

**Заключение.** Выделены следующие особенности атипичной клиники COVID-19. У лиц пожилого возраста часто отмечается неврологическая симптоматика, острые психозы и дебют в виде сердечно-сосудистых катастроф. У лиц среднего возраста доминирует ОРВИ-подобный вариант. У детей отмечаются симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, нередко – сыпь. В ряде случаев развивается мультисистемный воспалительный синдром.

**Панков В.Е.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

## **ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Цель работы – сформулировать гигиенические аспекты профилактики и принципы восстановления расстройств аутистического спектра (РАС) в контексте пандемии COVID-19.

**Материалы и методы.** Аналитический обзор и обобщение мирового и собственного клинического опыта, накопленного в ходе изучения проблематики РАС у детей в зависимости от типа профиля функциональной межполушарной асимметрии головного мозга членов семьи (профиля ФМА семьи). Оценка информационного содержания по данной теме.

**Результаты и обсуждение.** В настоящее время аутизм у детей представляет актуальную проблему в связи с его широким и непрерывно увеличивающимся распространением в мире, с невыясненной этиологией и патогенезом, с предполагаемыми мультифакторными причинами. Одним из таких важнейших факторов является функциональная асимметрия головного мозга. Актуальным представляется вопрос, о том, как развитие РАС у ребенка может проявляться в зависимости от типа профиля ФМА головного мозга членов его семьи.

В настоящее время в рамках научных исследований, проводимых на кафедре интегративной и восстановительной медицины в отношении данной проблемы, были получены подтверждения положений о гигиенической и эпидемиологической роли семьи (как экологической системы ребенка) в механизмах формирования РАС, а также выявлены новые закономерности возникновения этиологических и патогенетических механизмов РАС. Ключевым аспектом настоящей научно-исследовательской работы является определение интегративного профиля функциональной асимметрии головного мозга семьи, как фактора риска развития этих расстройств. Как правило, коррекция подобных нарушений рассматривается как прерогатива психиатров, неврологов и клинических психологов. В данной работе акцент смещен с клинических аспектов на гигиенические, включающие в себя принципы вторичной профилактики и персонифицированного восстановления этого типа расстройств. Позиция, оценивающая взаимоотношения между формирующимся ребенком как социальным существом и его социальной экологией, представленной его семьей и ближайшим окружением общества, представляется более реалистичной и способной влиять на динамику увеличения распространенности РАС.

Пандемия COVID-19 является мультисистемным фактором в целом, влияя на эпидемическую ситуацию РАС. Самым прямым образом противоэпидемические мероприятия, проводимые в мировом масштабе, усиливают изоляцию, разрывая социальные связи и нарушая непосредственно коммуникативные процессы. С другой стороны, влияние стресса, вносимого пандемией COVID-19 в общий синдром посттравматического стрессового расстройства, усиливает как базовый показатель тревоги, так и ситуационную тревожность. Немаловажным вкладом представляется такое общее последствие COVID-19 как когнитивные дисфункции высшей нервной деятельности. Таким образом, пандемия COVID-19 вносит существенные коррективы в общую эпидемическую картину РАС, смещая интегративный профиль ландшафта ФМА семьи в сторону увеличения латерализации, а также уменьшая общую площадь этого ландшафта, что в целом следует рассматривать как эпидемическое увеличение фактора риска РАС.

**Заключение.** Все это в целом, с учетом фактора пандемии COVID-19, имеет практическое значение для разработки программ превентивной вторичной профилактики с использованием целевого санитарно-гигиенического воспитания, в том числе индивидуального и группового консультирования,

превентивного обучения членов семей, имеющих высокий фактор риска по развитию у их детей РАС, знаниям и навыкам, предотвращающим или компенсирующим данную патологию.

*Первак М.Б., Игнатенко Г.А., Усов В.Ю., Дубовая А.В., Герасименко В.В.*

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк,  
Томский НИМЦ РАН, г. Томск

## **КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19: СОПОСТАВЛЕНИЕ С КЛИНИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ**

Цель исследования: оценить степень поражения и проанализировать компьютерно-томографическую семиотику изменений в легких при COVID-19, сопоставить компьютерно-томографические и клинические данные.

Материал и методы: обследовано 467 пациентов с положительным ПЦР-скринингом, всем проведена мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ) органов грудной полости (ОГП), 59 из них выполнены исследования в динамике. У 341 пациента (73,0%) были клинические проявления ОРВИ, у 126 (27,0%) – бессимптомное течение болезни. Исследования выполнялись на компьютерном томографе Toshiba Aquilion 64, с толщиной среза 1 мм. Объем исследования – от уровня яремной вырезки до купола диафрагмы, в положении пациентов на спине, у 38 пациентов – на спине и на животе. Сканирование проводилось при задержке дыхания.

Результаты и обсуждение: По данным МСКТ, у 111 обследованных (23,8%) изменения в легких не определялись, у 356 пациентов (76,2%) были выявлены характерные для COVID-19 изменения в легких: вариабельные по протяженности и плотности участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», утолщение междолькового интерстиция на фоне участков «матового стекла» – синдром «бульжной мостовой», участки уплотнения легочной ткани по типу консолидации, смешанные участки уплотнения легочной ткани (симптом «ореола», «обратного ореола»), курвиликулярные субплевральные уплотнения и разнообразные ретикулярные изменения, обусловленные изменением междольковых перегородок. Результаты МСКТ были распределены на 3 группы, согласно визуальной эмпирической шкале оценки объема поражения легочной паренхимы, по которой: КТ1 – распространенность поражения менее 25% объема легких, КТ2 – 25-50% объема легких, КТ3 – 50-75% объема легких, КТ4 – поражение более 75% легких. В результате проведенных исследований, у 158 (33,8%) пациентов была установлена степень КТ1, у 127 (27,2%) – КТ2, у 49 (10,5%) – КТ3, у 22 (4,7%) – КТ4.

Из 126 пациентов с бессимптомным течением у 73 больных выявлены КТ-признаки COVID-19 (у 52 – КТ1 и у 21 – КТ2). Выявлены особенности КТ-семиотики в этой подгруппе: отмечалась более округлая форма участков инфильтрации, преимущественно в верхних отделах легких, в нижних отделах – с наличием субплевральных ретикулярных изменений, при этом инфильтрация легочной ткани была представлена только участками «матового стекла» низкой и средней плотности, случаев консолидации не было.

38 пациентам с положительным ПЦР-тестом, но без клинических симптомов было проведено КТ-сканирование в положении лежа на спине и на животе. При этом у 17 обследованных ретикулярные изменения и уплотнения по типу «матового стекла», выявленные в задне- базальных отделах легких при обычном положении, не визуализировались в положении на животе, что позволило исключить у них наличие инфильтрации и поражения интерстиция и расценить эти изменения как гравитационно-зависимые. У 21 пациента изменения в положении лежа на животе по локализации, размерам и плотности соответствовали таковым в положении лежа на спине, что подтверждало наличие у них легочной инфильтрации, обусловленной COVID-19. Сопоставление данных МСКТ с результатами предшествующей рентгенографии ОГП показало, что у всех больных с КТ0, у 14 пациентов с КТ1 и 2 пациентов с КТ2 изменения в легких на рентгенограммах не визуализировались. В 9 случаях про-