩАЕТ МЫШЕЙ ОТ ЗАРАЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ДОЗОЙ ВИРУСА.....	95

