

занчан, В.А. Попов, Т.В. Рудакова // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1995. – Т. 154, № 2. – С. 9-13.

Khazanchyan P.O. Carotid artery plasty in carotid endarterectomy / P.O. Khazanchyan // Journal of Surgery n. a. I.I. Grekov. – 1995, Volume 154, № 2.

5. Кунцевич Г.И. Оценка кровотока в артериях мозга ультразвуковыми методами исследования на этапах хирургического лечения окклюзирующих поражений брахиоцефальных

артерий: автореф. дис...д-ра мед. наук. / Г.И. Кунцевич. – М., 1992.

Kuntsevich G.I. Assessment of blood flow in cerebral arteries by ultrasonic methods at stages of surgical treatment of brachiocephalic arteries occlusive diseases: Author's abstract ... MD / G.I. Kuntsevich. – М., 1992.

6. Спиридонов А.А. О показаниях к применению пластики ВСА после КЭЭ / А.А. Спиридонов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1993. – №5. – С. 63 – 66.

Spiridonov, A.A. Indications for ICA plasty after CEA / A.A. Spiridonov // Thoracic and Cardiovascular Surgery. 1993. – № 5. – P. 63-66.

7. Benefit of carotid patching: a randomized study / B.C. Eikelboom, R.G.A. Akerstaff, H. Hoeneveld [et al.] // J. Vascular Surgery. – 1988. – Vol. 7. – P. 240 – 247.

8. Management of immediate occlusion after carotid reconstruction / W. Simma, H. Hesse, G. Gilhofer [et al.] // J. Cardiovascular Surgery. – 1987. – Vol. 28, N 2. – P. 176 – 179.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Т.Г. Дмитриева, В.А. Саввина, С.Н. Алексеева, В.П. Афанасьева, Н.Т. Сосина, Н.А. Афанасьева, В.Е. Червонюк

## РОЛЬ ГЕПАТОТРОПНЫХ ВИРУСОВ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

УДК 616 – 053.2 : 616.36 - 002

Проведено ретроспективное изучение истории болезни пациентов, поступавших в отделения Перинатального и Педиатрического центров Республиканской больницы №1-Национального центра медицины г. Якутска. Для выявления этиологического фактора заболевания всем детям было проведено исследование биологических жидкостей на ВУИ прямым (ПЦР) и непрямым (ИФА) методом. Показано, что новорожденные с цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ) имеют низкий вес при рождении, низкую оценку по шкале Апгар, чаще нуждаются в реанимационной помощи при рождении. Клинические проявления ЦМВИ в неонатальном периоде носят полиорганный характер с преимущественным поражением печени и нервной системы.

**Ключевые слова:** вирусные инфекции, новорожденные, печень.

Viral infections, that cause liver damage, have a greater prevalence in the population, the tendency to recurrent course during pregnancy, similar epidemiological path and the effect on the occurrence of diseases of the fetus and newborn. Early prenatal diagnosis of viral infections is extremely important, as the outcome of treatment depends on the timely treatment. The aim of this work is the study of clinical manifestations of antenatal infection with different hepatotropic viruses of newborns.

**Keywords:** viral infections, newborns, liver.

Вирусные инфекции являются наиболее частыми и опасными заболеваниями, которые могут привести к неблагоприятному течению и исходу беременности, патологии плода и новорожденного. Среди инфекций, вызывающих внутриутробное инфицирование, эмбрио- и фетопатии, акушерскую патологию, наиболее распространенными являются цитомегаловирус (ЦМВ), вирусы герпеса, гепатита В и С [3].

По данным авторов [4], ДНК ЦМВ выявляется в биоптате печени в 80% случаев больных с билиарной атрезией, в крови – в 25%, в моче – 20% слу-

чаев. Предполагается, что неонатальный гепатит, билиарная атрезия и киста общего желчного протока являются проявлением одного и того же воспалительного процесса, возникающего на разных сроках внутриутробного развития. Причиной развития цирроза печени при билиарной атрезии является внутриутробное поражение желчевыводящих протоков и печеночной паренхимы вследствие воздействия инфекционного агента – цитомегаловируса, в ряде случаев в ассоциации с другими вирусами.

Несмотря на широкое применение вакцинации против гепатита В и значительные успехи современной противовирусной терапии хронической HBV- и HCV-инфекции, проблемы хронического вирусного гепатита у беременных и перинатального инфицирования новорожденных остаются одними из самых актуальных в современной медицине [2]. Поэтому верификация внутриутробной вирусной инфекции у младенцев является насущной необходимостью.

**Целью** данной работы является изучение клинического проявления внутриутробного инфицирования но-

ворожденных различными гепатотропными вирусами.

**Материалы и методы исследования.** Проведено ретроспективное изучение истории болезни пациентов, поступавших в отделения Перинатального и Педиатрического центров Республиканской больницы №1-Национального центра медицины г. Якутска: 16 младенцев, находившихся на лечении в инфекционном отделении новорожденных, 12 историй болезни новорожденных, лечившихся в отделении выхаживания недоношенных, 4 истории болезни пациентов отделения патологии новорожденных и 15 историй болезни детей, находившихся в хирургическом отделении. 5 пациентов наблюдались в Детской клинической городской больнице №2 г. Якутска. Больные, направленные из улусов республики и учреждений г. Якутска, распределились поровну, различий в половом составе также не отмечалось. Для выявления этиологического фактора заболевания всем детям было проведено исследование биологических жидкостей на ВУИ прямым (ПЦР) и непрямым (ИФА) методом.

**Результаты и обсуждение.** Цито-

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова: **ДМИТРИЕВА Татьяна Геннадиевна** – к.м.н., доцент, DTG@mail.ru, **САВВИНА Валентина Алексеевна** – к.м.н., доцент, savvinava@mail.ru, **АЛЕКСЕЕВА Саргылана Николаевна** – к.м.н., ст. преподаватель; Перинатальный центр РБ №1-НЦМ: **АФАНАСЬЕВА Вера Прокопьевна** – зав. отделением, **СОСИНА Наталия Титовна** – зав. отделением, **АФАНАСЬЕВА Наталия Александровна** – врач; **ЧЕРВОНЮК Виктория Евгеньевна** – студентка 6 курса МИ СВФУ им. М.К. Аммосова.

мегаловирусная инфекция была диагностирована у 21 новорожденного. ЦМВ был обнаружен методом ПЦР в крови у 5 (23,8%), в моче у 8 (38%), в крови и моче у 3 (14,2%), отрицательный результат ПЦР наблюдался у 5 детей (23,8%), но методом ИФА у этих пациентов были обнаружены специфические анти-ЦМВ-антитела класса IgG и IgM.

Проведенный анализ частоты встречаемости факторов риска реализации внутриутробных инфекций (ВУИ) показывает, что отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, патологическое течение беременности и родов наблюдались в 100% случаев. У 19 женщин (91%) была диагностирована анемия, у 7 (33,3%) – отмечалась угроза прерывания в 1-й половине, гестоз тяжелой степени на фоне обострения хронического пиелонефрита имели 6 женщин (28,5%), что потребовало раннего родоразрешения.

По физическому развитию новорожденные с ЦМВ отличались низким весом при рождении –  $2939,1 \pm 704$ . У половины новорожденных оценка по шкале Апгар в конце 1-й мин составила меньше 7 баллов и в среднем составила  $6,5 \pm 1,5$ , на 5 мин  $7,7 \pm 0,9$ . Состояние при рождении оценивалось как тяжелое у 11 детей (52,3%). Реанимационные мероприятия при рождении проводились 8 новорожденным (38%).

У новорожденных с ЦМВ практически у всех было отмечено полиорганное поражение. Наиболее часто диагностировалось перинатальное поражение головного мозга – в 80,9% случаев (17 детей). Поражение головного мозга в виде пороков головного мозга, внутрижелудочковых кровоизлияний, гидроцефалии, субэпипендимального кровоизлияния выявлено у 7 новорожденных (33,3%). На втором месте по частоте встречаемости среди клинических проявлений ЦМВИ выявлялась патология сердечно-сосудистой системы (ССС): у 11 пациентов (52,3%) – сочетание пороков сердца, таких как ДТЛЖ, ДМПП, ДМЖП, ФАП, ООС, аневризма МПП, у 1 (4,7%) – МАС. Патология органов дыхательной системы составила 38% (8 новорожденных), в структуре которой преобладает острая пневмония: у 2 новорожденных (9,5%) – внутриутробная, у 3 – внебольничная (14,2%), также наблюдались СДР у 1 ребенка (4,7%) и бронхит – у 3 (14,2%). Поражение ЖКТ в виде некротического энтероколита наблюдалось у 3 пациентов (14,2%). Гепатомегалия у новорожденных с ЦМВИ отмечена у

19 детей (90,4%). При этом визуально желтуха отмечалась у 9 детей (42,8%), из них у 5 (28,5%) – имела место клиника холестаза: значительное увеличение печени, желтушно-землистое окрашивание кожи, ахоличный стул, темное окрашивание мочи, повышение общего билирубина за счет прямой фракции, уровень билирубина достигал высоких цифр (более 189 мкмоль/л). Клинические признаки острого гепатита отмечены у 12 детей (57,1%): повышение уровня билирубина в среднем составило  $48,5 \pm 2,4$  мкмоль/л, отмечалось повышение трансаминаз в 3-4 раза, в 3 случаях (14,2%) отмечена коагулопатия.

Как правило, синдром желтухи и гиперферментемия появлялись на 2 неделе жизни ребенка. Клиника имела волнообразное, длительное течение.

*Клинический пример №1:* ребенок 3. от 3-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 1-й половине. Роды третьи в срок, в головном предлежании. Желтуха появилась на 5-й день после рождения. В возрасте 1 месяца желтуха стала нарастать, в 3-месячном возрасте билирубинемия достигла  $81,28$  мкмоль/л за счет прямой фракции ( $58,63$  мкмоль/л), обнаружены антитела к CMV – IgG 1:1600. Методом полимеразной цепной реакции определена активная репликация CMV. Проведенное обследование выявило врожденную атрезию желчевыводящих путей (проксимальных отделов). У матери также были обнаружены антитела к CMV в высоких титрах. Ребенок выписан домой по настоянию матери. Через 3 недели ребенок вновь поступил в тяжелом состоянии с явлениями асцита, после пункции брюшной полости получено 2340 мл жидкости. Проведена пункционная биопсия печени, при которой выявлены нарушения структуры печени за счет широких прослоек соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией, глыбами пигмента в пролиферирующих желчных протоках, дистрофия гепатоцитов с накоплением желчного пигмента в ложных дольках. Клинически и по данным УЗИ были выявлены признаки портальной гипертензии. Таким образом, к возрасту 8 месяцев у ребенка сформировался цирроз печени холестатического генеза.

Носительство HbsAg у беременных в Республике Саха (Якутия) в 2-3 раза выше, чем в целом по стране, а частота перинатального инфицирования детей, рожденных от матерей с HCV-инфекцией, составляет 7,2-10,2% [1,5]. Однако за время наблюдения до-

стоверно диагностировано 2 случая внутриутробного вирусного гепатита В. Врожденный вирусный гепатит С диагностирован у 4 детей. В отличие от ЦМВИ внутриутробное инфицирование вирусами гепатита В и С не приводит к развитию пороков развития у новорожденного. У всех 6 женщин имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, в 2 случаях – угроза прерывания беременности, в 4 – анемия, 2 – гестоз тяжелой степени на фоне обострения хронического пиелонефрита. При этом состояние 4 новорожденных при родах расценивалось как удовлетворительное, 2 – как средней тяжести, оценка по шкале Апгар в среднем составила  $7,2 \pm 0,6$ .

В периоде новорожденности у всех детей отмечалась умеренная гепатомегалия. У 3 младенцев в течение 5-8 дней наблюдалась конъюгационная желтуха – повышение общего билирубина за счет непрямой фракции, геморрагического синдрома и гиперферментемии не выявлено.

Диагноз был установлен на основании выделения у 2 детей HbsAg (у 1 из них HBV DNA), у 3 новорожденных – RNA HCV в первый месяц жизни и в 1 случае – в возрасте 36 дней.

Клиническая картина гепатита развивалась со второго месяца жизни. Состояние 2 пациентов было расценено как острый гепатит средней степени тяжести (1 – ОБГВ и 1 – ОБГС), 4 – как легкой степени тяжести.

*Клинический пример №2:* ребенок П. родился от 6-й беременности, 4-х родов на 38 неделе, оперативное родоразрешение. У матери ХВГВ+Д. Беременность протекала с угрозой прерывания, на 32 неделе у матери выявлен ПЦР DNA HBV (+).

Состояние ребенка при рождении расценено как удовлетворительное. Выписан из роддома на 10 сут. Масса тела при рождении 3544,5 г, длина 56 см, физиологической желтухи не наблюдалось. Следует отметить, что несмотря на установленный диагноз матери, ребенку не был введен иммуноглобулин.

В возрасте 1 месяца ребенок перенес ОРВИ, острый бронхит. При осмотре педиатром отмечена иктеричность кожных покровов. В биохимическом анализе крови определялись уровень общего билирубина до  $22,24$  мкмоль/л за счет прямой фракции  $18,04$  мкмоль/л, гиперферментемия по АЛТ до 9,5 норм и по АСТ до 10,2 норм. Максимальных значений общий билирубин ( $68$  мкмоль/л) и клеточные ферменты (12 норм) достигли на 36-й день бо-

лезни, затем отмечена положительная динамика. Диагноз подтвержден методом ПЦР DNA HBV (+). В настоящее время ребенку 4 месяца, находится на диспансерном наблюдении.

Следует отметить, что у 5 женщин, обследованных в отделениях патологии новорожденных, был впервые обнаружен гепатит С, что свидетельствует о недостаточном обследовании беременных женщин в консультациях.

В хирургическом отделении наблюдались 15 младенцев с билиарной атрезией. В анамнезе практически все младенцы от доношенной беременности, в половине случаев протекавшей с угрозой прерывания в 1-й половине и гестозом разной степени тяжести во 2-й. Большинство детей в данной группе после рождения по шкале Апгар оценены на 8/9 – 7/8 баллов. Желтушность кожных покровов отмечена на 3-4 сут жизни, носила волнообразный характер с тенденцией к прогрессированию. Стул в раннем неонатальном периоде у большинства детей меконийного характера, ахолия прогрессировала с возрастом, до 2-4-недельного возраста большинство пациентов отмечали непостоянную ахолию стула, чаще стул «лимонного» цвета, после 4 недель признак ахолического стула не вызывал сомнений. Большинство матерей изменение цвета мочи четко не констатировали, но при поступлении у всех младенцев отмечался насыщенный темный цвет мочи. При госпитализации в сроки до 1–1,5 месяцев выраженной гепатомегалии не отмечалось, но к 2-му месяцу и старше четко проявлялась гепатоспленомегалия с признаками портальной гипертензии печеночной этиологии – с геморрагическим синдромом, расширением вен н/3 пищевода.

Пренатально патология заподозрена в 3 случаях: отсутствие визуализации желчного пузыря на III УЗИ в 2 случаях и кистозная атрезия холедоха в 1 случае. По срокам направления и госпитализации в хирургическое отделение: большинство больных поступили в возрасте 1 месяца – 53%, в возрасте 2 месяцев 33% и по одному случаю (7%) – в возрасте 2 сут (кистозное образование брюшной полости больших размеров у новорожденной с атрезией холедоха) и в возрасте 3 месяцев (поздняя диагностика).

Алгоритм диагностических мероприятий включал ультразвуковое исследование печени и желчных протоков, по показаниям компьютерную томографию печени, эндоскопическое ис-

следование пищевода, желудка и ДПК, лабораторную диагностику для исключения неонатального гепатита. У всех больных были выявлены лабораторные признаки холестаза и в большинстве случаев ЦМВ-гепатита (75%). С целью исключения синдрома Алажиля в последние 2 года больным проводится ряд диагностических исследований: рентгенография позвоночника, ЭхоКГ, консультация окулиста, невролога, генетика.

В лабораторной диагностике билиарной атрезии наиболее ранним признаком является повышение уровня биохимических маркеров холестаза: гипербилирубинемия за счет преобладания прямой фракции в сыворотке крови (в среднем 160-420 мкмоль/л общий билирубин, 91- 280 мкмоль/л прямая фракция), повышение уровня гамма-глутаминтрансферазы (до 885), щелочной фосфатазы (до 650), холестерина (до 6,0). Уровень ферментов цитолиза (АЛТ, АСТ) в течение 1 месяца жизни у данных больных повышен умеренно, нарастает к 2-му месяцу жизни при прогрессировании цитолиза гепатоцитов. Показатели белково-синтетической функции печени не имеют диагностически значимых изменений. При поздней диагностике можно выявить изменения коагулограммы.

С целью выявления причины неонатального холестаза у всех больных взяты маркеры гепатита В, С, проведено исследование на ВУИ – в 75% случаев ПЦР крови на ДНК ЦМВ-инфекции положительна.

Клинический пример №3: мальчик Т. Переведен из инфекционной больницы в хирургическое отделение Педиатрического центра в возрасте 3 месяцев с диагнозом билиарная атрезия на фоне ЦМВ-инфекции. В анамнезе у ребенка желтуха с рождения, стул лимонного цвета. Ухудшение состояния в возрасте 1 месяца по месту жительства в виде появления неврологической симптоматики – судороги, сопорозное состояние, лихорадка. Санавиацией транспортирован в крайне тяжелом состоянии в отделение детской реанимации г. Якутска. По данным комплексного обследования у ребенка выявлены ЦМВ-инфекция, поражение головного мозга, печени, диагностирован обширный инфаркт височно-теменной и затылочной областей справа, субарахноидальное кровоизлияние в затылочной области с обеих сторон. Кроме того, у ребенка клинические симптомы гепатоспленомегалии, периодически возникает ахоличный стул. По данным

УЗИ и РКТ желчный пузырь у больного не выявлен. За период лечения в отделении реанимации перенес язву луковицы ДПК с профузным кровотечением. Ценой больших усилий удалось компенсировать состояние больного. По стабилизации состояния ребенок переведен на этиопатогенетическое лечение ЦМВ-гепатита в инфекционное отделение, где проведен курс нецитотекта, пробное лечение урсофальком в течение 2 недель. Клинического улучшения по желтухе на фоне лечения не наступило, больной стабилизировался по неврологической патологии. В возрасте 3 месяцев выполнена порто-энтеростомия по Касси, на операции обнаружен рудиментарный желчный проток размерами 1,5 x 0,5 см, не содержащий желчи в просвете, пузырный проток тонким тяжем впадал в ДПК, в воротах печени протоки замещены фиброзной тканью. В дальнейшем в возрасте 9 месяцев ребенку выполнена родственная пересадка печени в НИИ трансплантологии г. Москвы.

**Заключение.** Особую значимость в диагностике и верификации вирусных инфекций, прогнозировании осложненного течения и исходов беременности имеют выбор современных лабораторных и инструментальных методов, определение алгоритма обследования.

Новорожденные с ЦМВИ имеют низкий вес при рождении, низкую оценку по шкале Апгар, чаще нуждаются в реанимационной помощи при рождении. Клинические проявления ЦМВИ в неонатальном периоде носят полиорганный характер с преимущественным поражением печени и нервной системы. Диагностика внутриутробного поражения вирусными гепатитами В и С в настоящее время недостаточна.

Необходимо введение в практику четких алгоритмов скрининга женщин, планирующих беременность, и беременных на гепатотропные вирусы.

## Литература

1. Диагностика и течение вирусных гепатитов у детей, инфицированных на первом году жизни / Л.Г. Горячева, М.А. Пономарева, Н.В. Рогозина [и др.] // Материалы конференции «Старые» и «новые» инфекции у детей в современных условиях. СПб, 2011; 109-113.

Diagnosis and course of viral hepatitis in infants, infected in the first year of life / L.G. Goriacheva, M.A. Ponomareva, N.V. Rogozina [et al.] // Conference proceedings – old and new infections from children in modern time. - СПб, 2011, 109-113.

2. Игнатова Т.М. Хронический гепатит С и беременность / Т.М. Игнатова // Клиническая гепатология. - 2008; 4: 3-9.



Ignatova T.M. Chronical hepatitis C and pregnancy / T.M. Ignatova // Clinical gepatology 2008, 4, 3-9.

3. Кузьмин В.Н. Вирусные инфекции и беременность / В.Н. Кузьмин, Адамян Л.В. - М., Дипак, 2005: С.3, 78-79, 101-102.

Kuzmin V.N. Viral infection and pregnancy / V.N. Kuzmin, L.V. Adamian. - М., Dipak 2005, p.3,78-79, 101-102.

4. Причинно-следственная связь между

внутриутробной ЦМВ-инфекцией и атрезией внепеченочных желчных протоков / Дегтярева А.В., Мухина Ю.Г., Володин Н.Н. [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2005; 4: 5-6: 59-63.

Cause-and-effect correlation between CMV-infection and atresia of extrahepatic biliary tracts / Degtiareva A.V., Muchina U.G., Volodin N.N. [et al.] // Questions of gynecology, obstetrics and perinatology, 2005, 4, 5-6, 59-63.

5. Федосеева Л.Р. Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусного гепатита В у беременных в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Р. Федосеева. - М., 2008. - С.7.

Fedosееva L.R. Clinical and epidemiological characteristics viral hepatitis B from pregnancy in Republic of Sakha (Yakutya) / L.R. Fedoseeva. М., 2008, 7.

## ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ

# О МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА И ДАЛЬНОГО ВОСТОКА»

12-14 февраля 2013 г. в г. Якутске по поручению курирующего наш регион Новосибирского НИИ туберкулеза Научно-практическим центром «Фтизиатрия» проведена межрегиональная научно-практическая конференция «Совершенствование организации противотуберкулезных мероприятий в условиях Крайнего Севера и Дальнего Востока».

В конференции приняло участие 386 специалистов – 334 из Республики Саха (Якутия) и 52 делегата из городов и субъектов России (города - Москва, Екатеринбург, Иркутск, Красноярск, Новосибирск, Омск, Саратов; субъекты ДФО – Республики Бурятия и Тыва, Читинская Амурская, Магаданская и Камчатская области, Алтайский, Приморский и Хабаровский края.)

Во время открытия конференции посредством видеосвязи к участникам обратился главный специалист Министерства здравоохранения РФ по торакальной хирургии и фтизиатрии профессор П.К. Яблонский.

В рамках конференции работали обучающие школы под председательством профессоров Асеновой В.А. (г. Москва), Зоркальцевой Е.Ю. (г. Иркутск), Морозовой Т.И. (г. Саратов), зав. бактериологической лабораторией Чередниченко А.Г. (г. Новосибирск): «Современные представления об организации выявления туберкулеза среди взрослого населения», «Вопросы профилактики и выявления туберкулеза у детей и подростков», «Повышение качества бактериологических исследований в диагностике туберкулеза», «Мастер-классы по повышению

квалификации для сестринского персонала».

Во второй и третий день были проведены пленарные и секционные заседания. На 2 пленарных заседаниях были представлены 22 доклада, посвященные наиболее важным проблемам фтизиатрии: эпидемиологической ситуации по туберкулезу в РФ и федеральных округах, вопросам организации противотуберкулезных мероприятий в регионах, развитию лабораторной диагностики туберкулеза в РФ и регионах, лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, туберкулезу у детей, новым технологиям этиопатогенетического и хирургического лечения туберкулеза.

Секционные заседания были посвящены таким проблемам, как особенности диагностики и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза (11 докладов), туберкулез у детей и подростков (8 докладов). Впервые была организована сестринская секция «Сестринский менеджмент в профилактике, выявлении лечении туберкулеза» (13 докладов) с выставкой «Современные технологии в деятельности медицинской сестры» и обучающей школой.

14 февраля был организован выезд делегации участников конференции в Мегино-Кангаласский район. В составе делегации - директор ФГБУ

