

Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

**ГИППОКРАТ**

газета  
для здоровых  
и больных

ЕГО ВЕЛИЧЕСТВО —

# Пациент

Ежемесячная газета

Выпускается с 2001 года

Январь 2021 № 1 (200)

**ОДЕССКИЙ МЕДУНИВЕРСИТЕТ — ОДЕССИТАМ**

## В НОМЕРЕ:

- |  |        |                                  |        |
|--|--------|----------------------------------|--------|
| ● Интервью с В. Анисимовым                     | стр. 1 | ● Постковидный синдром           | стр. 7 |
| ● Современное медикаментозное лечение Covid-19 | стр. 3 | ● Защитные маски: плюсы и минусы | стр. 8 |
| ● Желтухи новорожденных                        | стр. 5 |                                  |        |

## ЧЕМ ЖИВЕШЬ, МЕДУНИВЕРСИТЕТ?

# ОНМедУ ИГРАЕТ ОГРОМНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ И ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Героем проекта «Одесский медуниверситет в лицах» стал декан фармацевтического факультета Владимир Анисимов. Говорим об истории становления факультета, профессиональной подготовке провизоров и планах на будущее.

Фармацевтический факультет Одесского медуниверситета имеет столетнюю историю становления, несмотря на то, что в нынешнем виде существует всего 20 лет...

Университетская подготовка фармацевтических специалистов в Одессе началась с августа 1903 года, когда при медицинском факультете Новороссийского университета было открыто фармацевтическое отделение. Первые студенты-фармацевты проходили практику в известной ныне «Аптеке Гаевского». Позже отделение переросло в высшее учебное заведение фармации, которое постоянно трансформировалось. В результате слияния с Киевским фармацевтическим институтом был создан мощный Одесский фармацевтический ин-

ститут. В 1959 году его перевели в Запорожье.

С тех пор на протяжении почти 50 лет в южном регионе Украины остро не хватало квалифицированных фармацевтов. Особенно это чувствовалось в начале 90-х годов, когда на розничный фармрынок стали выходить частные предприниматели и создавать новые аптечные сети.

— **Создание факультета стало ответом на запросы рынка?**

Мы отреагировали на потребности рынка и запрос фармацевтического сообщества. В 2001 году на базе тогда еще Одесского государственного медицинского университета был организован университетский фармацевтический образовательный процесс. Огромные усилия к этому приложил ректор университета, академик НАМН Украины, профессор Валерий Запорожан. Так молодежь южного региона смогла получать высшее фармацевтическое образование. Теперь на нашем факультете есть дневная и заочная формы обучения для украинских и иностранных граждан.



— **Факультет востребован?**

Конечно. Те специальности, которые получают на нашем факультете молодые люди, пользуются спросом. С 2001 до 2020 года нами было подготовлено более 2000 провизоров.

Мы постоянно стремимся к повышению качества учебного процесса. В октябре 2010 года, благодаря усилиям ректора Запорожана, фармацевтический факультет отпраздновал ново- ➤2



той: все студенты успешно прошли выпускную аттестацию, а лицензионный экзамен не сдал всего один студент.

— **Какие планы на этот учебный год?**

Планов на будущее много. Одним из дальнейших направлений развития факультета является создание Университетской аптеки для преддипломной и последипломной подготовки студентов и повышения квалификации фармацевтических работников. Перед нами стоят и глобальные задачи: улучшение лекарственного обеспечения населения, апробация и внедрение новых фармацевтических технологий.

— **В прошлом году ОНМедУ исполнилось 120 лет. Что эта дата означает для вас?**

Я горжусь тем, что работаю здесь и вношу свой посильный вклад в развитие университета. Сегодня Одесский национальный медицинский университет — это симбиоз традиций классической врачебной школы и инновационных технологий. И не в каждом медицинском университете Украины будущий врач имеет возможность не только слушать лекции высокопрофессиональных преподавателей, но и заниматься в симуляционных центрах, получать практические знания в университетских клиниках. Наш университет уже не один год является членом Международной и Европейской Ассоциаций вузов, что позволяет приблизить уровень подготовки специалистов к мировым стандартам. Мне приятно, что ОНМедУ, как и медицинский факультет Новороссийского университета начала XX века, престижен и играет огромную роль в развитии медицины и обучении медицинских кадров.

**К**селье. Кафедры, лекционные аудитории, компьютерный класс, лаборатории, учебная аптека находятся в новом учебном корпусе. Такое компактное расположение особенно удобно для студентов старше третьего курса, которые начинают основательно изучать профессиональные дисциплины.

— **Как проходит обучение студентов на факультете? Используются современные технологии?**

На факультете реализована концепция компьютерной подготовки студентов к интегрированным экзаменам «КРОК». Компьютерный класс фармацевтического факультета насчитывает 30 рабочих мест, компьютерные технологии доступны всем кафедрам. У каждой кафедры — свой студенческий научный кружок. Тут студенты с первого курса могут проводить самостоятельные научные исследования, приобретать практические навыки работы на современном оборудовании, учатся писать статьи и научные работы. Кстати, многие наши студенты — соавторы научных публикаций преподавателей и авторских свидетельств на изобретения.

— **Одни из самых востребованных специалистов — провизоры. Как осуществляется их подготовка?**

Им мы уделяем особое внимание. В факультетской учебной аптеке проводятся практические занятия в форме деловых игр, проходит студенческая практика по изготовлению лекарств и обслуживанию населения. Кроме того, наши студенты получают практическую подготовку в аптеках, фармацевтических организациях, ботани-

ческих садах, а также клиниках Одессы и области.

У нас также осуществляются последипломное обучение провизоров общего профиля в интернатуре (первичная специализация) по специальности «Общая фармация», повышение квалификации специалистов на циклах тематического усовершенствования.

— **Карантин сильно сказался на учебном процессе?**

Руководство нашего университета разработало положение об организации образовательного процесса во время карантина. В университете ввели дистанционное обучение. Подготовка выпускников фармацевтического факультета к интегрированному экзамену «КРОК 2. Фармация» и выпускных экзаменов также проходила дистанционно. Могу сказать, мы хорошо справились со своей рабо-



# СОВРЕМЕННОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ COVID-19

Серьезным вызовом для человечества в 2020 г. несомненно стала COVID-19 инфекция, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2. С одной стороны, есть положительные признаки — это разработка и внедрение вакцин против COVID-19, стабилизация и некоторое уменьшение количества новых случаев во многих странах мира; с другой — есть и новые сложности — выявление нового мутационного варианта SARS-CoV-2, который может заменить другие вирусные линии SARS-CoV-2.

Благодаря ежедневной практике врачей, многочисленным исследованиям, лечение COVID-19 инфекции постепенно совершенствуется и включает ряд хорошо известных и мало известных лекарственных препаратов. Сразу хочу обратить внимание, что данная статья не содержит рекомендаций по самостоятельному применению лекарственных средств. При наличии симптомов респираторного заболевания или подозрения на коронавирусную инфекцию необходимо обратиться к своему семейному врачу.

Государственный экспертный центр МОЗ Украины разделил лекарственные препараты для предупреждения и лечения COVID-19 согласно направленности действия следующим образом: 1) противовирусные средства (фавипиравир, ремдесивир и т. п.); 2) иммунотропные средства (тоцилизумаб, гидроксихлорохин и т. п.); 3) жаропонижающие средства (нестероидные противовоспалительные средства — парацетамол, ибупрофен и т. п.); 4) антибиотики (противомикробные средства) для лечения осложнений при COVID-19 (бета-лактамы, макролиды, фторхинолоны и т. д.); 5) антисептики и дезинфицирующие (этанол, перекись водорода и т. п.) — средства для обеззараживания предметов, окружающих человека, а также контактных поверхностей

тела, предупреждают распространение COVID-19 инфекции; 6) лекарственные средства для лечения сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, противоопухолевые препараты и т. п.).

Согласно Приказу МОЗ Украины № 762 (с изменениями), был утвержден протокол «Оказание медицинской помощи для лечения коронавирусной болезни (COVID-19)», где стратегия лечения зависит от тяжести течения заболевания.

Так, при легкой или умеренной тяжести (отсутствия нарушений дыхательной функции) при необходимости назначают жаропонижающие средства из группы нестероидных противовоспалительных средств (парацетамол — до 3 г в сутки, до 1 г в один прием, или ибупрофен, применение которого до 1200 мг в сутки считается безопасным, при необходимости доза может увеличиваться до 2400 мг).

При средней тяжести для поддержания терапии, кроме использования симптоматических жаропонижающих препаратов, рекомендуют рассмотреть вопрос назначения низкомолекулярных гепаринов (например, эноксапарина в дозе 40 мг 1 раз в сутки), если нет противопоказаний. Дополнительная терапия включает препарат фавипиравир (1600 мг 2 раза в первые сутки, в дальнейшем — по 600 мг 2 раза в день 5–14 дней). Фавипиравир является новейшим противовирусным препаратом, активным в отношении РНК-содержащих вирусов, подавляет РНК-полимеразы. Он был одобрен в Японии в 2014 г. для лечения пандемического вируса гриппа, а также успешно использовался для лечения лихорадки Эбола в Гвинее.

В марте 2020 г. китайское правительство официально предложило лечить COVID-19 с помощью фавипиравира в некоторых провинциях Китая. Больные, которые принимали фавипиравир, выздо-

ровели за 4 суток, а те, которые не принимали — за 11 суток. В Украине фавипиравир не зарегистрирован. По заключению ВОЗ необходимы дальнейшие исследования для того, чтобы сделать вывод о его эффективности и безопасности у пациентов с COVID-19. В 2020 г. в мире зарегистрировано восемнадцать клинических испытаний с участием фавипиравира. По инструкции, на которую ссылается Центр по контролю заболеваний Тайваня, фавипиравир проявляет тератогенное действие на плод, поэтому он противопоказан при беременности.

Альтернативой фавипиравиру является гидроксихлорохин — известный противомалярийный и иммуносупрессантный препарат (в первый раз — 400 мг, в дальнейшем — по 200 мг дважды в день в течение 5 дней). Механизм действия гидроксихлорохина заключается как в прямой противовирусной активности (блокирует попадание вирусов в клетки), так и в противовоспалительном эффекте. Коллегия американских врачей и экспертов из Национальных институтов здравоохранения (NIH) в своих рекомендациях по лечению COVID-19 указывает, что пока недостаточно клинических данных, чтобы рекомендовать или не рекомендовать использование гидроксихлорохина для лечения COVID-19.

Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) заявило, что гидроксихлорохин применяется только в клинических испытаниях и программах экстренного использования при COVID-19. Гидроксихлорохин включен в руководящие клинические руководства ведения пациентов с COVID-19 как возможный вариант лечения в статусе лекарственных средств в Китае, Италии, Испании, Бельгии, Румынии, Венгрии, Словакии, Польше, Израиле, Турции и других странах. Одновременное назначение гидроксихлорохина вместе с противомикробными средствами из группы макролидов или фторхинолонов является нежелательным, поскольку это усиливает риск аритмогенности (удлинение интервала QT). Кроме того, гидроксихлорохин может вызвать гемолиз эритроцитов при наследственной недостаточности фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы и эпилептические припадки.

При тяжелом течении заболевания оптимальная поддерживающая терапия проводится ➤4

**3** в больничной палате с обеспечением кислорода, назначаются низкомолекулярные гепарины (НМГ), которые должны снизить риск возникновения тромбоэмболических осложнений (эноксапарин в дозе 40 мг 1–2 раза в сутки). Назначение НМГ требует особого внимания у больных с риском кровотечения и функции почек. После выписки из стационара антикоагулянтная терапия может продолжаться в зависимости от индивидуального риска возникновения тромбоэмболических осложнений в виде НМГ, прямых пероральных антикоагулянтов, косвенных (пероральных) антикоагулянтов.

При необходимости назначают противомикробные препараты. Они не действуют непосредственно на вирус и поэтому должны применяться у больных с COVID-19 только при наличии подтвержденной бактериальной ко-инфекции. Но учитывая длительное время, необходимое для получения данных бактериологического анализа, противомикробные средства при определенных показаниях (бактериальная пневмония, сепсис и т. д.) могут назначаться эмпирически. При внебольничной бактериальной пневмонии легкой тяжести как эмпирическая противомикробная терапия используются защищенные пенициллины (например, амоксициллин/клавуланат) или полусинтетические макролиды (например, азитромицин), или цефалоспорины II–III поколения (цефуроксим, цефтриаксон и т. д.). При течении средней тяжести используются комбинации бета-лактамов с макролидами; при тяжелом течении могут также дополнительно использоваться респираторные фторхинолоны (например, левофлоксацин).

Надо помнить о риске аллергических осложнений при использовании бета-лактамов антибиотиков и о риске повреждения сухожилий при применении фторхинолонов, особенно при сочетании с ГКС. Как вспомогательная терапия могут применяться системные глюкокортикоиды (например, дексаметазон в дозе 6 мг или преднизон в дозе 40 мг в сутки) до 10 дней. При этом важен контроль уровня глюкозы в крови, поскольку глюкокортикоиды могут приводить к гипергликемии. Дексаметазон по FDA и EMA признается как препарат с доказанной эффективностью при лечении тяжелой формы COVID-19 инфекции.

Также как вспомогательная терапия может рассматриваться назначение ремдесивира (первый раз — 200 мг в день, в дальнейшем в те-



чение 5–10 суток — в дозе 100 мг в сутки). Ремдесивир — это лекарственное средство с противовирусной активностью в отношении РНК-содержащих вирусов, включая вирус SARS-CoV-2. Это лекарственное средство было разработано для лечения болезни Эбола. Ремдесивир — это единственный противовирусный препарат, одобренный FDA и EMA для лечения COVID-19 инфекции. По информации фирмы-разработчика Gilead, ремдесивир может рекомендоваться при тяжелом течении COVID-19 инфекции у беременных женщин и детей. Предыдущие исследования свидетельствуют о наличии нефротоксичности и гепатотоксичности к ремдесивиру. Этот препарат внесен в Протокол оказания медицинской помощи для лечения коронавирусной болезни COVID-19 в Украине только в условиях клинического исследования.

Альтернативой для ремдесивира является другой противовирусный препарат — фавипиравир, который был охарактеризован выше. Еще одним противовирусным средством, которое исследуется, является комбинированный препарат, содержащий лопинавир и ритонавир, широко применяемый для лечения ВИЧ-инфекции. По механизму действия обе составляющие подавляют вирусный фермент протеазу. Лопинавир/ритонавир включен в руководства ведения пациентов с COVID-19 как возможный вариант лечения в статусе лекарственных средств в Австралии, ряде стран ЕС, Израиле, Китае, Турции, Японии. В мире продолжают клинические исследования эффективности лопинавира/ритонавира при лечении COVID-19. Сегодня доказательств, чтобы рекомендовать его использование для лечения COVID-19 вне клинических исследований, недостаточно. Диарея, тошнота, рвота, астения, увеличе-

ние QTc, гепатотоксичность являются наиболее часто зарегистрированными реакциями у пациентов, получающих указанную терапию.

При прогрессировании заболевания как вспомогательное средство может рассматриваться тоцилизумаб, который является рекомбинантным гуманизированным моноклональным антителом к человеческому рецептору интерлейкина-6 (ИЛ-6) из подкласса иммуноглобулинов IgG1. В Украине тоцилизумаб используют для лечения ряда аутоиммунных заболеваний, в частности ревматоидного артрита, ювенильного идиопатического артрита и др. Тоцилизумаб назначают в дозе 4–6 мг/кг, максимальная курсовая доза — 3 введения. Использование тоцилизумаба для лечения COVID-19 связано с тем, что тяжелое течение и развитие осложнений COVID-19 сопровождаются синдромом высвобождения цитокинов («цитокиновая буря») или гипервоспалением, повышением уровня ИЛ-6. Поэтому некоторые авторы предполагают, что ингибирование пути ИЛ-6 может улучшить состояние у пациентов с тяжелым течением COVID-19.

На данный момент существует нехватка высококачественных доказательств, оценивают эффективность и безопасность тоцилизумаба, поэтому продолжают клинические испытания. Среди побочных эффектов чаще всего встречаются лейкопения, повышение уровня печеночных трансаминаз, гиперхолестеринемия, активация герпетического процесса (Herpes simplex 1-го типа и Herpes zoster) и инфекции дыхательных путей.

Еще одним лекарственным средством, влияющим на иммунный ответ больных COVID-19 инфекцией, является полиспецифичный иммуноглобулин-G (IVIg) для внутривенного введения, который изготавливается из крови доноров. Используется IVIg для заместительной иммунотерапии в процессе

лечения иммунодефицитных состояний и связанных с ними заболеваний. Указанный препарат не содержит специфических антител к SARS-CoV2, в отличие от реконвалесцентной плазмы и гипериммунного иммуноглобулина.

С мая 2020-го в Украине продолжается клиническое исследование по оценке эффективности иммуноглобулина для внутривенного применения в комплексной терапии пациентов с COVID-19 пнев-

монией. Службы здравоохранения некоторых европейских стран не рекомендуют применять IVIG для рутинного лечения COVID-19 инфекции. При критическом течении инфекции COVID-19 на фоне поддерживающей терапии в отделении интенсивной терапии и механической вентиляции легких необходимо вводить низкомолекулярные гепарины и применять меры специальной профилактики и лечения острого дистресс-синдрома.

В этом кратком обзоре невозможно охарактеризовать все лекарственные препараты, применяемые для лечения COVID-19 инфекции, но автор пытался сфокусировать внимание именно на средствах, рекомендуемых официальным протоколом для лечения указанной инфекции. Будьте здоровы!

**П. Б. АНТОНЕНКО,**  
д. мед. н., н. о. профессора кафедры фармакологии и фармакогнозии

## АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

# ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ. СЕРЬЕЗНЫЙ РАЗГОВОР О СЕРЬЕЗНОЙ ПРОБЛЕМЕ...

В структуре заболеваемости и причин смертности в раннем неонатальном периоде гипербилирубинемия занимает значимое место. Ее частота составляет 25–65 % у доношенных и 70–90 % — у недоношенных детей.

Желтуха — это состояние, при котором в крови повышается уровень билирубина, откладывающегося в тканях и придающего коже, слизистым и белкам глазных яблок оттенок от лимонного до апельсинового цвета.

У новорожденного ребенка, учитывая его физиологические особенности, билирубин образуется в повышенном количестве и выводится медленно. Это связано с большим количеством гемоглобина на единицу массы тела, умеренным гемолизом эритроцитов даже в нормальных условиях, сниженным уровнем печеночных ферментов и протеинов, сниженной активностью уридиндифосфатглюкуронилтрансферазы. Полное становление ферментных систем печени у ребенка происходит к 1,5–3,5 месяцам жизни. Кроме того, несовершенство и процессы выведения билирубина, с чем связана его повышенная кишечная реабсорбция.

В общей практике все желтухи делятся по уровню блока билирубинового обмена на надпеченочные (гемолитические); печеночные (паренхиматозные); подпеченочные (механические). В неонатологии применяется патогенетическая классификация желтух, согласно которой выделяют: гемолитические желтухи — повышенная продукция билирубина; конъюгационные желтухи — пониженный клиренс билирубина гепатоцитами; меха-



нические желтухи — нарушение эвакуации конъюгированного билирубина с желчью по желчным путям и кишечнику; желтухи смешанного генеза.

Желтуху новорожденного также классифицируют по времени ее развития. Ранняя желтуха появляется в первые 36 часов жизни новорожденного. При этом развитие желтухи в первые 24 часа жизни — всегда признак патологии, требующий тщательного обследования и лечения. Физиологическая желтуха проявляется после 36 часов жизни новорожденного и характеризуется повышением уровня общего билирубина не более 205 мкмоль/л, требует наблюдения за состоянием ребенка в этот период. Пролонгированная желтуха определяется у доношенного ребенка после 14-го дня жизни, у недоно-

шенного — после 21-го дня. Поздняя желтуха наблюдается после 7-го дня жизни новорожденного и всегда требует тщательного клинико-лабораторного обследования.

Для гемолитических желтух характерно увеличение печени и селезенки в результате интенсивного гемолиза эритроцитов, возможно развитие геморрагического синдрома, окраска мочи и кала при этом типе желтух остается неизменной. При обследовании отмечается гиперрегенераторная анемия, снижение концентрации общего белка в сыворотке крови.

Причиной гемолиза в раннем неонатальном периоде чаще всего является несовместимость крови матери и ребенка по эритроцитарным антигенам — гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН). Гемолитическая болезнь может возникнуть также при врожденных инфекциях (цитомегалии, герпесе, краснухе, токсоплазмозе, сифилисе, листериозе) или при развитии неонатального сепсиса. Что касается семейных гемолитических анемий (анемия Минковского — Шоффара), эритроцитарные энзимопатии (дефект глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, пируваткиназы, гексокиназы) и гемоглобинопатии (дефекты структуры и синтеза глобина или гема), сопровождаемых желтухой, то они более редко выявляются в неонатальном периоде.

Для конъюгационных желтух характерно: появление на 3-и сутки жизни; отсутствие увеличения печени и селезенки; отсутствие анемии; отсутствие изменений в окраске стула и мочи. Наибо-



**5** **К**леей частой причиной конъюгационных гипербилирубинемий у новорожденных является несоответствие между нормальной продукцией билирубина и несовершенной системой его выведения из организма вследствие незрелости ферментных систем печени.

Транзиторная гипербилирубинемия новорожденных характеризуется появлением желтухи в возрасте более 36 ч жизни, снижение уровня билирубина наблюдается после 4-х суток с угасанием к 8–10-м суткам. Общее состояние ребенка при этом не нарушается. Лечение не требуется.

Особенности желтухи недоношенных новорожденных заключаются в более раннем начале (1–2-е сутки жизни), при нормальных показателях уровней гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитоза. Длительность конъюгационной желтухи у недоношенных — до 3 недель.

Прегнановая желтуха — это желтуха от материнского молока. Патогенез этого вида желтухи связывают с низкой конъюгацией билирубина за счет тормозящего действия на ферментативную активность печеночных ферментов прегнандиола, который в избыточном количестве содержится в крови некоторых женщин в послеродовом периоде, а также пониженной экскрецией билирубина. Желтуха обычно длится не более 3–6 недель. Диагностическим тестом является отмена грудного вскармливания на 2-е–3-и сутки, на фоне чего желтуха быстро разрешается.

Синдром Жильбера — наследственное заболевание, встречается у 3–6 % населения. Желтуха обусловлена нарушением конъюгации непрямого билирубина в связи с нарушением процесса его захвата клетками печени. Диагноз ставится на основании семейного анамнеза, длительной гипербилирубинемии, при отсутствии других патологических изменений. Прогноз благоприятный.

Синдром Криглера — Найяра — наследуемое нарушение пигментного обмена, которое связано с отсутствием (I тип) или очень низкой активностью (II тип) глюкуронилтрансферазы в клетках печени. Для первого типа характерны: интенсивная желтуха с первых дней жизни, высокий уровень непрямого билирубина. Единственным способом лечения является проведение фототерапии и трансплантация печени. При синдроме Криглера — Найяра II типа прогноз более благоприятный.

Синдром желтухи при галактоземии, фруктоземии, тирозин-

емии сопровождается рвотой, диареей, увеличением печени, прогрессирующей гипотрофией, судорогами, мышечной гипотонией, парезами, параличами, атаксией, развитием катаракты, задержкой нервно-психического развития.

Желтуха при врожденном гипотиреозе, обусловленная замедлением метаболических процессов и созреванием глюкуронилтрансферазных систем печени, сохраняется до 2–3 месяцев. У новорожденных наблюдаются крупная масса тела, отечный синдром, низкий голос, упорный запор, нарушения нервно-психического статуса.

Развитие желтухи при диабетической фетопатии обусловлено нарушением созревания ферментных систем печени, гипогликемией, повышенным гемолизом эритроцитов.

Развитие желтушного синдрома при высокой кишечной непроходимости (пилоростеноз, синдром Ледда и т. д.) связано с нарушением конъюгирующих систем печени, повышенным обратным всасыванием билирубина из кишечника, обезвоживанием и гипогликемией.

Конкурентный вид метаболизма в печени некоторых лекарственных средств (глюкокортикоиды, макролиды и др.) также может способствовать развитию желтухи у новорожденного.

Особое место среди причин, обуславливающих синдром неонатальной желтухи, занимают заболевания, связанные с гемолизом эритроцитов. Тяжесть состояния ребенка при этом связана не только с билирубиновой интоксикацией, но и с выраженностью анемии. ГБН возникает в результате несовместимости крови матери и ребенка по резус-фактору, его подтипам или группам крови. Отечная форма заболевания проявляется врожденной анасаркой, выраженной анемией, гепатоспленомегалией. Как правило, такие дети нежизнеспособны. Желтушная и анемическая формы более благоприятны. Для клинической картины характерно появление желтухи в первые 24 часа жизни, желтуха имеет лимонный оттенок, отмечается гепатоспленомегалия. При уровне непрямого билирубина у доношенных новорожденных более 340 мкмоль/л, а у недоношенных от 170–270 мкмоль/л может проявиться билирубиновая энцефалопатия.

Анемия Минковского — Шоффара характеризуется образованием эритроцитов, имеющих сферическую форму и размеры менее 7 нм, нарушением эластичности и устойчивости клеточных мембран, что приводит к их повышенному разру-

шению. Протекает волнообразно, гемолитические кризы сопровождаются повышением температуры тела, снижением аппетита и рвотой.

Гемоглобинопатии — нарушение строения гемоглобина (талассемия, серповидно-клеточная анемия и др.) — сопровождаются желтушным синдромом и гемолитической анемией. В мазке крови определяют мишеневидные эритроциты.

При наследственных энзимопатических анемиях (дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, пируваткиназы, гексогеназы, 2,3-дифосфоглицеромутазы, фосфогексоизомеразы) у новорожденных выявляются желтушное окрашивание кожных покровов, гемолитическая анемия с ретикулоцитозом, увеличение печени и селезенки.

Непрямая гипербилирубинемия с желтухой и анемией также характерна для новорожденных с кефалогематомами больших размеров, внутрижелудочковыми кровоизлияниями, субкапсулярными гематомами паренхиматозных органов, массивными кровоизлияниями в мягкие ткани.

Нарастание интенсивности желтухи, ее зеленоватый оттенок, увеличение размеров печени, появление ахолии стула и темного цвета мочи свидетельствуют о неонатальном холестазах. Неонатальный холестаз может быть одним из проявлений заболеваний печени и желчных протоков, а также следствием совокупности неспецифических патологических факторов перинатального периода, т. е. иметь внепеченочное происхождение. Синдром сгущения желчи (холестаз) нередко отмечается при ГБН, характерен и для ранних клинических проявлений муковисцидоза.

Причиной механической желтухи в периоде новорожденности могут быть пороки развития желчевыводящих путей: внутри- и внепеченочная атрезия желчных ходов, поликистоз, перекруты и перегибы желчного пузыря, артериопеченочная дисплазия, синдром Аладжилла, синдромальное уменьшение количества междольковых желчных протоков. Клинические симптомы: нарастающая желтуха, зуд кожных покровов, гепатомегалия. Стул становится обесцвеченным.

При синдроме Мак-Элфреша отмечается наличие обесцвеченного стула в течение длительного периода времени. В дальнейшем отклонений в состоянии ребенка нет. Для синдрома Байлера, после эпизода холестаза в первые месяцы жизни, характерно развитие билиарного цирроза печени.

Кроме того, механическая желтуха у новорожденного может быть обусловлена сдавлением желчных протоков извне опухолью, инфильтратами и др. Нередко отмечается обтурация общего желчного протока при врожденной желчнокаменной болезни.

Синдром Дубина — Джонсона обусловлен «поломкой» каналикулярной транспортной системы и сопровождается умеренным повышением уровня прямого билирубина, увеличением размеров печени, массивным выделением с мочой копропорфиринов, отложением в клетках печени коричнево-черного пигмента, напоминающего меланин. В основе синдрома Ротора ле-

жит дефект захвата и накопления клетками печени органических анионов. Клиническая картина аналогична таковой при синдроме Дубина — Джонсона, но отложения пигмента в клетках печени нет.

Паренхиматозные желтухи характерны при вирусных гепатитах В и С, герпесе, цитомегаловирусе, вирусах Коксаки, краснухи, Эпштейна — Барр, токсоплазмозе, септических поражениях. Желтуха носит «грязный» сероватый оттенок, часто сопровождается геморрагическим синдромом.

В заключение хочется отметить, что последствия желтухи зависят от болезни, вызвавшей повышение билирубина в крови новорожден-

ного, и в большинстве случаев желтуха проходит бесследно, одновременно с устранением заболевания, вызвавшего ее. Новейшая информация относительно желтух новорожденных и других актуальных неонатологических проблем для неонатологов, педиатров, студентов и родителей доступна в новейшем издании: Неонатология : підручник : у 3 т. Ю. Г. Антипкін, Н. В. Пасечнікова, М. Л. Аряєв та ін. Львів : Магнолія, 2020.

**Ю. В. ДЕСЯТСКАЯ,**  
к. мед. н.,  
доцент кафедры  
педиатрии № 1

## БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!

# ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ

С каждым днем количество пациентов, перенесших COVID-19, в мире становится все больше. В Украине их количество тоже растет, и, к сожалению, не для всех инфекция проходит бесследно. Изучая опыт медиков различных стран, можно сделать вывод, что последствия этого вируса могут быть самыми разными: от нарушений сна и подавленного состояния до инсульта и фиброза легких. При этом об отдаленных проявлениях, которые могут наступить через год, пять или десять лет, мы можем только догадываться.

По данным литературы, у 80 % пациентов, перенесших COVID-19, наблюдается «постковидный синдром», который включает в себя сохраняющуюся слабость, головную боль, одышку, кашель, повышенную потливость и подавленное настроение. Доказано, что вирус SARS-CoV-2 обладает выраженной нейротропностью и нейротоксичностью с развитием anosmia — внезапная потеря обоняния, головная боль, нарушение сна, а также когнитивных нарушений в виде снижения памяти и умственной работоспособности. Причем все эти проявления отмечаются и у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию в легкой форме.

Известно, что у людей, страдающих хроническими заболеваниями легких, сердца, почек и крови, заболевание протекает тяжелее и зачастую осложняется декомпенсацией функций органов, развитием миокардитов (воспаление сердечной мышцы), аритмий, инсультов и инфарктов. Причем в сер-

дечной мышце могут развиваться необратимые изменения.

Нервная и иммунная системы имеют тесную взаимосвязь и образуют единую систему управления организмом. Эта связь осуществляется посредством цитокинов и нейропептидов. Доказано, что введение цитокинов (даже в лечебных целях) сопровождается депрессией центральной нервной системы и мышечной слабостью. Именно это и наблюдается при коронавирусной инфекции и «цитокиновом шторме». В свою очередь, депрессия провоцирует выброс гормона стресса — кортизола, который подавляет иммунную систему, а также выброс адреналина и норадреналина, которые подавляют активность лимфоцитов. Имеются данные, что на пике стресса у спортсменов и студентов происходит снижение иммуноглобулинов всех классов, то есть человек испытывает иммунодефицит. У многих пациентов на фоне гипоксии (нехватки кислорода) и прямого нейротоксического воздействия коронавирусной инфекции на ЦНС ухудшается память, внимание и скорость мышления.

Реабилитация после коронавируса необходима каждому переболевшему вне зависимости от степени тяжести заболевания. Пациенты, которые перенесли среднетяжелую и тяжелую формы коронавирусной пневмонии, нуждаются в обязательной комплексной реабилитации.

Несмотря на мощное развитие технологий в медицине в последнее десятилетие, никакой одной уникальной

технологии для реабилитации последствий коронавирусной инфекции не существует, также как и нет никакой секретной пилюли для быстрого восстановления.

Важно отметить, что в связи с многообразием различных осложнений после перенесенного заболевания, разработкой индивидуальной программы реабилитации должна заниматься мультидисциплинарная команда с учетом клинических и лабораторных показателей пациента. Восстановительный комплекс должен включать лечебную гимнастику, дыхательную гимнастику с применением респираторных тренажеров, массаж, диетотерапию, физиотерапию, а также при необходимости назначение медикаментозных препаратов.

Помимо респираторной и физической реабилитации, не менее важна реабилитация психологическая, которая направлена не только на то, чтобы успокоить пациента, но и мотивировать его заниматься лечебной и дыхательной гимнастикой. Так как при тяжелом течении COVID-19 формируется порочный круг — пациент ослаблен, ему тяжело заниматься с реабилитологом, следовательно, развивается мышечная гипотония, которая еще больше усугубляет его состояние и пациент еще больше теряет физическую форму.

Даже если коронавирусная инфекция была перенесена в легкой форме и процессы восстановления после болезни проходят в домашних условиях, необходимо выполнять ежедневную лечебную дыхательную гимнастику, а также комплекс упражнений для верхнего плечевого пояса и нижних конечностей, дозируя физическую нагрузку и не допуская утомления.

Будьте здоровы!

**А. В. ШАНЫГИН,**  
ассистент кафедры гигиены  
и медицинской экологии,  
врач-терапевт

# ЗАЩИТНЫЕ МАСКИ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

**«Мы все носим маски, и приходит время, когда мы не можем снять их, не затронув собственной кожи».**

**Андре Бертье**

Данное выражение в прямом смысле наиболее актуально в период сегодняшней пандемии COVID-19, когда длительное ношение защитных масок влияет не только на состояние общего здоровья, но и на состояние кожи лица, и может иногда стать тяжелым испытанием для человека вследствие трансформации воспалительного процесса в хроническое течение.

Защитные маски стали в нашей социальной жизни одним из атрибутов «верхней одежды». Чтобы понять, какое воздействие на кожу человека оказывает защитная маска, нужно знать, какие виды масок бывают, и сделать для себя выбор в пользу ношения того или иного вида защитной маски.

Различают следующие виды масок: процедурные, повседневные, специализированные (хирургические), респираторные. Маски также бывают стерильные или нестерильные, одноразовые или многоразовые.

К процедурным маскам относятся одноразовые медицинские маски, состоящие из трех слоёв нетканого материала: фильтр (посередине) и два внешних слоя. Их используют в общественных местах, больницах, поликлиниках.

Повседневные маски — это маски, сделанные из хлопка, их можно стирать при высокой температуре и носить несколько раз.

Специализированные маски имеют четыре слоя, где, кроме фильтра и двух внешних слоев, есть слой, не пропускающий жидкость и обеспечивающий защиту кожи лица от попадания на него биологических жидкостей при проведении операционных вмешательств.



Респираторные маски имеют высокую степень защиты, и их назначают только для медицинского или военного персонала, который находится в эпицентре событий.

Стерильные маски используют в операционных или исследовательских лабораториях. Нестерильные применяются в повседневной жизни.

Но какую бы маску ни выбрал человек, нужно учитывать как плюсы, так и минусы от её ношения. Остановимся на часто встречающихся последствиях от использования защитных масок. Но вначале хочется подчеркнуть, что в зависимости от внешних условий, продолжительность использования одной маски варьируется от 2 до 6 часов.

Основной плюс маски — это защита дыхательных путей от попадания в них возбудителей инфекций, которые передаются воздушно-капельным путем, также маска предохраняет от попадания частичек пыли или других загрязнений. Летом ношение маски предупреждает появление пигментных пятен, которые провоцируются воздействием солнечных лучей.

Негативное воздействие на кожу лица от ношения защитных масок проявляется в результате нарушения режима ношения маски. Чем дольше

приходится проводить времени в масках, тем скорее могут возникнуть проблемы с кожей. Из-за длительного давления частей конструкции маски провоцируются нарушения микроциркуляции крови и лимфатического оттока, что приводит к таким распространенным проблемам кожи, как локальная или общая отечность лица и покраснение.

При неправильном ношении защитной маски могут развиваться контактный дерматит, аллергические реакции на фоне появления потертостей. Зимой ношение маски может привести к обморожению кожи, поскольку при дыхании образуется много влаги.

С приходом пандемии дерматологи начали использовать в практической работе новый термин «маскне», состоящий из двух слов «маска» + «акне». Это так называемый вид «механического» акне. Маскне характеризуется закупоркой пор, воспалением кожи и образованием угрей.

Как же уберечься от негативного воздействия защитных масок на кожу лица? Попробуем выстроить следующий алгоритм по уходу за кожей лица при использовании защитных масок:

- надевать маску на чистую кожу лица и очищать её после ношения маски;

- отказаться от спиртосодержащих тоников, использовать гипоаллергенные;

- использовать питательные увлажняющие кремы с гиалуроновой кислотой (недостаток влаги в коже приводит к уменьшению деления новых клеток. Это способствует развитию воспалительных реакций);

- не использовать тональные кремы, пудры, они остаются на маске. Это ухудшает фильтрацию воздуха и снижает защитную функцию маски.

Поэтому нужно помнить, что соблюдение правил ношения защитных масок не приводит к негативным последствиям, а является профилактической мерой от тяжелого течения респираторных инфекций и их дорогостоящего лечения.

**Л. А. КОВТУН,**  
ассистент кафедры дерматологии  
и венерологии

Редактор выпуска И. В. Барвиненко  
Ответственные секретари  
А. В. Попов, Р. В. Мерешко  
Учредитель и издатель — Одесский  
национальный медицинский  
университет

Адрес редакции:  
65082, Одесса, ул. Софиевская, 2. Тел. 723-29-63.  
Свидетельство о регистрации: ОД № 685 от 29 марта 2001 г.  
Подписано к печати 21.01.2021. Тираж: 50. Заказ 2232.  
Напечатано в издательстве Одесского национального медицинского  
университета, 65082, Одесса, ул. Софиевская, 2. Тел. 723-29-63.