

Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

**XXXVIII Международная научная медицинская конференция
«Современные медицинские исследования»**

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

30 сентября 2019

Кемерово

СБОРНИК СТАТЕЙ ТРИДЦАТЬ ВОСЬМОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»

30 сентября 2019 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431**ISBN 978-5-9907998-1-3**

Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам XXXVIII Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 30 сентября 2019 г. www.avicenna-idp.ru/

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинских наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинских наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинских наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурагина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельница Евгения Александровна - ассистент кафедры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

В сборнике представлены материалы докладов по результатам научной конференции.

Цель – привлечение студентов к научной деятельности, формирование навыков выполнения научно-исследовательских работ, развитие инициативы в учебе и будущей деятельности в условиях рыночной экономики.

Для студентов, молодых ученых и преподавателей вузов.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 30.09.2019 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 2.2. | Тираж 500.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна.

Содержание

1. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, ДЕПРЕССИИ И ИНСОМНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....4
Частоедова Е.В.
2. ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ - ПРИ КОЖНОЙ БОЛЕЗНИ "РОЗАЦЕА".....7
Узбекова Ф.Ю., Рахмонова Ш.М., Рахмонова Б.Х., Шарипов З.А., Степанова И.С., Зоидбоев Ш.Ш.
3. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....10
Колесов Б.В., Долгих Т.А.
4. РОЛЬ ПЕРЕБАЗИРОВКИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....12
Кретов И.В., Матыцина Т.В., Матыцина И.В.
5. ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....16
Финогеева О.С.

Статьи XXXVIII Международной научной медицинской конференции
«Современные медицинские исследования»**Частоедова Елизавета Владимировна**
Chastoedova Elizaveta VladimirovnaСтудент 5 курса лечебного факультета
Кировский государственный медицинский университет
E-mail: chastoedova-liza@mail.ru

УДК 612.67

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, ДЕПРЕССИИ И
ИНСОМНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА****THE RESEARCH OF THE MANIFESTATIONS OF SENILE ASTHENIA, DEPRESSION
AND INSOMNIA IN ELDERLY AND SENILE AGE**

Аннотация. В статье проанализированы данные опроса пациентов КОГБУЗ «СКБ СМП» о выраженности проявлений старческой астении, депрессии и инсомнии. Отмечено, что у большинства мужчин и почти половины обследованных женщин отсутствуют признаки астении. Почти у трети мужчин и женщин обнаружены симптомы депрессии. При определении степени инсомнии выявлено, что у большинства мужчин и почти у половины женщин пожилого возраста имеются пограничные значения выраженности инсомнии.

Abstract. The article analyzes the data of a survey of patients of the KOGBUZ «SKB SMP» on the severity of manifestations of senile asthenia, depression and insomnia. It was noted that majority of men and almost half of the surveyed women have no signs of asthenia. Almost a third of men and women have symptoms of depression. When determining the degree of insomnia, it was found that majority of men and almost half of older women have borderline values of the severity of insomnia.

Ключевые слова: старческая астения, депрессия, инсомния, пожилой возраст, старческий возраст.

Keywords: senile asthenia, depression, insomnia, elderly age, senile age.

Введение. Старческая астения (СА) - гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо - и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти [3]. Развитию синдрома СА предшествует преастения, характеризующаяся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для установления диагноза СА.

Депрессия в пожилом возрасте — настолько распространенное состояние, что можно даже говорить об эпидемии сенильной депрессии. По данным ВОЗ, депрессивные симптомы имеют место у 40—45% пациентов преклонного возраста, обратившихся к врачу в связи с различными заболеваниями. Женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины, распространенность депрессии гораздо выше среди инвалидов и социально ограниченных людей. Депрессия отрицательно влияет на качество жизни, значительно усугубляет инвалидизацию вследствие соматического заболевания и является основной причиной самоубийства среди лиц пожилого возраста [1].

По данным ряда эпидемиологических исследований населения старших возрастных групп (65 лет и старше), до 35% пожилых имеют проблемы, связанные со сном. Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов регулярно или часто употребляют снотворные средства. Нарушение сна выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых.

В пожилом возрасте, как никогда, ярко прослеживается взаимосвязь между соматическим и психическим здоровьем. Своего рода квинтэссенцией этой взаимосвязи у больных можно считать количество и качество сна. Недостаток количества и качества сна влияет на эмоциональное состояние больных, провоцирует тревожно-депрессивные проявления во время бодрствования. Это усиливает вероятность развития психосоматических нарушений и многих хронических заболеваний [2].

Цель исследования: оценка проявлений старческой астении, депрессии и инсомнии у лиц

пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 30 пациентов КОГБУЗ «СКБ СМП», находящихся на амбулаторном лечении, среди них 10 мужчин (33,3%) и 20 женщин (66,7%). Средний возраст пациентов $71,2 \pm 1,1$ год.

Скрининг старческой астении проводили с помощью опросника «Возраст не помеха» для пациентов в возрасте старше 60 лет. «Крепкие» пациенты 1-2 положительных ответов. «Прехрупкие» пациенты 3-4 положительных ответа целесообразна консультация врача-гериатра. Пациент признается «хрупким» при 5 и более баллах и в этом случае нуждается в консультации врача гериатра.

Проявления депрессии оценивали по Гериатрической шкале депрессии (GDS). Оценка > 5 баллов позволяет предположить наличие депрессии; > 10 баллов в большинстве случаев указывает на депрессию; > 15 баллов указывает на необходимость тщательного обследования.

Наличие инсомнии выявляли с помощью Анкеты оценки качества сна, где максимальная суммарная оценка – 30 баллов. 22 и более баллов – показатели, характерные для здоровых испытуемых, 19-21 балл – пограничные значения, показатели менее 19 баллов характерны для наличия инсомнии.

Статистический анализ результатов проводился с помощью программы «STATISTICA 6». Для сравнения двух независимых выборок применяли непараметрический критерий Манна-Уитни (подходит для малых выборок), изучение корреляционных взаимосвязей - с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Качественные показатели оценивали с помощью критерия хи-квадрат. Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Проведя анализ полученных данных по опроснику «Возраст не помеха», можно констатировать, что у большинства мужчин (70%) и почти половины (45%) женщин отсутствуют признаки астении. У 1 женщины и 1 мужчины выявлены признаки астении (категория «хрупкие»). Достоверных гендерных различий по степени выраженности астении не было обнаружено.

Для сравнения процентного распределения по степени выраженности астении в зависимости от возраста с учетом пола были выделены 2 группы: 1 группа – 60-74 года (22 человека) – лица пожилого возраста; 2 группа – 75-90 лет (8 человек) – лица старческого возраста.

Статистически значимых различий в процентном распределении по степени выраженности признака в зависимости от пола и возраста не выявлено.

При качественном анализе выраженности отдельных симптомов старческой астении, можно отметить, что в возрастной группе 60-74 года чаще встречались такие признаки, как: подавленное настроение (у 68,2% опрошенных), ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения и слуха (у 50%) и проблемы с памятью, пониманием, ориентацией, способностью планировать.

Опросник «Гериатрическая шкала депрессии» показал, что у большинства мужчин (71,4%) и женщин (53,3%) возрастной группы 60-74 лет отсутствуют симптомы депрессии. Но почти у трети мужчин (28,6%) и женщин (33,3%) выявлены симптомы депрессии. У 2 женщин этой возрастной группы симптомы депрессии достигли выраженных значений. Достоверных гендерных различий в процентном распределении по степени выраженности депрессии не было обнаружено.

Качественный анализ ответов на вопросы по опроснику «Гериатрическая шкала депрессии» показал, что и у мужчин, и у женщин чаще всего отмечают такие признаки депрессии, как: отсутствие интересов (прекратили заниматься хобби), отсутствие энергии (усталость, опустошенность), у женщин появляется боязнь начать что-то новое и боязнь, что случится что-то плохое. Ни у мужчин, ни у женщин не отмечен такой признак депрессии, как чувство ненужности.

Оценка степени инсомнии показала, что большинству мужчин (71,4%) и почти половине женщин (46,7%) возрастной группы 60-74 года характерны пограничные значения выраженности инсомнии. У 1 мужчины и 6 женщин этой возрастной группы выявлены признаки нарушения сна. Достоверных гендерных различий в процентном распределении по степени выраженности нарушений сна не отмечено.

Качественный анализ ответов на вопросы анкеты оценки качества сна показал, что чаще встречались такие проявления инсомнии, как частые ночные пробуждения, долгое время засыпания.

Сравнив средние показатели уровня астении, депрессии и инсомнии у мужчин и женщин, можно заключить, что достоверных различий не выявлено, незначительно ниже у мужчин средние значения уровня астении и депрессии и выше значение по шкале инсомнии.

У лиц старческого возраста незначительно выше средние показатели уровня астении и

депрессии и ниже уровня инсомнии. Достоверных различий в уровне астении, депрессии и инсомнии в зависимости от возраста выявлено не было.

Корреляционный анализ показал, что существует обратная связь средней силы между уровнем депрессии и баллами по шкале инсомнии. Т.е. высокий уровень депрессии имеет корреляционную взаимосвязь с проявлениями нарушений сна (высокие значения по этой шкале характеризуют норму). Умеренная отрицательная связь также отмечена между уровнем астении и баллами по шкале инсомнии. Т.е. при высоком уровне астении проявляются и нарушения сна. Слабая положительная корреляционная связь отмечена между уровнем астении и депрессии, а так же между возрастом и уровнем депрессии.

Заключение. Более чем у половины женщин и у трети мужчин выявлены признаки старческой астении, почти у половины женщин и трети мужчин отмечены проявления депрессии. Нарушения сна отмечены почти у половины женщин и четверти мужчин. Самыми частыми проявлениями старческой астении были: подавленное настроение, ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения и слуха и проблемы с памятью, пониманием, ориентацией, способностью планировать. Чаще всего отмечаются такие признаки депрессии, как: отсутствие интересов (прекратили заниматься хобби), отсутствие энергии (усталость, опустошенность), у женщин появляется боязнь начать что-то новое и боязнь, что случится что-то плохое. Из признаков инсомнии наиболее часто фигурировали: частые ночные пробуждения и долгое время засыпания. Достоверно значимых различий показателей в зависимости от возраста и пола не было выявлено. Обнаружена корреляционная взаимосвязь разной силы между возрастом, степенью проявлений астении, депрессии и инсомнии.

Библиографический список:

1. Воробьев П.А., Власова А.В. Депрессия в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. 2007. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/depressiya-v-pozhilom-vozhraсте> (дата обращения: 07.07.2019);
2. Магомедова Карема Абдулмукуминовна, Полуэктов М. Г. Особенности нарушений сна у больных пожилого возраста // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-narusheniy-sna-u-bolnyh-pozhilogo-vozhraста> (дата обращения: 07.07.2019);
3. Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров». Старческая астения // Клинические рекомендации. 2018

Узбекова Фотимахон Юнусходжаевна

студентка, Алтайского Государственного Медицинского Университета

Рахмонова Шахло Мухаммадюсуфовна

студентка, Алтайского Государственного Медицинского Университета

Рахмонова Бахтинисо Хадятуллоевна

студентка, Алтайского Государственного Медицинского Университета

Шарипов Зикриллохон Абдутоирович

студент, Таджикского Государственного Медицинского Университета

Степанова Ирина Сергеевна

студентка, Алтайского Государственного Медицинского Университета

Зоидбоев Шахриёр Шархиллоевич

студент, Алтайского Государственного Медицинского Университета

Uzbekova Fotimahon Yunuskhodzhayevna

student, Altai State Medical University

Rakhmonova Shakhlo Muhammadyusufovna

student, Altai State Medical University

Rakhmonova Bakhtiniso Hadiatulloevna

student, Altai State Medical University

Sharipov Zikrillokhon Abdutoirovich

student, Tajik State Medical University

Stepanova Irina Sergeevna

student, Altai State Medical University

Zoidboyev Shakhriyor Sharkhilloevich

student, Altai State Medical University

УДК 615

ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ - ПРИ КОЖНОЙ БОЛЕЗНИ "РОЗАЦЕА"**PHARMACODYNAMIC THERAPY - FOR SKIN DISEASE "ROSACEA"**

Аннотация: Розацеа является распространенным хроническим воспалительным заболеванием кожи и связана с рядом этиологических причин и подстрекательских факторов. Оно характеризуется эритематозными изменениями кожи лица и обычно представлен папулами, пустулами или телеангиэктазиями. 4 подтипа розацеа классифицируются по вторичным симптомам, таким как боль, эритема, сухость и отек. Существует ряд методов лечения «Розацеа», некоторые из которых можно использовать в сочетании. Основой терапии являются актуальные: метронидазол, местная азелиановая кислота и ультра крем ANTHELIOS SPF 50+; Crème Hydratante Visage SPF 25.

Abstract: Rosacea is a common chronic inflammatory skin disease and is associated with a number of etiological causes and inflammatory factors. It is characterized by erythematous changes of the skin of the face and is usually represented by papules, pustules or telangiectasias. The 4 subtypes of rosacea are classified by secondary symptoms, such as pain, erythema, dryness, and swelling. There are a number of treatments for Rosacea, some of which can be used in combination. The basis of therapy are topical: metronidazole, local azelanic acid and ultra cream ANTHELIOS SPF 50+; Crème Hydratante Visage SPF 25.

Ключевые слова: розацеа, воспалительные заболевания, фармакотерапия, дерматологические состояния.

Key words: rosacea, inflammatory diseases, pharmacotherapy, dermatological conditions.

Целью написания статьи является оценка влияния ANTHELIOS SPF 50+; Crème Hydratante Visage SPF 25 на клинические показатели и качество жизни пациентов, страдающих папулопустулезной формой розацеа.

Начало розацеа обычно происходит в возрасте от 30 до 50 лет. Течение заболевания обычно хроническое, с ремиссиями и рецидивами. Некоторые пациенты выявляют обостряющие факторы, особенно в отношении приливов, такие как жара, алкоголь, солнечный свет, горячие напитки, стресс, менструация, некоторые лекарства и определенные продукты. Розацеа чаще встречается у женщин,

чем у мужчин, но мужчины с розацеа более склонны к развитию утолщенных и искажающих изменений кожи. Розацеа более эпизодически ассоциируется с дерматитом, с мигренью и с *Helicobacter Pylori*. Извержение, подобное розацеа, может быть вызвано местным нанесением фторированных кортикостероидов и мази такролимуса на лицо. В двух европейских популяционных исследованиях распространенность розацеа, как сообщалось, составляла 1,5% 14 и 10%, но оценки осложняются трудностью различения хронического повреждения и эритема телеангиэктатической. Хотя розацеа может встречаться во всех расовых и этнических группах, считается что белые люди кельтского происхождения особенно склонны к расстройству и это редко встречается у людей с темной кожей. До 30 процентов пациентов сообщают о розацеа в семейном анамнезе. Распространенное заблуждение о том, что покраснение лица и ринофима, связанные с розацеа, обусловлены чрезмерным употреблением алкоголя, делает розацеа социально стигматизирующим состоянием для многих пациентов.

«Розацеа»- это диагностический термин, применяемый к спектру изменений кожи и глаз. До тех пор, пока причины и патогенез не будут лучше поняты, рекомендуется и рекомендовать классификацию розацеа по ее преобладающим признакам и классификации по степени тяжести.

Существует несколько классификаций розацеа. Однако все они основаны на клинических проявлениях заболевания и не учитывают в полном объеме его этиологию и патогенез. В России часто используется классификация Е.И. Рыжковой, на основании которой выделяют 4 стадии:

- эритематозную;
- папулезную;
- пустулезную (отдельным вариантом выделяется кистозная форма);
- инфильтративно-продуктивную.

Диагноз розацеа ставится на основании первичных и вторичных признаков. К первичным относятся преходящая и/или постоянная эритема, папулы и пустулы, телеангиэктазии. Наличие одного или нескольких из них в центральной части лица свидетельствует о розацеа. К вторичным признакам относятся чувство жжения и горения (особенно в скуловой области), шелушение кожи, отек (мягкий, длительностью в несколько дней или плотный, чаще всего сочетающийся с папулами и пустулами), глазные проявления (варьируются от легких, характеризующихся чувством жжения, зуда, до тяжелых, вплоть до слепоты), повреждения кожных покровов на периферии лица (встречаются редко), фиброматоз (например, ринофима является наиболее распространенной формой, но могут возникнуть и другие). Эмоциональное влияние розацеа на пациента также должно учитываться при лечении этого состояния и советы по улучшению косметического вида кожи являются важным аспектом общего ухода.

Воспалительные папулы и пустулы обычно реагируют на терапию и рассасываются без образования рубцов, а ринофима редко развивается у женщин. Следует рекомендовать применять солнцезащитный крем: ANTHELIOS SPF 50+; Crème Hydratante Visage SPF 25 ежедневно, который обеспечивает защиту как от ультрафиолетового А, так и от ультрафиолетового В-облучения, и избегать использования раздражающих средств для местного применения. Лечение следует начинать с 100 мг доксицилина или 100 мг миноциклина ежедневно в течение периода от 6 до 12 недель. Это должно сопровождаться поддерживающей терапией азелаиновой кислотой, местным метронидазолом или препаратом натрия сульфациламид-сера, применяемым два раза в день в течение шести месяцев, а затем постепенно прекращаться, как указано выше. Лазерная терапия должна рассматриваться для остаточных, выдающихся телеангиэктатических сосудов. Пероральный антибиотик, вероятно, поможет глазным симптомам пациента, и ей также следует посоветовать чистить веки теплой водой два раза в день. Направление к офтальмологу следует рассмотреть, если ее глазные симптомы сохраняются.

На основании рассмотренных данных можно сделать вывод о том, что розацеа имеет высокую актуальность во всем мире и является самостоятельным неспецифическим заболеванием с преимущественным поражением сосудистой стенки, имеющим прямую связь с влиянием «триггерных» факторов и ареалом обитания популяции.

Актуальность коррекции розацеа в начальной стадии развития обусловлена прежде всего состоянием стенок сосудов кожного покрова, имеющим не только внешнее проявление (эстетический компонент — поражаются преимущественно капилляры кожи лица пациента), но и влияющим на трофику, морфофункциональное состояние кожи в целом, прогрессирование заболевания и переход его к более тяжелым стадиям, вплоть до ринофимы. Таким образом, целесообразно проводить лечебные мероприятия уже на ранних стадиях розацеа с целью коррекции клинических проявлений

перрозацеа и профилактики более тяжелых форм данного заболевания.

Библиографический список:

1. Wilkin J.K. Rosacea: pathophysiology and treatment. Arch Dermatol 1994; 130: 359-362.
2. Gupta A.K., Chaudhry M.M. Rosacea and its management: an overview. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005; 19: 273-285.
3. Потекаев Н.Н. Розацеа. М-СПб: Бином; Невский диалект 2000; 144.
4. Борисевич И.В. Маркетинговое изучение рынка косметологических услуг в условиях крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб 2006; 157.
5. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. М: Практика 2007; 48-51.
6. Интернет-ресурс <http://www.rosacea.org/about/index.php>.

Колесов Богдан Владимирович
Kolesov Bogdan Vladimirovich

Студент лечебного факультета, кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией, Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск
E-mail: KOLESOV_BOOO@MAIL.RU

Долгих Татьяна Анатольевна
Dolgikh Tatyana Anatolyevna

Ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией, Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск
E-mail: klycha.mail@mail.ru

УДК 616.9:578.826

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

SOME FEATURES OF THE COURSE OF ADENOVIRAL INFECTION

Аннотация: В данной статье были проанализированы особенности течения аденовирусной инфекции у двух пациенток женского пола (больная А. и больная Б.). У больной А. был диагностирован аденовирусный менингит, а у больной Б. аденовирусная инфекция протекала на фоне цефалгического синдрома не ясной этиологии.

Annotation: In this article, the features of the of adenoviral infection in two female patients were analyzed (patient A. and patient B.). Patient A. was diagnosed with adenoviral meningitis, and patient B. had an adenoviral infection in the presence of a cephalgic syndrome of unclear etiology.

Ключевые слова: аденовирусная инфекция, менингит, дети, полиморфизм.

Key words: adenovirus infection, meningitis, children, polymorphism.

Введение: Аденовирусная инфекция (АИ) – группа острых антропонозных вирусных заболеваний с преимущественным поражением слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кишечника и лимфоидной ткани. Впервые аденовирус был выделен в 1953 году из ткани миндалин и аденоидов, удаленных у детей. Источником заражения являются больные люди любой формой АИ или здоровые вирусоносители. В настоящее время известно более 80 серотипов, из которых патогенны для человека 49. Аденовирусы чрезвычайно устойчивы в окружающей среде. Сохраняются в замороженном состоянии, адаптируются к температуре от 4 до 50 °С. В воде при 4 °С они сохраняют жизнеспособность 2 года; на стекле, одежде выживают в течение 10–45 дней. Выделение вирусов происходит из верхних дыхательных путей, с фекалиями, слезами. Роль «здоровых» вирусоносителей в передаче инфекции достаточна значима. Максимальные сроки вирусывыделения составляют 40–50 дней [1, 717]. Особая значимость АИ определяется широким распространением, значительным удельным весом в структуре острых респираторных вирусных инфекций (от 5 до 20 %), высокой частотой встречаемости у детей и лиц молодого возраста, полиморфизмом клинической картины и отсутствием специфической профилактики. Несмотря на возможность поражения нервной системы аденовирусом, подробного описания случаев менингита или энцефалита в современной литературе нами найдено не было.

Нами была проведена сравнительная характеристика двух клинических случаев у девочек с аденовирусной инфекцией (больная А. и больная Б.). У больной А. был диагностирован аденовирусный менингит, а у больной Б. АИ протекала на фоне цефалгического синдрома не ясной этиологии. Обе пациентки находились на лечении в областной инфекционной больнице.

Цель работы: проанализировать особенности течения АИ на примере клинических случаев.

Возраст больной А. на момент поступления в стационар 15 лет, больной Б. - 16 лет. Средний срок пребывания в стационаре составил 10 суток. У больной А. на 2-е сутки заболевания развился менингеальный синдром. Пациентка Б. часто жаловалась на головную боль, которая купировалась медикаментозно. При анализе данных случаев мы выделили следующие ведущие синдромы: интоксикационный, катаральный, диспепсический, цефалгический. В клиническом анализе крови у больной А.: тромбоцитопения, лимфоцитоз, анемия легкой степени тяжести. В биохимическом анализе крови: гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина. В общем анализе мочи обнаружено много плоского эпителия, микрогематурия. У больной Б. в клиническом анализе крови:

лимфоцитоз, ускорение СОЭ, биохимический анализ крови и общий анализ мочи без патологии. При исследовании мазков из носа и носоглотки методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на ДНК и РНК возбудителей острых респираторных вирусных инфекций, в обоих случаях была обнаружена ДНК аденовируса. В связи с наличием менингеального синдрома, больной А. была проведена люмбальная пункция. В светло-розовом ликворе (за счет большого количества «свежих» эритроцитов) регистрировались следующие изменения: нейтрофильный плеоцитоз 21/3 (нейтрофилы 16%), рН 9, глюкоза 2,2 ммоль/л, ионы хлора 114,1 ммоль/л, неполная прозрачность. Также была выполнена ПЦР спинномозговой жидкости (СМЖ) – обнаружена ДНК аденовируса. Идентификация серотипа аденовируса не проводилась. Пациентки получали комплексную терапию с учетом выявленных особенностей АИ, включающую антибактериальные, противовирусные, дезинтоксикационные и симптоматические препараты.

У больной А. был выставлен диагноз «Аденовирусная инфекция, негладкое течение, атипичная форма, средней степени тяжести, синдром ринофарингоконъюнктивита, острый менингит». У больной Б. диагноз - «Аденовирусная инфекция, типичная форма, гладкое течение, синдромы ринофарингита, гастроэнтерита, средней степени тяжести». Обе пациентки были выписаны с клиническим выздоровлением для дальнейшего наблюдения неврологом по месту жительства. Спустя один год состояние – удовлетворительное, головной боли нет.

Заключение: Таким образом, в данных случаях отмечен классический полиморфизм клинической картины аденовирусной инфекции, что может способствовать дифференциально-диагностическим ошибкам до этапа лабораторной верификации заболевания. Поскольку больная Б. не была осмотрена неврологом в стационаре, можно сделать предположение, что цефалгический синдром, вероятно, связан с индивидуальными особенностями организма и самим вирусом. Следует также отметить невысокую частоту развития аденовирусного менингита в клинической практике и его благоприятное течение у больной А.

Библиографический список:

1. Инфекционные болезни : национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. (Серия «Национальные руководства»). С. 716 – 720.
2. Острые респираторные инфекции у детей и подростков: практическое руководство для врачей / Л.В.Осидак, В.П. Дриневский, Л.М. Цыбалова и др. ;под ред. Л.В.Осидак. - 2-е изд., доп.-СПб.: ИнформМед, 2010.-216 с.
3. Tebruegge M, Curtis N. Adenovirus infection in the immunocompromised host. AdvExp MedBiol. 2010;659:153–174.
4. Hong JY, Lee HJ, Piedra PA, et al. Lower respiratory tract infections due to adenovirus in hospitalized Korean children: epidemiology, clinical features, and prognosis. Clin Infect Dis.2001;32:1423–1429.

Кретов Иван Викторович
KretovIvanViktorovich

Врач-ординатор кафедры стоматологии ортопедической ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В. И. Разумовского Минздрава России. E-mail: ivan.kretov.95@inbox.ru

Матыцина Татьяна Вячеславовна
Matytsina Tatyana Vyacheslavovna

Преподаватель кафедры стоматологии ортопедической ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В. И. Разумовского Минздрава России. E-mail: dentamativ@mail.ru

Матыцина Ирина Владимировна
Matytsina Irina Vladimirovna

Студентка 5-го курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В. И. Разумовского Минздрава России

УДК 616.31

**РОЛЬ ПЕРЕБАЗИРОВКИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ**

THE ROLE OF REBASING OF COMPLETE DENTURES IN PROSTHETIC DENTISTRY

Аннотация: В данной работе рассматривается зависимость скорости атрофии тканей протезного ложе с регулярной перебазировкой полных съемных протезов и без проведения перебазировки.

Annotation: In this paper we consider the dependence of the rate of atrophy of prosthetic bed tissues with regular relocation of complete dentures and without relocation

Ключевые слова: съемные протезы, перебазировка.

Keywords: removable dentures, relocation

Актуальность.

Одной из актуальных задач современной стоматологии является не только восстановление зубочелюстной системы в функциональном и эстетическом отношении с помощью полноценных зубных протезов, но и максимальном сохранении тканей протезного ложа для успешного повторного протезирования. Для увеличения срока эксплуатации протеза и уменьшения атрофии альвеолярного отростка необходимо проводить перебазировку съемного протеза с определенной периодичностью.

Альвеолярный отросток после удаления зубов подвергается перестройке, сопровождающейся образованием новой кости, заполняющей дно лунки, атрофией свободных ее краев. С заживлением костной раны перестройка не заканчивается, а продолжается, но уже с преобладанием атрофии. Последняя связана с выпадением функции альвеолярного отростка (“атрофия от бездействия” Е.И.Гаврилов). Кроме атрофии от бездействия, резорбции при общих и местных заболеваниях (пародонтоз, пародонтит, диабет), может иметь место старческая атрофия альвеолярного отростка.

Атрофия альвеолярного отростка – процесс необратимый, и поэтому чем больше времени прошло после потери зубов, тем более выражена убыль кости. Протезирование не приостанавливает явления атрофии, а усиливает их. Полный съемный протез оказывает негативное влияние на подлежащие ткани, выражающееся в ускорении процессов убыли кости альвеолярного отростка. Атрофические процессы обусловлены рядом факторов: неравномерным распределением жевательной нагрузки на протезное ложе, несоответствием рельефа поверхности базиса микрорельефу слизистой оболочки, механическим сдавливанием слизистой оболочки протезного ложа базисом съемного протеза. Чем сильнее атрофия альвеолярной части челюсти, тем проблематичней создание адекватной опоры для съемного протеза с целью его фиксации и стабилизации. И чем стремительнее развиваются атрофические процессы, тем быстрее изготовленный по всем правилам протез перестает отвечать имеющимся условиям.

В основе патогенеза атрофических изменений кости, слизистой оболочки роль главного фактора отводится изменению сосудов (Е. И. Гаврилов). Они являются теми тканевыми элементами, которые в первую очередь принимают на себя давление протеза и изменения кровообращения не могут не отразиться на состоянии слизистого покрова и кости альвеолярного отростка и

твердогонеба. Вследствие изменений рельефа подлежащих тканей возникает несоответствие между базисом протеза и протезным ложем. Несоответствие рельефа базиса протеза и протезного ложа часто вызывает неравномерное распределение жевательного давления с возникновением зон перегрузок в подлежащих тканях. В таком случае ортопедическая конструкция оказывает больше негативного воздействия, которое сопровождается увеличением интенсивности атрофических процессов в участках с повышенным давлением, усугубляя при этом состояние тканей протезного ложа. Таким образом, процессы резорбции челюстных костей, идущие в кости под воздействием съемного протеза, усиливаются если протезное ложе перестает соответствовать базису из-за атрофии костной основы. Несоответствие рельефа базиса протеза протезному ложу возможно корректировать с помощью проведения перебазировки протеза.

Часто в повседневной клинической практике необходимость перебазировки протеза определяется нарушением его устойчивости или балансом, что не всегда сопровождается жалобами пациентов. В связи с этим, во время первой установки протеза в ротовую полость, специалист рекомендует пациенту обращаться в кабинет стоматолога не реже раза в полугодие. Такой подход позволяет своевременно выявлять все возможные нарушения и устранять их без вреда для пациента.

Цель нашего исследования - выявление зависимости скорости атрофии костной ткани челюстей, с регулярной перебазировкой и без нее.

В задачи работы входили: выявление скорости атрофии костной ткани у пациентов с регулярной перебазировкой полных съемных пластинчатых протезов; выявление скорости атрофии костной ткани у пациентов без перебазировки протезов; проведение сравнительного анализа данных.

Материалы и методы.

Для проведения исследовательской работы были сформированы две группы пациентов с полным отсутствием зубов, которым в один временной промежуток были изготовлены полные съемные протезы.

Всего было обследовано 10 человек и сформировано 2 группы. Первая группа пациентов - 5 человек в возрасте 55-65 лет, данной группе проводилась регулярная перебазировка протезов 1 раз в 6 мес. Вторая группа пациентов - 5 человек 55-65 лет, перебазировка протезов в течение 2-х с половиной лет не проводилась. Возраст пациентов указан с момента начала исследования.

Для выполнения программы исследования и систематизации данных, полученных при обследовании пациентов, пользующихся полными съемными протезами, была разработана «Карта обследования пациента с полным отсутствием зубов (далее «Карта 1»), которая содержала в себе два раздела. Первый раздел заполнялся в ходе опроса и осмотра пациента и содержал паспортно-социальные данные, включая образование, вид трудовой деятельности, профессиональные вредности, характер питания, перенесенные и сопутствующие заболевания, аллергологический анамнез, степень адаптации пациента к имеющемуся зубному протезу, степень восстановления функциональных нарушений, а также анатомо-топографические особенности протезного ложа и медико-технические характеристики полного съемного протеза и его взаимоотношения с тканями протезного ложа (качество самого протеза и его фиксации, плотность прилегания базиса к тканям протезного ложа, межальвеолярная высота, окклюзионные взаимоотношения). Во втором разделе фиксировались результаты проведенных исследований по оценке качества фиксации полного съемного протеза и определению степени атрофии тканей протезного ложа под базисом съемного протеза.

Обследование проводили в день наложения протеза, через 3 месяца после наложения протеза, и далее – через каждые 6 месяцев течение 2,5 лет. Процесс перебазировки заключался в замене акриловой опорной накладке протеза, прилегающей к десне. При этом новая накладка должна полностью соответствовать положению твердых тканей челюсти, иметь базис, приспособленный к жевательному давлению. Кроме того, перебазированный протез должен обеспечивать нормальный прикус всех зубов, не вызывать его нарушения.

Для определения объема атрофии тканей протезного ложа под базисом съемного протеза был использован метод, предложенный М.И. Садыковым. Пациентам снимали слепки корригирующим материалом силиконовой слепочной массой с помощью съемного протеза пациента в положении центральной окклюзии под небольшим давлением прикуса. После застывания, излишки слепочной массы обрезались по клапанной линии, а для проведения измерений слепки отделяли от базиса протеза и с помощью микрометра и линейки измеряли толщину, ширину и длину слепка. Затем путем погружения слепка в жидкость определяли его объем.

Результаты исследования.

Атрофические процессы, объясняется тем, что для кости адекватным раздражителем является

растяжение прикрепленных к ней связок(сухожилия, периодонт), но сама кость не приспособлена к восприятию сил сжатия, которые исходят от базиса съемного протеза. Атрофия может быть также усилена неправильным протезированием, несвоевременным проведением перебази́ровки съемного протеза.

Обследование пациентов с полным отсутствием зубов и пользующихся полными съемными протезами позволило проанализировать динамику происходящих под базисом протеза атрофических изменений. Результат измерения объема слепочной массы под базисами полных съемных протезов у двух групп пациентов(1;2), полученные в день наложения протезов составил $0,15 \pm 0,002$ см³ и явился точкой отсчета для дальнейшей сравнительной оценки результатов. Через три месяца после наложения протезов объем слепочной массы под базисами протезов у пациентов определен в $0,16 \pm 0,002$ см³(первые признаки атрофии). Первой контрольной группе была проведена перебази́ровка полного съемного протеза. Через 6 месяцев после протезирования объем слепочной массы под базисами полных съемных протезов составил $0,19 \pm 0,003$ см³, у пациентов, которым перебази́ровка не проводилась. У пациентов, которым перебази́ровка проводилась объем слепочной массы под базисами полных съемных протезов составил $0,17 \pm 0,002$ см³. Что на $0,02$ см³- меньше чем у тех пациентов, которым перебази́ровка не проводилась. Через 1 год и 3 месяца пользования полными съемными протезами объем слепочной массы под базисами исследуемых протезов составил $0,22 \pm 0,005$ см³(в группе 2-без регулярной перебази́ровки), и $0,18 \pm 0,002$ см³ у пациентов 1 группы, которым проводилась регулярная перебази́ровка. Из приведенной ниже таблицы можно наглядно оценить скорость атрофических процессов у обеих групп.

| Контрольный осмотр . | 1 группа (с регулярной перебази́ровкой) | 2 группа(без перебази́ровки) |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| В день наложения протезов. | $0,15 \pm 0,002$ см ³ | $0,15 \pm 0,002$ см ³ |
| Через 3 месяца. | $0,16 \pm 0,002$ см ³ | $0,16 \pm 0,002$ см ³ |
| Через 6 месяцев. | $0,17 \pm 0,002$ см ³ | $0,19 \pm 0,002$ см ³ |
| Через 6 месяцев. | $0,18 \pm 0,002$ см ³ | $0,22 \pm 0,002$ см ³ |
| Через 6 месяцев. | $0,19 \pm 0,002$ см ³ | $0,23 \pm 0,002$ см ³ |
| Через 6 месяцев. | $0,20 \pm 0,002$ см ³ | $0,24 \pm 0,002$ см ³ |
| Через 3 месяцев. | $0,21 \pm 0,002$ см ³ | $0,25 \pm 0,002$ см ³ |

Таким образом, первые признаки атрофических процессов тканей протезного ложа были зафиксированы уже после 3 месяцев пользования протезом - объем утраченных тканей составил в среднем $0,01 \pm 0,002$ см. Это значение получено путем вычитания объема слепочной массы под базисом полного съемного протеза, определенного в день его наложения ($0,15 \pm 0,002$ см³), из объема слепочной массы, зафиксированного на данном временном отрезке ($0,16 \pm 0,002$ см³). Что доказывает о начале атрофических процессов у пациентов, которые пользуются полными съемными протезами. Из таблицы видно, что процессам атрофии подвержены обе группы пациентов, но пациенты 1 группы, которым регулярно проводилась перебази́ровка протезов, процессы атрофии протекают медленнее, что в большей степени сохраняет ткани протезного ложа для успешного повторного протезирования, и увеличивает срок эксплуатации полного съемного протеза.

В ходе данной исследовательской работы удалось выявить, что процессу атрофии костной ткани подвергается большинство пациентов, пользующихся полными съемными протезами, и пациенты с регулярной перебази́ровкой полных съемных пластинчатых протезов и пациенты без перебази́ровки протезов. Однако у пациентов, которым регулярно проводилась перебази́ровка съемных протезов отличается замедление атрофических процессов.

Библиографический список:

1. Лебеденко И.Ю. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов / И.Ю.Лебеденко Э.С.Каливрадзян, Т.И.Ибрагимов. - М. : Медицина, 2005. - 95 с.
2. Луганский В.А. Способы улучшения фиксации полных съемных протезов путем оптимизации получения функциональных оттисков / В.А.Луганский // Панорама ортопедической стоматологии. - 2014. - №2. - С.34 - 39.
3. Марков Б.П. Оптимизация методики снятия функциональных слепков с беззубых челюстей/ Б.П.Марков, Е.С.Ирошникова, В.Ю.Кабанов. - М. : Медицина, 2014. - 20 с.
4. Расулов М.М. Зубопротезная техника / М.М.Расулов, Т.И.Ибрагимов, И.Ю.Лебеденко. - М. : Медицина, 2015. - С.77-92.

5.Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология. Терминологический словарь / Трезубов В.Н. - Н.Новгород, НГМА, 2012.

6.Чернявский С. А. Клинический метод перебазировки съемного пластиночного протеза материалом «Латакрил н плюс» фирмы «Латус» //

7.BhavnaShroff - Biology of Orthodontic Tooth Movement

8.Chung How Kau - Three-Dimensional Imaging for Orthodontics and Maxillofacial Surgery

Финогеева Ольга Станиславовна
фельдшер-лаборант Борисовского БЦРБ

Finogeeva Olga Stanislavovna
medical assistant-the laboratorian Borisov CRB

УДК 616.9

ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

PREVENTION OF NOSOCOMIAL AND OCCUPATIONAL INFECTIONS AS AN IMPORTANT FACTOR IN THE HEALTH OF MEDICAL PERSONNEL

Аннотация. Профилактика внутрибольничных инфекций и профессиональных заболеваний у медицинских работников является важной составляющей медицинской организации. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) являются одной из важнейших проблем современной медицины и имеют большое медико-социальное значение. Соблюдение правил противоэпидемического режима и дезинфекции – это, прежде всего профилактика внутрибольничных инфекций. В статье описывается, в каких направлениях и как осуществляется такая профилактика.

Annotation. Prevention of nosocomial infections and occupational diseases in health workers is an important component of the medical organization. Nosocomial infections (IBI) are one of the most important problems of modern medicine and are of great medical and social importance. Compliance with the rules of anti-epidemic regime and disinfection is, first of all, prevention of nosocomial infections. The article describes in what directions and how such prevention is carried out.

Ключевые слова. Внутрибольничные инфекции, профессиональные заболевания, противоэпидемический режим, дезинфекция.

Keyword. Nosocomial infections, occupational diseases, anti-epidemic regime, disinfection.

В Российской Федерации сложилась нелёгкая эпидемиологическая обстановка по гемоконтактным инфекциям. В группе риска находятся, прежде всего, медицинские работники. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) являются, одной из серьезных проблем, современной медицины, и имеют, большую медицинскую и социальную значимость. Экономический ущерб, наносимый ВБИ ежегодно, составляет 5 млрд. рублей. Значимость ВБИ предполагает создание системы, инфекционного контроля, который направлен на предупреждение возникновения и распространения госпитальных инфекций, базирующейся, на результатах эпидемиологической диагностики. Профилактика ВБИ остается одной из актуальных проблем, в здравоохранении, в связи с ущербом, причиняемым, здоровью и жизни больных. Соблюдение правил противоэпидемического режима и дезинфекции — это в первую очередь предотвращение внутрибольничных инфекций (ВБИ) и сохранение здоровья медицинского персонала. Данное правило действует в отношении всех категорий медицинского персонала, особенно работников операционных, процедурных кабинетов и лабораторий, непосредственно контактирующих с потенциально инфицированным биологическим материалом (кровью, плазмой и т.д.). [1].

Длительное время понятие «внутрибольничные инфекции» относили только к заражениям и заболеваниям в стационарах. Именно эта часть ВБИ, самая значительная по масштабам, привлекала в первую очередь внимание служб здравоохранения. Принципиально важным явилось включение в число ВБИ в 70-х годах всех заболеваний, связанных с заражением в стационарах, независимо от того, где появились признаки болезни и где диагностирована ВБИ — в стационаре или после выписки из него. В настоящее время к ВБИ относят и заболевания пациентов, связанные с оказанием медицинской помощи не только в больницах, но и в любых лечебно-профилактических учреждениях (поликлиника, медико-санитарная часть, здравпункт, скорая помощь). Широта распространения этих ВБИ изучена недостаточно хорошо. В число ВБИ, помимо заболеваний пациентов, включены также заболевания медицинских работников. Этот раздел наименее изучен [4, 16].

Таким образом, условно можно выделить три вида ВБИ:

- у пациентов, инфицировавшихся в стационарах;
- у пациентов, инфицировавшихся при получении поликлинической помощи;

- у медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным в стационарах и поликлиниках.

Объединяет все три вида инфекций место инфицирования — лечебное учреждение.

ВБИ — понятие собирательное, включающее различные нозологические формы. Наиболее удачным и полным следует считать определение ВБИ, предложенное Европейским региональным бюро ВОЗ в 1979 г.: внутрибольничная инфекция — любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения в нее за лечебной помощью или инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания до или во время пребывания в больнице.

Рост ВБИ порожден комплексом факторов, в числе которых следующие:

1. Создание крупных больничных комплексов со своеобразной экологией: большим потоком пациентов; медицинским персоналом, тесно контактирующим с больными; интенсивными миграционными процессами; замкнутостью окружающей среды (палаты для больных, кабинеты для диагностики и лечебных процедур) и своеобразием ее микробиологической характеристики (циркуляция штаммов условно-патогенных микроорганизмов).

2. Формирование мощного искусственного (артифициального) механизма передачи возбудителей инфекций, связанного с инвазивными вмешательствами, лечебными и диагностическими медицинскими процедурами, использованием медицинской аппаратуры.

3. Активизация естественных механизмов передачи возбудителей инфекционных болезней, особенно воздушно-капельного и контактнобытового, в условиях тесного общения больных, медицинского персонала в лечебных учреждениях.

4. Наличие постоянного большого массива источников возбудителей инфекций: пациенты, поступающие в стационар с нераспознанными инфекционными болезнями; лица, у которых ВБИ наслаивается на основное заболевание в стационаре, медицинский персонал (носители, больные стертыми формами инфекции).

5. Широкое бесконтрольное применение антибиотиков. Не всегда достаточно продуманная стратегия и тактика применения антибиотиков и химиопрепаратов для лечения и профилактики заболеваний способствует развитию лекарственной устойчивости микроорганизмов.

6. Формирование госпитальных штаммов, характеризующихся множественной лекарственной устойчивостью, обладающих селективными преимуществами, высокой устойчивостью к действию дезинфектантов.

7. Все более широкое использование сложной техники для диагностики и лечения, которая требует особых методов стерилизации. Использование приборов и аппаратуры нередко приводит к травмированию слизистых оболочек и кожных покровов, формируя «ворота» для возбудителей инфекций.

8. Медленная перестройка части клиницистов, по-прежнему рассматривающих многие ВБИ (пневмония, пиелонефрит, воспалительные заболевания кожи и др.) как неинфекционную патологию.

9. Нарушение санитарно-гигиенического режима в лечебных учреждениях приводит к резкому росту заболеваемости ВБИ и возникновению вспышек.

Характеризуя ВБИ, необходимо отметить, что данная категория инфекций имеет свои особенности эпидемиологии, отличающие ее от так называемых «классических» инфекций. Они выражаются в своеобразии механизмов и факторов передачи, особенностей течения эпидемиологического и инфекционного процессов, а также в том, что в возникновении, поддержании и распространении очагов ВБИ важнейшую роль играет медицинский персонал ЛПУ — относительная небольшая часть популяции.

В настоящее время достигнут прогресс в изучении эпидемиологии ВБИ, установлена широта распространения их в стационарах разного типа, доказана их полиэтиологичность. ВБИ могут быть вызваны более чем 300 возбудителей — бактериями, вирусами, простейшими, грибами и прионами. Ведущая роль как источникам инфекции принадлежит пациентам. В последние годы отмечается активизация артифициального механизма передачи. Это связано с резким увеличением количества инвазивных диагностических и лечебных процедур.

Проблема обеспечения безопасного труда медицинских работников стала привлекать серьезное внимание лишь в последние годы. Между тем установлено, что заболеваемость их в десятки, а иногда и в сотни раз, превышает заболеваемость взрослого населения. Проблема профилактики ВБИ является многоплановой и весьма трудна для решения по целому ряду причин —

организационных, эпидемиологических, научно-методических. Эффективность борьбы с ВБИ определяется сооружением ЛПУ в соответствии с последними научными достижениями, современным их оснащением и строгим выполнением требований противоэпидемического режима на всех этапах лечебного обслуживания больных. В ЛПУ независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования:

- свести к минимуму возможность заноса инфекции;
- исключить внутригоспитальные заражения;
- исключить вынос инфекции за пределы лечебного учреждения.

Каково же значение медицинской сестры в профилактике ВБИ?

В вопросах профилактики ВБИ в стационарах младшему и среднему персоналу отводится основная роль — роль организатора, ответственного исполнителя, а также контрольная функция. Ежедневное, тщательное, неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике ВБИ.

Говоря о важности профилактики ВБИ, следует отметить, что эта проблема, безусловно, комплексная и многогранная. Каждое из направлений профилактики ВБИ предусматривает ряд целенаправленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, имеющих целью предотвращение определенного пути передачи инфекционного агента внутри стационара.

К таким направлениям относятся общие требования к санитарному содержанию помещений, оборудования, инвентаря, личная гигиена больных и медицинского персонала, организация дезинфекционного дела, противоэпидемические требования к предстерилизационной обработке и стерилизации изделий медицинского назначения [5].

Профилактика ВБИ и профессиональных заболеваний у медицинских работников — важная составляющая деятельности медицинской организации. Она осуществляется по нескольким направлениям.

Первое. Предварительные (при принятии на работу) и периодические медицинские осмотры сотрудников с целью выявления профессионального заражения, включающие ежегодное флюорографическое обследование всех медицинских работников; ежегодный одновременный скрининг (при однократном взятии крови из вены) на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), маркёры гепатитов В и С, с комплексом серологических реакций на сифилис, охватывающий всех сотрудников с повышенным риском инфицирования.

Второе. Противоэпидемические мероприятия, необходимость проведения которых должен осознавать каждый медицинский работник.

Важное значение имеет повышение эффективности дезинфекционно-стерилизующих мероприятий. Необходимо соблюдать требования, изложенные в методических указаниях, приложенных к дезинфицирующему средству: область использования, активность в отношении определённых микроорганизмов, режим применения (концентрация рабочего раствора, время экспозиции, температура рабочего раствора), метод применения, меры предосторожности, совместимость с обрабатываемыми материалами, нормы расхода. Вопросы организации стерилизационного дела, соблюдение стандартов дезинфекции и стерилизации приобрели исключительную остроту. При ручном мытье колющего и режущего инструментария возможно травмирование рук медицинского персонала с последующим заражением. В целях предотвращения заражения инструменты сначала дезинфицируют, а затем обрабатывают вручную ершами, щётками, ватно-марлевыми тампонами. При выборе дезинфектантов важно отдавать предпочтение препаратам нового поколения, обеспечивающим возможность совмещения этапов дезинфекции с предстерилизационной очисткой. В настоящее время стало актуальным использование материалов и инструментов однократного применения: скарификаторы, капилляры, наконечники, шпатели, пробирки, а также салфетки, полотенца, спецодежду (халаты, колпаки, маски, фартуки, нарукавники), перчатки.

Ультрафиолетовое бактерицидное облучение воздушной среды помещений служит традиционным и наиболее распространённым санитарно-эпидемиологическим профилактическим мероприятием, направленным на снижение содержания микроорганизмов в воздушной среде и профилактику инфекционных заболеваний. Эффективность обеззараживания достигает 99,9%, производительность 100 м³/ч.

Основное условие борьбы с ВБИ, в соответствии с рекомендацией экспертов Всемирной Организации Здравоохранения от 2005 г., — соблюдение гигиены рук. Качественная обработка рук

позволяет уменьшить риск ВБИ в 2 раза (Пантелеева Л.Г., 2008; Брусина Е.Б. 2007; Зуева Л.П. и соавт., 2008). Идеальный метод должен уменьшать загрязнение рук до максимально низкого уровня, не требуя при этом времени и не оказывая существенного побочного действия на кожу медицинского персонала. С этой целью обеззараживание рук персонала производится с помощью спиртосодержащих кожных антисептиков с обязательным чередованием дезинфицирующих средств и строгим соблюдением методики.

Универсальные меры профилактики. Каждого пациента следует рассматривать как потенциальный источник инфекции. К универсальным мерам профилактики относятся использование индивидуальных средств защиты и правильное обращение с острыми, колющими и режущими инструментами. В каждом структурном подразделении созданы аптечки с медикаментами для оказания первой медицинской помощи при аварийных ситуациях, есть памятки, где описаны действия медицинских работников в подобных случаях. Дезинфекция и стерилизация медицинского инструментария многократного использования проводится в строгом соответствии с действующими инструкциями и рекомендациями.

Вакцинопрофилактика гепатита В. Первая генно-инженерная вакцина была изготовлена в 1987 г., а с 1989 г. её применяют в России для вакцинации медицинских работников и новорождённых. У медицинских работников групп высокого риска перед вакцинацией рекомендуют проводить иммунологическое тестирование, так как люди, перенёвшие гепатит В или являющиеся вирусоносителями, в вакцинации не нуждаются. Плановая вакцинация медицинского персонала против вирусного гепатита В проводится регулярно, охват вакцинацией составляет 100%, привитость — 99%.

Обучение и контроль знаний медицинского персонала, проводится систематически по различным темам, например - «Профилактика ВИЧ-инфекции», «Профилактика профессиональных заражений».

Библиографический список:

1. Бабицкая О.П. Передовые технологии дезинфекции и очистки медицинских инструментов // Глав. медсестр. — 2010. — №12. — С. 74-77.
2. Венцель Р. Внутрибольничные инфекции. — М.: Медицина, 2004. — С. 5-7.
3. Гажева А.В., Кожевников В.В. Инфекционная безопасность в медицинских учреждениях. Руководство для медицинских работников. — М.: ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава, 2005. — 46 с.
4. Крючкова О.Б. Ультрафиолетовые рециркуляторы «Дезар»: современные технические решения и характерные особенности // Глав. медсестр. — 2010. — №10. — С. 109-113.
5. Мельников Г.Н. Антисептические средства для обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов: современные аспекты // Глав. медсестр. — 2010. — №8. — С 54-62.

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей XXXVIII Международной научной конференции
«Современные медицинские исследования»

ISBN 978-5-9907998-1-3

Научный медицинский журнал «Авиценна»

Кемерово 2019