

2016–2018 гг. Исследования сыворотки крови выполнены иммуноферментным методом, реактивами производства «Диагностические системы» и ОАО «Вектор».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В 2016 г. обследовано 315 сотрудников, из них выявлен один HBsAg-позитивный респондент (0,31%) с установленным диагнозом ХГВ. У 65 (20,6%) лиц обнаружены анти-HBcore, у двух сотрудников выявлен феномен «изолированного анти-HBcore+» (отсутствие других серологических маркеров).

В 2017 г. из 270 обследованных выявлено два HBsAg-позитивных лица (0,74%), второй HBsAg-позитивный сотрудник с установленным ХГВ принят на работу в текущем году. У 62 медицинских работников (22,9%) обнаружены анти-HBcore, феномен «изолированного анти-HBcore» у восьми сотрудников. Увеличение количества «изолированных анти-HBcore» возможно связано с падением поствакцинальных aHBs ниже определяемого уровня у ряда респондентов.

В 2018 г. из 270 обследованных выявлен один HBsAg-позитивный результат (0,37%), второй сотрудник с ХГВ уволился. У 33 (12,2%) лиц обнаружены анти-HBcore, у двух сотрудников выявлен феномен «изолированного

анти-HBcore+». Снижение количества выявленных анти-HBcore-позитивных лиц по сравнению с предыдущими годами произошло из-за проведенной вакцинации, изменения состава сотрудников и алгоритма обследования (исключение некоторых категорий сотрудников из числа обследуемых). У двух анти-HBcore-позитивных сотрудников, выявленных в 2016 г., в последующие два года произошла элиминация данного маркера из сыворотки крови. Медицинским работникам с выявленным феноменом «изолированного анти-HBcore+» рекомендованы консультация инфекциониста и дополнительное обследование.

ВЫВОДЫ. Использование утвержденной схемы скрининга ВГВ (HBsAg, подтверждающий тест HBsAg) в группах высокого риска инфицирования в условиях современной эпидемиологической ситуации в РФ недостаточно. Стабильно высокий уровень регистрируемых хронических форм вирусных гепатитов диктует необходимость включения в схему скрининга дополнительных серологических маркеров (анти-HBcore, aHBs), что позволит эффективнее выявлять ХГВ и мониторировать эффективный уровень поствакцинальных aHBs у медицинских работников.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ МЕТОДОМ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА НА ПРИСУТСТВИЕ АНТИТЕЛ К ТОКСОПЛАЗМОЗУ И КРАСНУХЕ

Н. В. Черемных,

ГБУЗ ЯНАО «Новоуренгойская центральная городская больница», г. Новый Уренгой

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"» беременные обследуются на носительство антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови и определение антител к токсоплазме в крови. Обследование беременных проводится однократно на указанные инфекции. Но на основании местных распорядительных документов беременные, у которых отсутствуют антитела к токсоплазме, обследуются повторно на сроке 36 недель беременности для исключения заражения токсоплазмозом на сроке родов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: анализ результатов исследования сывороток крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) на присутствие антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи и токсоплазме в 2018 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано на антитела к вирусу краснухи 2229 человек, на антитела к токсоплазме – 3614 человек. Биологический материал для исследования сыворотка крови. Исследования проводились на тест-системах производства ООО «НПО» «Диагностические системы» (Россия).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В результате полученных данных среди обследованных на присутствие антител к вирусу краснухи YgM не обнаружены, у 2054 пациенток (92,1%) обнаружены YgG. Это является удовлетворительным показателем охвата вакцинацией против краснухи. Отсутствуют антитела у 175 пациентов (7,8%).

Присутствие антител YgG к токсоплазме 1067 пациентов (30,0%) при первичном обследовании. У 2547 (70,0%) беременных антитела отсутствуют. В связи с тем, что беременные повторно обследуются при отрицательных результатах исследования, антитела классов М, G на сроке беременности 36 недель не выявлены. Антитела класса М

обнаружены только у 10 пациентов (0,2%) при первичном обследовании.

ВЫВОДЫ. Применение метода исследования ИФА в практике врача-клинициста является дополнительным методом в постановке диагноза врожденного токсоплазмоза или синдрома врожденной краснухи. Указанные инфекции среди новорожденных за 2018 г. не зарегистрированы. Полученные результаты доказывают необходимость в дальнейшем обследования беременных на ранних сроках.

моза или синдрома врожденной краснухи. Указанные инфекции среди новорожденных за 2018 г. не зарегистрированы. Полученные результаты доказывают необходимость в дальнейшем обследования беременных на ранних сроках.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ

С. А. Шляпников, Н. Р. Насер, И. М. Батыршин, Д. С. Склизов, Ю. С. Остроумова, Е. П. Михельсон, М. А. Бородина,

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,
Городской центр по лечению тяжелого сепсиса, г. Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ. Некротизирующие инфекции мягких тканей (НИМТ) характеризуются быстро прогрессирующим некрозом, в который могут вовлекаться подкожная клетчатка, фасции и мышцы, сопровождаться выраженной интоксикацией, а в наиболее тяжелых случаях – органной дисфункцией тяжелым сепсисом (ТС) и септическим шоком (СШ).

Несмотря на относительно низкую частоту встречаемости (0,04 случая на 1000 человек в год), некротизирующие инфекции занимают особое место в хирургической практике, что обусловлено их высокой летальностью (30–50%).

Основные принципы лечения, такие как ранняя диагностика, незамедлительная антибактериальная терапия, агрессивная этапная хирургическая санация, остаются основными столпами терапии НИМТ, направленными на снижение летальности от данной патологии. Это единственные аспекты, на которые можно воздействовать для улучшения результатов лечения. Практически неопровержимы данные о том, что задержка в лечении, особенно в хирургической санации, связана с увеличением риска смертности. К сожалению, эти основные принципы остаются неизменными на протяжении десятилетий, что, вероятно, и лежит в основе относительно постоянной и до сих пор очень высокой частоты летальности при НИМТ. Очевидно, что для борьбы с высокой летальностью пациентов необходимы новые подходы в лечении данной патологии.

Проведение исследования, достоверно доказывающего эффективность вакуум-ассоциированной терапии (NPWT), заключается в создании равномерного отрицательного давления по всей раневой поверхности, что способствует адекватному дренированию раны и улучшению ее очищения, что является актуальной проблемой.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить эффективность применения терапии локальным отрицательным давлением в

лечении ран при некротизирующей инфекции мягких тканей.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Оценить выживаемость пациентов и соотнести количество койко-дней (КД) у пациентов с НИМТ при лечении ран классическим способом и при применении NPWT.

- Рассмотреть течение раневого процесса на фоне применения терапии локальным отрицательным давлением (скорость очищения ран, необходимое количество этапных санирующих операций, сроки до закрытия раневого дефекта).

- Оценить динамику системной реакции организма пациента (сроки купирования системного воспаления и органной дисфункции) на течение заболевания при применении терапии локальным отрицательным давлением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективную базу данных городского центра по лечению тяжелого сепсиса включены пациенты с некротизирующей инфекцией мягких тканей, осложненных ТС и СШ, течение заболевания которых оценивались по следующим параметрам:

- Демографические показатели (пол, возраст, сопутствующая патология (сахарный диабет, онкопроцесс, алкоголизм, наркомания, цирроз печени, другие хронические заболевания), наличие хронической ИКМТ, перенесенная травма либо оперативное вмешательство в анамнезе, прием иммуносупрессивных препаратов).

- Сроки от начала заболевания до радикальной хирургической обработки инфекционного очага.

- Признаки системной воспалительной реакции SIRS и органной дисфункции (SOFA, лактат, ПКТ, СРБ), количество баллов по LRINEC на момент первичной операции.

- Количество этапных санирующих операций.

- Сроки купирования органной недостаточности и системной воспалительной реакции.