



www.amursma.ru
ISSN2311-5068

№ 2(35)
2023

научно-практическое издание

АМУРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ журнал



Том 11
№ 2 (35)
2023

АМУРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Научно-практический журнал

Издается с 2013 года

Учредитель и издатель –
ФГБОУ ВО Амурская ГМА
Минздрава России

Журнал зарегистрирован
07.09.2018 г.
Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных
технологий
и массовых коммуникаций,
запись о регистрации
ПИ № ФС 77-73642

Адрес учредителя, издателя
и редакции:
675001, Амурская область,
г. Благовещенск,
ул. Горького, 95,
ФГБОУ ВО Амурская ГМА
Минздрава России

Контакты:
8 (4162) 319-007 (факс)
8 (4162) 319-017,
8 (4162) 319-020
science.prorector@AmurSMA.su;
editorial.dep@ AmurSMA.su

С полной версией журнала
можно ознакомиться
на сайте
www.amursma.ru

Перевод: Е. А. Волосенкова.
Ответственный редактор:
Н. Н. Федотова

Главный редактор

Заболотских Т. В., д-р мед. наук, профессор

Заместитель главного редактора

Саяпина И. Ю., д-р биол. наук, доцент

Ответственный секретарь

Войцеховский В. В., д-р мед. наук, профессор

Редакционная коллегия

Блоцкий А. А., д-р мед. наук, профессор;
Бородин Е. А., д-р мед. наук, профессор;
Борозда И. В., д-р мед. наук, профессор;
Баталова Т. А., д-р биол. наук, доцент;
Володченко Н. П., д-р мед. наук, доцент;
Выдров А. С., д-р мед. наук, доцент;
Гордиенко В. П., д-р мед. наук, профессор;
Григорьев Н. Р., д-р мед. наук, профессор;
Жуковец И. В., д-р мед. наук, доцент;
Лысяк Д. С., д-р мед. наук, доцент;
Меньшикова И. Г., д-р мед. наук, профессор;
Макаров И. Ю., д-р мед. наук, профессор;
Молчанова Е. Е., д-р мед. наук, доцент;
Нарышкина С. В., д-р мед. наук, профессор;
Павленко В. И., д-р мед. наук, доцент;
Романцова Е. Б., д-р мед. наук, профессор;
Симонова Н. В., д-р биол. наук, профессор;
Штилерман А. Л., д-р мед. наук, профессор;
Яновой В. В., д-р мед. наук, профессор.

Редакционный совет

Колосов В. П., научный руководитель ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания», академик РАН, д-р мед. наук, профессор (Благовещенск);

Жмеренецкий К. В., ректор ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, член-корр. РАН, д-р мед. наук, доцент (Хабаровск);

Гуо Хун Вэй, профессор, ректор Хэйлунцзянского медицинского университета традиционной китайской медицины (КНР, Харбин)

Сазонова Е. Н., проректор по научной работе ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет», д-р мед. наук, профессор (Хабаровск);

Перельман Ю. М., заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания», член-корр. РАН, д-р мед. наук, профессор (Благовещенск).

Volume 11
№ 2 (35)
2023

AMUR MEDICAL JOURNAL

Scientific and Practical Journal

Issued since 2013

Founder and Publisher –
Amur State Medical Academy
of the Ministry of Health
of the Russian Federation

Federal Service for Supervision
of Communications,
Information Technology,
and Mass Media
(Roskomnadzor)
Registration record
ПИ № ФС 77-73642
dated September 07, 2018

Founder, publisher
and editorial address:

95, Gorkogo Str.,
Blagoveshchensk,
Amur region, 675001,
FSBI HPБ Amur SMA
MOH Russia

Contacts:

8 (4162) 319-007 (fax)
8 (4162) 319-017,
8 (4162) 319-020
science.prorector@amursma.su;
editorial.dep@amursma.su

Full version of journal
on website
www.amursma.ru

Translation: E.A. Volosenkova.
Executive editor: N.N. Fedotova

Editor-in-Chief

Zabolotskikh T.V., Dr Med. Sci., Professor

Deputy Editor-in-Chief

Sayapina I.Yu., Dr Biol. Sci., Associate Professor

Executive Secretary

Voitsekhovskiy V.V., Dr Med. Sci., Professor

Editorial Team:

Blotsky A.A., Dr Med. Sci., Professor;
Borodin E.A., Dr Med. Sci., Professor;
Borozda I.V., Dr Med. Sci., Professor;
Batalova T.A., Dr Biol. Sci., Associate Professor;
Volodchenko N.P., Dr Med. Sci., Associate Professor;
Vydrov A.S., Dr Med. Sci., Associate Professor;
Gordienko V.P., Dr Med. Sci., Professor;
Grigoriev N.R., Dr Med. Sci., Professor;
Zhukovets I.V., Dr Med. Sci., Associate Professor;
Lysyak D.S., Dr Med. Sci., Associate Professor;
Menshikova I.G., Dr Med. Sci., Professor;
Makarov I.Yu., Dr Med. Sci., Professor;
Molchanova E.E., Dr Med. Sci., Associate Professor;
Naryshkina S.V., Dr Med. Sci., Professor;
Pavlenko V.I., Dr Med. Sci., Associate Professor;
Romantsova E.B., Dr Med. Sci., Professor;
Simonova N.V., Dr Biol. Sci., Professor;
Shtilerman A.L., Dr Med. Sci., Professor;
Yanovoi V.V., Dr Med. Sci., Professor.

Editorial Council:

Kolosov V.P., Scientific Director of the FSBSI «Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration», Academician of RAS, Dr Med Sci., Professor (Blagoveshchensk);

Zhmerenetsky K.V., Rector of the Far Eastern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Corresponding Member of the RAS, Dr Med Sci., Associate Professor (Khabarovsk);

Guo Hong Wei, Professor, Rector of Heilongjiang Medical University of Traditional Chinese Medicine (PRC, Harbin)

Sazonova E.N., Vice-rector for Scientific Work of the Far Eastern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dr Med Sci., Professor (Khanarovsk);

Perelman Yu.M., Deputy Director on Scientific Work of the FSBSI «Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration», Corresponding member of RAS, Dr Med Sci., Professor (Blagoveshchensk).

Signing date 26.12.2023. Publication date 30.12.2023. Edition 50 copies. Order . Free price.

Personal data is published with the consent of the subjects of personal data.

Printing House: 55, Politekhnikeskaya str., Blagoveshchensk, Amur Region, 675005; amurtipograf@yandex.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Обзоры литературы	5
ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА В. В. Скворцов, А. С. Тайкинова, В. Р. Файзиева	5
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	13
Внутренние болезни	13
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ А. А. Синюк, В. В. Войцеховский, И. В. Якименко.....	13
Профилактическая медицина	24
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПО ДАННЫМ ДОБРОВОЛЬНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ Е. Е. Молчанова, С. В. Резникова.....	24
Наблюдения из практики	30
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У УРОЖЕНЦА РЕСПУБЛИКИ КАМЕРУН А. В. Зотова, Т. А. Долгих, А. Ю. Жилин, И. Н. Кузнецова	30
ЛЕКЦИЯ	37
КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В РАБОТЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА С. В. Ходус, А. А. Стукалов, К. В. Пустовит, В. С. Олексик, И. В. Барабаш.....	37
ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ	43
20-ЛЕТНЯЯ ИСТОРИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА АМУРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В. И. Павленко, В. В. Шамраева	43

CONTENTS

LITERATURE REVIEW	5
OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE ARTERIES OF THE LOWER EXTREMITIES IN THE PRACTICE OF A THERAPEUTIST V. V. Skvortsov, A. S. Taikina, V. R. Fayzieva	5
ORIGINAL RESEARCH	13
Internal diseases	13
CLINICAL FEATURES AND PROGNOSIS CRITERIA OF BACTERIAL PNEUMONIA IN PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA A. A. Sinyuk, V. V. Voitsekhovskiy, I. V. Yakimenko.....	13
Preventive medicine	24
FEATURES OF THE COURSE OF A NEW CORONAVIRUS INFECTION IN MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS ACCORDING TO DATA OF A VOLUNTARY QUESTIONNAIRE E. E. Molchanova, S. V. Reznikova.....	24
Practice Observations	30
CLINICAL CASE OF VIRAL HEPATITIS A IN A NATIVE OF THE REPUBLIC OF CAMEROON A. A. Zotova, T. A. Dolgikh, A. Yu. Zhilin, I. N. Kuznetsova	30
LECTURE	37
COMMUNICATION SKILLS IN THE WORK OF AN ANESTHESIOLOGIST AND RESUSCITATOLOGIST S. V. Khodus, A. A. Stukalov, K. V. Pustovit, V. S. Oleksik, I. V. Barabash.....	37
ANNIVERSARIES	43
20-YEAR HISTORY OF THE PEDIATRIC FACULTY OF THE AMUR STATE MEDICAL ACADEMY V. I. Pavlenko, V. V. Shamraeva.....	43

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ LITERATURE REVIEW

Обзорная статья

УДК 617.58:616.13-004.6-053.9

<https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-5>

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Всеволод Владимирович Скворцов, Алина Сергеевна Тайкинова, Влада Руслановна Файзиева

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия,
vskvortsov1@ya.ru, altaikinova@gmail.com, chokovladochka@gmail.com

Аннотация. Одной из актуальных проблем современной медицины является атеросклероз периферических артерий нижних конечностей. Перемежающаяся хромота, как его следствие, заслуживает отдельного внимания, поскольку является не только одним из основных ярких симптомов, но и основной причиной инвалидности, оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациента. Эндотелий сосудов считается активным эндокринным органом, поддерживающим сосудистый гемостаз за счет синтеза и выделения биологически активных соединений. Этот факт нашел применение в диагностике и лечении данной группы заболеваний. В последние годы в консервативном лечении облитерирующего атеросклероза нижних конечностей уделяется отдельное внимание препарату цилостазол, зарегистрированному в России с 2018 года под торговыми названиями адуцил и плетакс.

Ключевые слова: облитерирующий атеросклероз, атеросклероз артерий нижних конечностей, эндотелиальная дисфункция, цилостазол.

Для цитирования: Скворцов В. В., Тайкинова А. С., Файзиева В. Р. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей в практике терапевта // Амурский медицинский журнал. 2023. Том 11. № 2(35). С. 5-12. <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-5>

Review article

OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE ARTERIES OF THE LOWER EXTREMITIES IN THE PRACTICE OF A THERAPEUTIST

Vsevolod V. Skvortsov, Alina S. Taikina, Vlada R. Fayzieva

FSBEI HE VolgSMU MOH Russia, Volgograd, Russia,
vskvortsov1@ya.ru, altaikinova@gmail.com, chokovladochka@gmail.com

Abstract. Currently, diseases of the arteries of the lower extremities are an urgent problem of modern medicine, one of the most common variants of peripheral artery diseases. Of these, obliterating atherosclerosis of the lower extremities and, as a consequence, intermittent lameness deserve special attention. Intermittent claudication is one of the main and striking symptoms of diseases of the arteries of the lower extremities, the main cause of disability, has a significant negative impact on the quality of life of the patient. To date, the vascular endothelium is considered an active endocrine organ that supports vascular hemostasis, due to the synthesis and isolation of biologically active compounds. This fact has found application in the diagnosis and treatment of this group of diseases. In recent years, in the conservative treatment of obliterating atherosclerosis of the lower extremities, special attention has been paid to the drug cilostazol.

Keywords: obliterating atherosclerosis, atherosclerosis of the arteries the lower extremities, endothelial dysfunction, cilostazol.

For citation: Skvortsov VV, Taikina AS, Fayzieva VR. Obliteriruyushchii ateroskleroz arterii nizhnikh konechnostei v praktike terapevta [Obliterating atherosclerosis of the arteries of the lower extremities in the practice of a therapist]. *Amurskii meditsinskii zhurnal. – Amur Medical Journal*, 2023;11;2(35):5–12. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-5>

© Скворцов В. В., Тайкинова А. С., Файзиева В. Р., 2023

Введение

В мире насчитывается до 200 миллионов человек, страдающих атеросклерозом периферических артерий [7]. На долю облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (ОААНК) приходится около 20% от всех сердечно-сосудистых заболеваний [12, 13]. Мужчины болеют чаще женщин (5/3) [4].

Классическим вариантом хронической артериальной недостаточности нижних конечностей можно считать стадию перемежающейся хромоты (ПХ) [6]. ПХ представляет собой стадию субкомпенсации [3], клинически проявляется болью, судорогами при физической нагрузке [6, 8], бледностью стоп, выпадением волос, в тяжелых случаях возникают трофические язвы [7]. Ожидаемая продолжительность жизни пациента с тяжелой хромотой составляет менее 80 % при 5-летнем наблюдении, и еще 20% пациентов страдают несмертельными сердечно-сосудистыми событиями [27].

Цель исследования: изучение современных литературных данных по этиопатогенезу, диагностике, лечению облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей; этиология и патогенез ОААНК.

Материалы и методы: проведен анализ научных публикаций по теме

В основе механизма развития всех стадий ОААНК лежит атеросклеротическое поражение артерий, сопровождаемое стенозом различной степени, приводящее к гипотрофии микроциркуляторного русла нижних конечностей [3]. Атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей представляет собой сложный мультифакториальный процесс, в основе которого лежит хроническое системное воспаление. Доказано, что в процессе атерогенеза ключевое значение играют нарушение обмена и накопление липопротеидов; миграция иммунных клеток; апоптоз и его нарушения; кальцификация; ангиогенез и микрокровоизлияния; ремоделирование экстрацеллюлярного матрикса; разрыв жировой бляшки; тромбообразование [2].

Последние десятилетия основным предиктором ОААНК считается эндотелиальная дисфункция (ЭД) [1]. Под ЭД понимают дисбаланс между факторами вазорелаксации и вазоконстрикции [1, 2, 3]. ЭД при атеросклерозе реализуется за счет нескольких

механизмов: активации экспрессии молекул адгезии, увеличения воспалительных изменений, усиления окисления липопротеинов низкой плотности, а также активации миграции и пролиферации гладкомышечных клеток [2, 3].

Причины развития эндотелиальной дисфункции артерий нижних конечностей:

- курение [2,4,7] (увеличивает риск развития атеросклероза в 3–10 раз);
- сахарный диабет (повышает риск в 2–4 раза);
- гиперхолестеринемия (повышается риск на 5–10%);
- гиперлипидемии;
- гипергомоцистеинемия (увеличивает риск в 2–3 раза);
- повышенное содержание С-реактивного белка в крови;
- артериальная гипертензия (риск возрастает в 2,5–4 раза);
- почечная недостаточность [2,4];
- гиперкоагуляция [4];
- плохое питание;
- употребление алкоголя;
- низкая физическая активность [7].

Одним из важнейших патофизиологических последствий ЭД является индукция окислительного стресса [2,3]. Развитие ЭД при окислительном стрессе возникает за счет быстрой инактивации оксида азота (NO) под действием активных форм кислорода с образованием пероксинитрита и увеличением образования супероксида [2]. При взаимодействии свободных радикалов с NO происходит ингибирование его регулирующего действия на сосуды, кроме того, вследствие данных реакций формируется воспалительный процесс в сосудистой стенке (под воздействием мощного медиатора – ангиотензина II), приводящий к гиперплазии интимы – одного из важных факторов прогрессирования атеросклероза. Также одним из свойств NO является его участие в ангиогенезе путем повышения проницаемости эндотелия и миграции эндотелиоцитов [1].

Фактором снижения биодоступности оксида азота выступает увеличение экспрессии эндотелина-1 [3]. Эндотелин-1 является мощнейшим эндогенным вазоконстриктором и антагонистом NO, синтезу которого способствует физико-химическое или механическое воздействие на эндотелий (гипоксия, гипертензия и пр.). Вазоконстрикция, вызванная эндотелином-1, ведет к гиперплазии интимы, что является предиктором

прогрессирования ОААНК [1].

По данным литературы гомоцистеин частично подвергается окислению, в результате чего образуются гидроксидные и супероксидные радикалы, блокирующие ферментные системы в окислительно-восстановительных реакциях, тем самым поддерживая оксидативный стресс [1]. Гомоцистеин увеличивает активность факторов свертывания крови, снижает скорость разрушения тромба путем ингибирования активации факторов фибринолиза и увеличения концентрации тканевого ингибитора активатора плазминогена. Гомоцистеин конкурирует с антитромбином-III за связывание с гепаринсульфатом, из-за чего повышается активность тромбина и повышается тромбообразование [12].

Одним из маркеров ЭД и атеросклероза сосудов является интерлейкин 6. ИЛ-6 вызывает активацию эндотелиальных клеток, усиление пролиферации лимфоцитов, поддерживает протромбогенное состояние [2].

Клиническая картина ОААНК

Клиническая картина у пациентов с ОААНК зависит от выраженности симптомов и условий их возникновения, поэтому имеет стадийный характер.

Стадия I (функциональная компенсация) – сопровождается зябкостью, судорогами и парестезиями в нижних конечностях, возможно покалывание и жжение в кончиках пальцев, повышенная утомляемость. При ходьбе через 500–1000 м возникает ПХ.

Стадия II (субкомпенсация) – отмечается потеря эластичности кожи стоп и голени, сухость, шелушение, возникает гиперкератоз на подошвенной поверхности стопы. Замедляется рост ногтей и волос. Ногти утолщаются, становятся ломкими, тусклыми, приобретают матовую или бурую окраску. Появляются участки облысения. Начинает развиваться атрофия подкожной жировой клетчатки и мелких мышц стопы. ПХ нарастает, возникает после преодоления расстояния в 200–250 м (IIa стадия) или несколько меньше (IIб стадия).

Стадия III (декомпенсация) – в пораженной конечности возникают боли в покое, кожа истончается и становится легкоранимой, возникают трещины и поверхностные болезненные язвы. Прогрессирует атрофия мышц голени и стопы. При тяжелом болевом синдроме пациенты принимают вынужденное положение – лежа с опущенной

ногой. Дистанция ходьбы возможна на расстоянии 25–50 м.

Стадия IV (деструктивные изменения) – постоянные боли в стопе и пальцах. Язвы образуются чаще на пальцах, их края и дно покрываются грязно-серым налетом, грануляции отсутствуют, вокруг язв воспалительная инфильтрация. Присоединяется отек стопы и голени. Развивающаяся гангрена пальцев и стоп чаще протекает по типу влажной гангрены [19].

Диагностика ОААНК

В 60% случаев диагноз можно точно установить с помощью общеклинических методов исследования (анализ жалоб пациента, сбор анамнеза, осмотр, пальпация, аускультация, проведение функциональных проб). При осмотре необходимо обратить внимание на цвет кожных покровов пораженных конечностей, наличие волосного покрова, состояние ногтей пластинок. Пальпация позволяет определить пульсацию в стандартных точках (бедренные треугольники, подколенные ямки, задне-поверхности медиальных мыщелков большеберцовых костей, тыльных поверхностях стоп), тем самым выявить уровень поражения артерий нижних конечностей. Аускультация также позволяет определить уровень поражения артерий нижних конечностей – над стенозированной артерией будет выслушиваться систолический шум. К функциональным пробам относятся симптом плантарной ишемии Оппеля, проба Гольдфлама и Самюэlsa, проба Гольдфлама, проба Ситенко–Шамовой, коленный феномен Панченко [19].

Неинвазивно ОААНК можно диагностировать с помощью лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Показатели ЛПИ оцениваются путем измерения систолического АД на обеих плечевых артериях, артерии тыла стопы и задней большеберцовой артерии после того, как больной находился в положении лежа в течение 10 минут. Значение ЛПИ менее 0,90 является чувствительным на 57–79% и специфичным на 83–99% для артериального стеноза не менее 50%. ЛПИ может быть использован в качестве скрининга и метода оценки эффективности лечения [7].

К лабораторным методам диагностики ОААНК относятся исследование системы гемостаза (агрегация тромбоцитов, определение АЧТВ, протромбинового времени, тромбинового времени, МНО, фибриногена,

фактора Виллебранда, D-димера, плазминогена, антитромбина-III, протеина C), определение маркеров дисфункции эндотелия (эндотелин-1), определение концентрации гомоцистеина и C-реактивного белка [11].

Установить диагноз ОААНК помогают следующие инструментальные методы диагностики: запись пульсовой волны, дуплексное сканирование, доплерометрия, нагрузочные тесты, при необходимости МРТ, КТ, аортоартериография [7]. Рентгенконтрастная ангиография является золотым стандартом для диагностики патологии артериального русла, а также предлагает возможности для эндоваскулярного вмешательства непосредственно во время процедур [21]. Также для диагностики возможно применение радионуклидного метода – трехфазной сцинтиграфии конечностей с остеотропным радиофармпрепаратом «^{99m}Tcспирфотех» [20].

Ультразвуковая доплерография позволяет определить изменение скорости и давления местного кровотока в конечностях. По показателям доплерографии можно вычислить лодыжечно-плечевой индекс систолического давления, который может быть использован в качестве скрининга, метода оценки эффективности лечения.

С помощью ультразвукового дуплексного сканирования можно получить представление о степени окклюзии или стеноза артерий, локализацию, протяженность патологического процесса, характер изменений гемодинамики, коллатерального кровообращения [19].

Подходы к лечению ОААНК

Сегодня в России для консервативного лечения заболеваний периферических артерий применяется множество препаратов: папаверин, дротаверин, бенциклан, празозин, вазобрал, толперизон, баклофен, гинкго двулопастного листьев экстракт, пентоксифиллин, цилостазол, нафтидроферил, ксантинола никотинат, колестирамин, фибраты, статины, никотиновая кислота, актовегин, солкосерил, мельдоний, даларгин [9]. Однако в последние годы особое внимание уделяют препарату цилостазол [2]. В России цилостазол зарегистрирован с 2018 г. под торговыми названиями адуцил и плетакс [7, 8, 13].

Одним из наиболее перспективных немедикаментозных методов лечения атеросклероза артерий нижних конечностей считается ВЛОК красным цветом (длина волны

635 нм). Применение ВЛОК приводит к повышению антиоксидантной активности и снижению перекисного окисления липидов, что приводит к ускорению заживления трофических язв, более быстрому очищению раневой поверхности [23].

Зачастую применение только медикаментозного метода лечения является недостаточным у пациентов с критической ишемией. Главной целью для сосудистого хирурга является сохранение жизни пациента, конечности и опорной функции конечности при выполнении ампутации [21]. На данный момент в ангиохирургии чаще всего применяются шунтирование и протезирование (с использованием венозного аутографта или синтетических протезов).

Перспективным направлением в современной сосудистой хирургии является эндоваскулярная хирургия, а самыми распространенными операциями – стентирование артерий [16] и баллонная ангиопластика, в том числе с лекарственным покрытием, эндопротезирование, ротационная лазерная направленная атерэктомия, использование режущих баллонов, низкотемпературная ангиопластика, тромболизис (фибринолизис) и иные методики и их сочетания [17].

При многоуровневом поражении артерий нижних конечностей возможно проведение гибридных операций – использование открытых артериальных реконструктивных операций с эндоваскулярными методиками [16]. Гибридные оперативные вмешательства подразделяются на две группы: одномоментные (без временных промежутков, эндоваскулярный этап совмещен с этапом открытой артериальной реконструкции) и этапные (эндоваскулярные вмешательства и открытые артериальные реконструкции выполняются последовательно через различные временные промежутки) [21].

При критической ишемии нижней конечности одним из наиболее перспективных методов комплексной терапии трофических нарушений, а также послеоперационных раневых инфекций является «vacuum-assisted closure therapy» (VAC-терапия), или метод «negative pressure wound therapy» (NPWT). Метод основан на создании отрицательного давления в замкнутом околораневом пространстве. Это способствует активной санации раневого экссудата, инфекционных агентов и интерстициального отека, препятствует формированию биопленок, улучшает

микроциркуляцию и кровенаполнение тканей, вызывает микро- и макродеформацию раневого ложа, активируя процессы репарации. Результаты проведенного анализа показали, что VAC-терапия позволяет улучшить течение раневого процесса на всех его стадиях [22].

Заключение

Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей имеют широкую распространенность. Заболевание имеет стадийность, которая зависит от клинической картины. Диагностика заболевания не

представляет трудностей, поскольку ОААНК имеет характерные как общеклинические, так и лабораторные и инструментальные признаки. Существует ряд препаратов для консервативного лечения ОААНК, среди которых выделяется цилостазол, доказавший свою эффективность в рандомизированных клинических исследованиях. В случаях неэффективности консервативного лечения прибегают к хирургическим методам лечения.

Список источников

1. Калинин Р. Е., Сучков И. А., Чобанян А. А. Перспективы прогнозирования течения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2019. Т.7. № 2. С. 274-282. <https://doi.org/10.23888/HMJ201972274-282>.
2. Калинин Р. Е., Сучков И. А., Поршенева Е. В., Крылов А. А. Перспективы применения цилостазола в комплексном лечении больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2021. Т.9. № 4. С. 619-630. <https://doi.org/10.23888/HMJ202194619-630>.
3. Поршенева Е. В., Никифорова Л. В., Поваров В. О. Эффективность применения цилостазола у пациентов с перемежающейся хромотой // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2022. Т.10. № 2. С. 175-186. <https://doi.org/10.23888/HMJ2022102175-186>.
4. Каторкин С. Е., Кривошеков Е. П., Ельшин Е. Б., Кушнарчук М. Ю. Применение препарата цилостазола в лечении пациентов с облитерирующим атеросклерозом на фоне сахарного диабета // Медицинский совет. 2022. 16(14). С. 24-31. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-14-24-31>.
5. Шумкова Э. Н., Алшериева У. А., Исакаев А. Ж., Бастимиева Б. Е. Гангрена конечностей. Современный взгляд на старую проблему // International scientific review. 2020. С. 100-103;
6. Виноградова Ю. А. Перемежающаяся хромота: от истории к современности // РМЖ. 2019. № 8(II). С. 90-93.
7. Григорьева А. И. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Современное амбулаторное лечение // Московский хирургический журнал. 2022. Спецвыпуск. С. 43-51. <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-43-51>
8. Козлов Д. В., Винокуров И. А. Перспективы использования нового антиагрегантного препарата «Плетакс®» (цилостазол) в лечении заболеваний периферических артерий // Лечение и профилактика. 2019. Т.9. № 1. С. 76-80.
9. Кузнецов М. Р., Решетов И. В., Сапелкин С. В., Яснопольская Н. В. Консервативное лечение пациентов с перемежающейся хромотой. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021. № 5(4). С. 212-217. <https://doi.org/10.32364/2587-6821-2021-5-4-212-217>.
10. Balinski AM, Preuss CV. Cilostazol. 2021 Feb 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 31335083.
11. Корымасов Е. А., Кривошеков Е. П., Казанцев А. В., Прибытков Д. Л., Золотарев П. Н. Изучение маркеров системы гемостаза и дисфункции эндотелия при прогрессирующем течении облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей // Вестник медицинского института «Реавиз». 2020. № 3. С. 138-145.
12. Панасюк О. В., Могилевец Э. В., Наумов А. В. Влияние гипергомоцистеинемии на развитие облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей // Здоровоохранение (Минск). 2020. 2(875). С. 30-35.
13. Карпов Ю. А. Атеросклероз артерий нижних конечностей: вопросы терапевтического ведения // Атмосфера. Новости кардиологии. 2021. № 1. С. 45-53. <https://doi.org/10.24412/2076-4189-2021-12346>.

14. Игнатович И. Н. Окклюзионные заболевания артерий нижних конечностей: диагностика и лечение на основании доказательной медицины // *Здравоохранение (Минск)*. 2019. № 4. С. 35-40.
15. Богачев В. Ю., Болдин Б. В., Родионов С. В., Туркин П. Ю. Консервативное лечение хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей // *Стационарозамещающие технологии: амбулаторная хирургия*. 2018. № 1-2. С. 14-19.
16. Базиян-Кухто Н. К., Иваненко А. А., Кухто А. П., Серебрякова Ю. Р., Скорик П. О., Калачев М. В. Анализ эффективности вариантов комплексного лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей, ассоциированной с атеросклерозом // *Вестник гигиены и эпидемиологии*. 2021. Т.25. № 4. С. 398-401.
17. Апресян А. Ю. Организация хирургического лечения заболеваний артерий нижних конечностей // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022. № 4. С. 361-377. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2022-4-361-377>.
18. Каторкин С. Е., Кривошеков Е. П., Ельшин Е. Б., Кушнарчук М. Ю. Современные возможности и перспективы консервативного лечения пациентов с заболеваниями периферических артерий // *Амбулаторная хирургия*. 2022. Т.19. № 2. С. 50-60. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-2-50-60>.
19. Атеросклероз нижних конечностей. Хроническая артериальная недостаточность : учебно-методическое пособие / Н. Н. Чур, Г. Г. Кондратенко, В. Л. Казущик. Минск : БГМУ, 2017. 31 с. ISBN 978-985-567-865-7.
20. Кудряшова Н. Е., Синякова О. Г., Михайлов И. П., Мигунова Е. В., Лещинская О. В. Радионуклидная семиотика ишемии при острых окклюзионных заболеваниях магистральных артерий нижних конечностей // *Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского*. 2019. Т. 8. № 3. С. 257-265. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-3-257-265>.
21. Нелипович Е. В., Янушко В. А., Климчук И. П. Гибридный метод реваскуляризации в лечении критической ишемии нижних конечностей // *Новости хирургии*. 2020. Т.28. № 1. С. 92-99. <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2020.1.92>.
22. Фисталь Э. Я., Базиян-Кухто Н. К., Фисталь Н. Н., Кухто А. П., Иваненко А. А., Грядущая В. В., Белькова В. А., Серебрякова Ю. Р. Хирургическое лечение больных критической ишемией нижних конечностей с язвенно-некротическими поражениями // *Вестник неотложной и восстановительной хирургии*. 2021. Т.6. № 4. С. 159-169.
23. Гусейнов А. И., Горин С. Г., Васильев О. В., Мамаладзе М. В., Бычков С. В. Комплексное лечение геронтологических пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным трофическими язвами голени и стоп, с применением внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) и наружного применения озоно-кислородной газовой смеси (НПОКГС) // *Московский хирургический журнал*. 2018. № 3(61). С. 98-99.
24. Виноградова Ю. А. Перемежающаяся хромота: от истории к современности // *Российский медицинский журнал*. 2019. Т.27. № 8-2. С. 90-93.
25. Роль цилостазола в лечении заболевания артерий нижних конечностей // *Стационарозамещающие технологии: амбулаторная хирургия*. 2019. № 1-2. С. 13.
26. Хрыщанович В. Я. Диагностика и лечение заболеваний периферических артерий // *Кардиология в Беларуси*. 2020. Т.12. № 3. С. 390-408.

References

1. Kalinin RE, Suchkov IA, Chobanyan AA. Perspektivy prognozirovaniya techeniya obliteriruyushchego ateroskleroza arterii nizhnikh konechnostei [Prospects for forecasting the course of obliterating atherosclerosis of lower limb arteries]. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2019;7;2:274-282. <https://doi.org/10.23888/HMJ201972274-282>
2. Kalinin RE, Suchkov IA, Porsheneva EV, Krylov AA. Perspektivy primeneniya tsilostazola v kompleksnom lechenii bol'nykh obliteriruyushchim aterosklerozom arterii nizhnikh konechnostei [Potentials of electromyography in diagnosis of disorders of dentofacial system]. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2021;9;4:619-630. <https://doi.org/10.23888/HMJ202194619-630>.
3. Porsheneva EV, Nikiforova LV, Povarov VO. Effektivnost' primeneniya tsilostazola u patsientov s peremezhayushcheisya khromotoi [Effectiveness of cilostazol in patients with intermittent claudication]// *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2022;10;2:175-186. <https://doi.org/10.23888/HMJ2022102175-186>.
4. Katorkin SE, Krivoshchekov EP, El'shin EB, Kushnarchuk MYu. Primenenie preparata tsilostazola v lechenii patsientov s obliteriruyushchim aterosklerozom na fone sakharnogo diabeta [The use of cilostazol in the treatment of patients with obliterating atherosclerosis on the background of diabetes mellitus]. *Meditsinskii sovet. – Medical council*, 2022;16(14):24-31. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-14-24-31>.

5. Shumkova EN, Alsherieva UA, Iskakov A.Zh, Bastimieva BE. Gangrena konechnosti. Sovremennyy vzglyad na staruyu problemu [Limb of gangrena. Modern view on an old problem]. LXXI International correspondence scientific and practical conference «international scientific review of the problems and prospects of modern science and education» (Boston. USA. June 22-23, 2020). Boston: Problems of science, 2020. P.100–103.

6. Vinogradova YuA. Peremezhayushchayasya khromota: ot istorii k sovremennosti [Intermittent claudication: from history to modern era]. *RMJ*. 2019;8(II):90–93.

7. Grigor'eva AI. Khronicheskie obliteriruyushchie zabolevaniya arterii nizhnikh konechnosti. Sovremennoe ambulatornoe lechenie [Chronic obliterating diseases of the arteries of the lower extremities. Modern outpatient treatment]. *Moskovskii khirurgicheskii zhurnal*. – *Moscow surgical journal*, 2022;S1:43–51. <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-43-51>.

8. Kozlov DV, Vinokurov IA. Perspektivy ispol'zovaniya novogo antiagregantnogo preparata «Pletaks®» (tsilostazol) v lechenii zabolevaniy perifericheskikh arterii [Application prospects for the new antiplatelet medication «Pletax®» (Cilostazol) in the treatment of peripheral artery disease]. *Lechenie i profilaktika*. – *Treatment and prevention*. 2019. T.9. 1: 76-80

9. Kuznetsov MR, Reshetov IV, Sapelkin SV, Yasnopol'skaya NV. Konservativnoe lechenie patsientov s peremezhayushcheysya khromotoi [Conservative treatment for intermittent claudication]. *RMZh. Meditsinskoe obozrenie*. – *RMJ. Medical Review*. 2021. 5(4): 212–217. <https://doi.org/10.32364/2587-6821-2021-5-4-212-217>.

10. Balinski AM, Preuss CV. Cilostazol. 2021 Feb 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 31335083.

11. Korymasov EA, Krivoshchekov EP, Kazantsev AV, Pribytkov DL, Zolotarev PN. Izuchenie markerov sistemy gemostaza i disfunktsii endoteliya pri progressiruyushchem techenii obliteriruyushchego ateroskleroza arterii nizhnikh konechnosti [Assessment of markers of hemostasis and endothelial dysfunction in patients with progressive obliterating lower limb atherosclerosis]. *Vestnik meditsinskogo instituta «Reaviz»*. – *Bulletin of Medical University Reaviz*. 2020;3:138–145.

12. Panasyuk OV, Mogilevets EV, Naumov AV. Vliyanie gipergomotsisteinemii na razvitie obliteriruyushchego ateroskleroza arterii nizhnikh konechnosti [The influence of hyperhomocysteinemia on the development of obliterating atherosclerosis of the arteries of the lower extremities]. *Zdravookhranenie (Minsk)*. – *Healthcare*. 2020;2(875):30-35.

13. Karpov YuA. Ateroskleroz arterii nizhnikh konechnosti: voprosy terapevticheskogo vedeniya [Atherosclerosis of lower extremity arteries: issues of therapeutic management]. *Atmosfera. Novosti kardiologii*. – *Atmosphere. Cardiology News*. 2021;1:45–53. <https://doi.org/10.24412/2076-4189-2021-12346>

14. Ignatovich IN. Okklyuzionnye zabolevaniya arterii nizhnikh konechnosti: diagnostika i lechenie na osnovanii dokazatel'noi meditsiny [Occlusive diseases of lower limb arteries: diagnosis and treatment grounded on evidence-based medicine]. *Zdravookhranenie (Minsk)*. – *Healthcare*. 2019. 4: 35-40.

15. Bogachev VYu, Boldin BV, Rodionov SV, Turkin PYu. Konservativnoe lechenie khronicheskikh obliteriruyushchikh zabolevaniy arterii nizhnikh konechnosti [Conservative treatment of chronic obliterating diseases of lower limb arteries]. *Statsionarozameshchayushchie tekhnologii: ambulatornaya khirurgiya*. – *Hospital-replacing technologies: Ambulatornaya khirurgiya*. 2018;1-2:14-19.

16. Baziyani-Kukhto N.K., Ivanenko A.A., Kukhto A.P., Serebryakova Yu.R., Skorik P.O., Kalachev M.V. Analiz effektivnosti variantov kompleksnogo lecheniya patsientov s kriticheskoi ishemiei nizhnikh konechnosti, assotsirovannoi s aterosklerozom [Effectiveness analysis of complex treatment options for patients with critical ischemia of the lower limbs associated with atherosclerosis] *Vestnik gigiyeny i epidemiologii*. – *Bulletin of hygiene and epidemiology*. 2021;25;4:398-401

17. Apresyan AYu. *Organizatsiya khirurgicheskogo lecheniya zabolevaniy arterii nizhnikh konechnosti // Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoi statistiki* [Atherosclerosis of the lower extremities. Chronic arterial insufficiency : an educational and methodological guide]. 2022;4:361–377. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2022-4-361-377>.

18. Katorkin S.E., Krivoshchekov E.P., El'shin E.B., Kushnarchuk M.Yu. Sovremennyye vozmozhnosti i perspektivy konservativnogo lecheniya patsientov s zabolevaniyami perifericheskikh arterii [Modern possibilities and prospects of conservative treatment of patients with peripheral arterial diseases]. *Ambulatornaya khirurgiya*. – *Ambulatory Surgery (Russia)*. 2022;19;2:50-60. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-2-50-60>.

19. Chur NN, Kondratenko GG, Kazushchik VL. Ateroskleroz nizhnikh konechnosti. *Khronicheskaya arterial'naya nedostatochnost' : uchebno-metodicheskoe posobie* [Atherosclerosis of the lower extremities.

Chronic arterial insufficiency : an educational and methodological guide]. Minsk : BGMU, 2017. 31 p. ISBN 978-985-567-865-7.

20. Kudryashova N.E., Sinyakova O.G., Mikhailov I.P., Migunova E.V., Leshchinskaya O.V. Radionuklidnaya semiotika ishemii pri ostrykh okklyuzionnykh zabolevaniyakh magistral'nykh arterii nizhnikh konechnostei [Radionuclide patterns of ischemia in acute occlusive diseases of main arteries of lower extremities] Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'. Zhurnal Im. N.V. Sklifosovskogo. – Russian Sklifosovsky Journal of «Emergency Medical Care. 2019;8;3:257-265. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-3-257-265>

21. Nelipovich E.V., Yanushko V.A., Klimchuk I.P. Gibridnyi metod revaskulyarizatsii v lechenii kriticheskoi ishemii nizhnikh konechnostei [Hybrid revascularization method in the treatment of critical lower limb ischemia]. *Novosti khirurgii*. 2020;28;1:92-99. <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2020.1.92>

22. Fistal' E.Ya., Baziyani-Kukhto N.K., Fistal' N.N., Kukhto A.P., Ivanenko A.A., Gryadushchaya V.V., Bel'kova V.A., Serebryakova Yu.R. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh kriticheskoi ishemiei nizhnikh konechnostei s yazvenno-nekroticheskimi porazheniyami [Surgical treatment of patients with critical ischemia lower extremities with ulcerative-necrotic lesions]. *Vestnik neotlozhnoi i vosstanovitel'noi khirurgii*. – Bulletin of urgent and recovery surgery. 2021;6;4:159-169

23. Guseinov A.I., Gorin S.G., Vasil'ev O.V., Mamaladze M.V., Bychkov S.V. Kompleksnoe lechenie gerontologicheskikh patsientov s obliteriruyushchim aterosklerozom sosudov nizhnikh konechnostei, oslozhnennym troficheskimi yazvami golenei i stop, s primeneniem vnutrivennogo lazernogo oblucheniya krovi (VLOK) i naruzhnogo primeneniya ozono-kislorodnoi gazovoi smesi (NPOKGS) [Comprehensive treatment of gerontological patients with obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower extremities, complicated by trophic ulcers of the legs and feet, using intravenous laser blood irradiation (VLOK) and external use of ozone-oxygen gas mixture (NPOKGS)]. *Moskovskii khirurgicheskii zhurnal*. – Moscow surgical journal. 2018;3(61):98-99.

24. Vinogradova Yu.A. Peremezhayushchayasya khromota: ot istorii k sovremennosti [Intermittent claudication: from history to modern era]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*. – Russian Medical Journal. 2019;27;8-2:90-93.

25. Rol' tsilostazola v lechenii zabolevaniya arterii nizhnikh konechnostei [The role of cilostazol in the treatment of arterial disease of the lower extremities] *Statsionarozameshchayushchie tekhnologii: ambulatornaya khirurgiya*. – Hospital-replacing technologies: Ambulatornaya khirurgiya 2019. №1-2: 13

26. Khryshchanovich V.Ya. Diagnostika i lechenie zabolevaniy perifericheskikh arterii [Diagnosis and management of peripheral artery diseases]. *Kardiologiya v Belarusi*. – Cardiology in Belarus. 2020;12;3:390-408.

Координаты для связи:

Скворцов Всеволод Владимирович – д-р мед. наук, профессор кафедры внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 400066, Россия, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1; vskvortsov1@ya.ru

Тайкинова Алина Сергеевна, студент Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 400066, Россия, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1; altaikinova@gmail.com

Файзиева Влада Руслановна, студент Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 400066, Россия, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1; chokovladochka@gmail.com

Статья поступила в редакцию 20.09.2023; принята после рецензирования 01.11.2023; принята к печати 08.11.2023.
The article was submitted 20.09.2023; approved after reviewing 01.11.2023; accepted for publication 08.11.2023.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ORIGINAL RESEARCH

Внутренние болезни

Internal diseases

Научная статья

УДК 616-006.448+616.24.-002

<https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-13>

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Анастасия Андреевна Синюк¹, Валерий Владимирович Войцеховский²,
Ирина Владимировна Якименко³

¹ ФГБНУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания;

² ГАУЗ АО Амурская государственная медицинская академия;

³ ГАУЗ АО Амурская областная клиническая больница,
amur.asua@gmail.com, voitsehovskij@yandex.ru, AOKB@amurzdrav.ru

Аннотация. Целью исследования явилось изучение особенностей течения и критериев прогноза бактериальных пневмоний у больных множественной миеломой. Установлено, что пневмонии занимают второе место в структуре инфекционных осложнений множественно миеломы – 26%. В 46% случаях диагностировали внебольничные пневмонии, нозокомиальные пневмонии – в 54% случаев. Риск присоединения пневмонии при множественной миеломе связан со следующими факторами: почечной недостаточностью, тромбоцитопенией и тяжелым геморрагическим синдромом, статусом 3–4 по шкале ECOG, рецидивом множественной пневмонии. У пациентов с почечной недостаточностью и нейтропенией поздние нозокомиальные пневмонии протекали в малосимптомном или скрытом вариантах. Ранние нозокомиальные и внебольничные пневмонии при множественной миеломе в большинстве случаев имели типичное течение. Возбудителями поздних нозокомиальных пневмоний являлась грамотрицательная флора, внебольничных и ранних нозокомиальных пневмоний – грамположительная. Неблагоприятный прогноз был связан со следующими факторами: статусом 3–4 по шкале ECOG, 3–4 степенью коморбидности по шкале CIRS по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, ассоциацией причинных возбудителей пневмонии, тяжестью состояния более 16 б по шкале APACHE II, скрытым вариантом течения нозокомиальной пневмонии, тяжелым геморрагическим синдромом, рецидивом множественной миеломы, двусторонней локализацией воспалительного процесса.

Ключевые слова: множественная миелома, бактериальные пневмонии, критерии прогноза.

Для цитирования: Синюк А. А., Войцеховский В. В., Якименко И. В. Клинические особенности и критерии прогноза бактериальных пневмоний у больных множественной миеломой // Амурский медицинский журнал. 2023. Том 11. № 2. С. 13–23. <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-13>.

Original article

CLINICAL FEATURES AND PROGNOSIS CRITERIA OF BACTERIAL PNEUMONIA IN PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA

Anastasija A. Sinyuk¹, Valerij V. Voitsekhovskiy², Irina V. Yakimenko³

¹ Far Eastern Scientific Center for Physiology and Pathology of Respiration;

² Amur State Medical Academy; ³ Amur Regional Clinical Hospital;

Blagoveshchensk, Russia, amur.asua@gmail.com, voitsehovskij@yandex.ru, AOKB@amurzdrav.ru

Abstract. The purpose of the study was to study the characteristics of the course and prognosis criteria of bacterial pneumonia in patients with multiple myeloma. It has been established that pneumonia ranks second in the structure of infectious complications of multiple myeloma – 26%. Community-acquired pneumonia was diagnosed in 54% of cases, nosocomial pneumonia – in 46% of cases. The risk of pneumonia in multiple myeloma is associated with the following factors: renal failure, thrombocytopenia and severe hemorrhagic syndrome, ECOG status 3–4, relapse of multiple myeloma. In patients with renal failure and neutropenia, late

© Синюк А. А., Войцеховский В. В., Якименко И. В., 2023

nosocomial pneumonia occurred in low-symptomatic or latent variants. Early nosocomial pneumonia and Community-acquired pneumonia in multiple myeloma in most cases had a typical course. The causative agents of late nosocomial pneumonia in most cases were gram-negative flora, while Community-acquired pneumonia and Early nosocomial pneumonia were gram-positive. An unfavorable prognosis was associated with the following factors: status 3-4 on the ECOG scale, 3-4 degree of comorbidity on the CIRS scale for cardiovascular diseases, association of causative agents of pneumonia, severity of the condition more than 16 points. according to the APACHE II scale, latent variant of the course of NP, severe hemorrhagic syndrome, relapse of MM, bilateral localization of the inflammatory process.

Keywords: multiple myeloma, pneumonia, prognosis criteria.

For citation: Sinyuk A.A.1, Voitsekhovskiy V.V.2, Yakimenko I.V.3 Klinicheskie osobennosti i kriterii prognoza bakterial'nykh pnevmonii u bol'nykh mnozhestvennoi mielomo [Clinical features and prognosis criteria of bacterial pneumonia in patients with multiple myeloma]. Amurskii meditsinskii zhurnal. – Amur Medical Journal. 2023;11;1:13-23. (in Russ.). <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-13>.

Множественная миелома (ММ) – одно из самых распространенных онкогематологических заболеваний в мире [10], Российской Федерации [1] и в Амурской области [3]. Заболеваемость ММ постоянно увеличивается [7, 9]. Кроме синдрома опухолевой прогрессии важной причиной возможного летального исхода больных ММ является вторичный иммунодефицит, проявляющийся присоединением различных интеркуррентных инфекций [1]. Одно из первых мест в структуре инфекционных осложнений гемобластозов традиционно занимают заболевания дыхательной системы, прежде всего – пневмонии [4].

В связи с вышеизложенным была поставлена цель: изучить этиологию и клинические особенности пневмонии у больных ММ для определения факторов риска ее развития и неблагоприятного исхода.

Материалы и методы

Изучены истории болезни 125 пациентов с ММ: 65 женщин, 60 мужчин. Возрастной состав: 20-30 лет – 1 (2%), 31-40 – 5 (4%), 41-50 – 35 (28%), 51-60 – 43 (34%), 60-75 лет – 41 (32%) человек, средний возраст $54 \pm 3,2$ года. Почечная недостаточность (ПН) диагностирована у 38 человек. Из 125 пациентов с ММ пневмонии были зарегистрированы у 32 пациентов (26%) в 37 случаях.

При разделении пациентов с ММ по стадиям заболевания использовали классификацию B.Durie, S.Salmon 1975 г. [12].

Большая заболеваемость пневмониями отмечена у больных ММ с ПН – 22 пациента в 25 случаях: IIIВ – 20 и IIВ – 2 человека. Стадирование хронической болезни почек (ХБП): 3А ст. – 3 чел., 3Б ст. – 6 чел., 4 ст. – 8 человек, 5 ст. – 5 человек. Также пневмонии были зарегистрированы у 10 пациентов ММ в стадии IIIА (без почечной недостаточности), которым проводилась программная химиотерапия – в 12 случаях. У пациентов с I и II А стадией ММ пневмоний не зарегистрировано. Иммунологические варианты миеломы у пациентов с пневмонией: миелома G – 17, А – 7, Бенс-Джонса – 6, несекретирующая – 2.

Средний возраст пациентов с ММ, перенесших пневмонию – $56 \pm 5,2$ года, 30-40 лет – 1, 41-50 лет – 8, 51-60 лет – 12, 60-75 лет – 11 человек. Мужчин – 17, женщин – 15. Статус по шкале ECOG: 1 балл – 1 пациент, 2 балла – 12, 3 балла – 9 и 4 – 10 пациентов.

Коморбидная патология у пациентов с ММ, перенесших пневмонию, представлена в таблице 1. Медиана количества заболеваний у одного пациента – 2, среднее значение общего счета CIRS – $6,2 + 3,2$ балла.

Все пневмонии были разделены на две группы: нозокомиальные (НП, n=20) и внебольничные (ВП, n=17). ВП диагностировали в случае развития заболевания вне стационара, либо в первые 48 ч с момента госпитализации [2]. Как НП расценивали пневмонию, развившуюся через 48 часов и более после госпитализации, если при поступлении пациента в стационар не было инкубационного периода [8]. Пневмонии, развившиеся до 5 суток от момента госпитализации, расценивали как ранние нозокомиальные (РНП); пневмонии, развившиеся, начиная с 5-х суток от поступления в стационар и позже, – поздние нозокомиальные (ПНП) [8]. С учетом клинической картины в дебюте воспалительного процесса выделяли три варианта НП: типичный, скрытый, малосимптомный [5]. Для типичного варианта течения НП характерно классическое начало с появлением четких клинических и рентгенологических признаков пневмонии [5]. При скрытом варианте течения НП картины основного заболевания и/или ослож-

Таблица 1

Коморбидная патология у пациентов с ММ, перенесших пневмонию

Заболевания	Количество больных	Баллы по шкале CIRS			
		1	2	3	4
Болезни сердца	15	5	5	3	2
Сахарный диабет	10	3	4	2	1
ХОБЛ	10	4	3	2	1
Патология ЛОР-органов	15	10	5	-	-
Заболевания желудка и кишечника	5	3	2		
Заболевания мочевыделительной системы	15	8	5	2	-
Артериальная гипертензия	20	7	9	4	-
Туберкулез легких	1	1	-	-	-
Сопутствующая онкопатология	4	2	1	1	-

нений после проведенной химиотерапии нивелируют симптоматику пневмонии в ее дебюте; симптомы пневмонии часто трудно отличить от клинических проявлений гемобластоза и/или агранулоцитоза [5]. Клинической особенностью малосимптомного варианта НП является несоответствие между отсутствием или слабо выраженными физикальными и рентгенологическими проявлениями легочного инфильтрата и тяжелым интоксикационным синдромом и дыхательной недостаточностью (ДН); пневмонии часто дебютируют тяжелыми внелегочными осложнениями [5].

Для оценки тяжести состояния пациента использовали шкалу ECOG (The Eastern Cooperative Oncology Group) [11]. Клиническая оценка коморбидности пациента с гемобластозом проводилась по Кумуляционной шкале коморбидности (Cumulative Illness Rating Scale) – CIRS [14]. Для прогнозирования исхода пневмонии использовали шкалу APACHE II (шкала острых и хронических расстройств, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) [13].

Для определения рисков рассчитывали отношение шансов (ОШ), критерий хи-ква-

драт Пирсона (χ^2), доверительный интервал (ДИ), достоверность (р).

Результаты и их обсуждение

НП были диагностированы у 15 человек в 20 случаях (54%) в период или после проведения химиотерапии. В 10 случаях эти пациенты вынуждены были большую часть времени проводить в постели из-за тяжелого остеодеструктивного процесса в костях грудной клетки и позвоночника. В 13 случаях имела место ХБП 3Б-5 ст. РНП диагностированы в 5 (25% от всех НП), и ПНП в 15 случаях (75%).

ВП были диагностированы у 17 больных ММ в 17 случаях (46%), они развивались в период интервалов между проведением курсов программной химиотерапии (n=8), при проведении поддерживающей терапии (n=5) или паллиативного лечения в амбулаторных условиях (n=4).

Двусторонняя локализация воспалительного процесса отмечена у 10 пациентов в 11 случаях, односторонняя – у 22 больных в 26 случаях. В 4 случаях была диагностирована долевая пневмония (табл. 2).

Таблица 2

Локализация пневмоний у больных ММ

Локализация	Общее количество больных	Процент от общего числа
Левое легкое	12	33
Верхняя доля	1	3
Нижняя доля	11	30
Правое легкое	14	37
Верхняя доля	1	3
Средняя доля	1	3
Нижняя доля	12	31
Двусторонняя	11	30

Возбудители, выделенные из мокроты, бронхиального секрета и бронхо-альвеолярного лавакса у больных ММ при развитии пневмонии: *Streptococcus pneumoniae* (6 случаев, из них 5 – РНП), *Escherichia coli* (n=5), *Klebsiella pneumoniae* (n=5), *Staphylococcus aureus* (n=1), *Enterobacter spp.* (n=2), *Acinetobacter* (n=2), *Pseudomonas aeruginosa* (n=2), *Proteus spp.* (n=1). В моноинфекции возбудители были выделены в 6 (30%), в ассоциации в 9 случаях (45%), установить возбудителя не удалось в 5 случаях (25%). Таким образом, при ММ грамотрицательная флора (70%) преобладала над грамположительной (30%) как возбудитель НП. Грамположительная флора преобладала при РНП, грамотрицательная при ПНП.

При ВП регистрировали *Streptococcus pneumoniae* (n=12), *S. Viridans* (n=1), *Staphylococcus aureus* (n=1), *Escherichia coli* (n=1), *P. Aeruginosa* (n=1), *Enterobacter spp.* (n=1), *Acinetobacter* (n=1). В 6 случаях (35%) – моноинфекция, в 6 – в ассоциации (35%), в 5 случаях (30%) возбудитель не был установлен. Грамположительная флора (76%) преобладала над грамотрицательной (24%).

Диагностика НП при ММ часто была затруднена. Преобладали скрытый и малосимптомный варианты (табл. 3).

У больных с пневмониями, присоединившимися при наличии почечной недостаточности, на первое место выступали клинические проявления уремии и остеодеструктивного синдрома, у этих пациентов был диагностирован скрытый вариант пневмонии. Во всех случаях ПНП на фоне клинических проявлений почечной недостаточности, анемического и костномозгового синдромов (болевого синдрома в костях грудной клетки, сухости кожного покрова и склер, артериальной гипертензии, тахикардии, анорексии, выраженной слабости, тошноты, рвоты, и др.) присоединялась лихорадка. У 3 пациентов гипертермии не было. Только у 37,5% больных ММ с почечной недостаточностью отмечали кашель и выделение мокроты. Из-за лёгочных проявлений уремии (жесткое дыхание, влажные хрипы в нижних отделах лёгких, гидроторакс) не всегда удавалось выслушать характерную для воспалительного процесса в лёгких аускультативную картину. При диагностике пневмонии не следует ориентироваться на такой важный лабораторный показатель, как повышение СОЭ, так как у большинства больных ММ оно обусловлено парапротеинемией. Влажные хрипы, как проявление недостаточности кровообращения

по малому кругу, выслушивали у больных ММ с ХБП 5 стадии и значительной деформацией грудной клетки до развития инфекционного очага. Наличие жидкости в плевральной полости у больных ММ в ШБ стадии также меняло аускультативную картину в легких и затрудняло диагностику воспалительного процесса. Декомпенсация сердечно-сосудистой патологии и нарушение кровообращения по малому кругу (n=5) имели свою характерную аускультативную картину в легких. Поэтому у таких пациентов физикальная картина развившейся пневмонии в большинстве случаев была малоинформативной или неинформативной. При значительной деформации грудины, ребер, грудного отдела позвоночника болевой синдром в грудной клетке больные отмечали до присоединения пневмонии, что также затрудняло своевременную ее диагностику. У пациентов со скрытым течением НП диагностировать воспалительный процесс в легких удалось только после проведения КТ.

Во всех 7 случаях ПНП имел место малосимптомный вариант пневмонии. У всех пациентов была ХБП 3Б-5 ст без органических поражений. В анализах крови диагностирована нейтропения, в 4-х случаях менее $0,5 \times 10^9/\text{л}$. Этот вариант характеризовался отсутствием кашля или непродуктивным кашлем, ослабленным/везикулярным дыханием, субфебрильной температурой тела или лихорадкой более 38°C (при агранулоцитозе) в дебюте пневмонии, выраженными явлениями дыхательной недостаточности и интоксикации, отсутствием или сомнительными данными при объективном обследовании и стандартной рентгенографии. В 5 случаях малосимптомный вариант НП дебютировал инфекционно-токсическим шоком. Диагноз всем пациентам был установлен после проведения КТ. Развитие малосимптомного варианта НП мы связываем с тяжелой нейтропенией, ПН и применением цитостатической и гормональной терапии.

Типичное течение НП имело место у пациентов во II и IIIA стадиях заболевания без выраженной деформации грудной клетки и почечной недостаточности (РНП, n=5; ПНП, n=2). При типичном варианте НП констатировали наличие всех основных симптомов пневмонии: кашель с гнойной мокротой, ослабленное и/или жесткое дыхание, влажные хрипы, повышение температуры более 38°C , ЧДД более 20 в мин. и т.д. Клинические особенности НП у больных ММ приведены в таблице 3.

Таблица 3

Клинические проявления НП при ММ в зависимости от варианта течения (n = 20)

Признак		Типичный, n = 5	Скрытый, n = 8	Малосимптомный n = 7
		абс. кол-во; (% от гр.)	абс. кол-во; (% от гр.)	абс. кол-во; (% от гр.)
Почечная недостаточность:	да	–	8 (100%)	7 (100%)
	нет	5 (100%)	–	–
Наличие кашля:	есть	5 (100%)	3 (37,5%)	4 (57%)
	нет	–	5 (62,5%)	3 (43%)
Наличие и характер мокроты:	отсутствует	–	6 (75%)	5 (71,5%)
	слизистая	–	–	2 (28,5%)
	слизисто-гнойная	–	–	–
	гнойная	5 (100%)	–	–
	кровянистая	–	2 (25%)	–
Изменение дыхания:	везикулярное	–	–	2 (28,5%)
	жесткое	1 (20%)	3 (37,5%)	–
	ослабленное	2 (40%)	2 (25%)	5 (71,5%)
	жесткое/ослаб-е	2 (40%)	3 (37,5%)	–
Наличие и характеристика хрипов:	сухие	–	–	1 (14,5%)
	влажные	4 (80%)	5 (62,5%)	1 (14,5%)
	сухие/влажные	1 (20%)	–	1 (14,5%)
	нет	–	3 (37,5%)	4 (57%)
Повышение температуры:	нет	–	5 (62,5%)	–
	38° и менее	–	–	3 (43%)
	38° и более	5 (100%)	3 (37,5%)	4 (57%)
ЧД:	20 в мин.	2 (40%)	–	–
	более 20 в мин.	3 (60%)	8 (100%)	7 (100%)
Гипотония:	да	1 (20%)	5 (62,5%)	3 (43%)
	нет	4 (80%)	3 (37,5%)	4 (57%)

Лабораторные показатели больных ММ при осложнении пневмонией представлены в таблице 4. Большинство выявленных изменений (повышение креатинина, снижение СКФ, анемия, тромбоцитопения, нейтропения, диспротеинемия) были следствием парапротеинемического гемобластоза и способствовали присоединению НП, тяжелому и затяжному течению.

Тяжелое течение НП отмечено в 17 случаях, средней степени тяжести – в 3. Лечение НП у больных ММ проводили в соответствии с национальными рекомендациями по лечению инфекций при ММ и нейтропении [6].

Наиболее тяжело протекала пневмония у пациентов со скрытым и малосимптомным вариантами НП, которые имели место в большинстве случаев у больных с ограничением движений, с почечной недостаточ-

ностью и нейтропенией. У данной категории больных была отмечена затяжная динамика всех основных симптомов пневмонии. При этом учитывали, что у больных ММ на поздних стадиях опухолевой прогрессии такие клинические проявления, как повышение температуры, тахикардия, ускорение СОЭ, одышка, влажные хрипы, жесткое дыхание могут быть как бронхолегочными, так и кардиальными проявлениями самой ММ и уремии. Боли при дыхании могут быть следствием остеодеструктивного процесса грудной клетки. Лейкоцитоз, нейтрофилез, могут быть проявлением ММ и ее лечения на поздних стадиях опухолевой прогрессии. Чтобы снизить влияние анемии на выраженность одышки, уровень гемоглобина при пневмонии старались повысить более 90-100 г/л. Ускоренное СОЭ при ММ – лабораторное проявление

Таблица 4

Лабораторные показатели больных ММ при присоединении НП (n = 20)

Признак		Варианты течения пневмонии		
		Типичный; n = 5	Скрытый; n = 8	Малосимптомный; n = 7
		абс. число; % от гр.	абс. число; % от гр.	абс. число; % от гр.
Лейкоциты:	более $9 \times 10^9/\text{л}$	3 (60%)	1 (12,5%)	–
	более $4 \times 10^9/\text{л}$	2 (40%)	1 (12,5%)	–
	$3-4 \times 10^9/\text{л}$	–	3 (37,5%)	2 (29%)
	менее $3 \times 10^9/\text{л}$	–	3 (37,5%)	1 (14%)
	менее $1 \times 10^9/\text{л}$	–	–	4 (57%)
Нейтрофилы:	менее 2000 кл/мкл	3 (60%)	–	–
	менее 1500 кл/мкл	2 (40%)	4 (50%)	1 (14%)
	более 1000 кл/мкл	–	1 (12,5%)	1 (14%)
	менее 1000 кл/мкл	–	3 (37,5%)	1 (14%)
	менее 500 кл/мкл	–	–	4 (57%)
Тромбоциты:	более $80 \times 10^9/\text{л}$	5 (100%)	–	2 (29%)
	менее $80 \times 10^9/\text{л}$	–	1 (12,5%)	2 (29%)
	менее $50 \times 10^9/\text{л}$	–	4 (50%)	3 (42%)
	менее $20 \times 10^9/\text{л}$	–	3 (37,5%)	–
Гемоглобин:	более 70 г/л	5 (100%)	–	2 (29%)
	менее 70 г/л	–	4 (50%)	5 (71%)
	менее 50 г/л	–	4 (50%)	–
СКФ мл/мин/1,73м ²	> 90	3 (60%)	–	–
	60 – 89	2 (40%)	–	–
	45 – 59	–	–	1 (14%)
	30 – 44	–	–	3 (42%)
	15 – 29	–	3 (37,5%)	2 (29%)
	< 15	–	5 (62,5%)	1 (14%)
Креатинин:	менее 170 мкм/л	5 (100%)	–	2 (29%)
	более 170 мкм/л	–	3 (37,5%)	5 (71%)
	более 700 мкм/л	–	5 (62,5%)	–
Билирубин:	в норме	5 (100%)	4 (50%)	5 (71%)
	повышен	–	4 (50%)	2 (29%)
Общий белок крови:	в норме	5 (100%)	–	2 (29%)
	снижен	–	4 (50%)	–
	повышен	–	4 (50%)	5 (71%)
Протеинурия:	да	–	8 (100%)	7 (100%)
	нет	5 (100%)	–	–
Трансаминазы:	повышение	–	8 (100%)	4 (58%)
	в норме	5 (100%)	–	3 (42%)

парапротеинемии, поэтому данный симптом при оценке динамики пневмонии не использовали. Динамика других симптомов сопоставлялась с рентгенологической динамикой инфильтрата в легких. Если по мере разрешения воспалительного процесса в легких возвращались к нормальным показателям частота сердечных сокращений и частота дыхания, артериальное давление, уменьшалось количество влажных хрипов, уменьшались боли при дыхании, гипертермию, тахикардию, гипотонию, аускультативную картину в легких, лейкоцитоз, нейтрофилез, лейкоцитопению, болевой синдром расценивали как проявление пневмонии. При сохранении этих симптомов при разрешении пневмонии расценивали их как проявления основного заболевания.

При типичном течении пневмонии отмечалась замедленная динамика следующих ее проявлений: продолжительности хрипов ($p < 0,05$), гипертермии ($p < 0,05$), тахикардии ($p < 0,01$), замедленная рентгенологическая динамика ($p < 0,05$). При скрытом и малосимптомном вариантах диагностирована замедленная динамика всех основных клинических, лабораторных и рентгенологических проявлений НП. Летальный исход констатирован у 8 пациентов с НП в рефрактерном рецидиве с 3–4 баллами по шкале ECOG.

Зарегистрировано 17 случаев внебольничной пневмонии у пациентов с ММ. У 13 имел место типичный вариант воспалительного процесса в легких, у 4 малосимптомный. Пневмонии у них развивались дома в промежутках между курсами программного лечения ($n=8$), при проведении поддерживающей терапии ($n=5$) или паллиативной терапии в амбулаторных условиях ($n=4$). Тяжелое течение ВП отмечено в 7 случаях, средней степени тяжести – в 7, легкое в трех случаях.

Лечение ВП у больных ММ проводили в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению инфекций при ММ и нейтропении [6]. Для оценки динамики клинических проявлений ВП при ММ использовали те же критерии, что и для оценки их динамики при госпитальных пневмониях.

У больных ММ отмечена замедленная динамика следующих симптомов ВП: одышка ($p < 0,05$), кашель ($p < 0,001$), хрипы ($p < 0,05$), длительность гипертермии ($p < 0,05$), тахикардия ($p < 0,05$), замедленная рентгеноло-

гическая динамика ($p < 0,05$). У 4 пациентов на паллиативной терапии констатирован летальный исход. Прогноз ВП во всех остальных случаях был благоприятным, это были пациенты, ответившие на программную химиотерапию.

Легочные осложнения пневмонии при ММ: острая дыхательная недостаточность ($n=20$), экссудативный плеврит ($n=8$), деструкция лёгких ($n=4$), абсцесс лёгкого ($n=1$), отёк лёгких ($n=12$). Внелегочные осложнения пневмонии при ММ: инфекционно-токсический шок – ($n=5$), токсический гепатит ($n=8$), перикардит ($n=2$), сепсис ($n=1$).

Летальный исход констатирован у 14 пациентов с ММ, при присоединении пневмонии. Это были пациенты с 4-й – 5-й стадиями ХБП, выраженным остеодеструктивным процессом и рефрактерностью ко всем этапам программной терапии. Долевая пневмония зарегистрирована в трех случаях, полисегментарная двусторонняя – в семи, односторонняя в двух случаях.

Проведен анализ ряда факторов, предшествовавших развитию пневмонии при ММ. Оценивали связь с возникновением пневмонии следующих показателей: рецидив заболевания, возраст пациента, статус ECOG, коморбидность, наличие ХБП 3Б-5 ст., тяжесть и длительность нейтропении, анемия, тромбоцитопения. Проанализированы истории болезни 125 больных ММ, из них 37 историй болезни 32 больных ММ, перенесших пневмонию. Анализ продемонстрировал связь риска развития пневмонии со следующими факторами: ХБП 3Б-5 ст., статус 3–4 по шкале ECOG, рецидив ММ. Незначимыми оказались анемический, геморрагический синдромы, тяжелая нейтропения, тромбоцитопения и тяжелый геморрагический синдром, возраст, коморбидность (табл. 5).

Проведена оценка связи ряда факторов с летальным исходом у данных пациентов. Оценивали: возраст пациента, статус ECOG, наличие рецидива, коморбидность по шкале CIRS, наличие ХБП 3Б-5 ст., нейтропения после проведенной химиотерапии, тяжелые анемия и тромбоцитопения (анемический, геморрагический синдромы), вариант течения пневмонии, тяжесть состояния по шкале APACHE II, возбудитель пневмонии, ее локализация. Изучены истории болезни 32 больных (37 случаев) ММ, перенесших пневмонию, 25 с благоприятным исходом, 12 умерших пациентов (табл. 6).

Таблица 5

Факторы риска присоединения пневмонии при ММ

Признак		ОШ	ДИ	χ^2	P
1	Статус ECOG 3-4	2,9	1,3-6,7	5,6	=0,018
2	ХБП 3Б-5 ст	10	4,2-20	27	<0,001
3	Возраст старше 60 лет	1	0,4-2,4	0,02	=0,8
4	Снижение Нв <70 г/л	0,7	0,2-2,4	0,02	=0,8
5	Снижение тромбоцитов менее 50×10^9 + тяжелый геморрагический синдром	0,8	0,,2-10	0,03	=0,7
6	Коморбидность 3-4 степени по шкале CIRS по заболеваниям систем:				
	сердечно-сосудистой	2	1-7,8	3,5	=0,06
	дыхательной	1,4	0,5-3,3	0,5	=0,6
	эндокринной	0,2	0,05-0,7	0,13	=0,9
7	Нейтропения менее $0,5 \times 10^9$ /л более 7 дней	0,6	0,1-3,7	0,5	=0,19
8	Рецидив заболевания	2,9	1,2-6,8	5,3	=0,02

Таблица 6

Риск летального исхода у пациентов с ММ при присоединении пневмонии

Признак		ОШ	ДИ	χ^2	P
Статус 3-4 по шкале ECOG		16	1,8-146	7	=0,008
Рецидив		5,7	1,2-26	3,9	=0,047
Возраст старше 60 лет		2,2	0,5-20	0,75	=0,3
ХБП 3Б – 5 ст		2,3	0,6-19	0,9	=0,3
Нозокомиальная пневмония		5	0,8-28,3	2,2	=1,3
Внебольничная пневмония		0,1	0,024-0,7	4,5	=0,03
Нейтропения менее $0,5 \times 10^9$ /л более 10 дней		1,4	0,3-19	0,8	=0,3
Коморбидность 3-4 степени по шкале CIRS по заболеваниям систем:					
сердечно-сосудистой		12,6	0,3-0,47	6,4	=0,012
дыхательной		3	0,3-47	0,2	=0,6
эндокринной		3	0,3-47	0,2	=0,6
Двусторонняя локализация		5,6	1,1-27	4,8	=0,02
Вариант течения пневмонии					
типичный		0,07	0,12-0,18	42	<0,001
скрытый		7,8	1,3-47	4,1	=0,042
малосимптомный		1,0	0,4-3,1	0,07	=0,6
Тяжесть состояния больного более 16 б. по шкале APACHE II		8,2	1,8-29	3,9	=0,03
Гемоглобин <50 г/л		2,5	0,3-20	0,3	=0,5
Снижение тромбоцитов менее 50×10^9 + тяжелый геморрагический синдром		6,6	1,3-33	7,1	= 0,008
Возбудитель					
В ассоциации		9	1,4-46	5,7	=0,017
P. aeruginosa		3,8	0,3-47	1,2	=0,2
K. pneumoniae		6,3	0,5-69	1,2	= 0,3
S. pneumoniae		0,4	0,01-1,8	1,4	=0,2
Escherichia coli		0,8	0,1-5	0,05	=0,8
Возбудитель не установлен		1,17	0,3-5,4	0,039	=0,8

Примечание: В табл.5 и 6. ОШ – оценка шансов, ДИ – доверительный интервал, p- достоверность; 2. жирным выделены факторы риска

Статистический анализ продемонстрировал связь риска летального исхода с такими факторами как статус 3–4 по шкале ECOG, 3-я – 4-я степень коморбидности по шкале CIRS по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, тяжесть состояния более 16 б. по шкале APACHE II, ассоциация причинных возбудителей пневмонии, скрытый вариант течения НП, тяжелый геморрагический синдром, рецидив ММ, двусторонняя локализация воспалительного процесса. Незначимыми оказались такие факторы, как возраст больного, почечная недостаточность, тяжелая анемия, малосимптомный и типичный варианты пневмонии, коморбидность по другим заболеваниям, развитие пневмонии в стационаре или вне стационара, тяжесть и длительность нейтропении, все возбудители пневмонии в моноинфекции (табл. 6).

Таким образом, при ММ можно выделить 3 группы причинных факторов неблагоприятного прогноза пневмонии: первая – обусловленные гемобластом (статус 3–4 по шкале ECOG, скрытый вариант течения НП, тяжелый геморрагический синдром, рецидив заболевания), вторая – характерные для воспалительного процесса (ассоциация причинных возбудителей, тяжесть состояния по шкале APACHE II, двусторонняя локализация воспалительного процесса), 3-я – характерные для самого пациента (высокая степень коморбидности).

Выводы

1. Пневмонии занимают второе место в структуре инфекционных осложнений ММ – 26%. В 54% случаях диагностировали госпитальные пневмонии (из них РНП – 25% и ПНП – 75%), внебольничные пневмонии – в 46% случаев.

Список источников

1. Бессмельцев С. С., Абдулкадыров К. М. Множественная миелома: руководство для врачей. Москва : МК, 2016. 504 с.
2. Внебольничная пневмония у взрослых. Клинические рекомендации. Москва, 2019. 97 с.
3. Войцеховский В. В., Ландышев Ю. С., Григоренко А. А., Есенин В. В., Скрипкина Н. С., Есенина Т. В., Городович С. Н., Стародубцева Н. А., Коломыцын П. Г. Анализ заболеваемости множественной миеломой в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 2004. № 2. С. 34–38.
4. Войцеховский В. В., Заболотских Т.В., Григоренко А.А., Филатова Е.А. Бронхолегочные осложнения хронических лейкозов. Благовещенск : Издательство Дальвост. гос. аграр. ун-та. 2019. 167 с.
5. Домникова Н. П., Сидорова Л. Д., Непомнящих Г. И. Внутрибольничные пневмонии: патоморфогенез, особенности клиники и терапии, критерии прогноза. Москва : РАМН, 2003. – 287 с.
6. Клясова Г. А., Охмат В. А. Антимикробная терапия // Алгоритмы диагностики и протоколы лечения заболеваний системы крови / под ред. В. Г. Савченко. Москва : НМИЦ Гематологии, 2018. Т.2. С. 1067–1114.

2. Пневмонии при ММ чаще развивались у пациентов при наличии хронической болезни почек – 3Б-5 ст. с деформацией грудной клетки вследствие наличия костных деструкций, резистентных к химиотерапии. У больных на ранних стадиях ММ пневмонии не регистрировали.

3. Риск присоединения пневмонии у больных ММ связан со следующими факторами: почечная недостаточность (ОШ=10), статус 3-4 по шкале ECOG (ОШ=2,9), рецидив ММ (ОШ=2,9).

4. У пациентов с почечной недостаточностью и нейтропенией ПНП протекают в малосимптомном (7 пациентов – 35%) или скрытом (8 больных – 40%) вариантах. РНП и ВП при ММ в большинстве случаев имеют типичное течение.

5. Возбудителями ПНП в большинстве случаев является грамотрицательная флора, ВП и РНП – грамположительная.

6. При отсутствии рефрактерного течения ММ и адекватной терапии воспалительного процесса, прогноз как внебольничных, так и нозокомиальных пневмоний в большинстве случаев благоприятный.

7. Неблагоприятный прогноз связан со следующими факторами: статус 3-4 по шкале ECOG (ОШ=16), 3-4 степень коморбидности по шкале CIRS по заболеваниям сердечно-сосудистой (ОШ=12,6), ассоциация причинных возбудителей пневмонии (ОШ=9), тяжесть состояния более 16 б. по шкале APACHE II (ОШ=8,2), скрытый вариант течения НП (ОШ=7,8), тяжелый геморрагический синдром (ОШ=6,6), рецидив ММ (ОШ=5,7), двусторонняя локализация воспалительного процесса (ОШ – 5,6).

7. Ландышев Ю. С., Есенин В. В., Войцеховский В. В., Скрипкина Н. С., Городович Э. В., Городович С. Н., Есенина Т. В., Собко А. Н., Смородин А. В. Клинико-эпидемиологические особенности гемобластозов в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 1997. № 3. С. 31-35.
8. Нозокомиальная пневмония у взрослых: Российские национальные рекомендации / под ред. Б. Р. Гельфанда. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 176 с.
9. Семочкин С. В. Множественная миелома // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. 2020. Т. 13. № 1. С. 1–24.
10. Chou T. Multiple Myeloma: Recent Progress in Diagnosis and Treatment // J. Clin. Exp. Hematopathol. 2012. Vol. 52, № 3. P. 149–159.
11. De Kock I., Mirhosseini M., Lau F., Thai V., Downing M., Quan H., Yang J. Conversion of Karnofsky Performance Status (Kps) and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (Ecog) to Palliative Performance Scale (Pps), and the interchangeability of Pps and Kps in Prognostic Tools. Journal of Palliative Care, 2013. 29 (3). P. 163–169.
12. Durie B. G. M., Salmon S. E. A clinical staging system for multiple myeloma: Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment and survival // Cancer. 1975. Vol. 36, №3. P. 842–854.
13. Knaus W.A. APACHE II: a severity of disease classification system // Crit. Care Med. 1995. Vol. 13. P. 818–929.
14. Miller M. A manual of guidelines for scoring the cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G) / M. Miller, A. Towers. May 1991. URL : http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20121211_CIRSGManual_E.pdf (Дата обращения : 24.09.2023).

References

1. Bessmel'tsev SS, Abdulkadyrov KM. *Mnozhestvennaya mieloma: rukovodstvo dlya vrachei* [Multiple myeloma: hand. for doctors]. Moscow : MK, 2016. 504 p.
2. *Vnebol'nichnaya pnevmoniya u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii* [Community-acquired pneumonia in adults. Clinical recommendations]. Moskva, 2019. 97 p.
3. Voitsekhovskii VV, Landyshev Yu.S, Grigorenko AA, Esenin VV, Skripkina NS, Esenina TV, Gorodovich SN, Starodubtseva NA, Kolomytsyn PG. Analiz zaboлеваemosti mnozhestvennoi mielomoi v Amurskoi oblasti [Analysis of the incidence of multiple myeloma in the Amur region]. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal. – Far Eastern Medical Journal*, 2004;2:34–38.
4. Voitsekhovskii VV, Zabolotskikh TV, Grigorenko AA, Filatova EA. *Bronkholegочnye oslozhneniya khronicheskikh лейкозов* [Bronchopulmonary complications of chronic leukemia]. Blagoveshchensk : Izdatel'stvo Dal'vost. gos. agrar. un-ta. 2019. 167 p.
5. Domnikova NP, Sidorova LD, Nepomnyashchikh GI. *Vnutribol'nichnye pnevmonii: patomorfogenez, osobennosti kliniki i terapii, kriterii prognoza* [Nosocomial pneumonia: pathomorphogenesis, clinical features and therapy, prognosis criteria]. Moskva : RAMN, 2003. 287 p.
6. Klyasova GA, Okhmat VA. *Antimikrobnaya terapiya* [Antimicrobial therapy]. Algoritmy diagnostiki i protokoly lecheniya zabolevanii sistemy krovi. Moskva : NMITs Gematologii, 2018. Vol. 2. P.1067–1114.
7. Landyshev Yu. S., Esenin V. V., Voitsekhovskii V. V., Skripkina N. S., Gorodovich E. V., Gorodovich S. N., Esenina T. V., Sobko A. N., Smorodin A. V. Клинико-эпидемиологические особенности гемобластозов в Амурской области [Clinical and epidemiological features of hemoblastosis in the Amur region]. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal. – Far Eastern Medical Journal*. 1997. No 3. P. 31–35.
8. *Nozokomial'naya pnevmoniya u vzroslykh: Rossiiskie natsional'nye rekomendatsii* [Nosocomial pneumonia in adults: Russian national recommendations]. Moskva : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. 176 p.
9. Semochkin S. V. Mnozhestvennaya mieloma [Clinical oncohematology. Basic research and clinical practice]. *Klinicheskaya onkogematologiya. Fundamental'nye issledovaniya i klinicheskaya praktika. – Clinical Oncohematology. Basic Research and Clinical Practice*. 2020;13;1:1–24.
10. Chou T. Multiple Myeloma: Recent Progress in Diagnosis and Treatment [Multiple Myeloma: Recent Progress in Diagnosis and Treatment]. J. Clin. Exp. Hematopathol. 2012;52;3:P. 149–159.
11. De Kock I, Mirhosseini M, Lau F, Thai V, Downing M, Quan H, Yang J. Conversion of Karnofsky Performance Status (Kps) and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (Ecog) to Palliative Performance Scale (Pps), and the interchangeability of Pps and Kps in Prognostic Tools. Journal of Palliative Care, 2013. 29 (3). P. 163–169.

12. Durie BGM., Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma: Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment and survival. *Cancer*. 1975. Vol. 36, №3. P. 842–854.

13. Knaus WA. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit. Care Med*. 1995. Vol. 13. P. 818–929.

14. Miller MA manual of guidelines for scoring the cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G) / M. Miller, A. Towers. May 1991. URL : http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20121211_CIRSGManual_E.pdf (Accessed: : 24.09.2023).

Координаты для связи:

Синюк Анастасия Андреевна – канд. мед. наук, заведующая лабораторией клиники, младший научный сотрудник лаборатории молекулярных и трансляционных исследований, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»; e-mail: amur.asua@gmail.com

Валерий Владимирович Войцеховский – д-р мед. наук, профессор, зав.кафедрой госпитальной терапии с курсом фармакологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: voitsehovskij@yandex.ru

Якименко Ирина Владимировна – врач ультразвуковой диагностики Государственного автономного учреждения здравоохранения Амурской области Амурская областная клиническая больница; e-mail: AOKB@amurzdrav.ru

*Статья поступила в редакцию 15.11.2023; принята после рецензирования 20.11.2023; принята к печати 24.11.2023.
The article was submitted 15.11.2023; approved after reviewing 20.11.2023; accepted for publication 24.11.2023.*

Профилактическая медицина

Preventive medicine

Научная статья

УДК 614.446.1

<https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-24>

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПО ДАННЫМ ДОБРОВОЛЬНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ

Елена Евгеньевна Молчанова, Светлана Валерьевна Резникова

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
Благовещенск, Россия, helendok@mail.ru, sovet12@list.ru

Аннотация. Пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19 захватила практически все возрастные группы населения, среди которых студенты-медики являлись наиболее активной и социализированной группой. Целью исследования явилось изучение характера течения и особенностей клинических проявлений НКИ COVID-19, постковидного синдрома у студентов-медиков в зависимости от уровня здоровья. В исследовании, проведенном путем добровольного и анонимного анкетирования, приняли участие 204 студента в возрасте от 20 до 26 лет (средний возраст $22,1 \pm 2,1$ года), 160 девушек (78,4 %) и 44 юноши (21,6 %). Анализ данных анкетирования проводился как среди общего количества опрошенных студентов, так и по отдельности в двух группах: среди относительно здоровых (134 человека, 65,7 %) и имеющих хронические заболевания (70 человек, 34,3 %). В группе студентов, страдающих хроническими заболеваниями, процент заболевших был выше (55,7 % против 29,9 % среди практически здоровых). Клинические проявления НКИ достоверно не различались в зависимости от уровня здоровья опрошенных, кроме более высокой частоты бессимптомного течения в группе студентов, имеющих хронические заболевания. Большинство студентов (59 человек, 74,7 %) отметили проявления постковидного синдрома в виде снижения памяти (59,3 %), нарушения ночного сна (49,2 %) и повышенной сонливости в дневное время (76,3 %), выпадения волос (50,8 %), головной боли (42,4%) и головокружения (50,8 %), боли в мышцах (35,6 %), чувства «похолодания» (35,6 %) и онемения (11,9 %) рук/ног, потери обоняния более 5 дней (28,8 %), повышенной потливости (27,1 %), повышения артериального давления (22,0 %), эпизодов дезориентации (13,6 %) и извращения вкуса (3,4 %). У студентов, имеющих более низкий уровень здоровья, встречались чаще как проявления постковидного синдрома (79,5 % в сравнении с 70 % в группе практически здоровых), так поствакцинальные осложнения (34,8 % и 24,2 % соответственно).

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция (НКИ), COVID-19, студенты-медики, постковидный синдром, анкетирование.

Для цитирования: Молчанова Е. Е., Резникова С. В. Особенности течения новой коронавирусной инфекции у студентов медицинского вуза по данным добровольного анкетирования // Амурский медицинский журнал. 2023. Том 11. № 2(35). С. 24–29. <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-24>.

Original article

FEATURES OF THE COURSE OF A NEW CORONAVIRUS INFECTION IN MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS ACCORDING TO DATA OF A VOLUNTARY QUESTIONNAIRE

Elena E. Molchanova, Svetlana V. Reznikova

Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Blagoveshchensk, Russia; helendok@mail.ru, sovet12@list.ru

Abstract. The pandemic of the new coronavirus infection (NCI) COVID-19 has captured almost all age groups of the population, among which medical students were the most active and socialized group.

© Молчанова Е. Е., Резникова С. В., 2023

The purpose of the research was to study the nature of the course and features of clinical manifestations of NCI COVID-19, post-Covid syndrome in medical students depending on the level of health. The study, conducted through a voluntary and anonymous survey, involved 204 students aged 20 to 26 years (average age 22.1 ± 2.1 years), 160 girls (78.4 %) and 44 boys (21.6 %). The analysis of the survey data was carried out both among the total number of surveyed students and separately in two groups: among relatively healthy individuals (134 people, 65.7%) and respondents with chronic diseases (70 people, 34.3%). In the group of students suffering from chronic diseases, the percentage of those who became ill was higher (55.7% versus 29.9% among practically healthy ones). Clinical manifestations of NCI did not differ significantly depending on the level of health of the respondents, except for a higher frequency of asymptomatic course in the group of students with chronic diseases. The majority of students (59 people, 74.7%) noted manifestations of post-Covid syndrome in the form of memory loss (59.3%), night sleep disturbances (49.2%) and increased daytime sleepiness (76.3%), hair loss (50.8%), headache (42.4%) and dizziness (50.8%), muscle pain (35.6%), feeling of "coldness" (35.6%) and numbness (11.9%) of the arms/legs, loss of smell for more than 5 days (28.8%), increased sweating (27.1%), increased blood pressure (22.0%), episodes of disorientation (13, 6%) and perversion of taste (3.4%). Among students with a lower level of health, both manifestations of post-Covid syndrome (79.5% compared to 70% in the practically healthy group) and post-vaccination complications (34.8% and 24.2%, respectively) were more common.

Keywords: new coronavirus infection (NCI), COVID-19, medical students, post-Covid syndrome, questionnaire.

For citation: Molchanova EE, Reznikova SV. Osobennosti techeniya novoi koronavirusnoi infektsii u studentov meditsinskogo vuza po dannym dobrovol'nogo anketirovaniya [Features of the course of a new coronavirus infection in medical university students according to data of a voluntary questionnaire]. *Amurskii meditsinskii zhurnal*. – *Amur Medical Journal*. 2023;11;2:24-29. (in Russ.). <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-24>.

Введение

Течение новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19, пандемия которой захватила практически все возрастные группы населения, зависит от множества факторов, среди которых возраст заболевших, наличие сопутствующих хронических заболеваний, в частности ожирения, артериальной гипертензии, сахарного диабета, причем как по отдельности [9], так и в сочетании [6], беременности, а также психо-эмоциональных (тревожных) расстройств [9]. Повышению уровня тревожности, раздражительности способствовали как режим самоизоляции, так и карантинные меры [1]. Наиболее легкое течение отмечено среди молодых людей, хотя и у них оно не отличалось однородностью проявлений [5]. Причем многие пациенты, независимо от степени тяжести НКИ, не выздоравливали полностью и имели широкий спектр хронических симптомов в течение недель или месяцев после заражения, среди которых наиболее распространенными были утомляемость, одышка, тревога, депрессия, нарушение внимания, концентрации, памяти и сна, что дало основание для выделения особой нозологической формы постковидного синдрома [7]. Студенты-медики, являясь наиболее активной и социализированной группой населения [4], находились в особой группе риска по заболеваемости НКИ, поскольку

большинство работало в качестве среднего медперсонала, в том числе и с ковидными пациентами, участвовали в волонтерском движении, находились в тесном контакте во время практических занятий.

Таким образом, изучение особенностей клинических проявлений как острой стадии заболевания, так и отдаленных последствий НКИ, ввиду их неоднородности и продолжительного сохранения остаточных симптомов, представляет большой интерес для клиницистов.

Целью данного исследования было изучить характер течения и особенности клинических проявлений НКИ COVID-19, постковидного синдрома у студентов-медиков в зависимости от уровня их здоровья.

Материалы и методы

В исследовании, проведенном путем добровольного и анонимного анкетирования, приняли участие 204 студента Амурской ГМА в возрасте от 20 до 26 лет (средний возраст составил $22,1 \pm 2,1$ года). Преобладали респонденты женского пола – 160 девушек (78,4 %) и 44 юноши (21,6 %). Использовалась анкета-опросник, включающая вопросы о наличии хронических заболеваний, об особенностях клинического проявления НКИ, постковидного синдрома, о наличии и частоте осложнений после вакцинации. Анализ данных анкетирования проводился как

среди общего количества опрошенных студентов, так и по отдельности в двух группах: среди относительно здоровых (134 человека, 65,7 %) и имеющих хронические заболевания (70 человек, 34,3 %). Основную группу по физической культуре посещают 173 человека (84,8 %), группу ЛФК – 31 студент (15,2 %). 42 (20,6 %) опрошенных занимаются в спортивных секциях (преимущественно волейболом и посещают тренажерный зал, в меньшем количестве – бокс, спортивное ориентирование, настольный и большой теннис и др.). Статистическая обработка данных осуществлялась методами математической статистики с применением t-критерия Стьюдента для относительных величин в программных пакетах Microsoft Office 2013 (Excel) и StatSoft STATISTICA 10.0.1011.0 Russian Portable.

Результаты и обсуждение

Всего из числа студентов НКИ перенесли 79 человек (38,7 %). Из их числа 60 посещали физкультуру в основной группе (34,7 %). Среди студентов, посещавших занятия ЛФК, заболели 19 человек (61,3 %), что говорит о более высоком риске заболевания при низком уровне здоровья.

Большинство студентов перенесли заболевание в легкой форме. Лишь у 10 студентов была диагностирована пневмония (12,7 %), 9 из них были госпитализированы, причем двое в тяжелой форме (находились на ИВЛ). Среди симптомов НКИ, отмечавшихся у студентов-медиков, преобладали лихорадка (79,7 %), мышечная слабость (60,8 %), кашель (55,7 %), нарушения обоняния

(51,9 %), боли в суставах (45,6 %), затруднения дыхания (20,3 %), ринит (13,9 %), значительно реже студенты отмечали сонливость (6,3 %), общую слабость (3,8 %) и головную боль (3,8 %). У 7,6 % (6 человек) опрошенных инфекция протекала бессимптомно. Полученные нами данные вполне согласуются и с результатами других исследователей, отметивших в пятерке наиболее распространенных клинических проявлений НКИ слабость, расстройства вкуса и обоняния, насморк, сухой кашель и повышение температуры [2,4,8,10].

В группе практически здоровых студентов (134 человека) заболели 40 человек (29,9 %). У 70 студентов-медиков, отметивших в процессе анкетирования наличие хронических заболеваний, преобладала патология со стороны желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит – 8 человек, хронический холецистит – 3, желчнокаменная болезнь – 5), органов дыхания (тонзиллит – 10, бронхиальная астма – 3) и в меньшей степени других систем (эндокринной – 6 и мочевыводящей – 7), заболевания кожи (атопический дерматит – 2 человека) и опорно-двигательного аппарата (сколиоз – 2 человека). В этой группе заболели 39 человек (55,7 %), у 4 (10,3 %) была диагностирована пневмония и 6 (15,4 %) были госпитализированы. При сравнении клинических проявлений НКИ в двух группах достоверных различий получено не было, за исключением более высокой частоты бессимптомного течения в группе студентов, имеющих хронические заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Основные симптомы COVID-19 у студентов-медиков

Симптомы	Практически здоровые n = 40		Имеющие хронические заболевания n = 39		p
	n	%	n	%	
Лихорадка	34	85	29	74,4	> 0,05
Мышечная слабость	23	57,5	25	64,1	> 0,05
Кашель	21	52,5	23	59,0	> 0,05
Нарушения обоняния	20	50,0	21	53,8	> 0,05
Боли в суставах	18	45,0	18	46,2	> 0,05
Затруднения дыхания	10	25,0	6	15,4	> 0,05
Сонливость	3	7,5	2	5,1	> 0,05
Общая слабость	2	5,0	1	2,6	> 0,05
Ринит	5	12,5	6	15,4	> 0,05
Головная боль	2	5,0	1	2,6	> 0,05
Пневмония	6	15,0	4	10,3	> 0,05
Бессимптомное течение	1	2,5	5	12,8	< 0,05

После перенесённого заболевания, несмотря на то что протекало оно преимущественно в легкой форме, большинство студентов (59 человек, 74,7 %) отметили проявления постковидного синдрома в виде симптомов, которые их ранее не беспокоили, что значительно превышает результаты, полученные в похожем исследовании на примере студентов Астраханского государственного медицинского университета (36,9 %) [3]. При этом преобладали снижение памяти (59,3 %), нарушения ночного сна (49,2 %) и повышенная сонливость в дневное время (76,3 %), выпадение волос (50,8 %), головная боль (42,4%) и головокружение (50,8 %), боли в мышцах (35,6 %), чувство «похолодания» (35,6 %) и онемения (11,9 %) рук/

ног, потеря обоняния более 5 дней (28,8 %), повышенная потливость (27,1 %), повышение артериального давления (22,0 %), эпизоды дезориентации (13,6 %) и извращение вкуса (3,4 %) от общего числа студентов с проявлениями постковидного синдрома.

В группе студентов, имеющих хронические заболевания, проявления постковидного синдрома отмечены с большей частотой – у 31 человека (79,5 %), тогда как в группе практически здоровых – у 28 человек (70 %). Большинство симптомов, описанных студентами, также чаще встречались в группе имеющих хронические заболевания, по ряду из них достигнув достоверно значимых различий (табл. 2).

Таблица 2

Основные симптомы постковидного синдрома у студентов-медиков

Симптомы	Практически здоровые n = 28		Имеющие хронические заболевания n = 31		p
	n	%	n	%	
Снижение памяти	16	57,1	19	61,3	> 0,05
Нарушения ночного сна	11	39,3	18	58,1	< 0,05
Дневная сонливость	19	67,9	26	83,9	< 0,05
Нарушения обоняния более 5 дней	9	32,1	8	25,8	> 0,05
Выпадение волос	11	39,3	19	61,3	< 0,05
Головная боль	11	39,3	14	45,2	> 0,05
Головокружение	12	42,9	18	58,1	< 0,05
Боли в мышцах	10	35,7	11	35,5	> 0,05
Чувство «похолодания» рук/ног	12	42,9	9	29,0	> 0,05
Чувство онемения рук/ног	2	7,1	5	16,1	< 0,05
Повышенная потливость	7	25,0	9	29,0	> 0,05
Повышение артериального давления	7	25,0	6	19,4	> 0,05
Эпизоды дезориентации	3	10,7	5	16,1	> 0,05
Извращение вкуса	1	3,6	1	3,2	> 0,05

Большинство студентов прошли вакцинацию (190 студентов, 93,1 %), из них переболели НКИ 70 человек (36,8 %). У невакцинированных студентов (14 человек, 6,9 %) отмечался более высокий процент заболевших – 64,3 %. На вопрос об имеющихся осложнениях после вакцинации 53 человека (27,9 %) отметили аллергические реакции и другие осложнения в виде лихорадки, слабости и боли в мышцах. При этом в группе практически здоровых студентов из 124 привитых осложнения отметили 30 человек (24,2 %), а в группе, имеющих хронические заболевания из 66, прошедших вакцинацию, на осложнения указали 23 студента (34,8 %).

Заключение

Таким образом, при сравнении особенностей течения новой коронавирусной ин-

фекции отмечено, что в группе студентов, страдающих хроническими заболеваниями, процент заболевших был выше (55,7 % против 29,9 % среди практически здоровых), также как и частота заболевших оказалась значительно выше среди студентов, посещавших занятия ЛФК (61,3 %) по сравнению с занимающими физкультурой в основной группе (34,7 %). Клинические проявления НКИ по данным анкетирования не показали достоверные различия в зависимости от уровня здоровья опрошенных, кроме более высокой частоты бессимптомного течения в группе студентов, имеющих хронические заболевания. Различные симптомы постковидного синдрома и поствакцинальные осложнения также проявлялись чаще у студентов, имеющих более низкий уровень здоровья.

Список источников

1. Акаев Д. И., Матюхина М. И. Особенности изменения психического здоровья студентов в период пандемии COVID-19 // Молодой ученый. 2021. № 5 (347). С. 116–118. URL: <https://moluch.ru/archive/347/78035/>
2. Кузнецова Н. А., Лаптева Е. В. Отношение студентов к распространению коронавирусной инфекции // Молодой ученый. 2022. № 25 (420). С. 216–218. URL: <https://moluch.ru/archive/420/93517/>
3. Сагитова Г. Р., Антонова А. А., Серeda В. М. Распространенность и течение коронавирусной инфекции среди студентов медицинского вуза (данные опроса) // Главный врач юга России. 2022. № 4 (85). С. 29–31.
4. Сергеева В. А., Липатова Т. Е., Сычева Л. А., Панина А. А. Особенности течения инфекции COVID-19 у молодых людей на примере студентов медицинского университета // Лечащий Врач. 2022. № 11 (25). С.16–20. <https://doi.org/10.51793/OS.2022.25.11.003>
5. Abbasi J. Younger Adults Caught in COVID-19 Crosshairs as Demographics Shift // JAMA. 2020. Vol. 324 (21). P. 2141-2143. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21913>.
6. Bhasin A., Nam H., Yeh C., Lee J., Liebovitz D., Achenbach C. Is BMI Higher in Younger Patients with COVID-19? Association Between BMI and COVID-19 Hospitalization by Age // Obesity. 2020. Vol. 28. P. 1811-1814. <https://doi.org/10.1002/oby.22947>.
7. Carod-Artal F. J. Post-COVID-19 syndrome: epidemiology, diagnostic, criteria and the pathogenic mechanisms involved // Rev Neurol. 2021. Vol. 72. P. 384-96. <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>.
8. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z., Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China // Lancet. 2020. Vol. 395(10223). P. 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
9. Kompaniyets L., Pennington A.F., Goodman A.B., Rosenblum H.G., Belay B., Ko J.Y., Chevinsky J.R., Schieber L.Z., Summers A.D., Lavery A.M., Preston L.E., Danielson M.L., Cui Z, Namulanda G, Yusuf H, Mac Kenzie W.R, Wong K.K, Baggs J, Boehmer T.K, Gundlapalli A.V. Underlying Medical Conditions and Severe Illness Among 540,667 Adults Hospitalized With COVID-19, March 2020–March 2021 // Prev Chronic Dis. 2021. Vol. 18 <https://doi.org/10.5888/pcd18.210123>. PMID: 34197283; PMCID: PMC8269743..
10. Yan C.H, Faraji F., Prajapati D.P, Boone C.E, DeConde A.S. Association of chemosensory dysfunction and Covid-19 in patients presenting with influenza-like symptoms. Int Forum Allergy Rhinol. 2020. Vol. 10(7)/ P. 806-813. <https://doi.org/10.1002/alr.22579>. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32279441; PMCID: PMC7262089.

References

1. Akaev DI, Matyukhina MI. Osobennosti izmeneniya psikhicheskogo zdorov'ya studentov v period pandemii COVID-19 [Features of changes in the mental health of students during the COVID-19 pandemic]. *Molodoi uchenyi*. 2021;5(347);116–118. URL: <https://moluch.ru/archive/347/78035/>
2. Kuznetsova NA, Lapteva EV. Otnoshenie studentov k rasprostraneniyu koronavirusnoi infektsii [The attitude of students to the spread of coronavirus infection]. *Molodoi uchenyi*. 2022;25(420);216–218. URL: <https://moluch.ru/archive/420/93517/>
3. Sagitova GR, Antonova AA, Sereda VM. Rasprostranennost' i techenie koronavirusnoi infektsii sredi studentov meditsinskogo vuza (dannye oprosa) [Prevalence and course of coronavirus infection COVID-19 among medical students (survey data)]. *Glavnyi vrach yuga Rossii*. 2022;4(85):29–31
4. Sergeeva VA, Lipatova TE, Sycheva LA, Panina AA. Osobennosti techeniya infektsii COVID-19 u molodykh lyudei na primere studentov meditsinskogo universiteta [Clinical features of COVID-19 infection among young adults on the example of medical students]. *Lechashchii Vrach. – The Attending Physician*. 2022. № 11 (25). S.16–20. <https://doi.org/10.51793/OS.2022.25.11.003>
5. Abbasi J. Younger Adults Caught in COVID-19 Crosshairs as Demographics Shift. *JAMA*. 2020;324(21):2141-2143. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21913>.
6. Bhasin A., Nam H., Yeh C., Lee J., Liebovitz D., Achenbach C. Is BMI Higher in Younger Patients with COVID-19? Association Between BMI and COVID-19 Hospitalization by Age. *Obesity*. 2020;28:1811–1814. <https://doi.org/10.1002/oby.22947>.
7. Carod-Artal F. J. Post-COVID-19 syndrome: epidemiology, diagnostic, criteria and the pathogenic mechanisms involved. *Rev Neurol*. 2021;72:384-96. <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>.
8. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z., Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).

9. Kompaniyets L, Pennington AF, Goodman AB, Rosenblum HG, Belay B, Ko JY, et al. Underlying Medical Conditions and Severe Illness Among 540,667 Adults Hospitalized With COVID-19, March 2020–March 2021. *Prev Chronic Dis.* 2021. Vol. 18. [https://doi.org/ 10.5888/pcd18.210123](https://doi.org/10.5888/pcd18.210123). PMID: 34197283; PMCID: PMC8269743..

10. Yan CH, Faraji F, Prajapati DP, Boone CE, DeConde AS. Association of chemosensory dysfunction and Covid-19 in patients presenting with influenza-like symptoms. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2020;10(7); 806-813. [https://doi.org/ 10.1002/alr.22579](https://doi.org/10.1002/alr.22579). Epub 2020 Jun 1. PMID: 32279441; PMCID: PMC7262089.

Координаты для связи:

Молчанова Елена Евгеньевна – профессор кафедры физической культуры с курсом лечебной физкультуры ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрав России, д-р мед. наук, доцент Автор, ответственный за переписку: e-mail: helendok@mail.ru +7-924-347-00-55

Резникова Светлана Валерьевна – доцент кафедры физической культуры с курсом лечебной физкультуры ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрав России, канд. мед. наук, доцент e-mail: sovets12@list.ru +7-914-047-09-90

*Статья поступила в редакцию 01.10.2023; принята после рецензирования 01.11.2023; принята к печати 24.11.2023.
The article was submitted 01.10.2023; approved after reviewing 01.11.2023; accepted for publication 24.11.2023.*

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ PRACTICE OBSERVATIONS

Научная статья

УДК 616.36-002.1

<https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-30>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У УРОЖЕНЦА РЕСПУБЛИКИ КАМЕРУН

**Анастасия Владимировна Зотова¹, Татьяна Анатольевна Долгих¹,
Александр Юрьевич Жилин², Ирина Николаевна Кузнецова³**

¹ ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия;

² Филиал № 1 ФГБУ «442 военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Пушкин, Россия;

³ Филиал 1 ФГКУ «411 ВГ» МО РФ, г. Благовещенск, Россия;

30161zotova@mail.ru, DolgichT@mail.ru, Mirotvor1982@yandex.ru, irinak7474@mail.ru

Аннотация. В статье описан случай вирусного гепатита А у курсанта военного училища, прибывшего в Амурскую область из Республики Камерун, гиперэндемичной по различной инфекционной заболеваемости страны. Отражена современная эпидемиологическая характеристика энтеральных вирусных гепатитов, а также изложены особенности клинического течения вирусного гепатита А у представителя негроидной расы. Данное наблюдение свидетельствует, что у лиц, приехавших из эндемичных стран, не исключается риск инфицирования вирусными инфекциями с фекально-оральным механизмом передачи.

Ключевые слова: острый гепатит А, Республика Камерун, клинический случай, эпидемиологический анамнез.

Для цитирования: Зотова А. В., Долгих Т. А., Жилин А. Ю., Кузнецова И. Н. Клинический случай вирусного гепатита а у уроженца республики камерун // Амурский медицинский журнал. 2023. Том 11. № 2(35). С. 30-36. <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-30>.

Original article

CLINICAL CASE OF VIRAL HEPATITIS A IN A NATIVE OF THE REPUBLIC OF CAMEROON

Anastasija A. Zotova¹, Tatijana A. Dolgikh¹, Aleksandr Yu. Zhilin², Irina N. Kuznetsova³

¹ Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Blagoveshchensk, Russia, Limono1@yandex.ru;

² Branch 1 of the Federal State Budgetary Institution "442 Military Clinical Hospital" of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Pushkin, Russia;

³ Branch 1 of the Federal State Institution "411 VG" of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Blagoveshchensk, Russia;

30161zotova@mail.ru, DolgichT@mail.ru, Mirotvor1982@yandex.ru, irinak7474@mail.ru

Abstract. The article describes a case of viral hepatitis A in a military school cadet who arrived in the Amur region from the Republic of Cameroon, a hyperendemic country for various infectious diseases. The modern epidemiological characteristics of enteral viral hepatitis are reflected, and the features of the clinical course of viral hepatitis A in a representative of the Negroid race are outlined. This observation indicates that persons arriving from endemic countries do not exclude the risk of infection with viral infections with a fecal-oral transmission mechanism.

Keywords: acute hepatitis A, Republic of Cameroon, clinical case, epidemiological history.

For citation: Zotova AA, Dolgikh TA, Zhilin AY, Kuznetsova IN. Klinicheskii sluchai virusnogo gepatita a u urozhentsa Respubliki Kamerun [Clinical case of viral hepatitis a in a native of the Republic of Cameroon]. *Amurskii meditsinskii zhurnal*. – *Amur Medical Journal*. 2023;11;2(35):30–36. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-30>.

© Зотова А. В., Долгих Т. А., Жилин А. Ю., Кузнецова И. Н., 2023

Введение

Гепатит А (ГА) – широко распространенная антропонозная высококонтагиозная инфекция, вызываемая вирусом гепатита А (ВГА); в клинически выраженных случаях характеризуется симптомами острого поражения печени и интоксикацией [1].

Вирусный гепатит А распространен на всех континентах земного шара и остается серьезной проблемой для здравоохранения многих стран. Актуальность данной патологии обусловлена несколькими факторами: широким распространением этой инфекции в мире, в том числе в России; важным социально-экономическим значением; высокой заболеваемостью не только детей, но и взрослых; эпидемическими вспышками; возможностью затяжного и тяжелого течения; наличием различных клинических форм; частым сочетанием с вирусными гепатитами иной этиологии и хроническими заболеваниями печени [9,18,20].

Согласно материалам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируются 1,4 млн sporadических случаев заболевания вирусным гепатитом А [2,3,4,7,8,14,15,16]. Заболеваемость ГА тесно связана с социально-экономическим развитием и санитарно-гигиеническими условиями жизни, обуславливая высокий уровень эндемичности [5,14,19,21]. Серо-эпидемиологические исследования показывают, что распространенность антител к ВГА среди населения колеблется от 15% до почти 100% в разных странах. В развивающихся странах практически вся взрослая популяция имеет серологические доказательства перенесенной инфекции [5]. Африканский континент относится к высокоэндемичным регионам мира по уровню регистрируемой заболеваемости и интенсивности циркуляции ВГА среди населения, установлена одномоментная циркуляция ВГА генотипов IA и IB [8,16].

В Российской Федерации (РФ) наибольшую долю в структуре заболеваемости острыми вирусными гепатитами составляет гепатит А – 58%, за последние 10 лет удельный вес которого снизился в 3,6 раза (65% - в 2013 г.) [13]. РФ находится по данным ВОЗ среди регионов со средней (промежуточной) эндемичностью, при этом на отдельных территориях уровни заболеваемости существенно различаются и колеблются от 5,56 до 18,05 на 100 тыс. населения [13]. На территории РФ преобладает генотип IA, имен-

но с ним связаны вспышки и большинство случаев инфекции в стране. Также в России встречаются генотип IIIA и, крайне редко, генотип IB. Особенностью ГА на современном этапе являются смещение максимальных показателей заболеваемости на старшие возрастные группы, включая подростков и взрослых и уменьшение роли детей как значимой группы риска [7, 8, 10, 13, 14, 21].

Также необходимо отметить, что регистрируются случаи завоза вирусного гепатита А на территорию РФ российскими туристами, посетившими страны Африки, Азии и Южной Америки. Миграция населения из афро-азиатских стран, включая международный и медицинский туризм, обучение, военные миссии, путешествия приводят к спорадическому появлению различных болезней в эндемичных регионах [11,14].

Несмотря на то, что подробно описана клинико-эпидемиологическая характеристика ГА, усовершенствована лабораторная диагностика благодаря внедрению иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции, остаётся проблемой своевременное выявление данной инфекции для врачей первичного звена практического здравоохранения. На современном этапе ГА приобрел новые черты отличительные от классического течения заболевания, особенно это прослеживается у взрослых пациентов [6].

Описательная часть

Приводим результаты нашего клинического наблюдения желтушной формы вирусного гепатита А у представителя негроидной расы.

Пациент Х., 19 лет, курсант военного училища (г. Благовещенск, Амурская область) 23.01. прибыл из Республики Камерун для обучения. Заболел остро 21.02. с появления тошноты, рвоты желудочным содержимым, дискомфорта в эпигастриальной области, отсутствия аппетита, неоформленного стула и повышения температуры тела до 37,40 С. Самостоятельно не лечился. За медицинской помощью обратился 24.02. амбулаторно и был госпитализирован в инфекционное отделение военного госпиталя с предварительным диагнозом: А 09.9 Острый гастроэнтерит.

При детализации эпидемиологического анамнеза выяснено, что является уроженцем Республики Камерун (гиперэндемичного региона по заболеваемости вирусным

гепатитом А). В Российской Федерации находился в течение месяца. Со слов пациента ранее проживал в частном доме с нецентрализованным водоснабжением, также не отрицал факт употребления некипяченой и сырой воды, немытых овощей и фруктов.

При физикальном исследовании пациента на момент госпитализации - состояние средней степени тяжести, сознание ясное, вялость, ритм сна не нарушен. Отмечалась субфебрильная лихорадка (37,40 С). Кожный покров характерный для негроидной расы физиологической окраски, видимые слизистые розовой окраски, краевая субиктеричность склер. Тургор тканей сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Опорно-двигательная система без изменений. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушались, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78 ударов в минуту, артериальное давление 120 и 80 мм рт.ст. Язык влажный, густо обложен бе-

лым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Определялась гепатомегалия (размеры печени по Курлову 12×10×8 см). Край печени ниже реберной дуги на 2,5 см, эластичной консистенции, закруглен, болезненный при пальпации. Симптомы Ортнера и Кера отрицательные. Селезенка не пальпировалась. Стул до 3 раз в сутки, осветленный, кашицеобразный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча коричневого цвета, диурез достаточный. Периферические отеки отсутствовали. Менингеальные симптомы и очаговая неврологическая симптоматика не выявлялись.

На восьмые сутки заболевания отмечалось нарастание иктеричности склер (рис. 1) и кожного покрова, зуд отсутствовал. Изменение цвета кожи возможно было определить со стороны ладонных поверхностей (рис. 2).



Рис. 1. Иктеричность склер пациента X



Рис. 2. Желтушность кожного покрова пациента X

На фоне желтухи в течение недели сохранялись субфебрильная температура тела, слабость, отсутствие аппетита и чувство тяжести в правом подреберье.

По результатам лабораторной диагностики были выявлены гематологические сдвиги: лейкопения до $3,6 \times 10^9$ и относительный лимфо- и моноцитоз (лимфоциты – 48%, моноциты – 12%) при неизменённом уровне СОЭ – 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови определялись: умеренная гипербилирубинемия преимущественно за счет связанной фракции билирубина (общий

билирубин – 94,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 83,6 мкмоль/л); повышение активности аминотрансфераз (аланинаминотрансфераза – 115,5 Ед/л (норма 0–40 Ед/л), аспаратаминотрансфераза – 90,4 Ед/л (норма 0–38 Ед/л), коэффициент де Ритиса составил – 0,78 Ед/л (норма 1 – 1,75 Ед/л); увеличены показатели тимоловой пробы до 27,0 Ед (норма до 4,0 Ед) и щелочной фосфатазы – 463,1 Ед/л (норма 40 – 130 Ед/л); протромбиновый индекс – 80% (норма 75–100%). В общем анализе мочи – желчные пигменты и изменение цвета до темно-коричневого.

В копроскопическом исследовании – кал светло-коричневый, неоформленный, с примесью слизи. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) сыворотки крови обнаружены специфические иммуноглобулины классов М к ВГА - анти-HAV IgM. Маркеры других вирусных гепатитов и ВИЧ по данным ИФА не обнаружены. При ультразвуковом исследовании внутренних органов: размер правой доли печени увеличен до 167 мм, размер левой доли - 69 мм, контур ровный. Эхоструктура неоднородная за счет участков повышенной эхогенности, плотность средняя, размер эхосигнала мелкий, звукопрохождение хорошее. Внутривенные протоки не расширены, очаговых образований нет. Нижняя полая вена 20 мм. Портальная вена 10 мм. Аорта в брюшном отделе 19 мм. Желчный пузырь, селезенка и поджелудочная железа без патологии.

На основании клинической картины, данных эпидемиологического анамнеза, лабораторно-инструментальных методов исследования был установлен окончательный клинический диагноз «B15.9 Острый вирусный гепатит А (ИФА анти-HAV IgM positiv), типичная манифестная желтушная форма, легкой степени тяжести, циклическое течение».

С момента поступления проводилась терапия: высокобелковая диета, обильное питье до 2-х литров в сутки, щадящий режим, непродолжительная дезинтоксикационная терапия (декстроза 5% 500 мл внутривенно капельно, кремния диоксид коллоидный внутрь 200 мл суспензии в сутки), гепатопротекторы (адemetионин внутрь по 2 таблетки (800 мг) утром и ферменты (панкреатин 10000 ЕД внутрь по 2 капсулы 3 раза в день).

На девятнадцатый день госпитализации при нормализации клинико-лабораторных показателей пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. Прогноз благоприятный.

Обсуждение

Для классического течения желтушной формы вирусного гепатита А специфична циклическость заболевания с последовательной сменой периодов болезни: инкубационный, продромальный, разгара и реконвалесценции [17]. Также характерны пребывание в очаге ГА и осенне-зимняя

сезонность с максимумом заболеваемости в сентябре-ноябре. В клиническом анализе крови при неосложненном течении регистрируются лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ в преджелтушный период, анемия возникает редко [12].

В клинической картине заболевания в описанном случае не отмечалось четкой периодичности, фаза продромы протекала с преобладанием диспепсических проявлений, отсутствовала относительная брадикардия, которая часто выявляется уже в конце продромального периода [17]. На восьмые сутки заболевание перешло в фазу разгара, характеризовавшейся длительной субфебрильной лихорадкой, признаками интоксикации, желтухой склер, видимых слизистых и кожного покрова без субъективного улучшения самочувствия. Важным дифференциально-диагностическим признаком ГА в типичном случае является улучшение в желтушном периоде самочувствия пациента на фоне снижения температуры тела [3]. Заболевание протекало в легкой форме с учетом клинико-лабораторных проявлений, изменения в гемограмме были не типичны. Следует отметить, что выявление симптома желтухи кожного покрова представляло определенные сложности из-за особенностей цвета кожи пациента и определялось только со стороны ладонных поверхностей.

Заключение

В клиническом наблюдении распознавание желтушного варианта вирусного гепатита А у представителя негроидной расы было затруднительным в связи с нетипичным течением заболевания и ограниченностью проявлений холестатического синдрома на коже. Ключевым моментом для практикующих врачей в своевременной диагностике вирусного поражения печени по-прежнему остается умение качественно детализировать эпидемиологический анамнез, с учетом миграции из эндемичных регионов и максимальных сроков инкубационного периода. Необходимо подчеркнуть, что пациент может прибыть в страну, как в инкубационном, так и в продромальном периоде инфекционного заболевания, что приведет к диагностическим трудностям.

Список источников

1. Балаян М. С., Михайлов М. И. Энциклопедический словарь – вирусные гепатиты. Москва : Амипресс, 1999. 205 с.
2. Брико Н.И., Покровский В.И. Глобализация и эпидемиологический процесс // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010. № 4. С. 6–10.
3. Бургасова О. А., Волкова В. М., Тетова В. Б., Беляева Н. М. Взгляд клинициста на особенности клинического течения и вопросы вакцинопрофилактики вирусного гепатита А // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. № 1 С. 37–45. <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-37-45>.
4. Еровиченков А. А., Зверева Н. Н., Сайфуллин М. А., Околот Н. В. Профилактика завозных инфекционных заболеваний у путешественников. // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018. № 18. С. 89–95. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2018-17-5-89-95>.
5. Индикова И. Н., Шевцов В. А., Волгин А. Р., Олефир Ю. В., Меркулов В.А., Бондарев В.П. Эпидемиология гепатита А и тактика вакцинопрофилактики // БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2015. № 4. С. 11–16.
6. Калинина Э. Н., Емельянова А. Н., Чупрова Г. А., Нахапетян Н. А. Вирусный гепатит А: особенности клинического течения у взрослых. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2017. № 2. С. 39–41.
7. Кареткина Г. Н. Вирусный гепатит А в прошлом, настоящем и будущем. // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014. № 3. С. 38–48.
8. Кюрегян К. К., Игнатъева М. Е., Михайлов М. И. Эпидемиология и профилактика гепатита А в странах с переходной экономикой на примере Центральноамериканского региона. // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2019. № 3. С. 53–60. <https://doi.org/10.24411/2305-3496-2019-13009>.
9. Михайлов М. И., Ющук Н. Д., Малинникова Е. Ю., Кюрегян К. К., Исаева О. В., Знойко О. О., Климова Е. А. Вирусные гепатиты – проблема общественного здоровья в Российской Федерации (проект программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 2. С. 20–29. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2018-12002>.
10. Мукомолов С. Л., Михайлов М. И., Семенов Т. А., Селькова Е. П., Герасимова И. Е. Бремя гепатита А в Российской Федерации: научный обзор // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2014. №6. С. 24–34.
11. Нечаев В. В., Гардеробова Л. В., Бахтина И. С. Медицина путешествий: современное состояние проблемы и актуальность для отечественной системы здравоохранения // Медицина экстремальных ситуаций. 2018. № 3. С. 277–288.
12. Острый гепатит А у взрослых. Клинические рекомендации 2021. 66 с.
13. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году : Государственный доклад. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. 2022. 370 с.
14. Семенов Т. А. Гепатит А у путешественников: эпидемиология и профилактика. // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2014. № 3 С.45–49.
15. Чуланов В. П., Пименов Н. Н., Карандашова И. В., Комарова С. В. Современные особенности эпидемического процесса гепатита А в России и странах Европы, определяющие стратегии его профилактики // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2012. №3. С. 28–34.
16. Шахильдян И. В., Михайлов М. И., Онищенко Г. Г. Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика). Москва : ВУНМЦ, 2007. 352 с.
17. Ющук Н. Д., Климова Е. А., Знойко О. О., Кареткина Г. Н., Максимов С. Л., Маев И. В. Вирусные гепатиты (клиника, диагностика, лечение). 3-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 368 с.
18. Askling H., Rombo L., Andersson Y., Martin S., Ekdahl K. Hepatitis A risk in travelers. // Travel Med. 2009. Vol. 16. P. 233–238.
19. Chen L., Leder K., Barbre K., Schlagenhaut P., Libman M., Keystone J., Mendelson M., Gautret P., Schwartz E., Shaw M., MacDonald S., McCarthy A., Connor B., Esposito D., Hamer D., Wilson M. Business travel-associated illness: a GeoSentinel analysis // Journal of Travel Medicine. 2018, Vol. 25 (1), P. 1–18. <https://doi.org/10.1093/jtm/tax097>.

20. Jacobsen K., Wiersma S. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. // *Vaccine*. 2010. Vol. 28. P. 66532-6657.

21. Mukomolov S., Kontio M., Zheleznova N., Jokinen S., Sinayskaya E., Stalevskaya A., Davidkin I. Increased circulation of hepatitis A virus genotype IIIA over the last decade in St. Petersburg, Russia // *Med. Virol.* 2012. Vol. 84. (10). P. 1528-1534. <https://doi.org/10.1002/jmv.23378>.

22. MacKinney-Novelo I., Barahona-Garrido J., Castillo-Albarran F., Santiago-Hernandez I., Mendez-Sanches N., Uribe M., Chavez-Tapia N. Clinical course and management of acute hepatitis A infection in adults. // *Annals of Hepatology*. 2012. Vol. 5. P. 652-657.

References

1. Balayan MS, Mikhailov MI. *Entsiklopedicheskiy slovar' – virusnye gepatity* [Encyclopedic dictionary - viral hepatitis]. Moscow : Amipress; 1999. 205 p. (in Russ.).

2. Briko NI, Pokrovskii VI. Globalizatsiya i epidemiologicheskii protsess [Globalization and an epidemic process]. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni. – Epidemiology and Infectious Diseases*;2010;4:6–10. (in Russ.).

3. Burgasova OA, Volkova VM, Tetova VB, Belyaeva NM. Vzglyad klinitsista na osobennosti klinicheskogo techeniya i voprosy vaktsinoprofilaktiki virusnogo gepatita A [The view of the clinician on features of the clinical course and issues of vaccinal prevention of viral hepatitis A]. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya. – Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*;2017;1S:37–45. (in Russ.). <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-37-45>.

4. Erovichenkov A. A., Zvereva N. N., Saifullin M. A., Okolot N. V. Profilaktika zavoznykh infeksionnykh zabozevaniy u puteshestvennikov [Prevention of imported infectious diseases in travelers]. *Epidemiologiya i Vaktsinoprofilaktika. – Epidemiology and Vaccinal Prevention*. 2018. № 18. S. 89–95. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2018-17-5-89-95>. (in Russ.).

5. Indikova IN, Shevtsov VA, Volgin AR, Olefir YuV, Merkulov VA, Bondarev VP. Epidemiologiya gepatita A i taktika vaktsinoprofilaktiki [Epidemiology of hepatitis a and vaccination policy]. *BIOpreparaty. Profilaktika, diagnostika, lechenie. – Biological Products. Prevention, Diagnosis, Treatment*;2015;4:11–16. (in Russ.).

6. Kalinina EN, Emel'yanova AN, Chuprova GA, Nakhapetyan NA. Virusnyi gepatit A: osobennosti klinicheskogo techeniya u vzroslykh [Hepatitis a: clinical features in the adult patients]. *Sibirskii meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*;2017;2:39–41. (in Russ.).

7. Karetkina GN. Virusnyi gepatit A v proshlom, nastoyashchem i budushchem [Viral hepatitis A: past, present and future]. *Infeksionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie. – Infectious diseases: News, Opinions, Training*;2014;3:38–48. (in Russ.).

8. Kyuregyan KK, Ignat'eva ME, Mikhailov MI. Epidemiologiya i profilaktika gepatita A v stranakh s perekhodnoi ekonomikoi na primere Tsentral'noamerikanskogo regiona [Epidemiology and prevention of hepatitis A in countries with transitional economies based on the example of the Central American Region]. *Infeksionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie. – Infectious diseases: News, Opinions, Training*;2019;3:53–60. (in Russ.). <https://doi.org/10.24411/2305-3496-2019-13009>.

9. Mikhailov MI, Yushchuk ND, Malinnikova EYu, Kyuregyan KK, Isaeva OV, Znoiko OO, Klimova EA. Virusnye gepatity – problema obshchestvennogo zdorov'ya v Rossiiskoi Federatsii (proekt programmy po kontrolyu i likvidatsii virusnykh gepatitov) [Viral hepatitis as public health problem in the Russian Federation (A design program for the control and elimination of viral hepatitis)]. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniya. Vestnik VShOUZ. – Healthcare Management: News. Views. Education*;2018;2:20–29. (in Russ.). <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2018-12002>.

10. Mukomolov SL, Mikhailov MI, Semenenko TA, Sel'kova EP, Gerasimova IE. Breyma gepatita A v Rossiiskoi Federatsii: nauchnyi obzor [Review: Burden of Hepatitis A in Russian Federation]. *Epidemiologiya i Vaktsinoprofilaktika. – Epidemiology and Vaccinal Prevention*;2014;6:24–34. (in Russ.).

11. Nechaev V.V., Garderobova L.V., Bakhtina I.S. Meditsina puteshestvii: sovremennoe sostoyanie problemy i aktual'nost' dlya otechestvennoi sistemy zdavookhraneniya [Travel medicine: modern state of problems and actuality for the domestic health system]. *Meditsina ekstremalnykh situatsiy. – Medicine of Extreme Situations*; 2018;20(3):277–288. (In Russ.).

12. *Ostryi gepatit A u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii* [Acute hepatitis A in adults. Clinical guidelines]. 2021. 66 p. (in Russ.).

13. O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossiiskoi Federatsii v 2022 godu : Gosudarstvennyi doklad [On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2022: State report]. Moscow : Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteli i blagopoluchiya cheloveka. 2022. 370 p. (in Russ.).

14. Semenenko TA. Gepatit A u puteshestvennikov: epidemiologiya i profilaktika [Hepatitis A in travelers: epidemiology and prevention]. *Epidemiologiya i Vaktsinoprofilaktika. – Epidemiology and Vaccinal Prevention*;2014;3:45–49. (in Russ.).
15. Chulanov V. P., Pimenov N. N., Karandashova IV, Komarova SV. Sovremennye osobennosti epidemicheskogo protsessa gepatita A v Rossii i stranakh Evropy, opredelyayushchie strategii ego profilaktiki [Recent changes of hepatitis a epidemiology in russia and europe as the rationales for prevention strategies]. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni – Epidemiology and Infectious Diseases*;2012;3:28–34. (in Russ.).
16. Shakhgil'dyan IV, Mikhailov MI, Onishchenko GG. *Enterol'nye virusnye gepatity (etiologiya, epidemiologiya, diagnostika, profilaktika)* [Entereal viral hepatitis (etiology, epidemiology, diagnosis, prevention)]. Moscow : VUNMTs, 2007. 352 s. (in Russ.).
17. Yushchuk ND, Klimova EA, Znoiko OO, Karetkina GN, Maksimov SL, Maev IV. Virusnye gepatity (klinika, diagnostika, lechenie) [Viral hepatitis (clinic, diagnosis, treatment)]. Moscow : GEOTAR-Media, 2018. 368 s. (in Russ.).
18. Askling H, Rombo L, Andersson Y, Martin S, Ekdahl K. Hepatitis A risk in travelers. // *Travel Med. – 2009. - Vol. 16. P. 233-238.*
19. Chen L, Leder K, Barbre K, Schlagenhaut P, Libman M, Keystone J, et al. Business travel-associated illness: a GeoSentinel analysis. *Journal of Travel Medicine*. 2018. Vol. 25 (1): P. 1-18. <https://doi.org/10.1093/jtm/tax097>.
20. Jacobsen K, Wiersma S. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine*. 2010. Vol. 28. P. 66532–6657.
21. Mukomolov S, Kontio M, Zheleznova N, Jokinen S, Sinayskaya E, Stalevskaya A, Davidkin I. Increased circulation of hepatitis A virus genotype IIIA over the last decade in St. Petersburg, Russia. *Med. Virol*. 2012. Vol. 84. (10). P. 1528–1534. <https://doi.org/10.1002/jmv.23378>.
22. MacKinney-Novelo I, Barahona-Garrido J, Castillo-Albarran F, Santiago-Hernandez I, Mendez-Sanches N, Uribe M, Chavez-Tapia N. Clinical course and management of acute hepatitis A infection in adults. *Annals of Hepatology*. 2012. Vol. 5. P. 652–657.

Координаты для связи:

Зотова Анастасия Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, e-mail: 30161zotova@mail.ru; 89145679274;

Долгих Татьяна Анатольевна – ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, e-mail: DolgichT@mail.ru; 89963854525;

Жилин Александр Юрьевич – врач-инфекционист, Филиал № 1 ФГБУ «442 военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Пушкин, e-mail: Mirotvor1982@yandex.ru; 89145840457;

Кузнецова Ирина Николаевна – заведующий кабинетом ультразвуковой диагностики, Филиал 1 ФГКУ «411 ВГ» МО РФ, г. Благовещенск, e-mail: irinak7474@mail.ru; 89145768571.

*Статья поступила в редакцию 01.10.2023; принята после рецензирования 01.11.2023; принята к печати 24.11.2023.
The article was submitted 01.10.2023; approved after reviewing 01.11.2023; accepted for publication 24.11.2023.*

ЛЕКЦИЯ

LECTURE

Научная статья

УДК 613.86:378.046.4:616-0.89.5

<https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-37>

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В РАБОТЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

**Сергей Васильевич Ходус, Анатолий Александрович Стукалов,
Константин Витальевич Пустовит, Владимир Сергеевич Олексик,
Ирина Владимировна Барабаш**

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия;
s.khodus@yandex.ru, voleksik@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены проблемы общения врачей анестезиолога-реаниматолога с больными и коллегами. В условиях повышения требований общества к работе врача анестезиолога и особенностей его практической деятельности отмечена важность совершенствования навыков коммуникативной деятельности в отношениях с пациентами и коллегами. Обычно к этому понятию относят легкость установления контакта, умение поддержать разговор, навыки приятного для собеседника общения, способность договариваться как с пациентами, так и с коллегами. Важно владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. В связи с этим профессионально значимым качеством врача анестезиолога-реаниматолога является коммуникативная толерантность, коммуникативная компетентность, умение устанавливать взаимоотношения с больными различных социальных групп. В настоящей статье представлены данные доступных источников и собственные данные по вопросам коммуникативных навыков – навыков эффективного общения врача анестезиолога-реаниматолога с больными и с коллегами.

Ключевые слова: анестезиолог-реаниматолог, общение, коммуникативные навыки, пациент.

Для цитирования: Ходус С. В., Стукалов А. А., Пустовит К. В., Олексик В. С., Барабаш И. В. Коммуникативные навыки в работе врача анестезиолога-реаниматолога // Амурский медицинский журнал. 2023. Том 11. № 2(35). С. 37–42. <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-37>.

Original article

COMMUNICATION SKILLS IN THE WORK OF AN ANESTHESIOLOGIST AND RESUSCITATOLOGIST

Sergej V. Khodus, Anatolij A. Stukalov, Konstantin V. Pustovit, Vladimir S. Oleksik, Irina V. Barabash

Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Blagoveshchensk, Russia; s.khodus@yandex.ru, voleksik@yandex.ru

Abstract. The article discusses the problems of communication between an anesthesiologist and resuscitator with patients and colleagues. In the context of increasing society's demands on the work of an anesthesiologist and the peculiarities of his practical activities, the importance of improving communication skills in relationships with patients and colleagues was noted. Typically, this concept includes the ease of establishing contact, the ability to maintain a conversation, the skills of pleasant communication for the interlocutor, the ability to negotiate with both patients and colleagues. It is important for the doctor to have control over his own emotions, the ability to remain confident, to control his reactions and behavior in general. In this regard, the professionally significant quality of an anesthesiologist-resuscitator is communicative tolerance, communicative competence, and the ability to establish relationships with patients of different social groups. This article presents data from available sources and our own data on communication skills - the skills of effective communication of an anesthesiologist-resuscitator with patients and with colleagues.

Keywords: anesthesiologist-resuscitator, communication, communication skills, patient.

© Ходус С. В., Стукалов А. А., Пустовит К. В., Олексик В. С., Барабаш И. В., 2023

For citation: Khodus SV, Stukalov AA, Pustovit KV, Oleksik VS, Barabash IV. Kommunikativnye navyki v rabote vracha anesteziologa-reanimatologa [Communication skills in the work of an anesthesiologist and resuscitologist]. *Amurskii meditsinskii zhurnal. – Amur Medical Journal.* 2023;11;2(35):37–42. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-37>.

Коммуникативные навыки – навыки эффективного общения врача с больными и коллегами. Обычно к этому понятию относят легкость установления контакта, умение поддержать разговор, навыки приятного для собеседника общения, способность договариваться [1]. Общение врача с пациентом занимает центральное место в клинической практике. В последнее время этому разделу придается большое значение. Эффективная коммуникация между врачом и пациентом позволяет более точно собрать жалобы, анамнез, повышает результативность диагностики заболевания и терапевтическую ценность лечения. Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, знание типа личности, умение реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, типами телосложения и особенностями психического склада личности и т. п.), врач также должен иметь общую культуру и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы.

В практике врача анестезиолога умению общения придается большое значение в связи с особенностью этой специальности. Ведь пациенты боятся не только предстоящей операции, но и связанного с ней общего и местного обезболивания, независимо от уровня интеллекта человека. Умение общаться – не просто особенность личности, это набор навыков, которые врач приобретает в процессе обучения и совершенствуется в дальнейшей клинической практике. Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. В связи с этим профессионально значимым качеством врача анестезиолога-реаниматолога является коммуникативная толерантность, коммуникативная компетентность, умение устанавливать взаимоотношения с больными различных социальных групп. Компетентность врача по значимости для клинической практики ставится во всем мире на один уровень с такими компетенциями, как базовые науч-

ные знания, клиническое мышление и практические навыки. Коммуникативные навыки являются одной из важнейших составляющих в обучении студентов медвуза, а стремление приобретать и совершенствовать эти навыки – неотъемлемый элемент профессионализма.

В нашей статье мы рассмотрим основные коммуникативные навыки, которые позволяют врачу анестезиологу-реаниматологу повысить эффективность его практической деятельности, сформировать доверительные отношения с пациентом и повысить эффективность назначенных рекомендаций и лечения.

Коммуникативные навыки начинаются с установления контакта. Одним из важнейших этапов медицинской консультации является ее начало: именно в первые минуты общения врач создает и получает первые впечатления, устанавливает контакт, пытается наладить продуктивное общение с пациентом. Исходя из полученной информации происходит планирование дальнейшего хода общения. При этом все внимание должно быть направлено именно на этого пациента, не отвлекаясь на других больных или другой вид работы, поскольку это может способствовать дефициту внимания врача и стать причиной отсутствия эффективной коммуникации в работе с пациентом. В связи с этим врачу анестезиологу-реаниматологу следует соблюдать правила по подготовке к коммуникационному общению: завершить работу с предыдущей задачей, оценить собственное состояние, сконцентрировать внимание на предстоящей встрече с больным, изучить доступные медицинские документы пациента, оценить результаты обследований, если есть такая возможность. Для демонстрации готовности врача к общению с пациентом важно применять навыки приветствия, используя как вербальный язык («Здравствуй! Доброе утро (день/вечер)!»), так и невербальный язык общения (улыбка, мягкий тембр голоса, доброжелательный тон, зрительный контакт). При первичном контакте с пациентом целесообразно применять навык самопрезентации, который позволяет обозначить пациенту роль врача. Особенно это актуаль-

но, если пациент видит врача впервые или поступает в медицинское учреждение по скорой или неотложной помощи. В навыке применяются вербальный язык («Меня зовут Сергей Владимирович. Я ваш врач-анестезиолог») и невербальный язык общения, который заключается в открытой позе (развернутость корпуса и головы врача от 45 до 90° по отношению к пациенту, раскрытые ладони), такое положение тела сигнализирует пациенту о дружественном/партнерском отношении к нему. Направление взгляда («глаза в глаза»), продолжительность контакта глаз три – пять секунд с частотой взгляда не реже одного раза в минуту, а также уверенная и спокойная интонация голоса. Врачи, которые располагаются лицом к пациенту в открытой позе и поддерживают зрительный контакт, считаются пациентами более заинтересованными, эмпатичными и доброжелательными. Невербальная коммуникация отражает наши чувства, установки, эмоции, раскрывая то, как мы представляем себя другим, как к ним относимся. Поэтому очень важно уметь оценивать невербальные знаки пациента на протяжении всего общения.

В общении используют открытые и закрытые вопросы. Закрытые вопросы – это вопросы, на которые ожидается конкретный, односложный ответ, например, «да» или «нет». Данный тип вопроса ограничивает ответ пациента узкими рамками, установленными врачом. Пациент отвечает на вопрос без уточняющих моментов. Открытые вопросы призваны расширить обсуждаемую тему (не задавая форму и не требуя конкретного ответа от больного). Преимуществом открытых вопросов является то, что пациент более подробно рассказывает свою историю заболевания, дает врачу возможность послушать и проанализировать полученную информацию, способствуя более эффективному диагностическому мышлению, помогает в целом пониманию болезни. Применение открытых вопросов позволяет уточнить картину заболевания с позиции восприятия пациента, и дальнейший опрос становится целенаправленным, с более конкретными, но открытыми вопросами, а в конце уже задаются закрытые вопросы с целью уточнения дополнительных подробностей, которые пациент мог упустить. Самая распространенная ошибка – слишком быстрый переход к закрытым вопросам. Вторая ошибка – использование открытых

вопросов только в начале консультации. В процессе рассказа пациента о своей истории заболевания со стороны врача также важно внимательно слушать, использовать элементы невербального языка, такие как открытая поза, зрительный контакт, кивок головой в процессе беседы, такие нейтральные выражения, как «да», «продолжайте», «понимаю», «как часто» и пр. Каждая беседа индивидуальна, так как не существует двух одинаковых пациентов. Если даже пациенты имеют общее заболевание, то их эмоции, потребности, тревоги в отношении заболевания будут отличаться, кроме того, они могут иметь изначально разный интеллектуальный уровень, что в совокупности приводит к разным ожиданиям от консультации.

Таким образом, важной, но сложной задачей для врача становится определить, какой объем и характер информации хотел бы получить в конкретной ситуации пациент. Для реализации данной задачи врачу помогает коммуникативный навык дозирования. Навык дозирования заключается в предоставлении пациенту информации небольшими порциями, делая паузы и проверяя понимание полученной информации, перед тем как продолжить беседу. Оценивая реакцию пациента, врач определяет, какая информация потребуется дальше. Навык дозирования помогает специалисту определиться с объемом и характером необходимой информации для пациента, а пациенту – убедиться в точном запоминании информации и достижении полного взаимопонимания с врачом. Для облегчения восприятия и запоминания пациентом врачу стоит максимально упрощать информацию. Этого можно добиться сокращением применения медицинских терминов, а если врач их использует, то объяснять их значение в ходе беседы. Эта методика позволяет наглядно представить для пациента патологический процесс, объяснить причины и развитие заболевания, возможные дальнейшие изменения в самочувствии и риски в случае отказа от лечения. Следующим навыком является вовлечение пациента в процесс принятия решений в вопросах диагностики и лечения. Согласно отечественному исследованию 24,4% врачей считают, что при оптимальном общении с пациентом только врач должен принимать решение за пациента и давать ему прямые однозначные указания; 10,1% врачей считают, что предоставление пациенту возможности принять

самостоятельное решение является наиболее эффективным; 65,4% убеждены, что эффективность вовлечения пациента определяется клинической ситуацией индивидуально с каждым [5]. Зрительный контакт со стороны врача сигнализирует пациенту о готовности слушать его. Поэтому, когда врач не смотрит на пациента, тот невербальными признаками (прерывается в ответе на вопросы врача, замолкает, начинает пристально наблюдать за врачом) пытается вернуть его внимание [2]. В связи с этим наилучшим способом, согласно литературным данным, является разделение врачом консультации на две стадии: когда врач сосредоточен на пациенте и когда – на компьютере/документации [3]. Другим возможным вариантом является вовлечение пациента в процесс консультации, предлагая смотреть на экран компьютера или читая текст вслух при наборе информации, периодически обмениваясь зрительным контактом [4].

После первичного контакта врач переходит на следующий этап консультации, который включает в себя выяснение причины обращения за медицинской помощью, сбор данных анамнеза заболевания и жизни. Очень часто пациент, испытывая волнение и стресс на приеме, не способен четко сформулировать жалобу, которая послужила поводом для обращения к врачу, или у него несколько жалоб, и он может начать с менее значимой для клинической ситуации. Кроме того, очень часто врачи ошибочно предполагают, что первая из высказанных жалоб и является единственной. Для преодоления этих трудностей врачу необходимо использовать навык вводного вопроса, который помогает начать обсуждать причину визита. Вопрос, а, точнее, его формулировка, должна быть простой, с однозначным смыслом.

Следующим шагом к эффективному и правильному общению является умение врача слушать пациента, этот навык называют активным слушанием. Чаще из-за ограничения времени на консультацию большинство врачей после вводного вопроса переходят к расспросу пациента по своему заданному плану, используя закрытые вопросы, требующие ответа «да» или «нет». Врачу приходится вслед за одним закрытым вопросом задавать другой, его внимание от ответов пациента смещается в сторону диагностического размышления, и консультация преждевременно сосредоточивается на

какой-нибудь одной проблеме пациента. И, наоборот, если врач после открытого первого вопроса внимательно слушает пациента, это позволяет ему узнать больше информации, оценить эмоциональный настрой, выглядеть заинтересованным и желающим помочь [2]. Для осуществления внимательного (активного) слушания врачу необходимо использовать навык времени ожидания (пауз), давая пациенту время думать и активно говорить, а себе – время слушать, думать и отвечать на вопросы пациента.

Не меньшее значение имеет навык упрощенного, подбадривающего тона, на начальном этапе консультации достаточно применения таких фраз со стороны врача, как «продолжайте», «да, я вас понял(а)», «да, я слушаю», «как часто...?», «что вы имеете в виду, когда говорите о...?» Данные фразы служат для пациента сигналом для продолжения его рассказа и вызывают ощущение заинтересованности со стороны врача в проблеме. Внимательно слушая и не перебивая, врачи особенно помогают тем пациентам, которые не смогли самостоятельно сформулировать свои жалобы и переживания о состоянии здоровья до обращения за медицинской помощью. Если пациент продолжит рассказывать, необходимо слушать дальше, пока он снова не остановится. Затем повторно задать вопросы уточнения. Это позволит в дальнейшем установить высокое доверие больного при назначении лечения. Для эффективного и детального получения информации от пациента врачу важно владеть коммуникативными навыками процесса сбора информации.

Проблемы в коммуникации между врачом и пациентом в конце консультации часто связаны с ограничением времени. Врач считает, что хорошо провел собеседование, и готов ее завершить, в то время как пациент задает новый важный для него вопрос, желая продолжить беседу. Данная ситуация может привести к возникновению конфликта между врачом и пациентом и обесцениванию всей консультации в целом. Одной из наиболее частых ошибок является быстрая смена вопросов врачом в ходе беседы, переход с одного этапа консультации на другой. В такой ситуации у пациента остаются неразрешенные вопросы, и он ждет удобного момента для их обсуждения. Как правило, это происходит в конце консультации. Врач и пациент должны быть готовы к этапу завершения консультации, для этого врач та-

кие вопросы, как «У вас есть еще вопросы?», «Вы хотите еще что-то обсудить?», должен задавать до этапа завершения консультации. В ходе консультации врач ясно и четко должен обозначать пациенту свои намерения и действия, что позволит тому активно включиться в процесс и логически подойти к завершению [2].

В конце консультации врач знакомит пациента с планом диагностики и предстоящего лечения, для выполнения данной задачи стоит применять навык резюмирования информации. Для его осуществления врач использует элементы невербального языка: открытая поза, зрительный контакт, доброжелательный и спокойный тон голоса. Для этого врач задает уточняющий вопрос: «У вас возникли вопросы в ходе нашего обсуждения терапии?» Если у пациента будут вопросы, необходимо еще раз обсудить информацию и сфокусировать его внимание на назначениях, это позволит закрепить полученные сведения и успешно завершить процесс консультации. Идеальным завершением является полное взаимопонимание между врачом и пациентом. Завершающим коммуникативным навыком в работе с пациентом является навык «до свидания», который заключается в зрительном контакте между врачом и пациентом, сопровождающимся открытой позой и фразами врача: «Всего доброго!», «До свидания! Выздоровливайте!» Многие врачи в своей реальной рутинной клинической практике не используют этот навык, считая его необязательным. Однако его применение является логичным завершением всего процесса общения и закрепляет дружественное восприятие врача пациентом, создавая моральную удовлетворенность от консультации.

Профессионально значимым качеством врача анестезиолога-реаниматолога, влияющим на коммуникативную компетентность, является предупреждение и коррекция эмоционального выгорания (сгорания). Американский психолог К. Маслач описывает выгорание как синдром эмоци-

онального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами помогающих профессий. Синдром эмоционального выгорания может быть опознан по трем описанным в определении К. Маслач симптомам: эмоциональное истощение, деперсонализация/дегуманизация – негативное отношение к пациентам и коллегам, переживание собственной несостоятельности. Взаимодействуя с больным, врач с эмоциональным выгоранием перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием. В высказываниях врача о своих больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность.

Следует обратить внимание на продолжение контакта в ходе нахождения пациента в операционной или в послеоперационной палате. Здесь всем врачам и медсестрам нужно помнить о наличии имплицитной памяти у больных с нарушением сознания (кома, наркоз). Часто на обходах в палате реанимации и интенсивной терапии и в операционных врачи хирурги, консультанты или участники обходов не сдерживают свои эмоции и обсуждают результаты осмотра в присутствии пациента. Это недопустимо.

Заключение

Умение общаться с больными – коммуникативная компетентность врача – искусство, которое начинает формироваться еще в процессе обучения в медицинском вузе, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с больными, людьми с различными психологическими качествами, разного возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности. И если коммуникативная компетентность врача формируется у врача анестезиолога-реаниматолога с хорошей интеллектуальной базой, с выработанными общекультурными навыками, успех в формировании коммуникативных навыков будет обеспечен.

Список источников

1. Селезнев С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля. Медицинская психология в России. 2011. № 4 (9). URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer23.php (дата обращения: 15.10.2023).
2. Шмаков А., Кохно В. Этические и деонтологические проблемы в анестезиологии и реаниматологии. Танатотерапия // Хрестоматия по танатотерапии / редактор-составитель В. Ю. Баскаков. Москва : [б. и.], 2013. URL: <http://tanatoterra.com/index.php?art=240> (дата обращения: 20.08.2023).

3. Морозов В. Невербальная коммуникация: экспериментально-психологическое исследование. Москва : Институт психологии РАН, 2011. 592 с.
4. Мазурок В. А., Решетова Т. В., Лебединский К. М., Кузнецова О. А., Корзулин В. А., Павлов А. С. Врач анестезиолог-реаниматолог: проблемы подготовки и обеспечения профессиональной деятельности. Клиническая анестезиология и реаниматология. 2006. Т. 164. № 4. С. 54–59.
5. Кузнецова О. А. Психологические особенности развития и коррекции синдрома профессионального выгорания у врачей-анестезиологов. Санкт-Петербург, 2012. 177 с.
6. Баклаев А.В., Смирнов И.В., Мизиков В.М., Бунятина А.А. Информационный стресс анестезиологов-реаниматологов. Анестезиология и реаниматология. 2002. № 2. С. 4–9.

References

1. Seleznev SB. Osobennosti obshcheniya meditsinskogo personala s bol'nymi razlichnogo profilya [Features of communication between medical personnel and patients of various profiles]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2011. № 4 (9). (in Russ.). URL: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer23.php (accessed: 15.10.2023).
2. Shmakov A, Kokhno V. Eticheskie i deontologicheskie problemy v anesteziologii i reanimatologii. Tanatoterapiya [Ethical and deontological problems in anesthesiology and resuscitation. Thanatotherapy]. Moscow, 2013. (in Russ.). URL: <http://tanatoterra.com/index.php?art=240> (accessed: 20.08.2023).
3. Morozov V. *Neverbal'naya kommunikatsiya: eksperimental'no-psikhologicheskoe issledovanie* [Nonverbal communication: experimental psychological research]. Moscow : Institut psikhologii RAN, 2011. 592 p. (in Russ.).
4. Mazurok VA, Reshetova TV, Lebedinskii KM, Kuznetsova OA, Korzulin VA, Pavlov AS. *Vrach anesteziolog-reanimatolog: problemy podgotovki i obespecheniya professional'noi deyatel'nosti. Klinicheskaya anesteziologiya i reanimatologiya* [Anesthesiologist-resuscitator: problems of training and support of professional activities. Clinical anesthesiology and resuscitation]. 2006, Vol. 164, No 4. P. 54–59. (in Russ.).
5. Kuznetsova OA. *Psikhologicheskie osobennosti razvitiya i korrektsii sindroma professional'nogo vygoraniya u vrachei-anesteziologov* [Psychological features of the development and correction of professional burnout syndrome among anesthesiologists]. Sant-Petersburg, 2012. 177 p. (in Russ.).
6. Baklaev AV, Smirnov IV, Mizikov VM, Bunyatina AA. *Informatsionnyi stress anesteziologov-reanimatologov* [Information stress of anesthesiologists and resuscitators. Anesthesiology and resuscitation]. *Anesteziologiya i reanimatologiya. – Russian Journal of Anesthesiology and Reanimatology*;2002;2:4–9. (in Russ.).

Координаты для связи:

Ходус Сергей Васильевич – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России, г. Благовещенск, e-mail: s.khodus@yandex.ru;

Стукалов Анатолий Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФПДО ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации г. Благовещенск;

Пустовит Константин Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФПДО ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России;

Олексик Владимир Сергеевич – старший преподаватель кафедры анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФПДО ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России, e-mail: voleksik@yandex.ru;

Барабаш Ирина Владимировна – ассистент кафедры анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФПДО ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России.

*Статья поступила в редакцию 08.11.2023; принята после рецензирования 17.11.2023; принята к печати 24.11.2023.
The article was submitted 08.11.2023; approved after reviewing 17.11.2023; accepted for publication 24.11.2023.*

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ ANNIVERSARIES

Информационная статья

УДК 616-053.2:378.096(571.61)
<https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-43>

20-ЛЕТНЯЯ ИСТОРИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА АМУРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Валентина Ивановна Павленко, Виктория Владимировна Шамраева

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия;
agmapedfac@mail.ru

Аннотация. Данная статья посвящена 20-летию юбилею педиатрического факультета Амурской государственной медицинской академии. В ней отражены история создания, становления, достижения и перспективы дальнейшего развития факультета.

Ключевые слова: Амурская государственная медицинская академия, юбилей, педиатрический факультет.

Для цитирования: Павленко В. И., Шамраева В. В. 20-летняя история педиатрического факультета Амурской государственной медицинской академии // Амурский медицинский журнал. 2023. Том 11. № 2(35). С. 43-49. <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-2-43>.

Informational article

20-YEAR HISTORY OF THE PEDIATRIC FACULTY OF THE AMUR STATE MEDICAL ACADEMY

Valentina I Pavlenko, Victorija V. Shamraeva

Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Blagoveshchensk, Russia; agmapedfac@mail.ru

Abstract. This article is dedicated to the 20th anniversary of the pediatric faculty of the Amur State Medical Academy. It reflects the history of the creation, formation, achievements and prospects for further development of the faculty.

Keywords: Amur State Medical Academy, jubilee, pediatric Faculty.

For citation: Pavlenko VI, Shamraeva VV. 20-letnyaya istoriya pediatricheskogo fakul'teta Amurskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii [20-year history of the pediatric faculty of the Amur State Medical Academy]. *Amurskii meditsinskii zhurnal. – Amur Medical Journal.* 2023;11;2(35):43–49. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2023-11-1-52>.

20 лет назад при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации в ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (Амурская ГМА, Академия) решено возродить работу педиатрического факультета. Это событие стало знаковым для дальнейшего развития нашей Академии. Как это было, чего мы достигли, кем гордимся, что ждём от будущего? Откроем страницы нашей истории...

История создания педиатрического факультета и его деканы

Педиатрический факультет в Амурской ГМА (а тогда в Благовещенском государственном медицинском институте (БГМИ)) впервые был открыт в 1988 году и, осуществив 4 выпуска врачей по специальности «врач-педиатр», временно прекратил свою деятельность. В те годы деканат не разделялся на лечебный и педиатрический, и в ин-

© Павленко В. И., Шамраева В. В., 2023

ституте общее руководство принадлежало одному декану, на то время заведующему кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии, доктору медицинских наук профессору Гордиенко Виктору Петровичу. Основная подготовка будущих врачей-педиатров проходила через субординатуру и ординатуру на кафедре детских болезней БГМИ под руководством заведующего кафедрой – доктора медицинских наук профессора Альбины Федоровны Бабцевой. Стоит отметить, что и набор студентов на педиатрический факультет был очень большим в сравнении с 2000-ми годами – поступали 150 человек, и ещё 15–20 человек дополнительно брали «в резерв». В 1996 году деятельность факультета была приостановлена, но в связи с острой нехваткой врачей-педиатров на Дальнем Востоке с 15 июня 2003 года педиатрический факультет Амурской ГМА возобновил работу. Деканом, стоящим у истоков педиатрического факультета, была кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) Наталья Викторовна Климова, руководившая факультетом до сентября 2007 г. (впоследствии ушла с этой должности в связи с отпуском по уходу за ребенком). Тогда еще до 3 курса практически не было различий в программах обучения между двумя факультетами (останавливались только на изучении особенностей детского возраста), не было специфических учебных практик. Студенты учились под началом кафедры детских болезней ФПК и ППС под руководством профессора, доктора медицинских наук Татьяны Владимировны Заболотских (ныне – ректор Академии). Но в 2006 году стала очевидна необходимость создания отдельной выпускающей кафедры на факультете, которая бы вела студентов с первого курса до государственной итоговой аттестации. Так была создана кафедра педиатрии педиатрического факультета, руководителем и единственным штатным специалистом которой стала доктор медицинских наук профессор Елена Борисовна Романцова. К работе на кафедре поначалу привлекалось много врачей-совместителей и постепенно в течение всех этих лет к ней присоединились основные кадры. В 2008 году на кафедру переведена ассистентом кандидат медицинских наук Виктория Владимировна Шамраева, которой сразу же



Рис. 1. Шамраева Виктория Владимировна – декан педиатрического факультета с 2008 по 2013 гг.

было поручено возглавить педиатрический факультет (рис. 1).

Это были непростые годы становления факультета, так как почти все надо было начинать «с нуля», пройти при этом вместе с лечебным факультетом аттестацию Академии в 2008 году, а затем и аккредитацию нашего факультета в 2009 году. Эти процедуры были обязательными к прохождению всеми вузами каждые 5 лет, но так как выпуск врачей-педиатров должен был состояться впервые, то нам надо было отстаивать своё право не только обучать их в дальнейшем, но и выдавать им дипломы государственного образца. Конечно же, эти этапы были достойно и успешно пройдены, благодаря всей команде ректората и деканата. Интересный факт – когда студенты всего вуза успешно сдали итоговый государственный экзамен, выпуск-

ники лечебного факультета сразу же получили дипломы и начали поступать в интернатуру (тогда это было обязательным условием перед выходом на работу) или в ординатуру, а студенты педиатрического факультета (первые 36 выпускников) во главе с В. В. Шамраевой с огромным нетерпением ждали, когда в Амурскую ГМА придёт Свидетельство об аккредитации. Это случилось только в июле, и именно тогда учебный отдел начал выдавать заветные документы – дипломы.

Виктория Владимировна Шамраева руководила факультетом с 2008 по 2013 гг., за это время став доцентом кафедры педиатрии и получив такое же учёное звание. В. В. Шамраева добровольно покинула должность декана факультета, так как выпускающей кафедре педиатрии надо было отдавать много сил и энергии. С 2017 года В. В. Шамраева руководит кафедрой педиатрии, в связи с переходом Е. Б. Романцовой на руководство кафедрой детских болезней.

В это время всему факультету пришлось пройти еще одну процедуру аттестации вуза и столкнуться со сменой государственного образовательного стандарта (ГОС) на федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) с 2010 года. После этого ФГОС обновлялся еще дважды. Каждый раз новые перемены требуют колоссальных усилий от всех структур Академии и от всех кафедр: это полная замена расписаний с необходимостью развести курсы, обучающиеся одновременно по разным стандартам, создание полностью новой методической базы для обучения, в том числе появление совершенно новых учебных дисциплин и практик; большие изменения в структуре академии, объединение ряда кафедр и при необходимости создание новых. А ещё отмена интернатуры и появление первичной аккредитации специалиста. Все медицинские вузы нашей страны столкнулись с этими сложностями, которые продолжаются до сих пор и решаются с 2013 года уже третьим деканом педиатрического факультета - доктором медицинских наук, профессором кафедры факультетской и поликлинической терапии Валентиной Ивановной Павленко (выпускницей лечебного факультета БГМИ 1990 года). Но при этом деканат педиатрического факультета уже крепко стоит на ногах, заработав за эти годы достойное уважение и почет (рис. 2).



Рис. 2. Павленко Валентина Ивановна – декан педиатрического факультета с 2013 г. по настоящее время

Подготовка врачей-ординаторов и аспирантов

Первый выпуск врачей-педиатров, как было сказано, состоялся в 2009 году, и тогда же на кафедру педиатрии было выделено три места для обучения в ординатуре. Через 3 года обучение всех ординаторов по специальности «педиатрия» было организовано на кафедре детских болезней факультета последиplomного образования под руководством ректора Амурской ГМА, заведующего этой кафедрой Татьяны Владимировны Заболотских.

В период с 2009 по 2013 гг. под руководством заведующей кафедрой педиатрии Е. Б. Романцовой прошли обучение в ординатуре по специальности «педиатрия» семь ординаторов: Елена Валерьевна Васильева (выпускница лечебного факультета), Виктория Викторовна Яковук, Ольга Анатольевна Золотухина, Алена Михайловна Шикунова,

Наталья Владимировна Мурриева, Елена Павловна Борисенко, Екатерина Сергеевна Тимофеева. Кроме этого, Елена Борисовна в период с 2006 по 2017 годы руководила научными работами аспирантов кафедры, которые в последующем успешно защитили диссертации на звание кандидата медицинских наук: Елена Павловна Борисенко (аспирант и ассистент кафедры) и врач-педиатр из Якутии Оксана Афанасьевна Голикова.

Подготовка студентов

Подготовка студентов по специальности «педиатрия» осуществляется на 23 кафедрах Амурской ГМА. Большое значение в подготовке специалистов играют выпускающие кафедры: педиатрии, акушерства и гинекологии, госпитальной хирургии с курсом детской хирургии, инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией. Срок освоения образовательной программы в очной форме обучения составляет 6 лет. Выпускники по данной специальности после успешного прохождения государственной итоговой аттестации (ГИА) получают квалификацию «врач-педиатр».

С первых лет организации педиатрического факультета с кафедрами проводится постоянная работа по осуществлению профильного преподавания дисциплины с обязательным акцентом на особенностях течения того иного процесса у детей. Это относится как к теоретическим предметам, так и к клиническим дисциплинам. Студенты наряду с изучением особенностей растущего организма и развития патологических процессов в организме ребенка осваивают проведение лечебно-диагностических и профилактических мероприятий среди детского и взрослого населения.

Учебная работа на кафедре педиатрии – одна из самых разноплановых и ответственных. В данное время на кафедре преподается 15 дисциплин и практик, включая учебные и производственные, а также ведется активная подготовка студентов к ГИА и к первичной аккредитации специалиста. Клиническими базами при обучении студентов-педиатров являются все лечебные учреждения города, и конечно же ГАУЗ АО Детская городская клиническая больница с детскими поликлиниками, входящими в ее состав, ГАУЗ АО Амурская областная детская клиническая больница (отделения терапевтического и хирургического профиля). Сотрудники кафе-

дры педиатрии являются высококвалифицированными врачами с большим стажем работы, порой по нескольким специальностям, что, безусловно, улучшает и качество преподавания у студентов.

В настоящее время кадровый состав кафедры составляют заведующая кафедрой педиатрии, кандидат медицинских наук доцент Виктория Владимировна Шамраева (выпускница педиатрического факультета БГМИ, врач-педиатр высшей категории, имеет также специализацию «врач аллерголог-иммунолог»). Людмила Ивановна Моногарова (выпускница лечебного факультета БГМИ) – доцент кафедры с 2020 года, кандидат медицинских наук, врач-педиатр высшей категории, поработавшая много лет в министерстве здравоохранения Амурской области начальником отдела охраны материнства и детства и занимавшаяся педагогической деятельностью на кафедре детских болезней в качестве доцента. Ольга Вячеславовна Журавлева (выпускница Амурской ГМА) – ассистент кафедры, прошла первичную специализацию по эндокринологии; совмещает работу ассистента и прием врача детского эндокринолога, выполняя при этом научное исследование по теме «Состояние здоровья и адаптивные возможности детей, рожденных от матерей с тиреоидной патологией в Амурской области», в 2009–2013 гг. обучалась в заочной аспирантуре. В течение ряда лет на кафедре работает ассистентом совместителем кандидат медицинских наук, врач высшей категории неонатолог, реаниматолог Перинатального Центра АОКБ Ирина Ивановна Рябых (выпускница педиатрического факультета БГМИ 1995 года). Павел Кузьмич Солдаткин – ассистент кафедры с 2021 года (выпускник педиатрического факультета ВГМИ), много лет преподававший на кафедре инфекционных болезней Амурской ГМА, Почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, Ударник Коммунистического труда, Ветеран труда.

Долгие годы в академии преподавала Людмила Григорьевна Холодок (выпускница лечебного факультета БГМИ) – ассистент кафедры, кандидат медицинских наук, врач-педиатр высшей категории с 50-летним стажем работы (преимущественно в Детской городской клинической больнице); в 2020 году получила премию «Признание» за многолетний добросовестный труд (рис. 3).



Рис. 3. Коллектив кафедры педиатрии в 2022 году

Научно-практические достижения факультета связаны с изучением актуальных вопросов состояния здоровья детей и подростков. Комплексная тема кафедры педиатрии и детских болезней «Состояние здоровья, адаптивные возможности школьников Приамурья и разработка профилактических мероприятий по коррекции их нарушений». В настоящее время разрабатывается новая научная тема совместно с кафедрой детских болезней ФПДО: «Влияние перинатальной патологии, нарушений пищевого программирования и инфекционных факторов в раннем детстве на дальнейшее состояние здоровья детей». Все сотрудники кафедры имеют научные и методические публикации в различных изданиях, в том числе рецензируемых ВАК, работы в базе журналов Scopus. Многие статьи публикуются совместно с врачами практического здравоохранения и студентами.

Под руководством кафедры педиатрии ежегодно проходит научно-практическая конференция «Избранные вопросы педиатрии».

Студенческие научные общества, которые затрагивают самые актуальные темы педиатрии, проводятся регулярно совместно с другими кафедрами Амурской ГМА лечеб-

ного факультета (детских болезней, биологии, инфекционных болезней, акушерства и гинекологии). За годы работы факультета на итоговых заседаниях СНО, конференциях на иностранных языках, ежегодной межвузовской конференции «Молодежь XXI века: шаг в будущее» было заслушано более 150 студенческих работ (рис. 4). Среди особых достижений в работе студенческого научного общества хочется отметить, что наши студенты трижды очно принимали участие в заседании Итогового студенческого научного общества в ДВГМУ (г. Хабаровск), привозя оттуда похвальные грамоты и ценные призы (Ларина Наталья, Котова Виолетта, Кочурова Алана, Авдошкина Екатерина, Елизарева Татьяна). Студенты педиатрического факультета имеют публикации в центральной печати по результатам своей научно-исследовательской работы (Галактионова Светлана, Гусейнли Гюнай, Горевая Валентина, Усик Ольга, Бигун Анастасия, Габриелян Елена, Поляшова Анна, Тимофеева Мария, Юсупова Наталья, Репьева Елизавета, Монгуш Сайдам, Дзюбан Мария, Сергеева Анастасия, Аксёнова Анна, Менгилёва Ксения, Пестерникова Анна и другие).

Со времени своего образования на педиатрическом факультета проводится актив-



Рис. 4. Итоговое заседание СНО 2018 года

ная воспитательная и профориентационная работа среди студентов и школьников города Благовещенска. Так, студенты-педиатры принимают участие в городской профилактической программе «Ярмарки здоровья», проводят Уроки здоровья для детей школ и больниц, развлекательно-праздничные мероприятия, вечера памяти, посвященные Дню Победы нашего народа в Великой Отечественной войне; поэтические вечера, встречи с художниками, посещение выставок Амурского областного краеведческого музея им. Г. С. Новикова-Даурского. Добрыми традициями педиатрического факультета стали мероприятия «Незабудка» для выпускников, «Мы» с виртуальным путешествием по малой родине студентов, «Недели добрых дел»; встречи с наставниками (выпускниками прошлых лет), участие во Всероссийской акции #БУМБАТЛ по сбору макулатуры. Привлекая к таким событиям студентов, мы надеемся на укрепление в них уверенности в правильном выборе своей будущей профессии – врач-педиатр.

Индивидуальные достижения выпускников

За период деятельности педиатрического факультета с 2003 по 2023 гг. подготовлен 581 дипломированный специалист! Из всех выпускников обладателями диплома с отличием стали 82 человека. Пятерым выпускникам заслуженно вручена медаль «Лучший студент АГМА». В 2017 г. Епифанцевой Виктории, в 2018 г. – Юречко Оксане, в 2019 г. – Паршакову Дмитрию, в 2020 г. – Дорожкой Елизавете, в 2021 г. – Дзюбан Марии, в 2022 г. – Красносельской Алине и в 2023 г. – Таюрской Марии. Все выпускники стали врачами самых различных специальностей, многие при этом закончили ординатуру.

Также на факультете активно проводится работа по трудоустройству выпускников. Организуются ярмарки вакансий с участием представителей министерства здравоохранения Амурской области и соседних регионов, главных врачей городских и областных лечебно-профилактических учреждений. Трудоустроены наши врачи от берегов Са-

халина и Камчатки до Москвы, Санкт-Петербурга и Калининграда.

Мы очень гордимся своими выпускниками, многие из них уже занимают высокие руководящие должности, имеют почетные грамоты от руководства, благодарности от пациентов!

Заклячая экскурс в 20-летнюю историю педиатрического факультета, можно обоснованно сказать, что, несмотря на небольшую

историю, факультет является полноценным структурным подразделением Амурской ГМА и вносит значимый вклад в многогранную работу по подготовке высококвалифицированных врачей-педиатров.

Перспективы педиатрический факультет связывает с новыми кадрами, которые обучаются в целевой ординатуре академии, новыми научными идеями, сохранением и приумножением традиций.

Координаты для связи:

Павленко Валентина Ивановна – д-р мед. наук, доцент, декан педиатрического факультета ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России; e-mail: agmapedfac@mail.ru; тел. 89622846290;

Шамраева Виктория Владимировна – канд. мед. наук, доцент, заведующая кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России; e-mail: agma.pediatric@list.ru; тел. 89146112559

*Статья поступила в редакцию 04.11.2023; принята после рецензирования 07.11.2023; принята к печати 24.11.2023.
The article was submitted 04.11.2023; approved after reviewing 07.11.2023; accepted for publication 24.11.2023.*

Правила публикации для авторов в «Амурском медицинском журнале»

Авторы, направляющие статьи в редакцию «Амурского медицинского журнала», при их подготовке должны придерживаться рекомендаций ВАК при Минобрнауки России и единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы, разработанных Международным комитетом редакторов медицинских журналов (ICMJE).

Статья, направляемая в редакцию «Амурского медицинского журнала» на имя главного редактора издания, должна иметь официальное направление организации, в которой выполнена работа, оформленное на официальном бланке организации. В направлении обязательно указывается информация, что данная статья ранее нигде не была опубликована. К направлению прилагаются результаты проверки статьи на плагиат (для проверки степени уникальности статьи рекомендуется использовать программы/онлайн сервисы Антиплагиат, ЕТХТ Антиплагиат или Advego Antiplagiatus (глубокий уровень)). Статья на первой странице в левом верхнем углу должна иметь визу научного руководителя с его подписью.

Объем оригинальных статей не должен превышать 10 страниц машинописного текста (резюме, таблицы, иллюстрации и список литературы не учитываются), обзорных статей и лекций – до 14 страниц, описания клинического случая или обмена опытом – до 8 страниц. Текст статьи должен быть напечатан на одной стороне листа формата А4 с межстрочным интервалом 1,5, поля по 2,5 см с каждой стороны, шрифт Times New Roman, размер 14.

В начале статьи последовательно размещаются: индекс УДК, название статьи, инициалы и фамилия автора (авторов) статьи, полное официальное название учреждения (учреждений), в котором была выполнена работа, резюме, ключевые слова.

Для оригинальных статей резюме выполняет функцию источника информации, независимого от основного текста статьи, который размещается в информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. В связи с этим, резюме для оригинальных статей должно быть структурированным (в краткой форме повторять структуру статьи, включая цель, методы, результаты исследования, заключение) и содержательным (раскрывать содержание статьи и результаты исследований), включать не менее 250 слов.

Резюме обзоров литературы, лекций, описаний клинических случаев или обмена опытом обязательно должно содержать цель обзора/цель статьи, основные положения обзора/статьи, изложенные в основной части, и заключение.

К статье обязательно прилагается качественный перевод резюме на английский язык. К тексту резюме прилагаются название статьи, инициалы и фамилия автора (авторов) статьи, полное официальное название учреждения, ключевые слова, переведенные на английский язык.

Аббревиатуры и сокращения (кроме общепринятых) размещаются в тексте статьи в круглых скобках после первого упоминания термина. Единицы измерения даются в системе СИ. Клинико-диагностические термины приводятся в соответствии с Международной классификацией болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Названия и символы генов набираются курсивом строчными буквами, названия их продуктов должны начинаться с прописной буквы прямым шрифтом.

Оригинальная статья, в которой автор представляет собственные исследования, должна иметь следующие разделы:

«Введение», в котором кратко излагается современное состояние проблемы, обосновывается актуальность и цель исследования;

«Материалы и методы» содержит информацию об объектах исследования, исследуемых выборках, методах исследования и методах статистической обработки полученных данных. При описании общепринятых методов исследования можно ограничиться ссылкой на соответствующие литературные источники, в остальных случаях методы исследования описываются максимально подробно. При описании приборов, диагностической аппаратуры, наборов для лабораторного анализа необходимо указывать страну-изготовителя. Если в работе использовались лекарственные средства и химические вещества, приводятся их международные непатентованные названия, которые набираются строчными буквами, дозы и способы введения.

Научные исследования с использованием экспериментальных животных должны проводиться с соблюдением законов и правил лабораторной практики, принятых в Российской Федерации, и принципов гуманности, изложенных в директиве Европейского союза, исследования должны быть одобрены этическим комитетом организации, в которой выполнялась работа (указывается номер протокола и дата утверждения).

Научные проекты с участием людей должны проводиться в соответствии с «Правилам клинической практики в Российской Федерации», с соблюдением этических принципов проведения научных медицинских исследований с участием человека. Исследования должны быть одобрены этическим комитетом организации, в которой выполнялась работа (указывается номер протокола и дата утверждения).

Обязательным компонентом раздела «Материалы и методы» является описание статистического анализа. Приводится полный перечень использованных статистических методов, критерии проверки гипотез, обозначается принятый в данном исследовании критический уровень значимости, указывается название и версия программы статистического анализа;

«Результаты и обсуждение» содержит краткое и обоснованное изложение результатов исследования, с элементами анализа и интерпретации полученных данных. В данном разделе могут содержаться подзаголовки, допускаются ссылки на работы других авторов;

«Заключение». Раздел содержит сформулированные выводы, обоснованные рекомендации, положения, вытекающие из полученных результатов.

Структура обзора литературы должна содержать введение, цель обзора, основную часть и заключение.

Структура описания клинического случая или обмена опытом должна содержать введение, описательную часть (краткий анамнез, объективные исследования, лабораторные и инструментальные обследования, проведенное лечение, результаты и прогноз), обсуждение, заключение.

Иллюстрации (рисунки, фотографии, схемы, диаграммы, графики) должны быть представлены в минимальном количестве.

стве. В тексте статьи все иллюстрации обозначаются с использованием сквозной нумерации в круглых скобках (рис. 1), (рис. 2) и т.д. Все иллюстрации прилагаются в виде отдельных файлов соответствующего формата. Диаграммы и графики, созданные с использованием программ Microsoft Office, прилагаются в виде файлов с расширением *.docx, *.xls, *.ppt, к каждой диаграмме и графику прилагаются цифровые значения для их построения. Изображения (рисунки, фотографии) прилагаются в виде отдельных файлов формата TIFF, JPEG или PNG (с расширением *.tif, *.ipj или *.png соответственно) с разрешением не менее 300 ppi. Однотипные рисунки должны иметь одинаковый размер и масштаб. Подрисовочные подписи должны быть информативными, в подписях к микрофотографиям обязательно указывается метод окрашивания и увеличение.

Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, иметь книжную ориентацию. Заголовки граф должны соответствовать их содержанию. Данные, представленные в таблицах, не должны дублировать материал рисунков, и наоборот. В тексте статьи все таблицы обозначаются с использованием сквозной нумерации в круглых скобках (табл. 1), (табл. 2) и т.д. Также таблицы предоставляются в виде отдельных файлов с расширением *.docx.

Цитаты, химические формулы, таблицы и дозировки препаратов, приводимые в статьях, должны быть тщательно выверены и подписаны на полях автором.

Список источников оформляется в строгом соответствии с требованиями ГОСТ 7.0.5. – 2008 «Библиографическая запись. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления».

Список формируется располагая в порядке цитирования источников в тексте статьи. Во всех ссылках (как на отечественные, так и на зарубежные публикации) перед названием публикации (статьи, монографии и т.д.) необходимо указывать всех авторов. В конце описания работы следует указать ее DOI (при наличии). Ссылки на источники в тексте статьи обозначаются соответствующей арабской цифрой в квадратных скобках.

Библиография должна содержать как отечественные, так и зарубежные работы за последние 10–15 лет. Лишь в случае необходимости допустимы ссылки на более ранние труды. Не допускается использование диссертаций авторефератов диссертаций в качестве литературных источников (все материалы диссертаций публикуются в открытой печати до защиты). В списке литературы допускается не более 2–3 самоцитирования.

Отдельно прилагается список источников на латинице «References». Во всех ссылках блока «References» (как на отечественные, так и на иностранные публикации) перед названием необходимо указывать всех авторов. Если русскоязычная статья в журнале и/или монография опубликована с выходными данными на английском языке (название работы, резюме, ключевые слова), то фамилии и инициалы всех авторов на латинице и название статьи на английском языке следует указывать так, как они даны в оригинальной публикации. В том случае, если цитируемая статья не содержит перевода названия на английский язык, фамилии и инициалы авторов, а также название статьи транслитерируются. При транслитерации рекомендуется использовать стандарт BSI (British Standard Institute, UK). Для транслитерации текста в соответствии со стандартом BSI можно воспользоваться ссылкой <http://ru.translit.ru/?account=bsi>. Ссылки на статьи в зарубежных журналах размещаются в «References» без изменения.

В оригинальных статьях цитируются не менее 10 и не более 15 источников, в обзорных статьях – не более 50. Авторы несут ответственность за правильность библиографических данных.

Пример оформления списка источников:

Список источников

Статья в отечественном журнале и/или сборнике научных публикаций:

Бурд С. Г., Лебедева А. В., Рублева Ю. В., Миронов М. Б., Красильщикова Т. М. Существует ли универсальный препарат для лечения эпилепсии? // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2018. Т. 10, № 2. С. 95–103. <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2018.10.2.095-103>.

Статья в зарубежном журнале:

Glaser T., Ben-Menachem E., Bourgeois B. Updated ILAE evidence review of AED efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizure and Syndromes // Epilepsia. 2013. Vol. 54 (3). P. 551–563. <https://doi.org/10.1111/epi.12074>.

Журнальная статья в электронном формате:

Авров М. В. Качество жизни пациентов с хронической ишемией головного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 4. С. 56–58. URL: <https://mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2017/4/1199772982017041056>. (дата обращения: 07.04.2020). <https://doi.org/10.17116/jnevro20171174156-58>

Книга, опубликованная на русском языке:

Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. Руководство для врачей. Москва: Медицина, 2010. 720 с.

Книга, опубликованная на английском языке:

Panayiotopoulos C. P. A Clinical Guide to epileptic syndromes and their treatment. Springer, 2010. 654 p.

Патент:

Янчук В. П., Хрипкова Л. С. Способ стабилизации внутригрудного давления после пульмонэктомии // Патент России № 2288647, 2007. Бюл. № 36.

Материалы конференций:

Кушнерова Н. Ф., Момот Т. В. Влияние глубоководных погружений на фосфолипидный состав плазмы кров и мембран эритроцитов водолазов // Экологические проблемы современности (Москва, 14–15 декабря 2017 г.): материалы международного форума Научного совета РФ по экологии человека и гигиене окружающей среды. Москва, 2017. С. 263–265.

Пример оформления транслитерированного списка источников:

References

Русскоязычная статья в журнале с выходными данными на английском языке:

Burd SG, Lebedeva AV, Rubleva YuV, Mironov MB, Krasilshikova TM. Is there a universal drug for epilepsy? Epilepsy and paroxysmal conditions. 2018;10;2:95-103. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2018.10.2.095-103>.

Русскоязычная статья, не содержащая перевода названия на английский язык:

Fomenko SYe, Kushnerova NF, Sprygin VG, Momot TV. Gepatoprotekornaya aktivnost' ekstrakta iz yagod zhimolosti pri intoksikatsii chetyrekhkloristym uglerodom u krys [Hepatoprotective activity of honeysuckle berry extract during carbon tetrachloride intoxication in rats]. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya farmakologiya. – Experimental and clinical pharmacology*. 2014;10:26-30. (In Russ.).

Статья в зарубежном журнале:

Glauser T, Ben-Menachem E, Bourgeois B. Updated ILAE evidence review of AED efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizure and Syndromes. *Epilepsia*;2013;54;3:551-563. <https://doi.org/10.1111/epi.12074>.

Журнальная статья в электронном формате:

Avrov MV. Quality of life of patients with chronic cerebral ischemia. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. – 2017. – Vol. 117, № 4. – P. 56-58. Accessed April 4, 2020. Available from: <https://mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2017/4/1199772982017041056>

Русскоязычная книга с выходными данными на английском языке:

Karlov VA. Epilepsy of children and adult males and females. Moscow, 2010. 720 p. (In Russ.).

Книга, опубликованная на русском языке:

Afanas'ev VV. *Tsitoflavin v intensivnoy terapii. Posobie dlya vrachey* [Cytoflavin in intensive care. Physician's Manual]. St. Petersburg, 2005. 86 p. (In Russ.).

Книга, опубликованная на английском языке:

Panayiotopoulos CP. A Clinical Guide to epileptic syndromes and their treatment. Springer, 2010. 654 p.

Патент:

Simonova NV, Dorovskikh VA, Anohina RA, Simonova I.. Sposob povysheniya antioksidantnogo statusa teplokrovnoogo organizma v usloviyah ul'trafioletovogo obluchenija. Patent 2424580 RF, 22.12.2009. (In Russ.).

В разделе «Координаты для связи» следует указать фамилию, имя, отчество, ученую степень, ученое звание, должность, место работы, адрес электронной почты, контактный телефон каждого соавтора статьи.

В соответствии с требованиями статьи 10.1. Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» авторы заполняют и присылают в редакцию **«Согласие на обработку персональных данных»** (Форма для заполнения на странице журнала <https://amursma.ru/svyaz-s-obshchestvennostyu/zhurnal-amurskiy-meditsinskiy-zhurnal/avtoram/>).

Редакция оставляет за собой право на сокращение текста статьи и его редактирование, не меняющее смысл статьи. Копия авторам не высылается. Авторский гонорар не выплачивается. Поступление статьи в редакцию подтверждает полное согласие автора с правилами журнала. Не принятые к опубликованию работы авторам не возвращаются.

Статьи, оформленные без соблюдения данных правил, не рассматриваются.

Принятые к рассмотрению статьи направляются на рецензирование. Статьи, получившие отрицательное заключение, в журнале не публикуются и не возвращаются. Рассылкой отписок статей и журналов редакция не занимается.

Статьи, возвращенные автору с замечаниями рецензента, должны быть доработаны в указанный срок. Если статья возвращается в редакцию позже установленного срока, дата поступления статьи заменяется датой представления переработанного материала.

Файлы с электронной версией статьи, иллюстрациями и таблицами направляются в редакцию «Амурского медицинского журнала» по адресу: editorial.dep@amursma.ru.

Материалы, включающие печатный вариант статьи, согласия авторов и направление организации, в которой выполнялась работа, следует направлять в редакцию «Амурского медицинского журнала» по адресу: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Горького, 95, ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, редакция «Амурского медицинского журнала».

