

УДК 616.98:578.834.1]-052-08-039.57-028.45

**АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ**

Мстиславский Е. А., Морозова Я. П.

Научный руководитель: ассистент О. Л. Никифорова

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Сегодня внимание всего мира приковано к вирусу SARS-CoV-2 и вызванной им новой коронавирусной инфекции COVID-19. Первая вспышка случаев пневмонии, вызванной неизвестным возбудителем была зафиксирована в конце декабря 2019 г. в городе Ухань (Китайская Народная Республика). Инфекция стремительно распространилась по всей территории Китая, и уже 11 марта 2020 г. Всемирной организацией здравоохранения была объявлена пандемия. Одновременное заболевание инфекцией множества людей привело к перегруженности системы здравоохранения с повышенным количеством госпитализаций и летальных исходов. Несмотря на всевозможные строгие ограничительные мероприятия, предпринимаемые странами, эпидемическая ситуация по COVID-19 меняется ежедневно, растет как число инфицированных вирусом, так и количество смертельных исходов, этому способствует не только высокая контагиозность вируса, но и бессимптомное течение заболевания у части пациентов.

Согласно данным JHU CSSE в мире на 18.03.2021 COVID-19 инфекцией заболели 121257006 человек, умерло 2682454, выздоровели 68774440 человек. В Республике Беларусь заболели 306524 человек, умерло 2130, выздоровели 297502 человек (by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University).

Заболеванию подвержены люди всех возрастов, медианный же возраст людей с инфекцией SARS-CoV-2 составляет 50 лет. Тяжелые формы заболевания чаще бывают у пожилых людей возрастом за 60 лет с сопутствующими заболеваниями такими как ХОБЛ, хронические заболевания почек, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, ожирение. Большинство молодых людей и детей переносят заболевание в легкой форме, в том числе в виде легкой пневмонии, или асимптоматически.

Цель

Провести аналитическую оценку амбулаторного ведения пациентов с инфекцией COVID-19 в реальной клинической практике и изучить структуру коморбидной патологии.

Материал и методы исследования

Материалами исследования были учетно-отчетные документы ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника» филиал № 12 г. Гомеля — медицинские карты амбулаторных больных форма № 025/у за ноябрь 2020 г. В исследовании включены 179 пациентов с инфекцией COVID-19. Преобладали женщины — 60,9 %, мужчины — 39,1 %. Из них женщины трудоспособного возраста — 43 %, мужчины — 31,3 %. Наибольшее количество заболевших пациентов приходится на среднюю возрастную группу. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастная характеристика пациентов с инфекцией COVID-19

Возраст пациентов	Абсолютное число (n = 179)	%
18–29 лет	23	12,8
30–39 лет	18	10
40–49 лет	41	22,9
50–59 лет	49	27,4
60–69 лет	30	16,8
70–79 лет	17	9,5
80 лет и более	1	0,6

Диагноз инфекции COVID-19 был установлен обнаружением РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакцией (ПЦР) у 151 (84,4 %) пациента и методом иммуноферментного анализа (экспресс-теста) у 28 (15,6 %) пациентов.

Обследование пациентов включало термометрию, пульсоксиметрию, общий и биохимический анализы крови, рентген органов грудной клетки (Rtg ОГК), ультразвуковое исследование органов грудной клетки (УЗИ ОГК), компьютерную томографию органов грудной клетки (КТ ОГК). Статистическая обработка данных проведена в программах «Statistica» 6.0 Microsoft Excel 2013. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст, в котором заболели женщины, составил 52 года, мужчины — 48 лет. Распределение преморбидной патологии представлено в таблице 2. Полиморбидность была выявлена у 81 пациента.

Таблица 2 — Структура преморбидной патологии у пациентов с инфекцией COVID-19

Преморбидная патология	Абсолютное число (n = 179)	%
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	46	25,7
Артериальная гипертензия (АГ)	77	43
Сахарный диабет (СД)	11	6,1
Ожирение	45	25,1
Пиелонефрит	1	0,6
Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП)	60	33,5
ОРВИ	15	8,4
Гастрит, язва желудка	19	10,6
Хронический бронхит	4	2,2
Онкопатология	1	0,6

Из всех пациентов с инфекцией COVID-19 легкое течение было у 104 (58,1 %) пациентов, средней степени тяжести — у 63 (35,2 %) пациентов, тяжелое — у 12 (6,7 %) пациентов. У пациентов с тяжелым течением инфекции COVID-19 среди коморбидной патологии преобладали ИБС, АГ, СД и ожирение, что соответствует данным мировой литературы. Пневмония на фоне инфекции COVID-19 обнаружена у 99 (55,3 %) пациентов. Для верификации пневмонии использовались Rtg ОГК у 85 (47,5 %) пациентов, УЗИ ОГК — у 2 (1,1 %) пациентов, КТ ОГК — у 12 (6,7 %) пациентов. Стационарное лечение понадобилось 20 (11,2 %) пациентам, 12 (6,7 %) из них были госпитализированы в связи с тяжелым течением инфекции COVID-19, 8 (4,5 %) в связи с обострением имеющихся хронических заболеваний и ухудшением общего состояния пациентов, остальные наблюдались и прошли курс лечения амбулаторно. Осложнения терапии на амбулаторном этапе в виде гипертрансаминаземии наблюдались у 12 (6,7 %) пациентов. Жизнеугрожающие осложнения на амбулаторном этапе ведения пациентов не наблюдались, при ухудшении состояния пациенты направлялись в стационар.

Все пациенты получали дезинтоксикационную терапию (частое теплое обильное питье). Из жаропонижающих препаратов пациенты получали при температуре 38,5 °C и выше: парацетамол — 130 (72,6 %) пациентов, ибупрофен — 25 (14 %) пациентов, нимесулид — 24 (13,4 %) пациента. Назначались следующие отхаркивающие препараты: амброксол в дозе 30 мг 3 раза в день после еды — 59 (32,9 %) пациентам, АЦЦ в дозе 200 мг 3 раза в сутки — 100 (55,9 %) пациентам, АЦЦ в дозе 600 мг 2 раза в сутки — 11 (6,1 %) пациентам. Антибактериальную монотерапию аугментином 875/125 мг 2 раза в сутки получили 37 (20,7 %) пациентов, цефуроксимом в дозе 500 мг 2 раза в день 14 (7,8 %) пациентов, клавитромицином в дозе 500 мг 2 раза в сутки — 17 (9,5 %) пациентов, азитроми-

цином в дозе 500 мг 1 раз в сутки 13 (7,3 %) пациентов. Антибактериальную терапию комбинацией аугментин/кларитромицин получили 63 (35,2 %) пациентов, аугментин/азитромицин получили 23 (12,8 %) пациентов. Не получали антибактериальную терапию 12 (6,7 %) пациентов. Все антибактериальные препараты пациентами были получены курсами от 6 дней (азитромицин) до 7–10 дней (аугментин, кларитромицин, мегасеф) в зависимости от состояния пациента. Фенкарол в дозе 50 мг 3 раза в день получили 23 (12,8 %) пациента. Витамин С назначался 161 (89,9 %) пациенту, а витамин Д 122 (68,2 %). Антиагрегант аспикард 75 мг после ужина принимали 87 (48,6 %) пациентов, антикоагулянт ривароксабан (ксарелто) в дозе 10 мг — 4 (2,2 %) пациентов. Терапия глюкокортикостероидами, гидроксихлорохином, тоцилизумабом на амбулаторном этапе не назначалась.

За ноябрь месяц умерло 8 пациентов, наблюдающихся в ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника» филиал № 12 г. Гомеля, среди причин смерти превалирует ИБС: атеросклеротическая болезнь сердца у 4 пациентов, умерших в стационаре, церебральный атеросклероз у 1 пациента, у 2 пациентов онкологическая патология и у 1 пациента причина смерти устанавливается.

Выводы

1. Наиболее частым коморбидным фоном инфекции COVID-19 явились АГ, НАЖБП, ИБС, ожирение. Полиморбидность наблюдалась у 81 (45,3 %) пациента.
2. У большинства пациентов инфекция COVID-19 наблюдалась в легкой форме и составила 58,1 %.
3. Наиболее частым осложнением терапии инфекции COVID-19 на амбулаторном этапе были гипертрансаминаземии у 6,7 % пациентов.
4. Высокая контагиозность, заболеваемость и смертность от инфекции COVID-19 во всем мире требует разработки рекомендаций эффективной терапии и профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вспышка нового инфекционного заболевания COVID-19: β-коронавирусы как угроза глобальному здравоохранению / Д. В. Горенков [и др.] // БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. — 2020. — № 20 (1). — С. 6–20. — <https://doi.org/10.30895/2221-996X-2020-20-1-6-20>.
2. Романов, Б. К. Коронавирусная инфекция COVID-19 / Б. К. Романов // Безопасность и риск фармакотерапии. — 2020. — № 8 (1). — С. 3–8. — <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2020-8-1-3-8JHU>: Онлайн статистика по пациентам с COVID-19 Университета Johns Hopkins University.
3. Биличенко, Т. Н. Эпидемиология новой коронавирусной инфекции (COVID-19) / Т. Н. Биличенко // Академия медицины и спорта. — 2020. — № 1 (2). — С. 14–20. — Doi:10/15829/2712-7567-2020-2-15.
4. Клинико-анатомический портрет больных с тяжелым течением инфекции COVID-19 / А. А. Кебина [и др.] // Лечащий врач. — 2020. — № 10. — С. 15–19. — DOI: 10.26295/OS.2020.60.78.003.
5. COVID-19 — новая глобальная угроза человечеству / Н. Ю. Пшеничная [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2020. — № 1. — С. 6–13.

УДК 578.7

ВИРУС ЭБОЛА. БЕСЦЕННЫЙ ОПЫТ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ВАКЦИН

Панасенко А. В., Аполлонова Н. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю. М. Червинец

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Тверь, Российская Федерация**

Введение

Вирус Эбола (EBOV) был назван по названию реки, в окрестностях которой в 1976 г. в Ямбуку в Заире (сейчас — Демократическая республика Конго) воз-