

мой ( $\chi^2 = 2,05$ ,  $p < 0,05$ ). Заболевания вен нижних конечностей при роже встречались у мужчин чаще, чем у женщин ( $\chi^2 = 2,08$ ,  $p < 0,05$ ). У мужчин в 1,4 раза чаще встречалась коморбидная патология в виде заболеваний ССС, чем у женщин ( $\chi^2 = 3,4$ ,  $p < 0,001$ ).

Определение коморбидной патологии при развитии рожи позволяет определять группу риска по заболеванию рожей, а также прогнозировать рецидивы заболевания и обращает внимание на возможность сочетания препаратов различных групп при назначении этиотропной и патогенетической терапии с лечением коморбидной патологии. При развитии рожи на фоне ХВН необходимо комплексное этапное лечение у флеболога, а также различные профилактические мероприятия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Красавцев, Е. Л. Характеристика клинических форм рожи и частоты ее рецидивов / Е. Л. Красавцев, А. Л. Свентицкая // Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению коморбидной патологии: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. и с междунар. участием (Гомель, 29–30 ноября 2018 г.) / А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — С. 255–258.
2. Шип, С. А. Рожа как разновидность стрептококковой инфекции и проблема коморбидных состояний / С. А. Шип, Л. И. Ратникова // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. — 2016. — Т. 2, № 3 (14). — С. 73–78.
3. Международный Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Международная классификация болезней 10-го пересмотра. — Всемирная Ассамблея здравоохранения, 2019. — Режим доступа: <http://mkb-10.com>. — Дата доступа: 17.01.2019.
4. Особенности клинического течения рожистого воспаления на фоне хронической венозной недостаточности / М. Ю. Кабанов [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2011. — № 4 (36). — С. 14–16.

УДК 616.915

### ЛОКАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ СРЕДНЕГО УРАЛА НА ЭТАПЕ ЭЛИМИНАЦИИ ИНФЕКЦИИ

*Платонова Т. А.*

Научные руководители: д.м.н., профессор *А. А. Голубкова*<sup>1</sup>,  
к.м.н., доцент *С. С. Смирнова*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
<sup>2</sup>Федеральное бюджетное учреждение науки  
«Екатеринбургский научно-исследовательский институт вирусных инфекций»  
г. Екатеринбург, Российская Федерация

#### *Введение*

Благодаря введению плановой вакцинации против кори были достигнуты значительные успехи в контроле этого заболевания. Однако в последние годы ситуация по кори изменилась, повсеместно наблюдается рост заболеваемости и локальные вспышки этой инфекции [1, 2, 3].

#### *Цель*

Дать клинико-эпидемиологическую характеристику вспышки кори, зарегистрированной в Екатеринбурге в 2016 г., для определения ведущих детерминант эпидемического процесса этой инфекции в современных условиях.

**Материал и методы исследования**

Материалами исследования были экстренные извещения ф. 058/у (72), донесения о чрезвычайных ситуациях эпидемического характера (83), карты эпидемиологического расследования случаев заболевания корью или подозрительных на эту инфекцию (72) и медицинским картам стационарных больных, ф. 003/у (74).

В работе использованы эпидемиологический и статистический методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В 2016 г., после 15 лет эпидемиологического благополучия, в Екатеринбурге в течение 11 недель было зарегистрировано 72 клинически и лабораторно подтвержденных случая кори (рисунок 1). Вспышка инфекции была связана с заносом и распространением вируса кори генотипа D8.

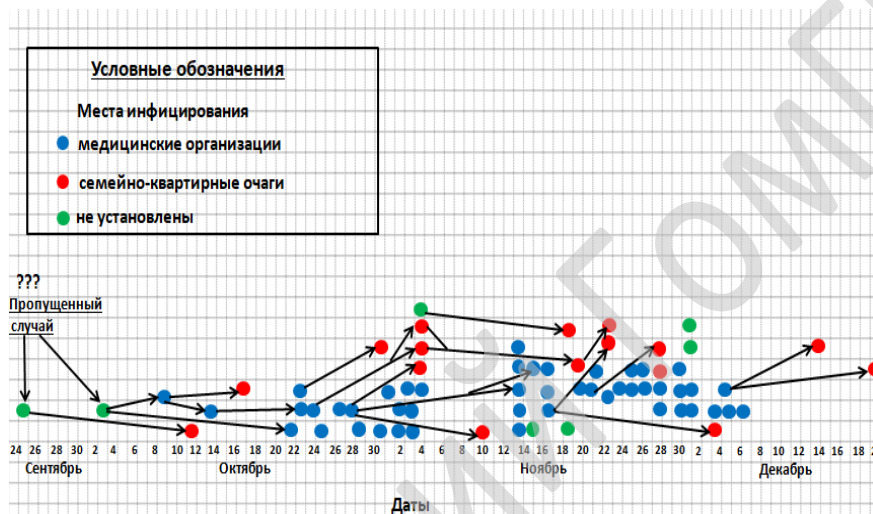


Рисунок 1 — Схема развития вспышки кори в Екатеринбурге в 2016 г. (по датам заболевания)

В возрастной структуре заболевших преобладали дети и подростки до 18-летнего возраста (68,1 %), доля взрослых составляла 31,9 %. Средний возраст у заболевших корью детей соответствовал 3,8 года, у взрослых — 33,2 года.

По прививочному анамнезу 72,2 % заболевших ранее не были вакцинированы против кори, в том числе по причине отказа от вакцинации — 32,7 %, медицинского отвода — 32,7 %, возраста — 15,4 %. У 19,2 % причины отсутствия прививок в медицинской документации отсутствовали. Среди заболевших корью, ранее привитых, 30,4 % были вакцинированы однократно, 47,9 % — двукратно и 21,7 % — трехкратно.

По клиническим проявлениям в 90,3 % случаев у заболевших имела место типичная корь с наличием всех классических симптомов и этапности их появления.

Во время вспышки сформировались 59 эпидемических очагов, в том числе 36 семейно-квартирных, 14 в образовательных учреждениях и 9 в медицинских организациях.

В 30,6 % семейно-квартирных очагов было зарегистрировано распространение инфекции, в том числе в 8 очагах — в пределах одной квартиры, в 1-м очаге — в подъезде и в 2-х — и в квартире, и в подъезде на вышерасположенные этажи. Индекс очаговости в семейно-квартирных очагах составил 1,33, коэффициент очаговости — 30,6 %, показатель воспроизводства инфекции — 1,1.

В эпидемический процесс были вовлечены 14 организованных коллективов: 7 детских дошкольных образовательных учреждений, 5 школ и 2 высших учебных заведения, в том числе в одном из них с распространением инфекции среди студентов (3 человека). Индекс очаговости в образовательных учреждениях составил 1,14, коэффициент очаговости — 7,1 %, показатель воспроизводства инфекции — 3,0.

Из медицинских организаций в эпидемический процесс были вовлечены пять многопрофильных городских больниц, одно из отделений противотуберкулезного диспансера, станция скорой медицинской помощи, коммерческая клиника и медико-санитарная часть при университете. Более чем в половине больниц имело место распространение инфекции. Индекс очаговости в медицинских организациях составил 7,11, коэффициент очаговости — 55,6 %, репродуктивный показатель — 10,2. Распространение инфекции было связано с наличием восприимчивых к кори детей и взрослых из-за отсутствия прививок, несвоевременной диагностикой кори у первых и последующих заболевших и дефектами в организации противоэпидемических мероприятий.

#### **Выводы**

1. Корь по-прежнему остается актуальной инфекцией, оставляя за собой возможности для распространения в популяции.

2. Подъем заболеваемости корью в Екатеринбурге в 2016 г. был обусловлен заносом и распространением вируса кори генотипа D8, преимущественно в медицинских организациях.

3. Распространение кори в медицинских организациях стало следствием дефектов в клинической диагностике инфекции у первых заболевших и несвоевременной организации противоэпидемических мероприятий.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эпидемический процесс коревой инфекции в период ее элиминации и стратегические направления контроля в условиях реального времени / А. А. Голубкова [и др.] // Пермский медицинский журнал. — 2017. — Т. 34, № 4. — С. 67–73.

2. Тимченко, В. Н. Болезни цивилизации (корь, ВЭБ-моноклеоз) в практике педиатра: руководство для врачей / В. Н. Тимченко, С. А. Хмилевская. — СПб.: СпецЛит, 2017. — 527 с.

3. Эпидемический процесс кори в разные периоды вакцинопрофилактики / О. В. Цвиркун [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2015. — № 2 (81). — С. 80–87.

**УДК 616.717.9-002.5**

### **ПРОБЛЕМА НЕФРОТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ВО ФТИЗИАТРИИ**

*Повелица Г. Э., Колола М. С.*

**Научный руководитель: ассистент Н. П. Антонова**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Одной из проблем терапии является развитие нежелательных реакций на лекарственные средства, что в большей мере затрагивает случаи, где применяются многокомпонентные схемы. Эта ситуация значима и для фтизиатрического стационара, так как разработанные протоколы подразумевают длительный прием ряда противотуберкулезных лекарственных средств на протяжении нескольких месяцев. С позиции фармакологии одновременный прием нескольких препаратов оказывает значительную нагрузку на органы, обеспечивающие поступление, транспорт, метаболизм и выведение лекарственных средств, что может привести к развитию нежелательных реакций, невозможности проведения полноценного курса терапии и изменению фармакодинамики лекарственных средств, что, в свою очередь, может отрицательно влиять на результаты лечения. С этой точки зрения представляет интерес изучение нефротоксических реакций, так как проблема хронической болезни почек занимает одно из лидирующих мест в структуре неинфекционной патологии.

#### **Цель**

Определить ключевые аспекты проблемы нефротоксических реакций в процессе терапии туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью.