

7. Эмирбеков, Э. З. Молекулярные процессы в мозге при естественной гипотермии / Э. З. Эмирбеков, А. А. Эмирбекова, М. Э. Пашаева. – Ростов н/Д. : Изд-во ЮФУ, 2011. – 164 с.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОРВИ

¹Семёнова С.Г., ¹Проколова А.Ю., ²Ланец М.П.

*¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
²УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»*

Актуальность. Сохраняющиеся высокие позиции острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в структуре общей инфекционной заболеваемости обуславливают актуальность данной проблемы. Удельный вес не гриппозных вирусных агентов: респираторно-синцитиальный вирус (hRSV), риновирус (hRV), вирус парагриппа (hPiV1-4), аденовирус (hAdV), метапневмовирус (hMPV), бокавирус (hBoV), коронавирусы (hCoV) позволяет отследить молекулярно-генетический скрининг. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, hRSV во всем мире на пике вирусного сезона насчитывает более 60% острых респираторных инфекций у детей и более 80% у младенцев [3]. hRSV в виде моно- или ко-инфекции (особенно hRSV+hRV) является наиболее частой причиной педиатрического бронхоолита и пневмонии, фактором риска рецидивирующей бронхиальной обструкции и может обуславливать внелегочные проявления [1, 2].

Цель – представить клиничко-лабораторную характеристику тяжелых форм ОРВИ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 13 пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении анестезиологии и реанимации (ОАиР) УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» за период 2014-2017 гг. по поводу тяжелой ОРВИ. Лабораторная верификация вирусных агентов проведена методом ПЦР в режиме реального времени, используя диагностический набор «АмплиСенс» (ФБУ НЦНИИ эпидемиологии, Роспотребнадзор, РФ), детям с клинической картиной коклюша (n = 2) методом ПЦР проводилось исследование мазков на *B. pertussis* с задней стенки глотки. Забор материала проводился в течение 1-х суток с момента госпитализации в стационар.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты. Среди 13 пациентов ОАиР соотношение по полу составило 7:6 с небольшим преобладанием пациентов женского пола. В общей структуре пациентов с ОРВИ преобладали дети – 12 пациентов, взрослые – 1 человек. Среди детей до 1 года было 7 пациентов, из которых до 6 месяцев – 5 пациентов, от 1 года до 4 лет – 5 детей. Пациенты поступали в среднем на 6-й день заболевания ОРВИ.

Сезонность тяжелых случаев ОРВИ характеризовалась преобладанием случаев заболевания с декабря по март с пиком в январе месяце 38,4% случаев за счет респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (РСВИ).

При сравнении частоты выявления моно- и коинфекции ОРВИ, диагностированных методом ПЦР, установлено преобладание моно-инфекции в 69,2% и по 15,4% различной вирусной (hRSV+hAdv, hRSV + hRV) и вирусно-бактериальной ко-инфекций (hRV+DNA B.pertussis, hPiV3 + DNA B.pertussis).

Установлена связь между этиологией, возрастом и топикой поражения дыхательного тракта у пациентов, госпитализированных в ОАиР (таблица 1).

Таблица 1. – Этиологическая структура моно- и микст-форм ОРВИ, возраст и топика поражения органов дыхания у пациентов с тяжелыми формами ОРВИ, госпитализированных в ОАиР

Возраст	Вирусный агент	Топика
1 мес.	hRSV + hAdv	Бронхиолит, ДН1 ст.
2 мес.	hRV + DNA B.pertussis	Острый бронхит, ДН0. Коклюш средней степени тяжести. Атопический дерматит, младенческая форма легкой степени.
2 мес.	hRSV	Бронхиолит ДН 1-2 ст. БЭН 2 ст. МАС: ООО, НК0. Атопический дерматит, младенческая форма легкой степени.
2,5 мес.	hRSV	Обструктивный бронхит, ДН 1 ст. Атопический дерматит, младенческая форма легкой степени.
3 мес.	hPiV3 + DNA B.pertussis	Бронхиолит, ДН1. Коклюш средней степени тяжести. Атопический дерматит, младенческая форма легкой степени.
8 мес.	hRSV + hRV	Внегоспитальная правосторонняя очаговая пневмония, острое течение, осложненная обструктивным синдромом, ДН1.
8 мес.	hRSV	Внегоспитальная правосторонняя очаговая пневмония, острое течение, осложненная обструктивным синдромом, ДН1-2. Метаболический ацидоз. Атопический дерматит младенческая форма легкой степени.
1г. 5мес.	hRSV	Острый бронхит, ДН0. Фебрильные судороги.
2г. 2 мес.	hPiV3	Обструктивный бронхит, ДН 1-2
2г. 8мес.	hRV	Острый ларингит. Стеноз гортани 2 ст. Атопический дерматит младенческая форма легкой степени.
3г. 1мес.	hRSV	Острый бронхит, ДН0. Изотоническая дегидратация. Метаболический ацидоз.
4 года	hRV	Острый бронхит, ДН0. Фебрильные судороги. Атопический дерматит, детская форма легкой степени.
28 лет	hRSV	Острый бронхит, ДН0. Беременность 15-16 недель.

Предварительные результаты исследований на небольшом количестве наблюдений показали, что в спектре вирусных агентов у пациентов ОАиР лидирует hRSV в виде моно- и микст-форм в 58,3% случаев с преобладанием в группе детей до 1 года (71,4%), на втором месте – hRV (23,1%), третье место

занимает вирус парагриппа hPiV3 – 15,4%. РСВИ в виде моноинфекции верифицирована у большинства пациентов.

По топике поражения чаще диагностированы острый бронхит – 5 (38,4%), бронхолит – 3 (23,1%), обструктивный бронхит и пневмония – по 2 (15,4%), ларингит, стеноз гортани 1-2 степени – 1 пациент. Наличие атопии зарегистрировано в 58,3% случаев.

Клинически малопродуктивный кашель присутствовал в 100% случаев, лихорадка – в 69,2% (РСВИ – 66,6%, max до 40°C в 2 случаях), одышка – 46,2% (РСВИ – 66,6%), адинамия – 69,2% (РСВИ – 77,7%), рвота – 46,1% (РСВИ – 83,3%), слизистое отделяемое из носа – 38,5% (РСВИ – 40,0%), наличие хрипов – 76,9% (РСВИ – 66,6%), гепато- (38,5%) и спленомегалия (25%). Сатурация кислорода составила менее 95% в 58,5% случаев. Гемограмма: лейкоцитоз – 53,8% (РСВИ – 57,1%), ускорение СОЭ – 23,0% (РСВИ – 66,6%), повышение активности АлАТ – 30,8% (РСВИ – 75%), АсАТ – 53,8% (РСВИ – 71,4%), концентрации С-реактивного белка – 30,8%, в двух случаях при РСВИ.

Выводы.

В возрастной структуре тяжелых форм ОРВИ преобладают дети. В этиологии ОРВИ у детей, госпитализируемых в ОАиР, преобладала (58,3%) hRSV, преимущественно в группе детей до 1 года (71,4%), а в 57,1% случаев hRSV стал этиологической причиной тяжелого бронхолита и пневмонии в этой же возрастной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Amat, F. RSV–hRV co-infection is a risk factor for recurrent bronchial obstruction and early sensitization 3 years after bronchiolitis / F. Amat [et al.] // J. Med. Virol. – 2018. – Vol. 90, № 5. – P. 867–872.
2. Eisenhut, M. Extrapulmonary manifestations of severe respiratory syncytial virus infection – a systematic review / M. Eisenhut // Crit. Care. – 2006. – Vol. 10, № 4. – P. 107–116.
3. Nair, H. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis / H. Nair, D.G. Nokes, B.D.Gessner [et al.] // Lancet. – 2010. – Vol. 375, № 9725. – P. 1545–1555.

ПУТИ У ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ

Семенцова С.В., Фурс В.В., Сурова Н.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «ГКБСМП г. Гродно»

Актуальность. Во всех странах мира отмечается рост частоты кесарева сечения, который трудно остановить, так как при последующей беременности к показаниям со стороны плода присоединяется показание, обусловленное наличием рубца на матке. Многие акушеры, к сожалению, придерживаются правила: одно кесарево сечение – всегда кесарево сечение.