

9. Louis D.S., Kasdan M.L., et al. Factitious Disorders. Green's Operative Hand Surgery, 6th ed. – 2010. – Vol. 2. – P. 1989-1992.
10. Maldonado J.R. When patients deceive doctors: a review of Factitious Disorders // Am. J. of Forensic Psychiatry. – 2002. – Vol. 23, № 2. – P. 29-58.
11. Paar G.H. Factitious disorders in the field of surgery // Psychother Psychosom. – 1994. – Vol. 62. – P. 41-47.
12. Schnellbacher S., O'Mara H. Identifying and Managing Malingering and Factitious Disorder in the Military // Curr Psychiatry Rep. – 2016. – Vol. 18, № 11. – P. 105.
13. Silva, N.M.R., Petrucci G.W., Palitot E.B., et al. Dermate factícia desencadeada pela síndrome de Münchhausen // An. Bras. Dermatol. – 2010. – Vol. 85, № 1. – P. 77-79.
14. Werdin F., Amr A., Eckhardt-Henn A. The phenomenon of covert self-mutilation in the surgical routine // Chirurg. – 2016. – Vol. 87, № 2. – P. 129-125.
15. Yates G. P., Yates M. A., Feldman M. D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2016. – Vol. 41, № 1. – P. 20-28.

Координаты для связи с авторами: Коваль Алексей Николаевич – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, врач-хирург отделения гнойной хирургии 301 ВКГ, тел. +7-914-191-53-28, e-mail: afuolle@rambler.ru; Ташкинов Николай Владимирович – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС ДВГМУ, e-mail: taschkinov@mail.ru; Сапожников Юрий Анатольевич – ассистент кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, тел. +7-924-201-06-10, e-mail: youris1971@mail.ru; Кузьменко Виталий Станиславович – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, тел. +7-924-118-95-85, e-mail: vitkuzmenko@yandex.ru; Банкрашков Сергей Евгеньевич – ординатор кафедры общей и клинической хирургии ДВГМУ, сот. +7-924-210-44-04, e-mail: bankrashkov@gmail.com; Рачковский Игорь Васильевич – зав. отделением гнойной хирургии 301 ВКГ, тел. +7-924-303-81-67, e-mail: doctore68@yandex.ru; Булавинов Сергей Николаевич – ассистент кафедры общей и клинической хирургии, врач хирург отделения гнойной хирургии 301 ВКГ, тел. +7-914-182-26-58, e-mail: bulavinov.sn@yandex.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-3-58-62>

УДК 618.5,618.4

О.Ю. Пачковская, М.Б. Игитова, К.В. Дмитриенко

ВОЗМОЖНОСТИ ЕСТЕСТВЕННОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ С УЧЕТОМ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Алтайский государственный медицинский университет, 656038, пр-т Ленина, 40, тел. 8-(3852)-56-68-00, e-mail: rector@agtu.ru, г. Барнаул

Резюме

Установлены факторы перинатального риска при наличии рубца на матке после однократного кесарева сечения: возраст беременных 31 год и старше (OR=2,51 [95 % CI 1,11-5,66], p=0,0264), интергенетический интервал менее двух лет (OR=6,13 [95 % CI 1,89-19,8], p=0,0024), 4-я и более настоящая беременность (OR=5,14 [95 % CI 2,11-12,5], p=0,0003), курение (OR=8,93 [95 % CI 1,07-74,34], p=0,0429), наличие случаев прерывания беременности до 22 недель в анамнезе (OR=2,71 [95 % CI 1,19-6,18], p=0,0175), гестационных осложнений (OR=6,34 [95 % CI 2,27-17,7], p=0,0004), выявление гемодинамических нарушений в системе «мать–плацента–плод» (OR=3,17 [95 % CI 1,39-7,18], p=0,0057) и маловодия (OR=5,73 [95% CI 1,19-27,7], p=0,0298). Отношение шансов неблагоприятного перинатального исхода также возрастало при формировании плаценты в проекции рубца (OR=2,66 [95 % CI 1,15-6,16], p=0,0221) и ее локализации на передней стенке матки (OR=3,88 [95 % CI 1,68-8,95], p=0,0015). Полученные данные легли в основу стратификации беременных по степени перинатального риска для выбора способа родоразрешения.

Ключевые слова: беременность, рубец на матке после кесарева сечения, факторы перинатального риска.



O.Yu. Pachkovskaya, M.B. Igitova, K.V. Dmitrienko

POSSIBILITIES OF NATURAL DELIVERY IN WOMEN WITH UTERUS SCAR
CONSIDERING PERINATAL RISKS

Altay State Medical University, Barnaul

Abstract

Perinatal risk factors were detected in the presence of a scar on the uterus after a single Cesarean section: age of pregnant women 31 years and older (OR=2,51 [95 % CI 1,11-5,66], $p=0,0264$), intergenetic interval less than two years (OR=6,13 [95 % CI 1,89-19,8], $p=0,0024$), 4th or more present pregnancy (OR=5,14 [95 % CI 2,11-12,5], $p=0,0003$), smoking (OR=8,93 [95 % CI 1,07-74,34], $p=0,0429$), presence of pregnancy termination cases up to 22 weeks of history (OR=2,71 [95 % CI 1,19-6,18], $p=0,0175$), gestational complications (OR=6,34 [95 % CI 2,27-17,7], $p=0,0004$), detection of hemodynamic disorders in the mother-placenta-fetus system (OR=3,17 [95 % CI 1,39-7,18], $p=0,0057$) and low water (OR=5,73 [95 % CI 1,19-27,7], $p=0,0298$). The odds ratio of adverse perinatal outcome also increased with placenta formation in the scar projection (OR=2,66 [95 % CI 1,15-6,16], $p=0,0221$) and its localization on the anterior uterine wall (OR=3,88 [95 % CI 1,68-8,95], $p=0,0015$). The data obtained formed the basis of stratification of pregnant women by the degree of perinatal risk for choosing the method of delivery.

Key words: pregnancy, uterine scar, cesarean section, perinatal risk factors.

В настоящее время кесарево сечение является одной из самых распространенных хирургических операций и наиболее частым видом оперативного родоразрешения [1]. Влияние высокой частоты кесарева сечения на показатели материнской и перинатальной заболеваемости изучено недостаточно, но на сегодняшний день сложилось единое мнение о том, что данная операция является жизненно важным вмешательством, но может также привести к кратким и долгосрочным неблагоприятным последствиям для женщин и новорожденных [3].

Значительная распространенность кесарева сечения повлекла за собой сложности ведения последующей беременности и планирования родоразрешения женщин с предшествующими оперативными родами, поскольку на данный момент не существует опубликованной модели оценки риска разрыва матки по рубцу. В то же время определение полноценности рубца

является не единственной проблемой при ведении беременности у этих женщин. Результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что беременность у женщин с оперированной маткой сопряжена с высоким риском гестационных и перинатальных осложнений [2, 3, 4]. Поэтому для выбора тактики родоразрешения целесообразно использование системы стратификации беременных с рубцом на матке по степени перинатального риска, которая позволит обосновать условия для ведения родов через естественные родовые либо целесообразность повторного кесарева сечения в интересах плода, что в условиях перинатального акушерства представляется актуальным.

Цель исследования – обосновать систему стратификации беременных с рубцом на матке после однократного кесарева сечения по степени перинатального риска.

Материалы и методы

Для оценки перинатального риска проведен анализ течения и исхода гестации у 100 женщин с одноплодной беременностью и рубцом на матке после однократного кесарева сечения, состоявших на диспансерном учете с ранних сроков и родоразрешенных в КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства. Перинатальный центр» в течение 2018-2019 гг. Пациентки были разделены на две клинические группы на основе анализа состояния новорожденных и течения у них раннего неонатального периода: I группу составила 51 беременная с неблагоприятным перинатальным исходом, II группу – 49 женщин, родивших здоровых детей. Все женщины были обследованы согласно нормативным документам Минздрава России, в рамках стандартной скрининг-программы было проведено трехкратное ультразвуковое исследование с доплерометрией на аппаратах Voluson E8 Expert, Sonoline-Elegra (Simens), ALOKA – SSD-2000.

Статистический анализ (среднее значение, стандартное отклонение, достоверность различий по

t-критерию Стьюдента, критерий U-Манна – Уитни) выполнялся с использованием пакета статистического программного обеспечения MedCalc Version 18.2.1 (лицензия Z2367-F3DD4-83E2E8-A6963-ED902). Характер распределения количественных признаков определяли методом Шапиро – Уилка (W-тест). Для описания материала использовались доли (%), среднее значение (M) и среднее квадратичное отклонение (σ), а также медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й и 75-й квартили). При оценке перинатального риска эффект воздействия каждого фактора определяли по величине отношения шансов (Odds ratio, OR). Для демонстрации силы связи между признаками вычисляли 95 % доверительный интервал (95 % CI) для OR. Для количественной оценки значения исследуемого признака, увеличивающего вероятность неблагоприятного перинатального исхода, были использованы веса Байеса на основе определения отношения правдоподобия (LR – likelihood ratios). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $\leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Перинатальные исходы у пациенток I группы характеризовались следующими патологическими состояниями: в 10 случаях беременность завершилась преждевременными родами, у 12 новорожденных регистрировалась задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу, у 14 детей – респираторные нарушения с дыхательной недостаточностью I-II степени (в том числе у 4 доношенных новорожденных), у 16 детей – морфофункциональная незрелость. Гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы являлось доминирующей нозологической формой и имело место у 31 ребенка; сочетание двух и более нозологических форм наблюдалось в 41 случае.

Антропометрические показатели доношенных детей I группы были существенно ниже показателей группы сравнения: средняя масса тела составила $3\,087,4 \pm 491,9$ г (у новорожденных II группы – $3\,388,2 \pm 419,3$ г, $p=0,0027$), средняя длина тела – $50,2 \pm 3,9$ см и $52,5 \pm 2,0$ см соответственно ($p=0,0007$). Среднее значение оценки по шкале Апгар в I группе составило $6,2 \pm 1,4$ балла, в II группе – $7,5 \pm 0,5$ балла ($p<0,0001$).

Оценка факторов перинатального риска выявила ряд социальных и клиничко-анамнестических особенностей женщин с рубцом на матке, родивших больных детей. В группе женщин, родивших здоровых детей, преобладали беременные в возрасте от 26 до 30 лет (35,3 % в I группе и 59,2 % во II группе, $p=0,028$), тогда как среди пациенток с неблагоприятными перинатальными исходами было существенно больше женщин старшей возрастной группы: удельный вес беременных в возрасте 31 год и старше составил 54,9 % (во II группе – 32,6 %, $p=0,041$). При оценке социальных факторов было установлено, что количество женщин, имеющих хроническую никотиновую зависимость, было значительно больше в группе беременных с неблагоприятными перинатальными исходами (15,7 % и 2,0 %, $p=0,041$).

По акушерскому паритету беременные также имели существенные различия: среди пациенток с неблагоприятными перинатальными исходами было существенно больше женщин, настоящая беременность которых была 4-й и более (56,8 % и 20,4 %, $p=0,0004$), а также имевших в анамнезе случаи прерывания беременности до 22 недель (как самопроизвольные выкидыши, так и искусственные аборты), тогда как во II группе преобладали женщины, настоящая беременность которых была второй (11,8 % и 44,9 %, $p=0,0005$). Удельный вес женщин самопроизвольными родами в анамнезе существенно не различался (25,9 % и 14,3 %, $p=0,232$). Структура и удельный вес гинекологических заболеваний в зависимости от перинатального исхода также различий не имели.

Интергенетический интервал после кесарева сечения составил от одного года до 18 лет (в среднем – $5,3 \pm 3,7$ года в I группе и $5,6 \pm 3,5$ года во II группе, $p=0,699$), но среди женщин, родивших больных детей, было значительно больше пациенток, имевших интервал после кесарева сечения 2 года и менее (35,3 % и

8,2 %, $p=0,0025$). Оценка показаний к предшествующему оперативному родоразрешению в зависимости от перинатального исхода позволила установить, что в обеих группах основными показаниями являлись аномалии родовой деятельности (45,1 % и 34,7 %, $p=0,391$), тазовое предлежание плода (13,7 % и 16,3 %, $p=0,933$), преэклампсия и эклампсия (7,8 % и 14,3 % соответственно, $p=0,472$). В плановом порядке первое кесарево сечение было выполнено у 15 пациенток I группы (29,4 %) и у 14 женщин II группы (28,6 %, $p=0,895$).

Анализ соматической отягощенности также не выявил существенных различий в зависимости от перинатального исхода. Хроническая артериальная гипертензия наблюдалась у 7,8 %, родивших больных детей и 4,5 % группы сравнения ($p=0,727$), прегравидарное ожирение – у 15,7 % и 10,2 % ($p=0,603$), заболевания мочевыводящих путей – у 27,5 % и 14,3 % ($p=0,169$) женщин соответственно.

В то же время при оценке течения настоящей беременности было установлено, что гестационные осложнения значительно чаще регистрировались у женщин I группы (у 45 беременных, что составляет 88,2 %, во II группе – у 27 пациенток, т. е. 55,1 %, $p=0,0024$), хотя по отдельным нозологическим формам существенных различий получено не было.

Поэтапная ультразвуковая оценка толщины стенки матки в проекции рубца не выявила существенных различий в зависимости от перинатального исхода. В то же время было установлено, что в сроки 11–14 недель у 49,0 % женщин I группы верифицировалось формирование плаценты проекции рубца (во II группе – у 26,5 %, $p=0,035$). Локализация плаценты на передней стенке матки также наблюдалась у беременных I группы существенно чаще (60,8 % и 28,6 %, $p=0,0024$). Признаки плацентарной дисфункции во II и III триместрах беременности в виде гемодинамических нарушений в системе «мать–плацента–плод» имели место у 32 женщин I группы (62,7 %) и у 17 беременных II группы (34,7 %, $p=0,0093$). Кроме того, у женщин, родивших больных детей, по результатам УЗИ чаще регистрировалось маловодие (19,6 % и 4,1 %, $p=0,0379$).

Оценка факторов перинатального риска у женщин с оперированной маткой показала увеличение шансов рождения больного ребенка у матери в возрасте 31 год и старше ($OR=2,51$ [95 % CI 1,11–5,66], $p=0,0264$) и при интергенетическом интервале менее двух лет ($OR=6,13$ [95 % CI 1,89–19,8], $p=0,0024$). Факторами, влияющим на увеличение шансов неблагоприятного перинатального исхода, также являются курение ($OR=8,93$ [95 % CI 1,07–74,34], $p=0,0429$) 4-я и более настоящая беременность ($OR=5,14$ [95 % CI 2,11–12,5], $p=0,0003$) и наличие случаев прерывания беременности до 22 недель в анамнезе ($OR=2,71$ [95 % CI 1,19–6,18], $p=0,0175$). Кроме того, увеличение отношения шансов рождения больного ребенка сопряжено с наличием гестационных осложнений ($OR=6,34$ [95 % CI 2,27–17,7], $p=0,0004$), выявлением по результатам ульт-



тразвуковой диагностики гемодинамических нарушений в системе «мать–плацента–плод» ($OR=3,17$ [95 % CI 1,39-7,18], $p=0,0057$) и маловодия ($OR=5,73$ [95 % CI 1,19-27,7], $p=0,0298$).

Несмотря на то, что ультразвуковая оценка состояния рубца на матке, в рамках нашего исследования, не показала различий в зависимости от перинатального исхода, данный метод диагностики в рамках стандартной скрининг-программы позволяет уточнить степень перинатального риска у беременных с рубцом на матке после однократного кесарева сечения. Отношение шансов неблагоприятного перинатального исхода существенно возрастало при формировании плаценты в проекции рубца ($OR=2,66$ [95 % CI 1,15-6,16], $p=0,0221$) и локализации плаценты на передней стенке матки ($OR=3,88$ [95 % CI 1,68-8,95], $p=0,0015$).

У 24 пациенток I группы (58,5 %) и у 9 женщин II группы (18,4 %, $p=0,0002$) было начато ведение родов через естественные родовые пути, самопроизвольные роды произошли у 14 (34,1 %) и 6 (12,2 %, $p=0,0254$) женщин соответственно. Таким образом, попытка ведения родов через естественные родовые пути при доношенной беременности предпринималась у женщин с неблагоприятными перинатальными исходами в 3 раза чаще. Частота выполнения планового кесарева сечения была существенно выше у женщин, родивших здоровых детей (87,8 %, в I группе – 65,9 %, $p=0,0262$). Можно предположить, что недооценка перинатального риска у пациенток I группы повлекла за собой декомпенсацию функционального состояния плода в родах на фоне наличия плацентарных нарушений. Отношение шансов рождения больного доношенного ребенка при ведении родов через естественные родовые пути при рубце на матке возрастало более чем в 3 раза ($OR=3,72$ [95 % CI 1,27–10,84], $p=0,0163$).

Определение информативности клинических факторов риска, дополненных результатами ультразвукового обследования, позволило разработать оценочно-прогностическую шкалу перинатального риска у беременных с рубцом на матке (таблица), основанную на определении отношения правдоподобия (LR).

Оценка перинатального риска по предложенной шкале продемонстрировала следующие результаты: средний показатель ($M \pm \sigma$) в I группе женщин составил $11,71 \pm 4,28$ балла [95 % CI 10,5-12,91], медиана показателя – 11,0 (интерквартильный размах 9,0-13,75). Во II группе средний показатель составил $6,88 \pm 4,18$ балла [95 % CI 5,68-8,08] ($p<0,0001$), медиана показателя – 7,0 (интерквартильный размах 4,0-8,5, $p<0,0001$). При индивидуальной оценке количество баллов, составляющее 9 и более, позволяет отнести пациентку с рубцом

на матке к группе высокого перинатального риска. В I группе суммарную оценку 9 баллов и более имели 42 женщины, во II группе – 12 беременных. Таким образом, предложенная шкала оценки перинатального риска у беременных с рубцом на матке после однократного кесарева сечения имеет чувствительность 82,4 % и специфичность 75,5 %. Прогностическая ценность положительного результата теста (positive predictive value) составила 77,8 % [64,4 % – 87,9 %], отрицательная (negative predictive value) – 80,4 % [66,1 % – 90,6 %].

Таблица

Шкала оценки перинатального риска у женщин с рубцом на матке

Признаки	LR	95 % CI	Балл
Социальные факторы			
Возраст 31 год и старше	1,68	1,05-2,70	2
Курение	7,69	1,0-59,2	8
Акушерско-гинекологический анамнез			
4-я и более настоящая беременность	2,79	1,52-5,09	3
Случаи прерывания беременности до 22 недель	1,50	1,06-2,13	2
Интергенетический интервал менее двух лет	4,32	1,57-11,9	4
Течение настоящей беременности			
Наличие осложнений гестации	1,60	1,22-2,10	2
Результаты ультразвукового скрининг-обследования			
Локализация плаценты на передней стенке матки	2,13	1,30-3,49	2
Формирование плаценты в проекции рубца по результатам скрининг-УЗИ в конце I триместра беременности	1,85	1,07-3,18	2
Гемодинамические нарушения МПК/ППК во II и III триместрах	1,87	1,17-2,80	2
Маловодие	4,8	1,1-20,8	5

Примечание. LR – отношение правдоподобия; 95 % CI – 95 % доверительный интервал.

Выбор оптимального метода родоразрешения пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения представляет значительные трудности. Результаты проведенного исследования позволяют предположить, что наличие рубца на матке может оказывать влияние на ее анатомо-функциональные характеристики (иннервацию, трофику), что при наличии факторов перинатального риска неблагоприятно сказывается на процессах формирования и развития плаценты и обуславливает высокий удельный вес заболеваний новорожденных. Представленные данные свидетельствуют о целесообразности дифференцированного подхода к родоразрешению женщин с рубцом на матке после кесарева сечения с учетом риска ведения родов через естественные родовые пути для плода.

Выводы

1. Клинико-анамнестическими факторами перинатального риска при наличии рубца на матке являются возраст матери 31 год и старше, курение, 4-я и более настоящая беременность, интергенетический интервал 2 года и менее, наличие в анамнезе случаев пре-

рывания беременности до 22 недель и осложненное течение беременности.

2. Стратификация беременных с рубцом на матке по степени перинатального риска может быть использована в выборе способа родоразрешения.

Литература

1. Жаркин Н.А. К истории операции кесарева сечения / Н.А. Жаркин, Т.Г. Семикова // История медицины. – 2018. – Т. 5, № 2. – С. 174-180.
2. Особенности течения и исхода беременности у женщин с рубцом на матке / М.Б. Игитова, О.Ю. Пачковская, В.А. Боровков, И.С. Волченко // Мать и дитя в Кузбассе. – 2018. – № 3 (74). – С. 38-41.
3. Радзинский В.Е., Логутова Л.С., Краснопольский В.И. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства / Под ред. В.И. Краснопольского. – СИМК, 2018. – 224 с.
4. Болотова О.В. Совершенствование диагностики состояния рубца на матке после операции кесарева сечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Болотова Оксана Викторовна. – М., 2011. – 25 с.

Literature

1. Zharkin N.A. On the history of Caesarean section / N.A. Zharkin, T.G. Semikhova // History of Medicine. – 2018. – Vol. 5, № 2. – P. 174-180.
2. Features of the course and outcome of pregnancy in women with a uterine scar / M.B. Igitova, O.Yu. Pachkovskaya, V.A. Borovkov, I.S. Volchenko // Mother and Child in Kuzbass. – 2018. – № 3 (74). – P. 38-41.
3. Radzinsky V.E., Logutova L.S., Krasnopolsky V.I. Caesarian section. Problems of Abdominal Obstetrics / Ed. by V.I. Krasnopolsky. SIMK. – 2018. – 224 p.
4. Bolotova O.V. Improving the diagnosis of the state of the uterine scar after Cesarean section: Abstract of a Thesis of ... a Candidate of Med. Science: 14.01.01 / Bolotova Oksana Victorovna. – M., 2011. – 25 p.

Координаты для связи с авторами: Пачковская Ольга Юрьевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, тел. +7-923-643-60-33, e-mail: pipulj@mail.ru; Игитова Марина Борисовна – д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, тел. +7-923-718-60-14, e-mail: Igitova-2011@mail.ru; Дмитриенко Ксения Владимировна – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, тел. +7-962-810-17-52, e-mail: tishkovakseni@mail.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-3-62-65>

УДК 616.36-002-022.6-08]-057/36(571.62-25)

Ю.Н. Сидельников¹, О.А. Кисляков², Д.К. Малёв¹

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А В ВОЙСКОВОЙ ЧАСТИ ХАБАРОВСКОГО ГАРНИЗОНА В 2017 ГОДУ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4213)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
²301 Военный клинический госпиталь, 680038, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-75-00, г. Хабаровск

Резюме

После многолетнего отсутствия вирусного гепатита А у военнослужащих Восточного военного округа в 2017 году отмечена групповая заболеваемость, продолжавшаяся 62 дня и протекавшая преимущественно в среднетяжелой форме (61,6 %). На фоне вспышки проводилась массовая вакцинация военнослужащих, которая не отразилась на течении самого заболевания. Сопутствующая патология и дефицит массы тела также не повлияли на тяжесть течения болезни. Заболевание протекало доброкачественно и закончилось полным выздоровлением всех военнослужащих.

Ключевые слова: вирусный гепатит А, групповая заболеваемость у военнослужащих, противоэпидемические мероприятия, вакцинация.