

Васильева Л.И., Брагина И.Н.

## СОСТОЯНИЕ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ РОЖИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ДО И ПОСЛЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

г. Ростов-на-Дону, Россия

В патогенезе рожки важную роль играют дисбиотические изменения состава резидентных видов стафилококков, коринебактерий и микрококков, как основного компонента микробиоценозов кожных покровов. Изучена динамика изменений состава резидентных симбионтов у 39 больных в возрасте от 45 до 84 лет с тяжелой формой рожки нижних конечностей. Идентификацию микроорганизмов проводили по морфологическим, культуральным, биохимическим свойствам с использованием тестов фирмы «Lachema» (Чехия). Всего изучены 1681 штаммов.

В очаге рожистого воспаления (РВ) при тяжелой форме заболевания до лечения доминировали штаммы *S.epidermidis* (100%), *S.hominis* (100%), *S.haemolyticus* (76,9%). Значительно реже выделяли *S.epidermidis* phs- (53,8%) и *S.warneri* (48,7%). Коринефлора была представлена видами *C.pseudodiphtheriticum* (46,1%) и *C.xerosis* (48,8%), а микрококковая – *M.luteus* (58,9%), *M.halobius* (25,6%) и *M.kristinae* (23,1%).

После проведенного антибактериального лечения у пациентов с пораженного участка кожи элиминировали 2 вида стафилококков – *S.epidermidis* и *S.warneri*. Кроме того, частота встречаемости *S.hominis* снизилась в 1,9 раза, *S.haemolyticus* – в 1,6 раза. Изменения в составе коринебактерий проявлялись исчезновением *C.pseudodiphtheriticum* в очаге РВ и снижением в 2,6 раза частоты встречаемости *C.xerosis*. Также после антибиотикотерапии происходило угнетение микрококковой флоры. С пораженного участка кожи выделяли только культуры *M.luteus* в 15,9% случаев, что, в 3,7 раза ниже по сравнению с соответствующими показателями до лечения.

Таким образом, при тяжелых формах РВ после этиотропной терапии у обследованных наблюдалось резкое угнетение резидентной микрофлоры кожи, а, следовательно, снижение колонизационной резистентности исследуемого биотопа, что требует разработки дополнительных методов для полного восстановления нормальных микробиоценозов кожи у этой категории пациентов.

Васильева Н.А., Жилиев Н.И., Ивахив О.Л.

## ВЛИЯНИЕ ЦМВ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

г. Тернополь, Украина

В 2001-2004 гг. под нашим наблюдением было 123 женщины в возрасте от 17 до 39 лет, обследованных на TORCH-инфекции в связи с отягощенным акушерским анамнезом или патологией беременности. У 67 из них данная беременность была 1-й, у 37 – 2-й, у 14 – 3-й, у 3 – 4-й и 2 – 5-й. От 82 предыдущих беременностей (56 женщин) родились здоровыми только 27 детей (32,9 %). Исходы остальных – выкидыши в разные сроки, прерывание по медицинским показаниям, замершая, внематочная, пузырный занос, мертворождение; 2 детей недоношены, 4 умерли в первые сутки, по 1 – множественные пороки развития, врожденный гепатит, гидроцефалия.

Лабораторно обследованы на TORCH-инфекции 9 женщин до наступления беременности, в I триместре – 14, во II – 68, в III – 40. У всех выявлены антитела к CMV, в том числе IgM (39,0 %), что свидетельствует скорее о реактивации хронической инфекции, чем о первичном инфицировании. Кроме того, диагностирован хронический токсоплазмоз (IgG у 59 – 47,9 %, в т.ч. IgM у 11,8 %), хламидиоз (IgG у 16 – 13,0 %, IgA у 43,7 % из них, у 2 – хламидии в мазке), герпетическая инфекция (IgG у 22 – 17,9 %, IgM у 13,6 % из них), микоплазмоз – у 2. Клинически у 6 отмечался длительный субфебрилитет, у 3 – ОРВИ, у 2 – герпетические высыпания (в 15-16 нед. беременности).

Настоящая беременность сопровождалась угрозой прерывания, много- или маловодием, гестационными отеками с протеинурией, фетоплацентарной недостаточностью (ФПН), гиперплазией плаценты, первичной слабостью родовой деятельности, преждевременным разрывом околоплодной мембраны (ПРОМ), преэклампсией. Беременность протекала на фоне анемии, эндокринопатий. Хроническая гипоксия плода имела место у 29, у 5 – задержка развития и у 1 – гипотрофия плода, у 4 – внутриутробное инфицирование плода, у 5 – мутные околоплодные воды. В 18 случаях пришлось провести кесарево сечение. 1 беременность закончилась мертворождением (поздний выкидыш в 28 нед.), остальные – рождением живых детей (в том числе 3 – преждевременные роды), из которых массой меньше 3 кг – 19 (из них у 8 матерей ЦМВ IgM).

При неактивной ЦМВ-инфекции значительно реже имели место отеки, анемия, ФПН. Задержка развития плода, гипоксия и гипотрофия его, врожденные пороки, замершая, внематочная беременность, пузырный занос, мертворождение, ПРОМ отмечены только при реактивации процесса.

Показаниями для назначения этиотропной терапии считали наличие клинических признаков обострения процесса или антител IgM. Всем пациенткам проводили иммунокоррекцию препаратами эхинацеи и витамина-

ми. Для лечения ЦМВ-инфекции у 33 женщин использовали специфический анти-ЦМВ иммуноглобулин; 32 получили герпевир и циклоферон. 4 женщинам, у которых нельзя было исключить свежее заражение токсоплазмозом во время беременности, назначен во II и III триместрах трихопол. При хламидиозе применяли антибиотики, в основном ровамицин. Лучшие результаты лечения (за одним из показателей – рождение детей с малой массой) получены у женщин, обследованных на TORCH-инфекции в I триместре беременности и своевременно пролеченных; у выявленных и леченных во II триместре позитивные результаты были только у 1/2, в III – лечение оказалось неэффективным.

Таким образом, обследование на TORCH-инфекции беременных необходимо проводить как можно раньше – в I триместре или, при наличии ОАА, перед планируемой беременностью. Медикаментозная терапия показана лишь при наличии признаков реактивации процесса (клинических, иммунологических), с использованием разрешенных при беременности препаратов.

Васюнин А.В., Краснова Е.И.

## **СИНДРОМ СЫПИ НА АМИНОПЕНИЦИЛЛИНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНО- НУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ**

*г. Новосибирск, Россия*

По данным различных авторов синдром сыпи при инфекционном мононуклеозе регистрируется от 10% до 20%, при применении ампицилина – до 80%. Сыпь чаще всего появляется на 5-7 сутки от момента заболевания, иногда раньше, сохраняясь 6-8 дней. Назначение гормональной и антигистаминной терапии не оказывает должного купирующего действия. Под наблюдением находилось 80 детей от 6 месяцев до 14 лет (до 1 года – 20, от 1 до 3 лет – 30, от 4 до 7 лет – 10, от 8 до 14 лет – 20), больных инфекционным мононуклеозом (легкой степени тяжести – 14, средней – 52, тяжелой – 14). Диагноз у всех детей подтверждался клинико-лабораторно. ДНК вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ) методом ПЦР в слюне обнаружена у 58 (72,5%), в крови – у 42 (52,5%), суммарно – у 74 (92,5%) больных. Антитела к антигенам ВЭБ методом ИФА в сыворотке крови обнаружены – у 78 (97,5%) детей (к капсидному антигену – VCA Ig M – у 70 (87,5%), к раннему антигену – VEA IgG – у 44 (55%), к нуклеолярному антигену – VNA IgG – у 4 (5%) соответственно).

Все дети получали общепринятую терапию соответственно степени тяжести инфекции. Первично по поводу ангины в 1–10 сутки от начала заболевания (в среднем на  $3,0 \pm 0,25$ ), дети получали ампициллин или амоксициллин (по 40 больных в каждой группе) курсом от 1 до 7 дней ( $3,2 \pm 0,2$  дня), причем в 1-3 день болезни получало препараты – 60 (75%), на 4-5 сутки – 12 (15%), 6-10 сутки – 8 (10%) больных.

Синдром сыпи возникал на 3–10 ( $5,3 \pm 0,3$ ) сутки от момента заболевания у 64 (80%) больных, в 1 – 7 ( $2,5 \pm 0,2$ ) день от момента получения аминопенициллинов, сохраняясь на фоне антигистаминной терапии 4-8 ( $5,7 \pm 0,3$ ) дней, в том числе 10 детей получили преднизолон курсом –  $5,3 \pm 0,4$  дней. Синдром сыпи отсутствовал у 16 (20%) больных, получавших аминопенициллины в 1-5 ( $2,1 \pm 0,2$ ) день болезни. При госпитализации больных в стационар ампициллин и амоксициллин были заменены у 75 больных на пенициллин, у 5 – на цефазолин, усиления синдрома сыпи после смены антибактериальной терапии не отмечалось.

Антитела к VCA IgM регистрировались у 64 (100%) детей, имеющих синдром сыпи, к VEA IgG – у 33 (51,6%), к VNA IgG – у 1 (1,6%) на  $6,8 \pm 0,3$  день болезни. У больных с отсутствием синдрома сыпи антитела были обнаружены к VCA IgM – у 6 (37,5%), к VEA IgG – у 11 (68,7%), к VNA IgG – у 3 (18,7%) на  $7,6 \pm 0,4$  сутки.

Из вышеизложенного мы сделали вывод, что сыпь появляется только при наличии в крови антител класса IgM. Патогенетически это соответствует наличию вируса Эпштейна-Барр в эпителиоцитах кожных покровов, иммуноглобулинов класса – IgM к антигенам ВЭБ в крови, а аминопенициллины служат гаптеном для реакции антиген-антитело на поверхности эпителиоцитов, тем самым вызывая их повреждение и воспалительную реакцию, которая морфологически проявляется в виде сыпи на кожных покровах и слизистых оболочках. Антигистаминные препараты и гормоны не в состоянии разрушить этот комплекс на уровне эпителиоцитов, поэтому сыпь сохраняется достаточно длительное время. Синдром сыпи не регистрировался у детей с наличием в сыворотке крови только антител класса IgG к антигенам ВЭБ.

Вдовицына Н.А, Ищеева Е.Н.

## **ОПЫТ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ВАКЦИНОЙ ФСМЕ ИММУН ИНЖЕКТ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ**

*г. Петрозаводск, Россия*

В республике Карелия растет заболеваемость клещевым энцефалитом (КЭ) с показателем заболеваемости КЭ на 100 тысяч населения в 2003г. 15,29; в 2002г. –7,4; в 2001г.–6,05. Для сравнения общероссийские показате-

тели составили 3,3; 3,6; 4,5 соответственно. Увеличивается число случаев КЭ и у детей, так в 2001г. у детей до 14 лет зарегистрировано 5 случаев, а в 2003г. уже 15 случаев.

В центре медицинской профилактики ПМУП «Фармация» за два года детям выполнено 1031 прививка против КЭ. В 6 случаях использовалась концентрированная сухая вакцина против КЭ (Москва), в 9 случаях – «Энцепур» производство Германия и в 1016 случаях - вакцина ФСМЕ иммун инжект фирмы Бакстер (Австрия), так как именно этой вакциной при необходимости можно пользоваться с 6-месячного возраста. До года выполнено 2 прививки ребенку с 10 месячного возраста. От года до 4-х лет (58 прививок) 5,6%; с 4 до 7-х лет (115) 11,2%; с 7 до 15-х лет (748) 72,7%; с 15 до 18-ти лет (108) 10,5 %.

Среди прививаемых были дети с различной патологией, в том числе с патологией нервной системы (231случаях) 22,4%, аллерго-дерматозами и респираторными аллергиями ( в том числе бронхиальной астмой) 186 детей 18%. Отмечалась хорошая переносимость вакцинации во всех возрастных группах и с различной патологией. Общие и местные реакции отмечены менее, чем в 1% случаев. Температурная реакция до 38 градусов у одного пациента, до 37,5 у 10 детей. У одного ребенка-сонливость, в одном случае отмечался кратковременный эпизод диареи. Местные реакции в виде гиперемии до 3 см в диаметре отмечались в одном случае, до 1 см - в двух случаях, у 10 пациентов отмечалась болезненность в месте инъекции до суток.

Учитывая эпидемическую обстановку по КЭ в республике Карелия необходимо продолжать вакцинацию населения республики против КЭ. Для детей вакциной выбора по нашему опыту является вакцина ФСМЕ иммун инжект, т.к. ее можно использовать с года , а при необходимости и с грудного возраста, отмечается хорошая переносимость, стоимость вакцины в ампуле практически не отличается от стоимости вакцины концентрированной сухой производства г.Москва, существует экстренная схема вакцинации, удобна в использовании.

Веревицкий В.К., Кузнецов П.Л., Борзунов В.М., Русяков Д.В.

## **ПОКАЗАТЕЛИ СВЯЗЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬБУМИНА ПРИ ФУЛЬМИНАНТНЫХ ФОРМАХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ**

*г. Екатеринбург, Россия*

Вирусы гепатитов занимают первое место среди всех причин, приводящих к фульминантной печёночной недостаточности, составляя 50-60% от всех случаев острой печёночной недостаточности. Определяющим морфологическим признаком, соответствующим развитию фульминантного гепатита является массивный (субмассивный) некроз печени. При этом процессе выявляются цитотоксические агенты, которые поддерживают активный аутолиз гепатоцитов и подавляют процессы регенерации печени. Наличие у больных фульминантной формой вирусных гепатитов синдрома эндогенной интоксикации на фоне печёночной недостаточности приводит к развитию эндогенной комы, при которой церебротоксические вещества образуются в процессе аутолиза гепатоцитов. Характеризуя системную эндотоксинемию (СЭЕ) при вирусных гепатитах, замечена обратная корреляция показателей СЭЕ и уровня 1,2-фракций белков сыворотки. Снижение уровня указанных фракций сопровождается нарастанием активности СЭЕ, выраженность которой имеет связь со степенью активности процесса в печени. Сывороточный альбумин играет центральную роль в процессе элиминации эндогенных метаболитов из крови и достоверно отражает течение синдрома эндогенной интоксикации.

Нами проведено исследование характера изменений свойств связывающих центров сывороточного альбумина у больных с фульминантным течением вирусных гепатитов А, В и D. Было обследовано 43 больных фульминантной формой вирусных гепатитов А, В и D (вирусный гепатит А – 9 чел., острый вирусный гепатит В – 26 чел., острый вирусный гепатит D на фоне хронического вирусного гепатита В – 8 чел.). В состав данной группы входило 25 мужчин и 18 женщин, средний возраст  $28 \pm 2,2$  лет. Материалом для исследования служила сыворотка венозной крови, взятая в различные сроки развития печеночной недостаточности. Контрольной группой послужили 40 практически здоровых человек (21 мужчина и 19 женщин, средний возраст  $31 \pm 1,6$  лет). В исследовании был использован флуоресцентный метод определения ОКА, ЭКА, индекс резерва связывания альбумина ( $\text{ЭКА/ОКА} \times 100\%$ ) и индекс токсичности ( $\text{ИТ} = \text{ОКА/ЭКА} - 1$ ).

Показатели альбуминовых тестов в группе больных фульминантной формой вирусных гепатитов А, В и D составили: ЭКА- $14,3 \pm 2,0$  г/л, ОКА- $24,7 \pm 1,4$  г/л, ЭКА/ОКА- $57,9 \pm 1,9\%$  и ИТ- $0,73 \pm 0,08$  (все различия достоверны относительно группы сравнения,  $p < 0,05$ ). Показатели связывающей способности сывороточного альбумина у больных при поступлении были достоверно снижены – ЭКА в среднем на 61%, ОКА – на 40%. Индекс резерва связывания альбумина ( $\text{ЭКА/ОКА} \times 100\%$ ) был снижен на 34%, а индекс токсичности вырос в 4,3 раза. Летальный исход наступил у 24 пациентов (55,8%). У данного контингента больных среднее значение ЭКА составило  $11,9 \pm 0,4$  г/л, ОКА- $20,0 \pm 1,1$  г/л, ЭКА/ОКА –  $56,5 \pm 2,1\%$ , ИТ –  $0,84 \pm 0,07$ .

Таким образом, при фульминантной форме вирусных гепатитов А, В и D значительно изменяются параметры, характеризующие связывающие центры сывороточного альбумина. Наблюдается выраженное снижение показателей ЭКА, ОКА, ЭКА/ОКА и повышение индекса токсичности. Вы выраженность и характер этих изменений связаны с тяжестью состояния больного, уровнем интоксикации организма, нарушением белоксинтези-

рующей функции печени и имеют прогностическое значение по отношению к исходу заболевания. Показатели альбуминовых тестов могут быть использованы в качестве лабораторных критериев эндогенной интоксикации и прогноза при данном заболевании, а также в качестве дополнительной оценки степени эффективности лечения.

Веселова Т.М., Соловьева Т.И., Решетиловская В.И., Агафонов В.М., Волчецкий А.Л.

### **ГНОЙНЫЕ МЕНИНГИТЫ В г.АРХАНГЕЛЬСКЕ**

*г. Архангельск, Россия*

Проведены наблюдения 85 больных гнойно-бактериальными менингитами в период 2001-2003 годов на базе Архангельской инфекционной клинической больницы. В общей структуре нейроинфекций эта группа заболеваний составила 13,4%, остальные 86,6% занимали серозные менингиты преимущественно энтеровирусной этиологии. Основной нозологической формой среди гнойных менингитов была менингококковая инфекция, на которую приходилось 56,3%. Возрастная структура данных пациентов характеризовалась незначительным преобладанием взрослого населения. В анализируемом периоде на 13,4% чаще, чем в предыдущие три года, регистрировались тяжелые формы менингококковой инфекции. В пейзаже выделенных от пациентов культур менингококка регистрировались серогруппы С и В, в единичных случаях – А, один летальный исход наблюдался при менингите с менингококкемией, вызванном менингококком серогруппы Х. В половине всех случаев генерализованных форм данной инфекции серогруппа возбудителя не поддавалась идентификации. Нетипируемые штаммы менингококка были выявлены также в 75% случаев локализованных форм менингококковой инфекции. Сохраняется высоким процент летальности при генерализованных формах данного заболевания, который составил в среднем 12,8%.

Пневмококковая инфекция в качестве этиологического фактора гнойных менингитов наблюдалась у 13 пациентов. Первичным очагом инфекции в пяти случаях явились последствия травмы черепа, предшествовавшие заболеванию за шесть месяцев и более. Один случай пневмококкового менингита наблюдался на фоне септического эндокардита. У двух пациентов пневмококковый менингит с летальным исходом развился на фоне очаговой пневмонии.

Ежегодно регистрируется случаи выделения листерий моноцитогенус из ликвора на фоне менингитов серозного характера. В 2003 году мы наблюдали семейную вспышку серозного менингита, включавшую шестерых детей из одной семьи в возрасте от трех до 14 лет, у пяти из них листерии были выделены из ликвора. У всех этих пациентов из фекалий был выделен вирус Коксаки В5. У 17,9% больных с серозными менингитами было выявлено нарастание титра антител к листериям в четыре и более раза. В 21,6% случаев гнойных менингитов результаты бактериологического исследования ликвора были отрицательны, в связи с чем этиология заболевания осталась не расшифрованной. В качестве дополнительного лабораторного теста нами использовался кристаллографический метод исследования крови и ликвора с компьютерной обработкой результатов для оценки прогноза заболевания.

Таким образом, гнойные менингиты остаются актуальной проблемой в качестве заболеваний с преобладанием тяжелых клинических форм и высокой летальностью.

Виноградова Е.Н., Леонова О.Н., Смирнова Н.Л., Баранов А.В., Галкин В.Ю.

### **ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА («ХОСПИС») ЦЕНТРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Отделение сестринского ухода было открыто в 2002 году - на 25 коек и было предназначено для лечения больных ВИЧ-инфекцией с неуправляемыми вторичными заболеваниями и для пациентов, которым показана антиретровирусная терапия, но осуществить ее было невозможно в силу отсутствия приверженности и мотивации к лечению у наркопотребителей, злоупотребляющих алкоголем и лиц с психо-эмоциональными нарушениями, препятствующими соблюдению режима. Наряду с этим, в отделение поступали больные по социальным показаниям, а также с психологическими дефектами, приводящими к невозможности пребывания в семье или с друзьями. Такие больные, как правило, поступали в отделение временно или на короткий срок, им удавалось назначить после психологической помощи антиретровирусную терапию в случае ее необходимости.

Такое отделение было названо – отделение сестринского ухода или отделение с элементами «паллиативной терапии» - «Хоспис». Первый Хоспис был организован в Великобритании для больных со злокачественными новообразованиями, позже в других странах, в том числе и в России. Несмотря на госпитализацию в хоспис тяжелых больных, нередко с необратимыми состояниями, подходом к работе в отделении должен быть принцип оптимизма: вернуть к жизни максимальное число так называемых «безнадежных» больных и при необходимости назна-

чить этиотропную антиретровирусную терапию, используя методы паллиативной терапии как дополнительные и/или основные. Паллиативная терапия включает комплекс активной и сострадательной терапии, направленной на поддержку не только пациента, но и членов его семьи, его друзей. Паллиативная терапия должна удовлетворять физическим, психологическим, социальным и духовным нуждам больного, она должна учитывать особенности настроения пациента, его культурные и религиозные ценности (Moum Sinai, Casey House Hospital, 1995).

Таким образом, отделение было предназначено как для больных с тяжелыми необратимыми состояниями, для которых важны были методы паллиативной терапии, так и для больных, перспективность улучшения состояния которых была возможной. После проведения комплекса мероприятий больным назначалась антиретровирусная терапия и они переводились на амбулаторное лечение, а остальные находились на лечении длительно, периодически выписываясь домой и возвращаясь обратно. В стационаре оставались только те больные, лечение которых было проблематично и, как правило, мало успешно, либо его невозможно было проводить на дому по клиническим и социальным причинам.

Отделение было открыто на 25 коек, в штате его входило: 2 врача-инфекциониста, психолог, нарколог-психиатр, социальный работник, 8 мед.сестер и 6 санитарок. Это позволило сформировать полидисциплинарную «команду», которая могла оказывать пациентам разнообразную помощь, внимание и поддержку круглосуточно. В 2003 году в отделении лечилось 106 больных, из них женщин – 31, мужчин – 75. Большинство больных было в возрасте до 30 лет (66 человек) и только 17 были старше этого возраста.

По стадии ВИЧ-инфекции (классификация В.И. Покровского) больные распределялись следующим образом: IА – 64 пациента, II Б - 21 и III В – 18 больных, IV стадия (терминальная) – 3 человека. Из них 16 человек злоупотребляли алкоголем, наркопотребителей, преимущественно в анамнезе, было 73, остальные 17 человек не злоупотребляли алкоголем и наркотическими веществами.

Из числа вторичных заболеваний практически у всех больных наблюдался оральная кандидоз, наряду с этим у 3-х больных установлен кандидоз пищевода, у 16 была герпетическая инфекция, в том числе у 6 человек – герпес зостер, туберкулез легких – у 11, себорейный дерматит – у 11 больных. Неоперабельный рак желудка диагностирован у 2 пациентов. Сублатентная цитомегаловирусная инфекция - у 57 больных. Хронический вирусный гепатит С был установлен у 74 больных, а гепатит В – у 56 больных. Из них цирротическая стадия заболевания была у 17 пациентов. Больные с неоперабельными опухолями желудка были выписаны по их просьбе и умерли на дому.

Из 106 больных всего умерло 14 человек (12,8%). Основной причиной смерти больных был хронический гепатит С или микст гепатит В+С в цирротической стадии (7 больных). Непосредственной причиной смерти послужили кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка (6 больных) и флегмона кишечника (1 больная).

Лимфопролиферативные заболевания, в том числе лимфома головного мозга, послужили причиной смерти у 2-х больных. У 2-х пациентов, героиновых наркоманов в прошлом, вследствие септикопиемии развились тромбозомболические осложнения, которые явились непосредственной причиной смерти. Одна больная умерла в стадии СПИДа от генерализованного туберкулеза с поражением легких и других органов.

Все эти 14 больных, в том числе двое выписанных с неоперабельным раком желудка, нуждались в паллиативной симптоматической терапии, но вместе с тем им проводилась патогенетическая и этиотропная (антибактериальная терапия). В связи с тем, что у многих больных наблюдался кандидоз, они получали антигрибковые препараты, а больным с циррозом печени планировались и/или проводились специальные хирургические методы лечения (лигирование, склеротерапия расширенных вен пищевода и желудка). Они получали белковые препараты: плазму, альбумин и эритроцитарную массу, тромбовзвесь и др. Следовательно, осуществлялась комплексная медикаментозная терапия, что способствовало улучшению состояния больных с хроническим гепатитом, и даже в цирротической стадии у 10 из 17 пациентов наступило улучшение. Всего в отделении находились с хроническим гепатитом С и микст В+С – 81 больной, а в цирротической стадии 17 больных, из них умерло 7 пациентов, описанных выше.

Как мы отмечали выше, больным проводилась комплексная этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия, что позволило 21 больному подготовить к высоко активной антиретровирусной терапии, которая была им назначена в отделении и затем продолжена в амбулаторных условиях.

Заключение: Отделение сестринского ухода (хоспис) является необходимым структурным подразделением Центра по профилактике и борьбе со СПИД, в котором больным, в том числе инкурабельным, обеспечивается психо-эмоциональная поддержка и специальный уход. Комплексный подход различных специалистов, среднего и младшего медицинского персонала позволяет обеспечить круглосуточный полноценный уход за больными. Особенностью отделения сестринского ухода для больных ВИЧ/СПИДом (хоспис) является использование средств этиотропной и патогенетической терапии в целях подготовки пациентов к назначению антиретровирусных препаратов. Тем не менее, в отделении находятся крайне тяжелые больные и даже самые перспективные методы лечения, полноценный уход не могут обеспечить у некоторых больных благоприятного исхода, но способствуют как продлению их жизни, так и улучшению психоэмоционального статуса пациентов и их близких.

Виноградова Е.Н., Мишустина Ю.Р., Купцов Д.Б., Сенчик Е.Ф., Рахманова А.Г.

## КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИЧ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

г. Санкт-Петербург, Россия

Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербургском ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» проводится с 1997 года по настоящее время. До 2002 года ВИЧ-инфицированные беременные получали терапию по единой схеме, согласно протоколу 076 и Распоряжению КЗ Санкт-Петербурга № 29-р азидотимидином или фосфазидом (монотерапия). В 2002 году произошла реорганизация Центра СПИД с присоединением стационара и значительным расширением лабораторной базы, что позволило дифференцированно подходить к проведению профилактики у каждой ВИЧ-инфицированной женщины с учетом клинических данных и лабораторных показателей.

В 2003 году в Центре СПИД наблюдались 384 женщины, пролонгирующие беременность, из них 285 – получали с целью профилактики азидотимидин (зидовудин) по схеме 250 мг х 3 р/день; 39 – азидотимидин 250 мг х 3 р/день + эпивир (ламивудин) 150 мг х 2 р/день (или комбивир 1 таб. х 2 р/день); 2 – азидотимидин 250 мг х 3 р/день + эпивир 150 мг х 2 р/день + ингибитор протеазы (вирасепт).

Всем ВИЧ-инфицированным женщинам с подтвержденным ВИЧ статусом, пролонгирующим беременность, проводилось иммунологическое исследование и при показателях CD4 < 400 клеток в мм<sup>3</sup> количественная ПЦР на РНК ВИЧ, они осматривались инфекционистом, акушером-гинекологом и специалистами Центра СПИД для уточнения стадии заболевания, а также психологом и, при необходимости, психиатром-наркологом для закрепления мотивации на проведение профилактики. Женщинам, у которых в женских консультациях был получен положительный результат на ВИЧ в ИФА по 109 коду и имеющие сомнительный результат в иммуноблоте (с положительными gp120 и gp160 белками), учитывая высокий риск возможной острой ВИЧ-инфекции во время беременности, количественная ПЦР-РНК HIV проводилась до получения полного иммуноблота или отмены диагноза. По клиническим показаниям и для начала комбинированной антиретровирусной терапии (АРВТ) женщины госпитализировались в инфекционно-гинекологическое отделение стационара Центра.

При проведении комбинированной АРВТ назначаются следующие схемы:

1. При уровне CD4 клеток менее 400 в мм<sup>3</sup> и количественной ПЦР РНК ВИЧ от 20000 до 100000 копий назначается зидовудин + эпивир с момента обследования беременной, но не ранее 14/15 недель.
2. При уровне CD4 менее 400 клеток и количественной ПЦР РНК ВИЧ более 100000 копий применяется зидовудин + эпивир + вирасепт при сроке беременности > 30 недель. На сроках беременности от 14/15 до 30 недель - зидовудин + эпивир.
3. При сомнительном результате в иммуноблоте и количественной ПЦР РНК ВИЧ более 20000 копий, независимо от показателей CD4, назначается зидовудин + эпивир не ранее 14/15 недель (при показателях < 20000 копий – монотерапия зидовудином)
4. При уровне CD4 < 350 клеток в мм<sup>3</sup> и количественной ПЦР РНК ВИЧ 1000–20000 копий и подтвержденных длительных сроках инфицирования, стадии заболевания далее 3А, наличии отягощенного акушерского анамнеза (длительное бесплодие, первородящие старше 35 лет и т.д.) используется зидовудин + эпивир не ранее 14/15 недель.
5. Независимо от лабораторных показателей при проведении комбинированной АРВТ до беременности препараты отменялись до 14/15 недель, затем назначался азидотимидин + эпивир (комбивир).
6. При неэффективности или низкой эффективности проводимой монотерапии азидотимидином (CD4 < 400 клеток в мм<sup>3</sup>, вирусная нагрузка РНК ВИЧ более 20000 копий) терапия усиливается ламивудином с момента установления факта отсутствия положительной динамики.

Всем беременным, получавшим комбинированную АРВТ, проводился лабораторный мониторинг для оценки эффективности терапии и выявления возможных осложнений. В настоящее время в Санкт-Петербурге увеличивается количество женщин, инфицированных ВИЧ до наступления желанной беременности. Это свидетельствует о том, что в дальнейшем будет увеличиваться число беременных на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции, требующих проведения комбинированной АРВТ. Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, наблюдаются педиатром Центра согласно Распоряжению КЗ Санкт-Петербурга № 29-р. (всего под наблюдением с шифром R-75 находится около тысячи детей). Все женщины, получавшие комбинированную АРВТ, через 3-4 недели после родов проходят комплексное клинико-лабораторное обследование для решения вопроса о необходимости продолжения АРВТ. Проведение АРВТ и ее лабораторный мониторинг в Санкт-Петербурге проводится за счет средств городского бюджета (программа АНТИ/ВИЧ/СПИД), периодически поддерживаемой из средств Федерального бюджета.

Витязева С.А., Старовойтова Т.П., Дубровина В.И., Медведева С.А., Александрова Г.П.

## **ВЛИЯНИЕ КОБАЛЬТСОДЕРЖАЩЕГО ПРОИЗВОДНОГО АРАБИНОГАЛАКТАНА НА ПОВЫШЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ БЕЛЫХ МЫШЕЙ К ЧУМЕ**

*г. Иркутск, Россия*

В настоящее время разработка современных вакцин с одновременным использованием иммунокорректирующих препаратов весьма актуальна. Ранее нами (Дубровина В.И. и др. 2002) было показано, что для стимуляции специфического иммунитета при чуме могут быть использованы препараты природного происхождения – арабиногалактан лиственницы сибирской и феррогал.

Цель настоящего исследования состояла в отслеживании динамики развития специфического иммунитета в эксперименте при сочетанном введении живой чумной вакцины (*Yersinia pestis* EV) и кобальтсодержащего производного арабиногалактана.

В качестве экспериментальной модели в опытах использовали белых мышей (весом 18-20 г). Животные опытной группы получали однократно живую чумную вакцину (ЖЧВ) в дозе  $10^5$  м.к. в сочетании с кобальтсодержащим производным арабиногалактаном (КСПА), контрольные животные – только ЖЧВ в той же дозе. Препараты вводили одновременно отдельно под кожу бедра.

Для оценки иммуногенеза исследовали иммунокомпетентные органы (регионарные лимфатические узлы, селезенка) через 1, 3, 5, 7, 10, 14, 21, 30 сут от момента иммунизации. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, обезжировали в спиртах возрастающей концентрации, заливали в парафин. Тканевые срезы окрашивали гематоксилин-эозином, метиловым зеленым - пиронином. Морфометрию иммунокомпетентных органов проводили с помощью окулярной измерительной сетки по методу Г.Г. Автандилова (1972). Для выявления локализации кислой фосфатазы использовали метод одновременного сочетания с солями диазония по методу M.S. Bursboue (1962) в нашей модификации. Количественную оценку активности кислой фосфатазы проводили цитоспектрофотометрическим методом на приборе ЛЮМАМ Р-8.

Установлено, что к третьим сут у животных опытной группы, по сравнению с контрольной наблюдается пролиферация лимфоцитов в лимфатических узлах и селезенке, приводящая к увеличению объемных долей парокортикальных (от общего объема органа) и периартериальных зон (от общего объема фолликула селезенки) соответственно на 3% и 2%. К 7 сут эти показатели увеличиваются, а на 30 сут наблюдалось снижение их до уровня контрольных.

Известно, что для большинства В-лимфоцитов характерной является положительная ШИК-реакция при слабой активности кислой фосфатазы или ее полном отсутствии, тогда как большинство Т-лимфоцитов проявляют выраженную активность кислой фосфатазы и не дает ШИК-реакции (Агеев А.К., 1976).

Нами установлено, что в Т-лимфоцитах в зонах, непосредственно прилегающих к центральным артериям лимфатических фолликулов селезенки и парокортикальных зонах лимфатических узлов увеличивается активность кислой фосфатазы с 3 по 7 сут с последующим снижением к 21 сут до показателей активности этого фермента у интактных животных. При сочетанном применении ЖЧВ с кобальтсодержащим производным арабиногалактана активность кислой фосфатазы была выше, чем при введении животным только чумной вакцины.

Таким образом, КСПА при сочетанном применении с ЖЧВ стимулирует тимусзависимые зоны селезенки и лимфатических узлов, что указывает на изменения, связанные с иммунной перестройкой организма в процессе иммуногенеза.

Волгин А.Р., Демина Ю.В., Чижонкова С.М.

## **ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБНОГО БИОЦЕНОЗА РОТОГЛОТКИ С ПОМОЩЬЮ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ВАКЦИНЫ**

*г. Москва, Россия*

Для контингента закрытых коллективов острые инфекционные заболевания органов дыхания имеют особую актуальность: «перемешивание» разноиммунных лиц и особые бытовые условия способствует формированию вирулентных штаммов и возникновению эпидемических вспышек.

В одной из закрытых организаций Московского региона на протяжении десяти лет наблюдались стабильно высокие (превышающие показатели Вооруженных сил) уровни заболеваемости острыми респираторными инфекциями, тонзиллитами, бронхитами и пневмониями. В профилактических целях лицам коллектива была применена бактериальная интраназальная вакцина с иммуномодулирующими свойствами, содержащая 19 бактериальных лизатов наиболее актуальных для заболеваний органов дыхания микроорганизмов – ИРС19. Препарат назначался молодому пополнению с момента прибытия в коллектив в течение 28 дней по два впрыскивания в

день. В опытной и контрольной группах (по 100 человек) проводилось наблюдение за уровнем заболеваний органов дыхания и изучение динамики микробного биоценоза ротоглотки.

В результате исследований установлено, что применение бактериального лизата приводит к санации пиогенной флоры в ротоглотке, причем уменьшение показателей наблюдается уже через 7 дней. Так, число выделений *Str. pyogenes* от лиц опытной группы через неделю от начала применения ИРС-19 снизилось на 18% по сравнению с исходными данными, а через месяц – на 78%. Число находок данного микроорганизма в контрольной группе превышало таковые в опытной через одну неделю – в 1,5 раза, а через месяц – в 3 раза, при общей тенденции к снижению. Различия в показателях наблюдаемых групп статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

За наблюдаемый период в опытной группе не регистрировались случаи бактериальной инфекции дыхательных путей, в то время как в контрольной имелся случай внегоспитальной пневмонии и катарального гайморита. Заболеваемость острыми респираторными инфекциями в опытной группе через месяц после начала применения ИРС-19 в 4,5 раза меньше, чем в контрольной (различия статистически достоверны,  $p < 0,05$ ). Эпидемиологическая эффективность бактериального лизата при этом в отношении всех заболеваний органов дыхания составила 83%.

Применение ИРС-19 позволило снизить показатели заболеваемости среди молодого пополнения по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года по следующим нозологиям: пневмонии – на 71,4%, острые бронхиты – на 100%, острые респираторные инфекции – на 33%.

Наблюдения за членами организованного коллектива продолжаются, но уже в настоящий момент можно говорить о целесообразности применения ИРС-19 в качестве безопасного эффективного профилактического средства в отношении всей группы заболеваний органов дыхания. Короткие сроки (5-7 дней) формирования иммунологической защиты позволяют назначать препарат молодому пополнению с первых дней пребывания в новом коллективе.

Волгин А.Р., Салмина Т.А.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНЫ «ИНФЛЮВАК» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

*г. Москва, Россия*

Проблема профилактики гриппа и других болезней с воздушно-капельным механизмом передачи является одной из наиболее актуальных для военной медицины. Ведущим средством специфической профилактики гриппа являются противогриппозные вакцины. В настоящее время в России широкое применение находят инактивированные гриппозные вакцины трех поколений: цельновирсионные; сплит-вакцины; субъединичные, содержащие антигены к трем штаммам вируса гриппа – А/Н3N2, А/Н1N1 и В.

Целью настоящего исследования являлось определение эпидемиологической эффективности субъединичной вакцины «Инфлювак» (Солвей Фарма, Нидерланды, серия В-0102) по итогам проведенной прививочной кампании против гриппа среди военнослужащих по контракту главных и центральных управлений Министерства Обороны Российской Федерации. Вакцинацию проводили в октябре-декабре 2003 года на базе центральных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) МО РФ. Охват прививками колебался от 38% до 78%. Общее количество не привитых составило 7597 человек (39%), что связываем с недостаточно проведенной санитарно-просветительной работой в некоторых ЛПУ. Наблюдение за привитыми осуществлялось в течение пяти месяцев.

Эффективность профилактических мероприятий оценивали методами: а) непосредственного контроля «Холодовой цепи» и методики осуществления иммунизации в ЛПУ в течение 3 месяцев (октябрь-декабрь 2003г); б) статистического наблюдения за заболеваемостью привитых и не привитых контингентов в течение 5 месяцев (ноябрь 2003г-март 2004г) по данным журналов учета больных в инфекционных кабинетах ЛПУ.

Для оценки эпидемиологической эффективности вакцины определялись показатели (индекс эффективности ИЭ и коэффициент эффективности КЭ) профилактической защиты на основании данных о заболеваемости гриппом и ОРЗ среди привитых и не привитых. Среди привитых заболеваемость гриппом и ОРЗ была в 3 раза ниже, чем у не привитых. Коэффициент эпидемиологической эффективности вакцины «Инфлювак» составил 68%, что позволило снизить заболеваемость на 44% по сравнению с аналогичным периодом 2002-03 года. Индекс эффективности вакцины составил 3. Помесячная заболеваемость гриппом и ОРЗ наблюдаемых контингентов в зимнем эпидсезоне 2003-2004гг колебалась от 12,3 до 80,5, а в аналогичном периоде с 2002-2003гг – от 54,3 до 120,8 на 1000 человек. По данным, полученным на основании ежемесячной отчетности о количестве заболевших гриппом и ОРЗ, за период наблюдения (с ноября по март) в двух исследуемых группах зарегистрировано 1963 случая заболевания.

Количественные данные полученного материала статистически обрабатывались с помощью компьютерной программы «Biostat». Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента и хи-квадрату Пирсона,



при этом достоверно значимыми считали различия при  $p < 0,05$ . При анализе заболеваемости гриппом и ОРЗ за период наблюдения отдельно в каждой группе выявлено, что более низкий статистически значимый ( $p < 0,05$ ) уровень заболеваемости (132,9 на 1000) был в основной группе (иммунизированных вакциной «Инфлювак») по сравнению с контрольной (416,5 на 1000).

Таким образом, проведенная нами оценка эпидемиологической эффективности субъединичной гриппозной вакцины «Инфлювак» показывает, что она характеризуется достаточно высокими параметрами ее профилактической защиты (индекс и коэффициент эффективности соответственно равны 3 и 68).

Волчецкий А.Л., Агафонов В.М.

## **КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ В ДИНАМИКЕ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В**

*г. Архангельск, Россия*

В ходе апробации нового информативного метода исследования кристаллографической картины крови у людей с различными заболеваниями и у практически здоровых лиц, проведено обследование 96 больных с острым вирусным гепатитом В, среднетяжелой формы. Анализы выполнены в стадии разгара и реконвалесценции заболевания. Кристаллографическая картина крови оценивалась по 8 количественным и 11 качественным критериям. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что в течение инфекционного процесса происходят достоверные изменения большинства параметров оценки, как при сравнении с кристаллизационной картиной крови практически здоровых лиц, так и при сопоставлении характеристик острого периода заболевания и периода реконвалесценции. Наиболее выражено изменялось количество центров кристаллизации, количество первичных лучей и угол расхождения кристаллизационных лучей.

Количество центров кристаллизации у больных в разгаре вирусного гепатита В составляло в среднем  $1,44 \pm 0,06$ , а в стадию реконвалесценции -  $6,6 \pm 0,08$  ( $P < 0,001$ ). Тем не менее и в стадию выздоровления этот критерий оставался достоверно ниже ( $P < 0,01$ ), чем у практически здоровых лиц ( $7,14 \pm 0,12$ ). Количество первичных кристаллизационных лучей в стадию разгара заболевания было значительно выше, чем в контрольной группе ( $P < 0,001$ ), в стадию реконвалесценции их количество снижалось, но по-прежнему было выше, чем у практически здоровых лиц ( $P < 0,001$ ). Качественные критерии кристаллизационной картины крови при вирусном гепатите В свидетельствуют о наиболее выраженных изменениях таких показателей, как темная окраска лучей, наличие полочки лучей, деструкции кристаллов и веерообразного расхождения лучей. Темная окраска лучей присутствовала у всех больных с вирусным гепатитом В в разгаре болезни и у 56% - в стадии реконвалесценции, что оказалось значительно выше, чем у практически здоровых лиц.

В 1,8 раза чаще у лиц с вирусным гепатитом В имеет место полочка лучей в стадию разгара и в 2,5 раза в стадию реконвалесценции. У лиц с вирусным гепатитом В активнее происходит деструкция кристаллов, в стадию реконвалесценции болезни (в 2,6 раза). Максимально выраженные изменения касаются веерообразного расхождения лучей, которые наблюдались только у 3% практически здоровых лиц, у всех лиц с вирусным гепатитом В в разгаре болезни и у 1/4 части реконвалесцентов вирусного гепатита В. У лиц с вирусным гепатитом В в 5,1 раз чаще наблюдается перекрест лучей в разгаре болезни и в 4,1 раза в стадию реконвалесценции.

Таким образом на основании приведенных данных можно говорить о том, что проанализированная по предложенным нами количественным и качественным параметрам кристаллографическая картина крови имеет специфические особенности строения при вирусном гепатите В в стадии разгара и реконвалесценции по сравнению с аналогичными данными у практически здоровых лиц.

Воробец В.Г., Фисенко Ю.И.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАТЕНТНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С В ЛАТЕНТНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*г. Севастополь, Украина*

В настоящее время вирусный гепатит С (ВГС) и инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) – ВИЧ-инфекция трансформировались из медицинской проблемы в социальную, являющуюся одной из наиболее сложных в практическом здравоохранении. Это связано с постоянным ростом заболеваемости гемоконтактными антропонозами (на конец 2003 г. в мире зарегистрировано более 50 млн. инфицированных ВИЧ и более 500 млн. инфицированных вирусом гепатита С (HCV)), повсеместным их распространением, многообразием возможных клинических проявлений и огромными экономическими затратами, связанными с лечебно-диагностическим процессом.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-лабораторных и морфологических проявлений латентного хронического гепатита С (ЛХГС) в латентной стадии ВИЧ-инфекции у лиц молодого возраста, в том

числе в сравнении с особенностями течения хронического моногепатита С у больных этой же возрастной группы.

Под наблюдением находилось 140 военнослужащих по призыву больных ЛХГС в возрасте 18-20 лет со сроком службы от 1 до 3-х месяцев, из них 48 с ЛХГС в латентной стадии ВИЧ-инфекции (группа изучения) и 92 с моно-ЛХГС (группа сравнения). У всех пациентов при первичном осмотре жалоб на состояние здоровья не было, гепатит протекал бессимптомно. При этом ни у одного больного не было анамнестических данных о перенесенном вирусном гепатите или других заболеваниях печени.

При выяснении эпидемиологического анамнеза установлено, что у подавляющего большинства больных ЛХГС в латентной стадии ВИЧ-инфекции (86,1%) и моно-ЛХГС (62,3%) заражение произошло, вероятно, при внутривенном употреблении психоактивных веществ (суррогатов опия, эфедрона, первитина, героина) на протяжении 1-3-х лет до призыва на военную службу. Необходимо отметить, что все обследуемые вводили наркотические вещества эпизодически и не были наркозависимыми больными. Также отмечалась вероятность инфицирования HCV и ВИЧ в группах изучения и сравнения во время нанесения татуировок в бытовых условиях (21,5% и 7,3%, соответственно), парентеральных медицинских манипуляций (13,2% и 5,5%, соответственно). Другие пути передачи установить не удалось.

Комплексное стационарное обследование включало клинические, биохимические, иммунологические, вирусологические и гистологические методы. Анализ клинико-биохимических показателей при ЛХГС в латентной стадии ВИЧ-инфекции в сравнении с таковым при моно-ЛХГС показал, что течение сочетанной инфекции в 4 раза чаще (83% случаев) сопровождалось проявлениями астенического и диспепсического синдромов, в 9 раз чаще (94,6%) – цитолитического синдрома в виде преимущественного двух-трехкратного повышения АлАТ, в 5 раз чаще (48,5%) – незначительно выраженным гепатолиенальным синдромом и в 2 раза чаще (12,9%) – обнаружением при УЗИ увеличенных лимфоузлов в воротах селезенки. Вероятно, одновременное воздействие ВИЧ и HCV, выражающееся в прямом цитопатическом эффекте и ускорении процессов апоптоза, приводит к более тяжелому поражению иммунокомпетентных клеток и основных функциональных клеток печени, селезенки, лимфатических узлов, вызывая ответную реакцию в виде гиперплазии этих органов.

Воробец В.Г., Фисенко Ю.И., Железов И.Н., Осадчий А.С.

## **МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ПРИЗЫВНИКОВ ЧФ ВИРУСАМИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

*г. Севастополь, Россия*

На Черноморском флоте (ЧФ) продолжается начатая в 1999 году работа по активному раннему выявлению гемоконтактных инфекций (ГКИ) у военнослужащих. Учитывая преимущественно скрытое течение заболеваний, вызванных вирусами гепатитов В (HBV) и С (HCV), а также вирусом иммунодефицита человека (HIV), ранняя диагностика этих инфекций должна основываться на активных (прежде всего лабораторных) методах.

Исследования по индикации поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg), общих антител к вирусу гепатита С (анти-HCV) и антител к вирусу иммунодефицита человека (анти-HIV) производились методом иммуноферментного анализа (ИФА) сыворотки крови тест-системами «ИФА-АНТИ-ВИЧ-УНИФ», «ИФА-HBsAg/м» и «ИФА-АНТИ-HCV» (НПО «Диагностические системы»). Первичное лабораторное обследование всех призывников методом ИФА определено нами как «ИФА-скрининг».

Приводим результаты изучения многолетней динамики распространенности гемоконтактных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции у этой категории военнослужащих. В результате лабораторного ИФА-скрининга сыворотки крови 15431 обследованного в 1999-2003 гг. HBsAg выявлен - у 377 (2,4%), анти-HCV - у 617 (4%), анти-HIV - у 47 (0,3%) человек. При этом, в 45 случаях установлена сочетанная серопозитивность анти-HCV и анти-HIV; изолированные анти-HIV обнаружены только у 2 пациентов. В 2000 году маркеры вышеуказанных ГКИ были выявлены у 10,8% призывников, в 2001 г. – у 8%, 2002 г. – 4,8 %, в 2003 г. – 4,6%. По отдельным маркерам ГКИ динамика серопозитивности за эти годы выглядела следующим образом: HBsAg – 3,09%, 2,32%, 1,54% и 2,32%; анти-HCV – 7,19%, 5,23%, 3,12%, и 2,15%; анти-HIV – 0,18%, 0,58%, 0,18% и 0,05% соответственно.

Представленные данные демонстрируют ежегодное снижение количества призывников, инфицированных вирусами наиболее распространенных ГКИ. Связано это, по-видимому, как с более жестким отбором на этапе региональных призывных медицинских комиссий, так и с наметившейся тенденцией к улучшению эпидемиологической и социальной обстановки в обществе. Свидетельством чему служит обнаруженная нами закономерность в перераспределении доли инфицированных HCV (заражение ассоциировано с употреблением наркотиков) и HBV (заражение ассоциировано преимущественно с медицинскими и бытовыми аспектами). Так, доля пациентов с HBsAg – позитивностью в 2000-2003 г.г. включительно составляла 29%, 29%, 31% и 50,4%, а с анти-HCV – позитивностью – 66%, 66%, 67% и 47% соответственно.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено снижение количества призывников ЧФ инфицированных вирусами наиболее распространенных ГКИ с 10,8% в 2000 г. до 4,6% в 2003 г. При этом доля инфицированных HCV уменьшилась с 66% до 47% соответственно. Результаты проведенной работы демонстрируют эффективность предложенной нами в 2000 г. системы лабораторного ИФА-скрининга наиболее распространенных ГКИ и целесообразность внедрения ее при обследовании молодежи призывного возраста по месту жительства.

Воронин Е.Е., Додонов К.Н., Фомин Ю.А., Улюкин И.М.

## **АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ИЗ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ОЧАГОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ АРВТ**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

В период с 1997 по 2003 гг. умерло 6 больных с нозокомиальной ВИЧ-инфекцией, которые получали комбинированную антиретровирусную терапию (АРВТ). Распределение больных проведено по наиболее распространенной в мире классификации CDC. Установлено, что на фоне специфической терапии изменилась структура смертности пациентов, по сравнению с естественным течением заболевания.

Все указанные пациенты имели в анамнезе отягощенный преморбидный фон, требовавший их нахождения в стационаре на момент ВИЧ-инфицирования. До 1997 года 80,0% умерших получали только AZT, а 20,0% этот препарат по тем или иным причинам не получали (например, непереносимость препарата, отсутствие желания родителей касательно получения терапии). СПИД развился у всех умерших больных через 8-10 лет от времени предполагаемого заражения, и клинически проявлялся в виде ВИЧ-энцефалопатии (5 пациентов, причем в одном случае развился прогрессирующий ВИЧ-энцефалит с эписиндромом), рецидивирующей бактериальной пневмонии (2, предположительно, ПЦП), персистирующей кожно-слизистой герпетической язвы (3), кандидозного эзофагита (2), герпетического менингоэнцефалита (1), туберкулеза (который развился в динамике ВИЧ-инфекции у двоих больных).

Длительность комбинированной АРВТ составила в одном случае до 18 месяцев, в трех - 18-24 месяца, по одному - в течение 33 месяца и 48 месяцев. В течение всего периода лечения четверо больных получали различные схемы тройной комбинированной терапии, включавшие в себя все зарегистрированные в России препараты. Смена схем лечения проводилась вследствие недостаточной клинико-иммунологической и вирусологической эффективности. Комбинированная АРВТ была неэффективной на стадии СПИДа («С3») при тяжелой иммуносупрессии (уровень CD4-лимфоцитов ниже 100/мкл) и высокой вирусной нагрузке (более 600000 коп/мл) на фоне тяжелых оппортунистических инфекций, перспективы лечения которых даже у больных без ВИЧ-инфекции были очень проблематичными. В этих случаях быстро развивались осложнения терапии с формированием полирезистентности ВИЧ к применяемым антиретровирусным препаратам (АРВП). Обеспечить режим приема АРВП таким больным было сложно, из-за побочных реакций на лечебные препараты у них развивались осложнения в виде панкреатита, токсического гепатита. Лечение вторичных заболеваний (в частности, туберкулеза) многокомпонентными схемами в ряде случаев требовало временной отмены АРВТ, что приводило к развитию осложнений и формированию полирезистентности ВИЧ.

Показана важность индивидуального подбора схем АРВТ на основе клинико-иммунологического и вирусологического мониторинга. Этиологическая терапия оппортунистических инфекций может быть успешной только при проведении ее в комплексе с комбинированной АРВТ.

Выгоняйлов А.В.

## **ОПЫТ РАСЧЕТА ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА ОТ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛУЧАЕВ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА**

*г. Челябинск, Россия*

Для внедрения системы инфекционного контроля (ИК) необходимо понимание ее экономической эффективности. Оценка экономических аспектов проблемы внедрения ИК может быть проведена путем сравнения потенциальной стоимости программы инфекционного контроля и потенциального ущерба от возникновения случаев гнойно-септических инфекций (ГСИ). При подсчете экономического ущерба необходимым является учет всех возможных факторов риска возникновения ГСИ и оценка основных экономических затрат на лечение пациентов в случае присоединения ГСИ (стоимость дополнительных койко-дней, операций, бактериологических исследований, антибиотикотерапии).

Организация проспективного эпидемиологического наблюдения позволяет создать информационную базу. Информация о каждом случае ГСИ собирается в форму, где вносятся паспортные данные, диагноз пациента,

характеристика оперативных вмешательств и (или) манипуляций, данные микробиологических исследований, сведения об антибактериальной терапии, сроки развития ГСИ. На втором этапе мы формировали группы сравнения по типу случай-контроля, при этом контрольная группа соответствовала опытной по критериям, позволяющим производить наиболее корректное сопоставление групп. Группы отличались только по наличию (отсутствию) ГСИ: хирургическая раневая инфекция (ХРИ), инфекции мочевыводящих путей (ИМВП), связанные с катетеризацией мочевого пузыря, инфекции дыхательных путей (ИДП), связанные с искусственной вентиляцией легких, инфекции кровотока, связанные с катетеризацией центральных сосудов.

По методике предложенной кафедрой эпидемиологии С-Петербургской государственной медицинской академии им И.И. Мечникова (Зуева Л.П. и др, 1999) был рассчитан случай ГСИ и экономический ущерб за счет присоединения ГСИ. Экономический ущерб за счет случаев ГСИ по итогам 2003 г. составил 9,82 миллионов рублей. Стоимость лечения пациента с ХРИ оказалась в 1,8 раза больше, чем в контрольной группе, ИМВП увеличивают затраты в 1,5 раза, ИДП и инфекции кровотока в 4,9 раза.

Таким образом, экономические потери от присоединения гнойно-септических инфекций составляют весьма значительную сумму, что обосновывает необходимость внедрения в работу стационара стандартов инфекционного контроля в рамках мероприятий по улучшению качества медицинского обслуживания.

Выгоняйлов А.В., Местер Н.В.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКО ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*г. Челябинск, Россия*

Внутрибольничная раневая инфекция является наиболее часто встречающимся послеоперационным осложнением хирургических вмешательств. Наиболее важными факторами риска возникновения послеоперационных осложнений является - тяжесть пациентов, класс операционной раны, техника выполнения операции и ее продолжительность. Лечение послеоперационных осложнений требует значительных экономических затрат и сказывается на финансовом положении лечебного учреждения. Одним из важных направлений профилактики раневой инфекции является применение антибактериальных препаратов.

В травматолого-ортопедическом отделении до момента проведения исследований как обычная практика была назначение длительных профилактических курсов препаратов (4-7 дней), двумя и более препаратами (среднесуточное количество доз составило 5-7, с назначением курса только в 25 % до операции, 32 % случаев во время операции и в 43 % случаев после операции).

Данное обстоятельство имеет известное негативное последствие: во-первых, во многих случаях достаточно одной дозы антибиотика, используемого для периоперационной антибиотико профилактики (ПАП), а длительное назначение антибиотиков оказывает негативные побочные эффекты, во вторых, это влияет на селекцию антибиотико-устойчивых штаммов микроорганизмов, в третьих, необоснованное длительное использование антибиотиков приводит к значительному экономическому ущербу для стационара.

При этом уровень заболеваемости гнойно-септическими инфекциями (ГСИ) составляли в отделении травматологии 5,9 случаев на 100 операций регистрируемой как сами хирургами, так и по данным анализа истории болезни на основе стандартного определения случая ГСИ. Данный показатель подтвердили результаты исследований превалентности исходов хирургических операций в апреле 2002 г., частота ГСИ составила 3,7 на 100 операций.

При этом суммарный показатель качества ПАП не превышал 25 %, куда входили пациенты, получившие препарат в пределах 1 часа до хирургического разреза, в соответствии с современными рекомендациями (цефазолин 1,0, внутривенно струйно), отмена препарата была произведена не позднее 24 часов после окончания операции.

После проведения организационных мероприятий, разработка протокола ПАП и его утверждение приказом главного врача, обучение медицинского персонала, запрещение использования ряда антибактериальных препаратов в отделении, создание в отделении и экстренной операционной резерва цефазолина для ПАП, ежемесячного замера индикаторов качества ПАП с информацией заведующего отделением и т.д., были получены следующие данные по итогам 6 месяцев 2004 г.

Показатели качества ПАП в целом по отделению достигли 97 %, но в группе больных где развилась ГСИ это показатель достигал только 70 %. Заболеваемость ГСИ составила 1,9 % случая на 100 операций, что подтверждается данными исследования превалентности исходов операций. При анализе дефектов ПАП обращает на себя внимание ее недооценка на этапе экстренной помощи, где по-прежнему, имеют место сохранение длительной схемы профилактики при операциях ампутация конечностей и открытой фиксации перелома в случаях условно-чистых и контаминированных ранах или отказ от нее. При этих видах операций инцидентность ГСИ составляет 5,5 % и 6,98 % случаев соответственно. Экономия только на одного пролеченного больного за счет сокращения расходов антибактериальных препаратов составила 448 руб, предотвращенные случаи ГСИ позволили сэкономить за 6 месяцев около 80 тыс. рублей. В результате проведенного исследования можно сде-

лать вывод, что антибиотикопрофилактика дает существенное снижение количества послеоперационных осложнений, снижает затраты на лечение больных, в том числе за счет сокращения расходов антибактериальных препаратов.

Но эффективность ПАП определяется уровнем показателя качества, ответственным подходом при назначении профилактических мероприятий при каждой операции, изменением существующей практики использования антибактериальных препаратов, систематическим измерением показателей качества. Проведение данных мероприятий, возможно только в условиях функционирующей в стационаре системы инфекционного контроля.

Габрильянц М.А.

## **ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ВОЕНОСЛУЖАЩИХ**

*г. Подольск, Россия*

Проанализированы особенности расстройств тревожного спектра у 544 военнослужащих, находившихся на стационарном обследовании и освидетельствовании по поводу ВИЧ-инфекции в специализированном отделении 1586 ОВКГ МВО. Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально – психологический (шкала ситуационной и личностной тревожности Спилберга-Ханина).

Различные проявления тревоги выявлялись у 92,8% обследованных, начиная с момента предварительного сообщения о возможном инфицировании ВИЧ. Оценивались выраженность (уровень) расстройств, их синдромальное оформление, фабула. В 50,9% случаев определялся донозологический уровень расстройств. Детальное изучение их содержания позволило выявить тенденцию к направленности вектора тревожных переживаний на значимых близких (субъективно тягостные сомнения в том, стоит ли информировать их о факте инфицирования ВИЧ, мучительный поиск максимально щадящей формы подобного сообщения с учётом крайней болезненности прогнозируемой ответной реакции). Характерны транзиторность, фрагментарность, синдромальная незавершённость, сохранность активного стремления к пересмотру системы ценностей в соответствии с представлениями о здоровом образе жизни.

При тревожных состояниях невротического уровня (41,8%) определялась высокая степень коморбидности с депрессией. В этих случаях преобладала стойкая озабоченность неблагоприятными последствиями личного плана (утрата перспективы служебной карьеры, ограничения в профессиональном отношении, невозможности иметь полноценную семью), пессимистическая оценка как прошлого, так и будущего. Характерно наличие своеобразных самообвинений, касающихся риска заразить сексуального партнёра, иногда в сочетании с тревожными опасениями уголовного преследования за это.

Если наряду с тревогой определялся и астенический радикал, то переживания больных были, как правило, однообразными и бедными по содержанию, относительно менее эмоционально насыщенными. Доминировали стремление ограничиться формальными ответами, пассивность, смирение с фактом инфицирования ВИЧ. Необходимо отметить, что выявление тревожных расстройств у этой категории обследованных требовало активной тактики при сборе анамнеза и опросе жалоб.

Значительная распространённость тревожных состояний при ВИЧ-инфекции, неоднородность по уровню и содержанию требуют их целенаправленного выявления и индивидуального подхода к коррекции (фармакологической, немедикаментозной).

Гаврилова Н.И., Филимонов П.Н., Ястребова О.Н., Замятина Т.И., Шустов А.В., Гаврилова И.В.

## **МОНИТОРИНГ СПЕКТРА HCV АНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ С И (С+В)**

*г. Новосибирск, Россия*

Роль гуморального звена иммунного ответа при хроническом HCV инфицировании изучена недостаточно (Николаева Л.И. и соавт., 2002; Ishii K. Et al, 1998; Prince A. Et al, 1999). Учитывая, что IgG к различным белкам HCV имеют разное время жизни, возможно интенсивность ответа способна отражать антигенную нагрузку и служить критерием эффективности терапии. В работе изучали динамику IgM, IgG HCV у 144 детей и титр IgG антител к белкам HCV (сog, ns3, ns4, ns5) у 44 детей с ХГС С (31%) и С+В (69%) в условиях естественного течения и под влиянием противовирусной терапии. Возраст пациентов составил от 6 мес. до 18 лет (6,2±4,8). Для определения антител использовали тест системы ЗАО «Вектор-Бест» - «РекомбиБест анти-ВГС-спектр» и «РекомбиБест анти-ВГС-IgM». Диагноз подтверждали наличием «флуктуирующего» цитолиза (АЛТ 1,8±1,4 от 0,1 до 5 ммоль/л), повторным обнаружением РНК ВГС в сыворотке (в 75%-16 генотип, в 11%-2a/c, у 14%-3a) и результатами пункционной биопсии печени (ГИСА 24,4±8,7, от 4 до 44 баллов; фиброз 6,7±2,7, от 2 до 14 баллов). Продолжительность наблюдения составила от 2-18 лет. HCV IgM выявлялись у 75 из 144 детей (52%). Стойкое

обнаружение HCV IgM констатировали у 15(10%) пациентов и ассоциировалось с более высокой активностью процесса, и/или наличием аутоиммунного компонента в течении ХГ ( $p=0,03$ ). Полный спектр HCV IgG (стойко, от 2-х до 12 лет) выявлялся у 30% детей. 12 больных ХГС и ХГС+В (8%), не смотря на РНК(+), оставались серонегативны по спектру IgG в течение сроков наблюдения (3-7 лет). У 6% не находили только IgG core (2-10 лет), у остальных в динамике естественного течения отсутствовали или исчезали ns4 и/или ns5 IgG. Титры IgG колебались от 1:8 до 1:4096. Высокие титры коррелировали с выраженной гистологической активностью и высоким уровнем АЛТ. Исчезновение всего спектра HCV IgG (при сохранении РНК HCV) констатировали у 2% детей с естественным течением ХГ (слабой активности) за 5-7 лет наблюдения. Первоначальные титры у этих детей достигали 1:8-1:64. Противовирусную терапию получили 22 пациента. К окончанию наблюдения после лечения (от 1 до 6,5 лет), у ответивших на терапию (33%), титры core и ns3 IgG снижались в 6-16 раз и у 1/2 исчезали антитела к ns4, ns5, при этом РНК HCV в сыворотке оставалась отрицательной. Таким образом, мониторинг антител к белкам HCV и определение их титра, позволяет объективизировать картину естественного течения ХГС и С+В, а также помогает контролировать результаты лечения.

Гагарина И.В. Благов Н.А.

## ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ

г. Ярославль, Россия

В настоящее время остается актуальным изучение поздних проявлений иксодовых клещевых боррелиозов. С целью выявления отдаленных исходов клещевых боррелиозов на эндемичной территории было обследовано 80 пациентов, перенесших острую эритемную форму заболевания. Все они получили адекватную этиотропную терапию. Заболевание протекало с положительной клинико-лабораторной динамикой. Диспансеризация осуществлялась в течение трех лет.

У 1,2% реконвалесцентов в период от одного до трех лет отмечено хроническое манифестное течение боррелиоза. При обследовании были выявлены: поражение периферической нервной системы локально к месту бывшей эритемы, артриты, поражение сердца в виде атриовентрикулярной блокады.

Хроническое латентное течение диагностировано у 28,8% лиц с минимальной клинической симптоматикой на фоне обнаружения специфических антител к боррелиям в титре 1/40 и выше. Выявлено, что процент латентного течения после легкого острого боррелиоза выше, чем после среднетяжелого (45% и 15% соответственно). Установлено, что у больных с признаками латентного течения длительность инкубационного периода превышала таковой по сравнению с лицами без признаков хронизации на 31,6% ( $p<0,05$ ). У 54% больных в остром периоде на фоне гомогенной эритемы развивался общеинтоксикационный синдром, сопровождавшийся субфебрильной лихорадкой, слабостью, недомоганием и головной болью. Из местной симптоматики преобладали зуд (56%), болезненность (33%) и жжение (11%). В этой группе обследованных в остром периоде диагноз был подтвержден серологически у 45% пациентов.

У лиц с хроническим латентным течением выявлено повышение уровня IgG на 23,7% ( $p<0,05$ ), циркулирующих иммунных комплексов на 79,5% ( $p<0,001$ ) и лактоферрина на 430,3% ( $p<0,001$ ). Повышение уровня лактоферрина у таких пациентов, очевидно, связано с непрерывной опсонизацией нейтрофилов крови антителами к боррелиям, что ведет к повышенному синтезу этого белка, занимающего важное место в осуществлении антибактериальной защиты при клещевом боррелиозе. Полное выздоровление наступило у 27,5% реконвалесцентов, а у 42,5% сохранились анамнестические титры антител к боррелиям.

Таким образом, даже адекватная терапия не исключает персистенции инфекции и прогрессирования иксодового клещевого боррелиоза. Отдаленные исходы после перенесенного острого иксодового клещевого боррелиоза представлены преимущественно переходом заболевания в хроническое латентное течение и редким развитием у пациентов хронических манифестных форм. Учитывая выявленные изменения, вероятно, существует необходимость более длительного клинико-серологического и иммунологического наблюдения за всеми переболевшими иксодовыми клещевыми боррелиозами.

Галимзянов Х.М. Черенова Л.П., Оганесян Ю.В., Курятникова Г.К., Жирнов В.А.

## ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ КРАСНУШНОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА

г. Астрахань, Россия

Менингоэнцефалит (МЭ), вызванный вирусом краснухи, встречается крайне редко: 1 случай МЭ на 4000-13000 заболеваний (Семериков В.В.; Лаврентьева И.Н., Таточенко В.К. и др., 2002 г.). Прогноз поражения центральной нервной системы при краснухе серьезный, нередко краснушный менингоэнцефалит имеет летальный исход. Больным с МЭ краснушной этиологии проводится патогенетическая терапия с включением глюкокортикостероидов. Этиотропная терапия не разработана. В тоже время рибавирин и циклоферон используются при лечении многих вирусных инфекций (Кравченко И.Э. и др., 2000 г.; Петров В.А. и др., 2003 г.; Шутов А.М. и др., 2003 г.).

др., 2002 г.). В период подъема заболеваемости краснухой в Астраханской области в 2004 году зарегистрировано 2 случая менингоэнцефалита краснушной этиологии.

Больная М., 16 лет, заболела остро 15.04.04 г. – отмечался подъем температуры до 37,4°С, на коже туловища и конечностей появилась мелко-пятнистая сыпь розового цвета, которая сохранялась два дня. Выявлено увеличение затылочных лимфоузлов. На 3 день болезни состояние больной ухудшилось. Появилась интенсивная головная боль, дважды была рвота, отмечалось неадекватное поведение. Больная стала беспокойной, кричала, затем присоединились судороги, и развилась потеря сознания. При осмотре выявлены умеренно выраженные менингеальные симптомы. Температура тела повысилась до 39°С -40°С и держалась 3 суток, а затем снизилась до субфебрильных цифр. Анализ цереброспинальной жидкости: цитоз 62 клетки в 1 мм<sup>3</sup>, из них 59 лимфоцитов, белок – 0,5 г/л. Диагностирован вирусный менингоэнцефалит. При обследовании методом ИФА в крови больной обнаружены антитела класса IgM к вирусу краснухи.

Больной А., 17 лет. Заболевание началось остро 09.05.2004 г.. Температура тела с ознобом повысилась до 39°С. В этот же день на кожных покровах появилась обильная мелко-пятнистая сыпь красного цвета. Пальпировались заднешейные и затылочные лимфатические узлы. Температура тела оставалась повышенной в течение 8 суток. Сыпь исчезла через 3 дня. На 5 день болезни у больного усилилась головная боль, была многократная рвота. Больной стал неадекватный, дезориентирован, присоединились судорожный синдром и нарушение сознания до глубокого сопора. При объективном обследовании выявлены ригидность мышц затылка и положительный симптом Кернига. В анализе ликвора - лимфоцитарный плеоцитоз. Поставлен диагноз вирусный менингоэнцефалит. При обследовании на энтеровирусы и антитела к арбовирусам результаты отрицательные. Методом ИФА в крови больного обнаружены антитела класса IgM к вирусу краснухи.

Принимая во внимание, что менингоэнцефалит, вызванный вирусом краснухи, протекает в тяжелой форме, наряду с патогенетической терапией больным проводилась противовирусная терапия рибавирином и индуктором эндогенного интерферона циклофероном. Рибавирин назначался в дозе 1000 мг/сут в течение 7 дней; циклоферон по 4,0 мл внутривенно 10 инъекций. В обоих случаях заболевание закончилось выздоровлением.

Таким образом, при вирусных менингоэнцефалитах, вызванных вирусом краснухи, в комплексное лечение больных необходимо включать противовирусные препараты.

Гардеробова Л.В., Нечаев В.В., Муравьева Н.Н.

## **ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ КИШЕЧНЫХ ИНВАЗИЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ.**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Вопрос влияния сопутствующих инфекций и инвазий на эпидемический и инфекционный процессы острых вирусных гепатитов остается недостаточно изученным. Большая часть исследований, затрагивающих эту проблему, выполнена без учета этиологии вирусных гепатитов. Нами, на базе ДГИБ№3 Санкт-Петербурга в период 1990-2003 г., проведено изучение частоты и структуры кишечных паразитозов у детей, больных вирусными гепатитами различной этиологии, а также проанализирован характер течения вирусных гепатитов А и В на фоне сопутствующего лямблиоза.

За указанный период на лечении в стационаре находилось 7945 детей больных вирусными гепатитами, в том числе ВГА – 85 %, ВГВ + ВГС – 6,8 %. Отмечена тенденция к снижению доли ВГА в динамике с 94,7 до 78,2 % и росту доли гемоконтактных гепатитов с 5,2 до 22 %. У 770 детей (9,69%) выявлены кишечные инвазии. В динамике по годам показатель инвазированности имел тенденцию к росту с 3 % до 17,3% . Установлено, что в годы высокого уровня заболеваемости вирусными гепатитами (1990-1996 гг.) инвазированность детей была минимальной (6,08 на 100 обследованных). Данный показатель нарастал и достиг максимума в среднем 21,04 на 100 обследованных в годы снижения заболеваемости вирусными гепатитами, которое произошло за счет вирусного гепатита А.. Структура инвазий была следующей: лямблиоз 53,3%, энтеробиоз 40,1%, аскаридоз 6,49%; в динамике по годам происходило перераспределение долей различных инвазий. В начале 90-х годов в структуре инвазий превалировал энтеробиоз, его доля составляла в среднем 72,7%. В 1997-2000 годах первое место в структуре занял лямблиоз 75,4%, а доля энтеробиоза уменьшилась до 10,4%. Частота сопутствующих паразитозов при ВГА и гемоконтактных вирусных гепатитах достоверно не отличалась, составив 8,18% и 9,85% соответственно. Лямблиоз сопутствовал как ВГА, так и ВГВ одинаково часто, в среднем в 5,7% случаев (в некоторые годы в 20-30%).

С целью выявления характера течения вирусного гепатита А на фоне кишечной инвазии был проведен анализ клинико-лабораторных данных в двух группах больных. Основную группу составили 88 детей - больные ВГА+лямблиоз, контрольную- 88 детей больные ВГА. Сравнимые группы не отличались по полу и возрасту. Было установлено, что ВГА на фоне лямблиоза приобретает некоторые клинические особенности: удлиняется преджелтушный период; в желтушном периоде возрастает частота диспепсических симптомов; замедляется нормализация биохимических показателей и период выздоровления.

Для выяснения характера течения вирусного гепатита В на фоне инвазии лямблиями были проанализированы клинико-лабораторные данные 20 детей (у 10 из них сопутствующий лямблиоз). Анализ не выявил каких либо статистических различий между ВГВ как моноинфекцией и на фоне паразитоза, а также не установил и отрицательного воздействия лямблии на течение ВГВ (в силу малого количества наблюдений этот аспект, возможно, еще должен изучаться).

Таким образом, полученные сведения могут быть использованы в практике при проведении дифференциальной диагностики и составлении плана лечебно-профилактических мероприятий.

Герчина Н.И., Нечаев В.В.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Эпидемиология и этиоструктура вирусных гепатитов у сотрудников право-охранительных органов практически не изучена. Такие социально-профессиональные предпосылки, как общение с социально-адаптированными группами населения, постоянные командировки в «горячие» точки регион делают проблему ВГ еще более актуальной.

Целью исследования явилось изучение эпидемического процесса вирусных гепатитов у сотрудников ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области в сопоставлении и другими территориями Северо-Запада с целью определения групп профессионального риска и коррекции проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Нами проведен углубленный ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости аттестованных и вольнонаемных сотрудников ГУВД за 1998-2002 г.г. Наиболее высокие показатели заболеваемости суммарными ВГ отмечались в 2000-2001 г.г. в Вологодской (434,1 на 100 тыс.) и Мурманской (442,2) области. Самый высокий уровень заболеваемости ВГВ среди аттестованных сотрудников в 2002 году (83,1 на 100 тыс.) был в Вологодской области и С-Петербурге (70,6) в сравнении со средним показателем по МВД РФ – 44,3 ‰. В течение последних пяти лет Вологодская область лидировала по среднему (78,7 на 100 тыс.) показателю у аттестованных сотрудников. Заболеваемость ОГС среди сотрудников УВД С-Петербурга (14,6 на 100 тыс.) была выше средней по МВД (9,5 ‰). Острые формы ВГС среди сотрудников УВД в Северо-Западном регионе вообще не регистрировались, что, скорее всего, свидетельствует о несовершенстве лабораторной диагностики в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях. Общим в заболеваемости ВГ по всему Северо-Западному региону являются: более высокая заболеваемость мужчин по сравнению с женщинами (71,3 против 19,4 на 100 тыс.), превышение среди заболевших аттестованных сотрудников над вольнонаемными работниками в соотношении 8:1 при ВГВ и 2:1 при ВГС.

Среди сотрудников ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 1998-2002г.г. зарегистрировано 492 случая НВ-вирусной и 201 случай НС-вирусной инфекции. Структура ГВ в 53,8% представлена «носителями» вируса, в 36,2% – больными острыми формами, при ГС, наоборот, преобладали острые формы (42,8%). Доля хронического ГВ составила 10 %, ХГС – 26,3%. Самая высокая заболеваемость мужчин ОГВ и ОГС наблюдалась в возрасте 20-29 лет (96,9 и 73,9 на 100 тыс. соответственно), а хроническими формами в возрасте 40-49 лет (колебания показателей по годам от 17,8 до 81,0 при ХГВ и от 16,9 до 70,0 ‰ при ХГС). Наиболее высокие уровни «носительства» НВsAg и анти-НСV отмечены также в старших возрастных группах.

Проведенные исследования показали, что по уровням заболеваемости острыми, хроническими формами и «носительства» вирусов ГВ и ГС аттестованных сотрудников ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области необходимо отнести к группе профессионального риска заражения. Для своевременной диагностики всех форм инфекционного процесса ГВ и ГС необходимо и дальнейшее развитие лабораторной базы медицинских учреждений УВД Северо-Западного региона. С целью защиты личного состава учреждений МВД необходимо проведение прививок против гепатита В в первые месяцы после приема на работу.

Гладских Л.В. Максимов В.А. Пархоменко Н.А. Володина Л.В.

## **ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

*г. Москва, г. Липецк, Россия*

Цель исследования. Оценить эффективность тканевого препарата «Энтеросан» («Медминипром», Россия) при комплексном лечении кишечных инфекций.

Материалы и методы. «Энтеросан капсулы 0,3 г» рег. №001112/02-2002. Содержит высушенную полимеризованную гомогенную клеточно-тканевую смесь, полученную из слизистой оболочки мышечного желудка кур. Механизм действия обусловлен лечебным эффектом биологических компонентов входящих в его состав:



гликозаминогликаны (кислые мукополисахариды, хондроитинсульфат), протеолитические ферменты, желчные кислоты конъюгированные с таурином, сиаломуцины. Назначался в дозе 2 капсулы три раза в день во время еды при кишечных инфекциях в качестве «стартовой» терапии с регидратацией глюкозо-солевыми растворами. При отсутствии положительного эффекта, к лечению добавляли нитрофурановые препараты и антибиотики с учетом чувствительности. Под наблюдением находились 23 больных в возрасте от 15 до 55 лет (женщин 28). Посевы на патогенную кишечную флору позволили определить этиологию: шигеллезная (8) - 1 группа, сальмонеллезная (5) - 2 группа и неустановленная (10) - 3 группа. Состояние больных оценивали по клиническим симптомам: диарее (инвазивной и водянистой), токсическому синдрому; скорости их купирования. В фазе выздоровления - по дисбактериозным нарушениям.

Результаты. Купирование токсических симптомов и диареи отмечено на третий день: в 1 группе у трех больных (37%), во 2-группе у двух человек (40%), и в третьей группе у девяти (64%). При продолжении лечения нитрофуранами и антибиотиками на фоне приема энтеросана купирование проявлений кишечных инфекций отмечено: в первой группе на 10-12 день, во второй группе на 8-11 день, и в третьей на 7-10 день. Контрольные бактериальные посевы дали отрицательный результат. Все больные получали Энтеросан на протяжении 21 дня лечения. Десять последних дней в дозе 1 капсула три раза в день во время еды с целью профилактики/дисбактериоза. При диспансерном наблюдении в течение одного месяца проявлений дисбактериоза не выявлено.

Выводы. Учитывая полученные результаты можно утверждать, что комплексный тканевой лечебный препарат «Энтеросан», обладающий бактериостатическим, энтеросорбентным, антидиарейным, ферментативным и иммунокорегулирующим эффектами, показан для лечения кишечной инфекции и в качестве профилактики дисбактериоза.

Говор О.В.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РАЙОНАХ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

*г. Владивосток, Россия*

Проведен анализ эпидемиологической ситуации во всех 23 районах и 12 городах Приморского края по показателю заболеваемости населения активным туберкулезом органов дыхания за последние 5 лет (1999-2003гг.). В целом по краю за анализируемый период показатель заболеваемости возрос незначительно, на 10,08% (с 99,2 до 109,2). В столице Приморского края г.Владивостоке заболеваемость возросла на 12,14%. Динамика заболеваемости, как отрицательная, так и положительная, по городам и районам края колеблется в широких пределах. Рост заболеваемости произошел в 6 городах и в 15 районах и составил от 2,63% (в г.Арсеньев) до 193,28% (в Хорольском районе). Снижение заболеваемости в 4 городах и 8 районах колеблется от 1,84% (Хасанском) до 49,34% (Партизанском). Численность населения городов и районов, где отмечен рост заболеваемости, составляет 69,27% от всего населения края. Для установления истинной разницы в показателях по территориям проведен расчет среднегодового показателя за 5 лет. В результате проведенного анализа установлены территории с невысоким уровнем заболеваемости: 74,94‰ - г.Фокино, 85,76‰ - г.Владивосток, 99,76‰ - г.Дальнегорск, 54,06‰ - Ольгинский район, 78,04‰ - Лазовский, 81,88‰ - Пожарский, 86,70‰ - Яковлевский, 89,92‰ - Тернейский, 90,00‰ - Пограничный и 91,70‰ - Дальнереченский район. Показатели заболеваемости на этих территориях ниже среднего на 2,88 - 48,58%. На 6 территориях уровень заболеваемости высокий: 145,62‰ - г.Дальнереченск, 146,22‰ - г.Спасск-Дальний, 156,28‰ - Михайловский район, 160,32‰ - Хорольский, 164,20‰ - Надеждинский, 181,38‰ - Спасский район и превышает среднее краевой на 42,98 - 78,74%. Плотность населения районов с невысоким уровнем заболеваемости значительно ниже, чем с высоким. В Тернейском районе она составляет 0,5 человека на 1 кв.км, в Пожарском - 1,6, в Дальнереченском - 2,0, в Ольгинском - 2,1, а в Михайловском районе - 15 человек на 1 кв.км, Хорольском - 19,6, Надеждинском - 26,8 (в целом по краю плотность населения составляет 13,2 жителя на 1 кв.км).

Таким образом выявлено, что на территории края в течение последних 5 лет имеются территории с традиционно высоким и относительно низким уровнем заболеваемости. Показатель заболеваемости населения зависит от многих факторов, в том числе географических. С этой точки зрения, Приморский край изолирован от других регионов (за исключением Хабаровского края - северная граница) и занимает периферийное положение на азиатской части РФ, широким фронтом выходит к океану, а на суше граничит с Китаем и КНДР. Кроме того, ряд районов является изолятами внутри края, где может складываться определенная эпидемиологическая ситуация. К внутренним изолятам относятся районы с невысоким уровнем заболеваемости, которые расположены на северо-востоке края на территории тайги (Пожарский, Дальнереченский, Яковлевский) и граничат с океаном (Тернейский, Ольгинский). Районы с высокими показателями заболеваемости располагаются в юго-западной и центральной части края с наиболее развитыми коммуникациями (Михайловский, Хорольский, Надеждинский, Спасский). Развитые коммуникации, высокая плотность населения создают более благоприятные условия для распространения туберкулезной инфекции по территории края.

Года И.Б., Ильин А.Б., Долгов Г.В., Максимова Т.А., Кравченко П.Б., Кочубей Л.П.  
**ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА ГИБЕЛИ ПЛОДОВ,  
РОЖДЕННЫХ В СРОКИ 22 – 27 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ**

г. Санкт-Петербург

Прерывание желанной беременности и потеря плода во II триместре беременности является тяжелой физической и психической травмой для супружеской пары. Причинами самопроизвольного прерывания беременности в данном периоде являются плацентарная недостаточность, истмико-цервикальная недостаточность, антифосфолипидный синдром, урогенитальная инфекция.

Целью данного исследования было изучение роли инфекционной патологии в прерывании беременности в сроке 22-27 недель. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 46 пациенток, у которых произошёл выкидыш живым плодом в сроки 22 – 27 недель беременности. Обращает на себя внимание значительная частота ранее перенесенных вирусных заболеваний: эпидемический паротит у 15,2 %, краснуха у 11 %, корь у 4,4%. Гинекологические заболевания анамнестически отмечены у 50% беременных, наиболее часто: эрозия шейки матки – 15%, хронический аднексит - 15%, бесплодие-6,5%. Урогенитальные инфекции ранее перенесли 13,2% пациенток: микоплазмоз, уреоплазмоз, трихомониаз – каждое из заболеваний встречалось в 4,4% случаев. У 22% женщин данная беременность была первой, у повторнобеременных - исход последней беременности: срочные роды только у 5,6%, у остальных: аборт (75,4%), выкидыш (15,6%), замершая беременность (2,7%).

Течение настоящей беременности было осложнено угрозой прерывания у 46% женщин, у большинства (61%) в сроке более 16 недель. Также, в течение данной беременности 17,4% пациенток перенесли ОРЗ, коклюш и УГИ (уреоплазмоз, микоплазмоз) отмечены у 15,5%. Необходимо отметить, что 35% женщин на учете в женской консультации не состояли.

При поступлении в роддом все беременные предъявляли жалобы на боли в нижних отделах живота, которые у 28% носили схваткообразный характер; излитие околоплодных вод – у 28%, кровянистые выделения – у 24%.

При объективном исследовании у всех отмечены укорочение и размягчение шейки матки, раскрытие цервикального канала и внутреннего зева, пролабирование плодного пузыря – 8,8%, отсутствие плодного пузыря – у 28%. По данным УЗИ у 13% выявлены предлежание плаценты или низкая плацентация, многоводие - у 2,2%, маловодие - у 22%.

В посевах отделяемого из цервикального канала и мочи: грибы рода *Candida* (чувствительность к клотримазолу, нистатину, амфотерицину В, низоралу), *E. Colli* (чувствительность к гентамицину, ципрофлоксацину, цефотаксиму и 5-НОК),  $\alpha$ - гемолитический стрептококк (чувствительность к пенициллинам, цефалоспорином, макролидам, аминогликозидам).

Всем больным была назначена медикаментозная терапия, направленная на сохранение беременности: токолитики (сульфат магния, гинипрал, метацин), профилактика плацентарной недостаточности (эссенциале), постельный режим, седативная (настойка пустырника, экстракт валерианы) и симптоматическая терапия; при наличии кровянистых выделений - гемостатическая терапия этамзилатом натрия. Трём пациенткам был поставлен акушерский разгрузочный пессарий, двум наложен шов на шейку матки по Мак-Дональду. При наличии патологических выделений из влагалища производили санацию путем инстилляции растворов хлоргексидин, мирамистин, интравагинального введения свечей «Гексикон», «Клотримазол».

Несмотря на назначенную интенсивную сохраняющую терапию в течение 1-2 дней у всех женщин развилась регулярная родовая деятельность, у 11% пациенток произошло преждевременное излитие околоплодных вод, что послужило поводом для отказа от продолжения сохраняющей терапии.

У всех наблюдаемых произошли роды в сроке беременности от 23 до 25 недель с рождением живых плодов. Антропометрические данные плодов: вес – в среднем – 715 г; рост - в среднем – 30 см.

Диагнозы при рождении: внутриутробная инфекция (ВУИ) – 70%, синдром дыхательных расстройств (СДР) – 80%, экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) – 57%, внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) – 9%, тяжёлая асфиксия – 4,5%. Обращает на себя внимание частое сочетание таких заболеваний как ВУИ, ЭНМТ и СДР.

Длительность жизни плодов находилась в пределах от 5 минут до 4 суток 20 часов 30 минут, в среднем составила 14 часов. Причина смерти плодов: апноэ – 35%, остановка сердечной деятельности – 65%.

Морфология последа – у всех пациенток выявлены признаки инфекционного поражения последа, наиболее часто: гнойный бактериальный плацентит - 30%, микоплазменное поражение ткани плаценты – 30%, гнойный бактериальный мембранит – 22%, ДНК- вирусное поражение плаценты – 15%, уреоплазменный плацентит - 2,2%, а также: хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность – 37%, острое нарушение кровообращения – 8,7%, компенсированная плацентарная недостаточность – 6,5%.

В послеродовом периоде все пациентки получали антибактериальную терапию; субфебрильная гипертермия наблюдалась у 76 % из них, лейкоцитоз более  $9,0 \times 10^9/\text{л}$  был у 15% пациенток, лейкоцитарная формула у всех была в пределах нормы. Все женщины выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, данные анамнеза (УГИ у 13,2%), сопутствующие заболевания (эрозия шейки матки у 15%, хронический аднексит у 15%), неблагоприятный исход предыдущей беременности у 94,4%, осложненное инфекционными заболеваниями течение настоящей беременности (ОРЗ у 17,4%, УГИ у 15,5%), наличие условно-патогенной флоры в отделяемом из цервикального канала, ВУИ – у 70% плодов, инфекционное поражение последа у 100% и гипертермия в послеродовом периоде у 76% пациенток свидетельствуют о существенной роли инфекционного фактора в самопроизвольном прерывании беременности и гибели плодов в сроки 22-27 недель.

Неэффективность традиционной сохраняющей терапии по всей видимости обусловлена значительной выраженностью инфекционно-воспалительного процесса – наличием инфекционного поражения последа у всех наблюдаемых с развитием гнойного бактериального плацентита у 30%, гнойного бактериального мембранита у 22% пациенток.

В этиологии внутриутробной инфекции имеют значение как заболевания, передаваемые половым путем (микоплазмы, ДНК-вирусы, уреаплазмы), так и условно-патогенная флора (кишечная палочка,  $\alpha$ -гемолитический стрептококк).

Года И.Б., Ильин А.Б., Долгов Г.В., Максимова Т.А., Мельник Д.М.

## **РОЛЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ В РАЗВИТИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В 22-27 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

На сегодняшний день истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является причиной невынашивания беременности у 15-42% пациенток. По нашим данным ИЦН наблюдается у 25% пациенток с угрозой прерывания беременности в сроке 22-27 недель. В генезе возникновения ИЦН выделяют травматические повреждения шейки матки, эндокринные нарушения, инфекционные осложнения.

Под нашим наблюдением находилось 50 пациенток, в возрасте от 19 до 40 лет, у которых течение беременности осложнилось развитием ИЦН в сроки 22 – 27 недель. По данным анамнеза наиболее частыми гинекологическими заболеваниями у них были эрозия шейки матки (31%) и хронический аднексит (18%). Урогенитальная инфекция до наступления беременности отмечена у 44% пациенток (микоплазмоз, уреаплазмоз, трихомоноз, гонорея, хламидиоз, герпес - в большинстве случаев микстинфекция). Всем пациенткам до наступления беременности была проведена антибактериальная терапия с учетом выделенного возбудителя. Исследование мазков из цервикального канала на УГИ (микоплазмы, уреаплазмы, хламидии) иммунофлюоресцентным и ПЦР-методами в течение беременности у всех пациенток показало отрицательные результаты.

Обращает на себя внимание, что последняя беременность только у 11% закончилась срочными родами, а у остальных (89%): медицинский аборт – 44,5%, самопроизвольный выкидыш – 37,8% (из них: привычное невынашивание у 20%), преждевременные роды – 4,5%, внематочная беременность – 2,2%.

Течение настоящей беременности у 24% женщин осложнилось ОРЗ (наиболее часто в сроки 15/16 недель), а также обострением хронического пиелонефрита у двух пациенток (в 20 и 22/23 недели) и герпетической инфекцией у одной пациентке на 21 неделе. Угроза прерывания данной беременности ранее возникала у 56%, из них наиболее часто (61%) – после 12-недельного срока.

При поступлении в родильный дом у всех пациенток клинически и с помощью УЗИ диагностирована ИЦН: укорочение и размягчение шейки матки, расширение цервикального канала и внутреннего зева; у 3 пациенток (6%) – пролабирование плодного пузыря. Всем пациенткам сразу же после поступления на отделение патологии беременности была назначена комплексная терапия, направленная на сохранение беременности.

В плане комплексного обследования у всех пациенток изучены влагалищные мазки, а также посева отделяемого из цервикального канала. По данным микроскопии влагалищных мазков: бактериальный вагиноз – у 18%, вагинит (микотический) – у 14%. Посевы из цервикального канала в 60% случаев роста не дали, в остальных наблюдениях: *Enterococcus faecalis* - 18% (в большинстве случаев чувствительный к препаратам группы пенициллина, макролидам, ванкомицину, цiproфлоксацину); *E. Coli* – 2% (чувствительность к пенициллинам, цефалоспорином, цiproфлоксацину, 5-НОК),  $\alpha$  – гемолитический стрептококк – 2% (чувствительность к пенициллинам, цефалоспорином, макролидам, аминогликозидам), *Proteus mirabilis* – 2% (чувствительность к пенициллинам и цефалоспорином), *St. aureus* – 2% (чувствительность к пенициллинам и цефалоспорином), *Candida albicans* – 10% (чувствительность к клотримазолу, нистатину, амфотерицину В, низоралу); лактобактерии были обнаружены только у 14% женщин (у 4% - монокультура, у 10% - в сочетании с другими вышеперечисленными микроорганизмами). Учитывая состояние биоценоза половых путей и спектр чувствительности выделенных возбудителей была назначена местная терапия, направленная на санацию влагалища: инстилляции вла-

галища хлоргексидином, мирамистином; интравагинальное введение свечей «Гексикон», «Нео-Пенотран», «Тержинан», «Клотримазол», «Гинопеварил».

На фоне проводимой токолитической терапии и санации влагалища производилось устранение ИЦН с помощью акушерского разгрузочного pessaria, который устанавливали на 2-11 сутки от начала лечения, наиболее часто на 5-6 сутки. У 3-х пациенток, ввиду пролабирования плодного пузыря, на 2-е сутки был наложен круговой шов на шейку матки по Мак-Дональду. Затем, через 3-4 дня, был установлен pessarium. После наложения шва терапия была дополнена профилактическим внутримышечным введением Цефазолина 2,0.

Длительность получения сохраняющей терапии в условиях стационара в среднем составила 14-15 дней. У всех пациенток беременность была пролонгирована до 28-недельного срока, 49 (98%) выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации с рекомендациями о необходимости периодической санации влагалища вышеперечисленными препаратами. На данный момент родоразрешены 14 пациенток: в доношенном сроке – 11 (79%), преждевременно (в 28, 33 и 36 недель) – 3 (21%) – все через естественные родовые пути. Причиной преждевременных родов были: излитие околоплодных вод в 28 недель (1 случай) и развитие регулярной родовой деятельности в 33 и 36 недель (2 случая). По результатам морфологического исследования у 6 (42%) пациенток отмечено наличие признаков инфекционного поражения последа - у 3-х родоразрешенных в доношенном сроке: ДНК-вирусный-бактериальный плацентит (1), микоплазменный децидуит (1), восходящая бактериальная амниотическая инфекция (1); у 3-х родивших преждевременно: гнойный бактериальный плацентит (в 28 недель); гематогенный плацентит неясной этиологии (в 33 недели); микоплазменный плацентит, восходящий мембранит, плацентит, флебит, хроническая субкомпенсированная недостаточность плаценты (в 36 недель).

Таким образом, данные анамнеза (УГИ у 44%), сопутствующие заболевания (эрозия шейки матки у 31%, хронический аднексит у 24%), неблагоприятный исход предыдущей беременности у 89%, осложненное инфекционными заболеваниями течение настоящей беременности (ОРЗ у 24%), патологическое состояние биоценоза влагалища при поступлении у 32%, наличие условно-патогенной флоры в отделяемом из цервикального канала у 36% и инфекционное поражение последа у 42% пациенток свидетельствуют о существенной роли инфекционного фактора в развитии истмико-цервикальной недостаточности в 22-27 недель беременности.

Комплексное лечение истмико-цервикальной недостаточности, возникшей в 22-27 недель беременности, включающее в себя введение акушерского разгрузочного pessaria на фоне токолитической терапии и адекватной санации влагалища позволяет в 79% случаев пролонгировать беременность до доношенного срока с благоприятным исходом для матери и новорожденного.

Морфологические исследования свидетельствуют о наличии восходящего и гематогенного путей инфицирования последа при истмико-цервикальной недостаточности, а также о персистенции в эндометрии микоплазменной, ДНК-вирусной и бактериальной инфекции, что требует изучения состояния эндометрия при подготовке к беременности у пациенток, входящих в группу риска по невынашиванию беременности.

Голева О.В., Харит С.М., Аксенов О.А., Черняева Т.В., Davidkin I.

## **ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ И РЕВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА**

*г. Санкт-Петербург, Россия, Helsinki, Finland*

Анализ особенностей клинических вариантов паротитной инфекции у детей, госпитализированных в НИИДИ, в период эпидемии с 1996 – 1997 гг. показал, что в возрастной структуре заболевших преобладали дети 12-15-летнего возраста (57,6%), среди которых ранее привитые дети составили 65,1%. При увеличении интервалов между прививкой и заболеванием увеличивалась частота развития осложненных форм и тяжесть течения осложнений (менингит, орхит).

Из биологических образцов двух пациентов, у которых срок от первичной вакцинации до заболевания был более 7-9 лет, в Национальном Институте Здоровья г. Хельсинки (Финляндия) было проведено изолирование РНК вируса паротита, РТ-ПЦР с последующим секвенированием SH-гена РНК вируса. Филогенетический анализ 271 нуклеотида SH-гена показал, что в обоих случаях развитие таких осложнений как серозный менингит и орхит было вызвано дикими штаммами вируса паротита (1/Russia/99, 2/Russia/99).

Введение с декабря 1997 года повторных прививок против эпидемического паротита, позволило существенно снизить заболеваемость среди лиц, которые ранее были однократно привиты живой паротитной вакциной, однако в период с 2000 по 2002 гг. в НИИДИ наблюдалось 8 детей с клиническими проявлениями паротитно-вирусной инфекции, развившейся с 8 по 36 дни после вакцинации (4 человека) или ревакцинации (4 пациента) против эпидемического паротита живой паротитной вакциной. По клинико-лабораторным данным 4 детей были с серозными менингитами, 4 - с поражением слюнных желез.

Для определения этиологии поражений проводили изучение антигенов вируса паротита в образцах биологических жидкостей (слюна, ликвор) в оригинальном тесте количественной реакции связывания комплемента. При изолированном поражении слюнных желез содержание паротитного антигена в слюне в первые сутки поступления (1-5 сутки от начала заболевания или 9-36 от дня прививки) составило  $0,56 \pm 0,07$  относительных единиц (о.е.). У детей с серозным менингитом количество паротитного антигена в слюне было в 2 раза ниже ( $0,25 \pm 0,03$  о.е.), при этом в цереброспинальной жидкости обнаруживалась высокая концентрация вируса ( $0,46 \pm 0,07$  о.е.).

Филогенетический анализ SH-гена показал, что все 4 случая развития серозного менингита (3/Russia/01, 11/Russia/02, 12/Russia/02, 17/Russia/03) и только 3 случая развития паротита (6/Russia/01, 7/Russia/01, 14/Russia/02) были вызваны вирусом с высокой степенью гомологии к вакцинному штамму.

Голофеевский В.Ю., Иноземцев С.А., Дымникова Н.А., Жирков И.И.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Целесообразность применения гепатопротективных препаратов при лечении хронических вирусных гепатитов В и С средней тяжести продолжает составлять предмет дискуссии. Поэтому целью данной работы была сравнительная оценка клинико-лабораторных эффектов гепатосана, силимарина, эссенциале-форте и урсодезоксихолевой кислоты.

Наблюдали 119 больных хроническими вирусными гепатитами, которые были рандомизированы на группы лечения: 1) силимарин (n=15); 2) эссенциале (n=21); 3) УДХК (n=16); 4) гепатосан в рекомендуемых дозах (n=38); 5) гепатосан в повышенных дозах (n=9) и 6) контроль (n=20). Таким образом, использованы рекомендуемые дозы препаратов, а гепатосан оценен в 2 суточных режимах: по 0,8 г (4 группа) и по 1,2 г (5 группа). Результаты оценивали по клинико-биохимическим критериям через 2-4 недели.

В результате исследования установлено, что в группе силимарина положительная динамика средних уровней АлАТ, АсАТ и общего билирубина не превышала 10-15%, а уровни ЩФ и ГГТП не изменились. Во 2 группе эффект был более выражен: снижение активности трансаминаз достигало 45%, более медленно снижались показатели холестаза (до 35%). В 3 группе положительная динамика трансаминаз достигала 50%, но в большей степени снижались показатели холестаза (до 60%). В группе гепатосана снижение уровня АлАТ достигало 60%, АсАТ – 50%, ГГТП, ЩФ и билирубина – 70%. На фоне гепатосана заметно улучшалась детоксикационная функция печени (снижались выраженность энцефалопатии, уровень азота мочевины и креатинина). Более активно возрастал диурез и быстрее исчезали явления портальной гипертензии. При увеличении дозы гепатосана до 1,2 г получен еще более выраженный эффект. Частота наступления неполной или полной ремиссии в 4 и 5 группах оказалась наиболее высокой: 70-90% к 3-4 неделе лечения. Следует отдельно подчеркнуть эффективность гепатосана в коррекции синдрома холестаза и в улучшении субъективной симптоматики. Побочные эффекты отсутствовали.

Таким образом, гепатосан является перспективным препаратом для включения в состав комплексной терапии хронических вирусных гепатитов В и С. Также перспективно изучение его иммуномодулирующих свойств, взаимодействия с другими лекарственными средствами и комбинаций с другими гепатопротективными препаратами.

Гордеев А.В., Юрсова Е.Н., Малашенкова В.Г., Черникова А.А.

## **АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*г. Владивосток, Россия*

Одно из ведущих мест в структуре ОКИ у детей Приморья занимают вирусные диареи, особенно в зимне-весенний период. В основе дисфункции кишечника при этой патологии – ферментопатия, дисахаридазная недостаточность, которая нередко принимает затяжное течение. Повреждение кишечного муцинового барьера, дисахаридазная недостаточность могут не купироваться при использовании ранее признанных лечебных средств (антибактериальные, химиотерапевтические препараты). Необходимо помнить, что указанные препараты изменяют нормальный состав аутофлоры кишечника, что приводит к длительным нарушениям всасывания, синтеза всех биологически-активных веществ в кишечнике. Одновременно изменяется иммунный статус ребенка. Соответственно необходима терапия, направленная на регуляцию биологически активных веществ, которые способствуют элиминации возбудителя заболевания, корригируя иммунный статус ребенка.

Нами использован низкомолекулярный индуктор интерферона – циклоферон (фирма «Полисан» Санкт-Петербург). Проведено плацебо-контролируемое лечение 108 детей, больных ротавирусной инфекцией, средней тяжести формой болезни.

Анализ клинических проявлений показал, что дополнительное включение в комплексную терапию циклоферона (86 детей) влияло положительно (существенно) на динамику купирования симптомов интоксикации, диарейного синдрома в сравнении с детьми, получившими базисную терапию и плацебо (22 ребенка).

Выявлен дисбаланс цитокинов в острый период болезни. Однако у детей, получивших циклоферон, наблюдалась коррекция интерлейкина – 2, что свидетельствовало о нормализации функции Т-хелперов – 1, ответственных за противовирусный иммунитет.

Горобченко А.Н., Еровиченков А.А., Малов В.А., Карманов М.И., Нечаева И.П., Анохина Г.И., Салдугей С.А., Каншина Н.Н., Колаева Н.В., Садовская Г.В., Туркадзе К.А., Белоусова Г.И.

## **ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РОЖИ**

*г. Москва; Россия*

Важнейшей составной частью оказания специализированной помощи пациентам с рожей является своевременная диагностика. На современном этапе, клинико-anamnestический характер диагностики рожи, при отсутствии в рутинной практике достоверных и доступных лабораторных тестов для подтверждения диагноза, вносит определённые затруднения при её распознавании в ряде ситуаций. На основании изучения статистических данных показателей работы специализированного рожистого отделения в инфекционной клинической больнице №2 (ИКБ №2) г. Москвы можно определить круг основных проблем в диагностике этой весьма распространённой в России инфекции.

Появление местного очага при роже в среднем на 2-е сутки заставляет исключать у данных пациентов на раннем этапе (до появления очага рожи и в первые часы его развития) другие нозологические формы (ОРЗ, пищевые токсикоинфекции, пиелонефрит, аппендицит и др.), обострение хронических воспалительных заболеваний.

В ряде случаев диагностика рожи является ошибочной. Уже на уровне приёмного отделения ИКБ №2 г.Москвы примерно у 8% от всех поступающих больных с диагнозом «Рожа» верифицируются иные состояния и заболевания с вытекающей необходимостью последующих переводов в другие стационары города. Гипердиагностика рожи чаще всего включает аллергические реакции (контактный дерматит, экзема, аллергические реакции на укусы насекомых) и гнойно-некротические процессы (абсцесс, флегмона, гангрена и др.).

Обращает внимание неправильная трактовка диагноза врачами амбулаторного звена, уже сама по себе определяющая неверные решения на госпитализацию в инфекционный стационар. Диагнозы «гангренозная рожа», «флегмонозная рожа» или «флегмонозно-некротическая рожа», общепринятые ранее, на сегодня полностью исключены из современной классификации рожи («Диагностика, лечение и профилактика рожи», методические указания №7, комитет здравоохранения г. Москвы, 2001г.; Черкасов В.Л. Рожа.-Л.: Медицина, 1986г.), поскольку являются по сути не формами проявления инфекционного процесса при роже, а его осложнениями. Госпитализация пациентов с такими диагнозами в инфекционные отделения и стационары осуществляется заведомо не по профилю оказания им специализированной медицинской помощи, вызывает неоправданные затраты времени и средств (включая затраты на последующий перевод и транспортировку в стационары другого профиля), так как лечение этих осложнений рожи является сугубо хирургическим.

Вызывает определённое недоумение, что несмотря на широкую распространённость рожи в РФ (4-е место по экспертным оценкам ряда исследователей) официальной статистической регистрации не производится с 1959 года, хотя наряду с этим продолжают регистрироваться заболевания с гораздо меньшей встречаемостью.

В этой связи, для выяснения реальной ситуации по распространённости рожи в России, как формы стрептококковой инфекции, столь актуальной на современном этапе, необходимо рекомендовать восстановить статистическую регистрацию случаев рожи с целью оптимизации оказания профильной помощи этой категории пациентов.

Горобченко А.Н., Малов В.А., Платонов А.Е., Смирнова Т.Ю., Литвинова О.Г.

## **ДЕФИЦИТ C<sub>3</sub>–КОМПОНЕНТА КОМПЛЕМЕНТА В РАЗВИТИИ ПОВТОРНЫХ ЭПИЗОДОВ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА**

*г. Москва, Россия*

Контроль за менингококковой инфекцией представляет для национального здравоохранения России комплексную проблему, включающую поиск причин и закономерностей развития случаев повторных возвратов заболевания. В проведенных ранее исследованиях было установлено значение терминальных компонентов комплемента как для предрасположенности пациентов к развитию генерализованных форм менингококковой инфекции, так и особенностей её течения (Платонов А.Е., 1997г.).

Под нашим наблюдением находился пациент М., 20-ти лет, военнослужащий срочной службы, поступивший в инфекционную клиническую больницу №2 (ИКБ №2) г.Москвы 03.02.2004г.

Из анамнеза было выяснено, что гнойный менингит до момента настоящей госпитализации в ИКБ №2 переносил дважды, причём менингококковая этиология предполагалась при первом эпизоде болезни в августе 1998г. (с 24.08.1998г. по 09.09.1998г.), а второй случай в декабре 2000г. (с 24.12.2000г. по 05.01.2001г.) не был этиологически расшифрован.

Настоящее заболевание возникло остро 28.01.2004г., когда появились озноб, подъём температуры до 40,0°С, сильная головная боль, тошнота, повторная рвота. В связи с ухудшением состояния, появлением на коже туловища и бёдер геморрагических петехиальных элементов, положительных менингеальных знаков, 29.01.2004г. был госпитализирован в ИКБ №1, где и была диагностирована менингококковая инфекция, менингококкемия, менингококковый менингит. 03.02.2004г. для дальнейшего лечения был переведён в профильное отделение ИКБ №2.

В целях дополнительного обследования пациента, исследовали особенности функциональной активности ранних (C<sub>1</sub>-C<sub>3</sub>) компонентов комплемента с помощью гемолитического метода (лаборатория молекулярной иммунологии МНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского). При изучении состояния системы комплемента было установлено полное отсутствие активности по C<sub>3</sub>-компоненту (C<sub>3</sub>=0 при сохранении нормальных уровней других тестируемых компонентов. Клинически наблюдаемое заболевание протекало в среднетяжёлой форме без развития осложнений. При выписке в числе рекомендаций были предложены вакцинация от менингококковой инфекции, наблюдение врачей иммунолога и невропатолога.

Полученные данные позволяют обсуждать роль ранних компонентов комплемента в качестве факторов предрасположенности к генерализованным формам менингококковой инфекции.

ГОРОДИН В.Н.

## **ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ СООБЩЕНИЕ 1**

*г. Краснодар, Россия*

Одной из актуальных проблем практической медицины является прогнозирование тяжести течения патологического процесса, исходов заболевания и оценки эффективности проводимой терапии. Лептоспироз является актуальным зоонозом для многих территорий Российской Федерации, но наибольшее распространение имеет в Краснодарском крае. Высокий удельный вес тяжелых осложненных форм заболевания, сохраняющийся высокий процент летальности побуждают к поиску предикторов неблагоприятных исходов болезни.

Проведен многофакторный анализ 705 случаев лептоспироза и проанализированы источники доступной литературы, касающейся этиопатогенеза, клинической картины и лечения заболевания. На основании этого выделены следующие факторы, определяющие исход заболевания и эффективность проводимой терапии.

**Факторы микроорганизма.** Наиболее значимыми факторами патогенных лептоспир, определяющими тяжесть патологического процесса, считают их вирулентность, инвазивность, адгезивность, токсигенность и селективный тканевой тропизм к органам с локальным иммунодефицитом (печень, почки, ЦНС). Последнее свойство позволяет лептоспирам уклоняться от защитных сил макроорганизма [Ананьина Ю.В., 1993].

**Факторы макроорганизма.** Среди наблюдавшихся больных лептоспирозом мужчины составляли подавляющее большинство – 676 (95,9%). Возраст больных колебался от 14 до 86 лет. Сопоставление возраста больных с тяжестью клинического течения выявило следующую закономерность: у больных с легкими формами средний возраст составлял 25,2±2,6; со среднетяжелыми формами – 36,2±1,1; с тяжелыми формами – 42,7±0,6 лет. В группе умерших больных (n=131) средний возраст составлял 44,5±1,2 г.

Наличие сопутствующей патологии было значимым для среднетяжелых и тяжелых форм заболевания, среди которых она была диагностирована в 45,7 и 88,5 % случаев. При легких формах сопутствующая патология не выявлялась. У больных с тяжелыми формами в 13,9 раза чаще, чем у больных среднетяжелыми формами заболевания, встречалась патология желудочно-кишечного тракта (гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дисбиозы кишечника), в 6,3 раза сердечно-сосудистой системы (ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, эндо- и миокардиты, ревматизм), в 4,3 раза гепатобилиарной (хронические гепатиты и циррозы вирусной и невирусной этиологии, ЖКБ) и нервной (сосудистые заболевания и травмы ЦНС, дисциркуляторная энцефалопатия) систем, в 2,8 раза эндокринной системы (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, ожирение). Алкогольная болезнь с поражением внутренних органов отмечена у 4,3% больных среднетяжелыми и 13,0% больных тяжелыми формами лептоспироза. Наличие сопутствующей патологии, естественно, снижало иммунную защиту и адаптационные способности организма.

Таким образом, прогностически неблагоприятными факторами течения и исхода лептоспироза являются мужской пол, возраст больных старше 42 лет, наличие в анамнезе заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, гепатобилиарной систем и желудочно-кишечного тракта, алкоголизма.

Городин В.Н.

## **ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ СООБЩЕНИЕ 2**

*г. Краснодар, Россия*

Факторы болезни. Среди наблюдавшихся 705 больных заболевание протекало в безжелтушной форме у 161 (22,8%) и в желтушной у 544 (77,2%) пациентов. По тяжести течения больные распределялись следующим образом: легкие формы были диагностированы только при безжелтушном лептоспирозе, среднетяжелые формы – 75,8% и 11,8%, тяжелые – 21,1% и 88,2% при безжелтушном и желтушном лептоспирозе соответственно.

Верификация диагноза осуществлялась в реакции РМА с живыми культурами лептоспир. Этиологическая структура была представлена основными серогруппами лептоспир: *Icterohaemorrhagiae* – 610 (86,5%), *Canicola* – 42 (6,0%), *Pomona* – 8 (1,1%), *Grippotyphosa* – 8 (1,1%), *Hebdomadis* – 10 (1,4%), *Australis* – 3 (0,4%), *Icterohaemorrhagiae* + *Canicola* – 13 (1,8%), другими сочетаниями лептоспир – 11 (1,6%).

В начальном периоде заболевания ведущим клинико-патогенетическим синдромом при лептоспирозе является синдром интоксикации. Наиболее частыми и значимыми проявлениями в этом периоде болезни были: лихорадка (100%), общая слабость (94,9%), головная боль (90,2%), боли в мышцах (94,9%), инъекция сосудов склер. Средняя продолжительность лихорадки при тяжелой форме лептоспироза была  $5,9 \pm 0,2$ , при среднетяжелой –  $5,8 \pm 0,1$  дней. У больных тяжелой формой лептоспироза без желтухи продолжительность первой лихорадочной волны была достоверно короче, чем у больных с желтухой, соответственно  $5,2 \pm 0,2$  и  $6,1 \pm 0,2$  дня ( $P < 0,01$ ). Тошнота и рвота наблюдались в 82,1% тяжелых и 30 % среднетяжелых форм. Для тяжелых форм лептоспироза было характерно более продолжительное наличие клинических симптомов. Среди лабораторных показателей, имеющих прогностическое значение и характеризующих адаптационные возможности организма в начальный период болезни, следует отметить увеличение концентрации в крови больных с тяжелой формой лептоспироза провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, TNF $\alpha$ ), лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в 12 раз, гематологического показателя интоксикации (ГПИ) в 37 раз, в сравнении с показателями контрольной группы здоровых лиц. Существенное снижение общей концентрации альбумина (ниже  $42,4 \pm 1,5$  г/л) и эффективной концентрации альбумина ( $32,1 \pm 1,8$  г/л), увеличение ЦИК (свыше  $0,08 \pm 0,04$  усл.ед.экст.), снижение показателя спонтанного НСТ-теста, снижение активности ферментов АОС эритроцитов также являются предикторами тяжелого течения заболевания. В периоде органических поражений (вторая неделя болезни) клиника тяжелых форм лептоспироза была представлена синдромом полиорганной недостаточности (ИТШ, РДСВ, ДВС, ОППН, ОНГМ и др.). Прогностически неблагоприятным в этот период было вовлечение в патологический процесс более 3 органов и систем.

Факторы лечения. Своевременность, адекватность и длительность лечения имеют значение в исходе заболевания, эффективности проводимой терапии. Своевременность терапии определялась сроками обращаемости пациентов за медицинской помощью и сроками госпитализации. При легких формах лептоспироза больные были госпитализированы на  $3,8 \pm 1,0$ , при среднетяжелых – на  $5,7 \pm 0,21$ , при тяжелых – на  $6,38 \pm 0,1$  дни болезни. В группе больных с тяжелой формой и неблагоприятным исходом средний день госпитализации равнялся  $9,0 \pm 0,16$ . Комплексное воздействие на ведущие патогенетические звенья процесса, раннее применение и комбинация эфферентных методов детоксикации и гемокоррекции позволяют купировать патологический процесс и достичь благоприятного исхода.

Городин В.Н., Лебедев В.В.

## **ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДНЫХ ФТАЛГИДРАЗИНА (ГАЛАВИТ, ТАМЕРИТ) НА ПРОДУКЦИЮ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ**

*г. Краснодар, Россия*

Современное клиническое течение тяжелых форм лептоспироза сопровождается развитием системной воспалительной реакции. Существенную роль в генезе осложненных форм заболевания играет нарушение иммунной реакции организма и снижение его неспецифической резистентности. К числу таких нарушений относятся изменения Т-клеточного звена иммунитета и продукции медиаторов воспаления. Несбалансированное усиление продукции таких медиаторов как интерлейкин – 6 (IL-6) и фактор некроза опухоли (TNF $\alpha$ ) является одной из причин развития системных нарушений и шока [Лебедев В.В., Покровский В.И., 1999]. Ранее нами было показано, что при лептоспирозе с первых дней болезни концентрация провоспалительных цитокинов в крови больных в десятки раз превышает нормальные значения и сохраняется повышенной в течение всего заболевания



[Городин В.Н., 2003]. В этой связи является актуальным поиск фармакологических средств, избирательно влияющих на продукцию модуляторов воспаления и обладающих противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Такими эффектами обладают производные фталгидразина – галавит и тамерит [Калюжин О.В., Абидов М.Т., 1999; Нагоев Б.С. с соавт., 1999]. Влияние этих препаратов на продукцию провоспалительных цитокинов при лептоспирозе ранее не изучалось.

Под наблюдением находилось 62 больных лептоспирозом в возрасте от 15 до 67 лет, из них 59 мужчин и 3 женщины. В 57 случаях заболевание протекало в тяжелой, в 5 случаях – в среднетяжелой форме. Содержание TNF $\alpha$  и IL-1, IL-6 определяли «сэндвичевым» иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов CУTIMMUNE (sciences inc., США). Наблюдаемые больные были разделены на 2 рандомизированные группы: первая группа из 32 пациентов, получавших стандартную терапию, вторая – из 30 пациентов, в схему лечения которых были включены галавит, тамерит. Препарат назначался в дозе 100 мкг/мл внутримышечно с момента поступления больных в стационар. В первые сутки 2 раза с интервалом в 12 час, в последующие 1 раз в сутки в течение 5-7 дней. Полученные данные были обработаны статистически с использованием *t* – критерия Стьюдента.

При поступлении, до начала проводимой терапии уровень TNF $\alpha$  в обеих наблюдаемых группах превышал нормальные показатели в группе здоровых лиц в 11,7 раз, а уровни IL-1 и IL-6 в 6,8 и 13,9 раз соответственно. Через неделю (в период органических поражений) у пациентов первой группы отмечено максимальное нарастание концентрации провоспалительных цитокинов ( $p < 0,001$ ). Во второй группе больных, получавших галавит (тамерит) отмечено достоверное снижение продукции цитокинов. Причем, в сравнении с первой группой больных концентрация TNF $\alpha$  снижалась в 2,2 раза, IL-1 в 4 раза, IL-6 в 9,3 раза. В этой же группе больных к концу 3-й недели восстанавливались нормальные показатели концентрации медиаторов. В первой группе больных повышенные концентрации TNF $\alpha$  и интерлейкинов – 1, 6 сохранялись длительно в реконвалесцентном периоде.

Таким образом, производные фталгидразина в дозе 100 мкг/мл уменьшают синтез провоспалительных цитокинов при лептоспирозе, что согласуется с данными исследований и при другой патологии [Абидов М.Т., 1999; Нагоев Б.С., 1999]. Эти и другие ранее изученные нами эффекты препаратов при лептоспирозе: благоприятное воздействие на функционально-метаболическую активность лейкоцитов, бактерицидную систему нейтрофилов позволяют рекомендовать их к широкому применению в стартовой комплексной патогенетической терапии лептоспироза.

Гришин В.П., Шашков В.А.

## **ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ АНАЛИЗА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЧУМЫ СВИНЕЙ**

*г. Москва, Россия*

Чума свиней - инфекционное, высококонтагиозное заболевание. Возбудитель болезни – вирус, относящийся к семейству тоговировусов. Источники возбудителя – больные и переболевшие свиньи-вирусоносители. Факторы передачи инфекции: инфицированные корма, вода, навоз, подстилка, предметы ухода за свиньями, почва, трупы, продукты убоя, отходы мясокомбинатов и столовых, транспорт для перевозки свиней, свинарники (Апатенко, 1991).

Эпизоотии чумы свиней могут принимать характер бурных и острых вспышек. Лечение заболевших свиней, как правило не эффективно, в следствие чего последних обычно забивают. В докладе предложена оригинальная математическая модель, имитирующая динамику эпизоотического процесса чумы свиней в целях прогнозирования эпизоотии и выработки оптимальной тактики вакцинопрофилактики этой инфекции. основополагающими принципами построения таких моделей служат основные концепции теории эпидемиологической динамики Л.А. Рвачёва (Бароян и др., 1977). Предлагаемая математическая модель чумы свиней представляет собой систему нелинейных интегро-дифференциальных уравнений в частных производных с граничными и начальными условиями, вытекающими из реалий текущего инфекционного процесса.

На базе математической модели получены оригинальные вычислительные алгоритмы и компьютерные программы (на 2-х языках программирования: Pascal, Visual Basic6), позволившие произвести многовариантные расчёты для анализа и прогноза возможной вспышки эпизоотии чумы свиней. На базе статистических данных (Ильков и др., 1992) проведена идентификация параметров модели, что позволило обеспечить высокую достоверность предлагаемых прогнозов. Результаты, полученные после проведения многовариантных расчётов, позволили оценить как масштабы заболеваемости возможных вспышек чумы свиней, так и эффективность вакцинопрофилактики животных с учётом условий развития гипотетической эпизоотии чумы свиней.

Гудима И.А., Маслова Е.Н., Сучков И.Ю.

## **ВИРУСНЫЕ ПАТОГЕНЫ, ПРИЧАСТНЫЕ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ**

*г. Ростов-на-Дону, Россия*

Помимо бактерий и микроскопических грибов, в формировании и развитии хронического тонзиллита (ХТ) у детей немаловажную роль могут играть вирусные патогены, обладающие тропизмом к паренхиме небных миндалин.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости вирусов простого герпеса первого и второго типа (HSV), Эпштейна-Барр (EBV), цитомегаловирусов (CMV), адено- и реовирусов в паренхиме небных миндалин 105 больных детей с ХТ.

HSV, EBV и CMV определяли в биоптатах миндалин с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР), используя при этом коммерческие ПЦР-диагностические наборы производства АО «ДНК-Технология», «Диа-Лат», «Литех» (Москва). Для определения адено- и реовирусов использовали РНГА с коммерческими тест-системами отечественного производства. Проведенные исследования показали, что в паренхиме небных миндалин обследованных EBV присутствовали в 54,3%, реовирусы - в 37,1%, аденовирусы - в 29,5% случаев. Реже (8,6 - 24,8%) регистрировали HSV и CMV. Отсутствие вирусного инфицирования при ХТ у детей имело место лишь у 16,2% обследованных.

Необходимо отметить, что адено- и реовирусы нередко могут присутствовать в паренхиме небных миндалин условно-здоровых детей. Вместе с тем, титры этих вирусов у больных детей значительно выше (в 4 раза и более), чем у здоровых, что свидетельствует об их причастности к исследуемой патологии. Весьма важным является то обстоятельство, что вирусные патогены обнаруживали в паренхиме небных миндалин больных детей как в моноварианте (40,2%), так и в виде 2- (34,5%) и 3-компонентных (25,3%) вирусно-вирусных ассоциаций.

Среди моновариантов наибольший удельный вес имели EBV (48,6%), реже паренхиму небных миндалин инфицировали реовирусы и HSV (по 25,7%). Вместе с тем, адено- и цитомегаловирусы в моноварианте не были обнаружены. Среди 2-компонентных вирусных ассоциаций доминировали сочетания HSV и EBV, а также адено- и реовирусов (по 25,0%). Наибольший удельный вес среди 3-компонентных ассоциаций имели сочетания EBV с адено- и реовирусами (23,1%). В группе условно-здоровых детей вирусы регистрировали только в моноварианте.

Можно предположить, что вирусные патогены играют первичную роль в патогенезе ХТ, вызывая начальное повреждение паренхимы небных миндалин, а также иммунодепрессию и сенсibilизацию организма. На этом фоне легко присоединяется вторичная бактериальная и грибковая инфекция, вызывающая хронизацию процесса в исследуемом биотопе.

Гусев Д.А., Козлов К.В., Жданов К.В.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

С целью изучения влияния сывороточного железа у больных хроническим гепатитом С (ХГС) на течение болезни и результаты противовирусной терапии были обследованы 76 пациентов (18 женщин и 58 мужчин), средний возраст которых составил  $32,5 \pm 1,3$  года. Предполагаемая длительность инфицирования варьировала от 1 года до 18 лет, в среднем -  $3,0 \pm 0,7$  года. Уровень сывороточного железа колебался от 6,03 ммоль/л до 69,00 ммоль/л (норма 10 - 25 ммоль/л) и в среднем составил  $28,8 \pm 1,3$  ммоль/л. У 48 пациентов уровень железа в сыворотке превышал верхнюю границу нормы (63%). Среди больных женщин наблюдался более низкий уровень изучаемого показателя (от 6,03 до 39,88 ммоль/л, в среднем -  $25 \pm 2,5$  ммоль/л), что вероятнее всего связано с физиологическими циклами женского организма. В группе пациентов мужчин сывороточное железо колебалось от 6,13 до 69,00 ммоль/л, в среднем -  $30 \pm 1,5$  ммоль/л (различия в группах достоверны,  $p < 0,05$ ).

Установлена прямая умеренная корреляционная связь между повышением уровня сывороточного железа и вирусемией ( $r=0,5$ ,  $p < 0,05$ ), уровнем билирубина в сыворотке крови ( $r=0,4$ ,  $p < 0,006$ ), активностью АСТ ( $r=0,3$ ,  $p < 0,03$ ) и ГГТП ( $r=0,5$ ,  $p < 0,0001$ ). При этом возрастание содержания в сыворотке крови железа сопровождалось достоверным увеличением количества эритроцитов ( $r=0,2$ ,  $p < 0,04$ ), а так же частотой спленомегалии по данным УЗИ ( $r=0,4$ ,  $p < 0,01$ ). Более того, определены статистически значимые различия по содержанию сывороточного железа у пациентов с ХГС на разных стадиях фиброза. Так, у больных, имеющих слабый фиброз, средние показатели сывороточного железа достигали  $31,6 \pm 2,4$  ммоль/л, тогда как при тяжелом фиброзе и циррозе печени уровень железа сыворотки крови составил лишь  $21,8 \pm 1,6$  ммоль/л (различия в группах достоверны,  $p < 0,05$ ).

Так же обнаружено, что у больных, ответивших на комбинированную противовирусную терапию интерфероном  $\alpha$  и рибавирином (69,7%, 53 человека), уровень сывороточного железа в начале терапии в среднем составил  $24,87 \pm 1,63$  ммоль/л. В конце лечения в этой группе значения показателя равнялись  $24,25 \pm 0,6$  ммоль/л. В группе же пациентов, не ответивших на лечение (30,3%, 23 человека), в начале терапии средний уровень железа сыворотки крови составил  $33,35 \pm 3,15$  ммоль/л, а при завершении лечения -  $44,5 \pm 4,8$  ммоль/л. (различия в группах достоверны,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, в результате проведенного исследования установлена высокая диагностическая и прогностическая значимость определения содержания сывороточного железа у больных ХГС. При этом, целесообразно дальнейшее изучение показателей обмена железа (ферритин, трансферин, гаптоглобин, церулоплазмин, лактоферрин) в организме пациентов с HCV-инфекцией для более глубокого понимания вопросов патогенеза заболевания.

Даргеева Т.А.

## **ИФТС ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ TORCH-КОМПЛЕКСА**

В настоящее время все большее внимание работников здравоохранения привлекает проблема внутриутробных инфекций. Особое положение в этой группе занимают инфекции так называемого TORCH-комплекса. Нашим предприятием выпускается иммуноферментные тест-системы для диагностики всех инфекций группы TORCH. Все тест-системы для диагностики TORCH-инфекций производятся на основе натуральных высокоочищенных антигенов возбудителей, что обеспечивает высокую чувствительность и специфичность анализа. Производство организовано с соблюдением требований GMP. Все тест-системы для диагностики TORCH-инфекций имеют унифицированные компоненты, что существенно снижает трудозатраты при их производстве. Кроме того, все, кроме ИФТС "ЭКОлаб-Токсо-IgM-capture" и "ЭКОлаб-Краснуха-IgM-capture", имеют унифицированный протокол постановки ИФА. Две названные тест-системы имеют свой протокол постановки. Наборы "ЭКОлаб-Краснуха-IgG" и "ЭКОлаб-Токсо-IgG" комплектуются калибраторами (контрольными положительными сыворотками с известным содержанием IgG-антител, выраженным в стандартных единицах ВОЗ), что позволяет количественно определять содержание антител в исследуемых образцах. Остальные наборы для определения IgG-антител позволяют проводить качественный и полуколичественный учет результатов, т.е. определять и сам факт наличия антител, и их титр. При полуколичественной оценке результатов не требуется дополнительная раститровка положительных образцов (а, следовательно, дополнительных наборов). Строится калибровочный график и на нем по ОП исследуемого образца определяют его титр (полуколичественный учет). В ИФТС "ЭКОлаб-Токсо-IgM" и "ЭКОлаб-Краснуха-IgM" используется capture-метод ИФА или метод "захвата", при котором на иммуносорбенте иммобилизованы не антигены, а антитела к человеческим иммуноглобулинам класса М (анти-IgM). При наличии в исследуемом образце соответствующих антител, они связываются с иммуносорбентом, и образовавшийся комплекс выявляется затем специфическим анти-генным конъюгатом. При такой схеме ИФА отсутствует конкурентная реакция с антителами класса IgG, которая характерна для наборов, где выявление антител класса IgM осуществляется непрямым методом. В состав наборов "ЭКОлаб-ЦМВ-IgM" и "ЭКОлаб-ВПГ 1,2 -IgM" введен специальный блокирующий раствор, устраняющий неспецифическое воздействие IgG-антител, ревматоидного фактора и антинуклеиновых антител, присутствующих в исследуемом образце. Все компоненты наборов готовы к использованию, реагенты имеют разную окраску, что делает работу с тест-системами более удобной. Основные характеристики наборов (чувствительность и специфичность) находятся на уровне известных отечественных и зарубежных аналогов. Использование современных технологий производства позволило довести сроки годности выпускаемых наборов до 12 месяцев.

Девятилов А.Н., Габрильянц М.А., Чабаненко А.И.

## **ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫМ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*г. Подольск, Россия*

В разработке вопросов оказания специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным важное место принадлежит психолого-психиатрическим аспектам. Применительно к военнослужащим необходимо учитывать значительную распространённость сопутствующих ВИЧ-инфекции психических расстройств, особенности их структуры и динамики у данного контингента. Представляется целесообразным условно выделить следующие периоды лечебно – диагностического процесса: дотестовый (ожидание результатов диагностических тестов) и послетестовый (информирование о подтверждении /исключении инфицированности ВИЧ). В соответствии со спецификой каждого периода мероприятия психологической поддержки и психиатрической помощи могут быть сгруппированы следующим образом.

1. Дотестовый период.

- организация лечебно – охранительного режима в специализированном отделении на принципах щадящего психологического климата;
- обязательное консультирование психиатром всех вновь поступивших, а также по показаниям – лиц, направленных на повторное обследование;
- выявление и купирование суицидных, агрессивных тенденций, психозов, алкогольной и наркотической абстиненции;
- организация надзора, предупреждение антидисциплинарных проявлений и противоправных деяний, включая нарушения уставных взаимоотношений;
- рациональная психотерапия, обучение приёмам психической саморегуляции, лиц с психологическими стрессовыми расстройствами;
- психофармакологическая и немедикаментозная коррекция астенических, депрессивных, тревожных, фобических переживаний невротического уровня.

2. Послетестовый период.

- обеспечение принципов медицинской этики и деонтологии персоналом отделения, гарантированное соблюдение врачебной тайны;
- индивидуальный подход в определении степени годности к военной службе и причинной связи заболевания с учётом заключения психиатра;
- выдача рекомендаций по здоровому образу жизни, стимуляция личной ответственности за его соблюдение, правовое информирование;
- создание позитивных жизненных установок, направленных на социальную реадaptацию, рациональное трудоустройство;
- психологическая поддержка на протяжении всего периода динамического наблюдения и преодоление фаталистических представлений о заболевании;
- разъяснительная работа с родственниками ВИЧ – инфицированных, исключение социально – психологической депривации;
- профилактика госпитализма и рентных тенденций среди военнослужащих срочной службы с отрицательными результатами контрольных тестов на антитела к ВИЧ;
- информирование врачей воинских частей об особенностях медико-психологического сопровождения лиц, требующих динамического наблюдения по ВИЧ – инфекции.

Успешная реализации данных мероприятий в полном объёме требует взаимодействия врачей – инфекционистов и психиатров, а также преемственности между специалистами окружного госпиталя и медработниками войскового звена.

Дементьева Д.М.

## **О ВЛИЯНИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

*г. Ставрополь, Россия*

Врожденные пороки развития у детей - крайне серьёзная патология детского возраста, очень часто приводящая к инвалидизации детей. Среди этиологических факторов влияющих на эту патологию выделяют: наследственные, экологические и ряд других факторов. В последнее время крайне актуальным является вопрос о влиянии персистирующих инфекций на возникновение данной патологии.

При анализе влияния внутриутробных инфекций на появление у детей различных ВПР было отмечено увеличение этого показателя на 66%. Влияют внутриутробные инфекции на появление пороков сердечно-сосудистой системы (ССС). Можно отметить с высокой степенью достоверности ( $p < 0,001$ ), что герпетическая инфекция не отражается на формировании ВПР ССС (частота  $4 \pm 2,8$  против  $3,8 \pm 2,5$  без ВУИ). Однако, со столь же высокой степенью достоверности ( $p < 0,001$ ) цитомегаловирусная ( $64 \pm 1,7$ ) и смешанная ЦМВ+герпес - инфекция ( $56 \pm 1,8$ ) влияют на появление ВПР ССС.

Что касается множественных пороков развития, то к существенному влиянию на их появление можно отнести только совместное действие цитомегаловирусной и герпетической инфекции ( $52 \pm 1,9$ ,  $p < 0,001$ ). По отдельности эти инфекционные факторы также оказывают влияние на появление этих ВПР ( $p < 0,05$ ). Наличие этих инфекций повышает риск появления МПР в 3,5 раза. Их частота равна  $16 \pm 2,4$  в сравнении с контрольной группой (без ВУИ), которая составляет  $4,6 \pm 2,8$ .

Сходный характер имеет влияние ВУИ на появление пороков органов чувств (ОЧ). Однако, изолированно внутриутробные инфекции не способствуют появлению этого вида пороков ( $4 \pm 1,5$ , при уровне контроля  $2,6 \pm 0,6$ ). Совместное влияние этих инфекций с достаточной степенью достоверности ( $p < 0,05$ ) способствует появлению пороков ОЧ. Риск появления ВПР в этом случае увеличивается в 9,2 раза. При анализе влияния бактериальных и паразитарных инфекций на появление ВПР было выявлено, что при наличии бактериальных (сифилис, гонорея) и паразитарных (хламидиоз, микоплазмоз, токсоплазмоз) инфекций у их матерей достаточно низкая - 2,7 % от всех ВПР ( $1,3 \pm 0,6 / 1000$  детей). Всего пороки развития детей были отмечены в 1,35 % случаев. Среди всех групп ВПР при бактериальных и паразитарных инфекциях матерей с высокой степенью достоверности ( $p < 0,001$ ) преобладают пороки костно-суставной системы (71,5 % случаев). Остальные 28,5% ВПР относятся на пороки сердечно-сосудистой системы и множественные пороки развития без достоверных различий среди них. Аномалий органов чувств при данной патологии зарегистрировано не было. Заболеваемость ВПР при наличии у матери токсоплазмоза составляет  $0,9 \pm 0,3 / 1000$  детей.

Таким образом, внутриутробные инфекции сопутствуют появлению ВПР более, чем в 2/3 случаях. Лишь в  $13 \pm 1,9$  случаев на 1000 детей проявление ВПР связано с другими причинами. Можно также отметить значительную частоту влияния ЦМВ и герпетической инфекции в сравнении с другими ВУИ на проявление врожденных пороков развития, как отдельно, так и, особенно, в сочетании. В целом, подводя итог, можно констатировать, что наибольшее влияние на возникновение и частоту ВПР в структуре внутриутробных инфекций оказывают герпетическая инфекция и ЦМВИ.

Дерягин Ю.П., Упилова А.А., Бабушкин А.О., Зотина Г.П.

## **КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА 10 ЛЕТ (по материалам I инфекционного отделения БСМП)**

*г. Красноярск, Россия*

Климатогеографический регион Красноярского края является прекрасным ареалом распространения клещей. В отличие от других кровососущих комаров, оводов, гнуса и других, выдающих себя звуками или болезненными укусами, клещи отличаются вездесущностью и прекрасной вооруженностью для выполнения своей задачи. Оружие клещей: массовость, прекрасная маскировка, терпеливое ожидание и внезапность нападения. Укус «маленьких вампиров» практически не чувствуется, так как при укусе они выделяют анестезирующее вещество. Клещей из года в год становится все больше. Это связано с двумя основными причинами: в настоящее время не проводится обработка природных очагов (экология и отсутствие средств не позволяют) и уменьшилось число животных – прокормителей клещей, поэтому клещи переключаются на человека. Зараженность взрослых клещей боррелиями составляет в крае 4,6%, напряженность иммунитета у населения 15,6% (по данным вирусологической лаборатории города Красноярска).

Нами проведен анализ клинико-эпидемиологических особенностей клещевого боррелиоза за 10-летний период времени. Общее количество наблюдаемых больных 352 человека, из них у 203 больных заболевание началось с кольцевидной мигрирующей эритемы (КМЭ). Заболеваемость в городе и крае наблюдалась в примерно сопоставимых цифрах. Сезон нападения клещей: апрель – сентябрь. Районы нападения клещей: Канский, Емельяновский, Тухтетский, Ирбейский, Б-Муртинский, Сухобузимский, Козульский, Абанский, район плодово-ягодной станции Красноярска, Красноярск-26, река Имана, Базаиха, остров Отдыха, поселок Удачный, деревня Слизнево, станции Сорокино, Таежная, Родники, Шушун, Колягино, Пугачево, Еловка, Полезная, Щербазавод, Водораздел, Бадаложная, Кемчуг.

Время появления эритемы от момента присасывания клеща распределялось следующим образом: в 1-3 день – в 21,0% случаев; 4-6- дни - 18,3%; 7-10 - 31,2%; 11-15 – 13,9%; 16-20 – 9,4% и с 21 по 28 день – в 6,2% случаев. Практически больные сразу после появления клиники заболевания обращались за медицинской помощью и были госпитализированы. Эритема в среднем держалась 12,4 дня. Субфебрильная температура тела наблюдалась в 25,1% случаев, у 59,7% больных температура оставалась нормальной и у 15,2% превышала  $38-38,5^{\circ}$ . 61,6% больных жаловались на общую слабость, 39,9% - на головную боль, 55,7% - на локальную болезненность и зуд в месте укуса клеща. Увеличение регионарных лимфатических узлов выявлено у 17,2% наблюдаемых больных. Диагноз КБ подтвержден положительной РНИФ с нарастанием титра в динамике в 65,2% случаев, у 16 больных отмечено снижение титра в процессе лечения. Удельный вес диссеминированных форм в наблюдаемой группе больных составлял 4% случаев в 1997 году, 1,4% - в 1998 г., 4,6% - в 1999 г., 6% - в 2000 г., 11,5% - в 2001 г., 11,1% - в 2002 г. и 22% - в 2003 году.

Выводы: На современном этапе клещевой боррелиоз имеет постоянную тенденцию к росту заболеваемости, неуклонно растет удельный вес диссеминированных форм КБ. Лечение больных, независимо от формы заболевания, необходимо начинать как можно раньше с учетом перехода процесса в последующие стадии при неадекватной и несвоевременной терапии. При прогнозировании исхода заболевания большое значение имеет своевременность обращения к врачу за медицинской помощью.

Демиденко Т.П., Кузнецов Н.И., Пилипенко В.В.

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ВЕРО-РИБАВИРИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХВГ-С

г. Санкт-Петербург, Россия

Накопленный опыт позволяет утверждать о том, что наибольшая эффективность при лечении больных ХВГ-С отмечается при использовании схемы «рибавирин + интерфероны- $\alpha$  (ИФН- $\alpha$ )». Однако высокая, с учетом доз и длительности курса, стоимость импортных противовирусных препаратов этих групп создает большие, нередко непреодолимые, проблемы для наших пациентов. В связи с этим особенно важными являются разработка и внедрение в клиническую практику отечественных препаратов, в частности аналогов рибавирина.

Мы представляем результаты постмаркетингового пострегистрационного клинического исследования по изучению эффективности и переносимости отечественного препарата «Веро-рибавирин» (Верофарм, г. Москва) в комбинации с ИФН- $\alpha$  (Реаферон-ЕС). Веро-рибавирин зарегистрирован Фармкомитетом РФ в качестве лекарственного препарата в 2002 г.

В соответствии со стандартными подходами к диагностике ХВГ-С, определению показаний и противопоказаний к противовирусной терапии в группу больных, получивших лечение, были включены 20 человек – 15 мужчин и 5 женщин молодого возраста (средний возраст составил  $32,4 \pm 3,9$  года). У большинства больных вирусная нагрузка превышала  $1 \times 10^6$  Geg/ml. У 9 пациентов был выявлен 3-а генотип HCV, у 4 – 1-б генотип, в 2 случаях – 1-а генотип, в 4 случаях – сочетание различных генотипов HCV. В 1 случае генотип вируса не удалось установить. К моменту начала исследования длительность заболевания у всех больных была  $\geq 3$  лет.

Препарат Веро-рибавирин назначался в дозе 1200 мг/сут. при массе тела  $\geq 75$  кг и 1000 мг/сут. при массе тела  $\leq 74$  кг, препарат ИФН-2 $\alpha$  – по 3 млн. ЕД подкожно, 1 раз в 3 суток.

Длительность исследования составила 48 недель – 24 недели терапии и 24 недели наблюдения после окончания терапии. За все время исследования пациенты находились под клиническим наблюдением и лабораторным мониторингом - 7 контрольных визитов (2, 4, 8, 12, 16, 24 недели терапии и через 24 недели после окончания лечения).

Все 20 пациентов получили запланированный курс терапии. К исходу 12 недели терапии в 7 случаях (35% больных) вирусная нагрузка не определялась, а ее снижение в 2 и более раз отмечено у 9 пациентов – 45%. На момент окончания терапии - 24 недели лечения в вирусная нагрузка не определялась у 45% больных (9 чел.), в 3 случаях она снизилась с исходной на 1-2 порядка. Через 6 месяцев отрицательный результат ПЦР отмечен у 10 больных (50%). Возвращение уровня вирусной нагрузки к исходному через 6 месяцев после отмены терапии отмечено в 3 случаях (генотипы 1-б, 3-а, 1-б+2+3-а), в 5 случаях (25%) вирусная нагрузка была менее 100 копий в мл. Двое больных не явились на последний визит. В 1 случае (нетипированный генотип вируса) вирусная нагрузка снизилась на 2 порядка к 12 неделе и еще на 1 порядок к 24 неделе лечения. К 8 неделе терапии у всех больных нормализовались биохимические показатели. Полученные результаты свидетельствуют, что в 50% случаев 6-месячной комбинированной противовирусной терапии схемой «Веро-рибавирин+ИФН- $\alpha$ » мы наблюдали стойкий 24-недельный вирусологический и биохимический положительный эффект, а еще в 25% случаев на фоне минимальной вирусной нагрузки отмечены нормальные клинико-биохимические показатели в течение того же периода времени, что также следует расценивать как положительный результат.

Отмечена удовлетворительная переносимость препарата больными. В 13 случаях больные вообще не отметили значимых изменений самочувствия. Наиболее частым нежелательным явлением (НЯ) была потеря массы тела – в среднем на 4-7 кг за 6 месяцев терапии. В 2 случаях к началу 8 недели отмечены кожные высыпания и зуд, купированные приемом антигистаминных препаратов. Изменения гемограммы выявлены у 7 человек (в 5 случаях незначительная лейкопения и в 2 случаях – незначительная тромбоцитопения с последующей нормализацией показателей к 8 неделе терапии). В 1 случае лейкопения была значимой (число лейкоцитов менее  $2,0 \times 10^9$ /л) – в течение 2 недель больная воздерживалась от лечения, после чего возобновила терапию на фоне нормализации гемограммы. В 4 случаях пациенты отметили обратимое умеренное выпадение волос (2 женщины и 2 мужчин), в 6 случаях больные указывали на повышенную нервозность (все – мужчины) и в 2 случаях (женщины) – на «подавленность» настроения. В целом частота возникновения НЯ в нашем исследовании, их выраженность и стойкость практически не отличались от описанных в литературе НЯ, сопровождавших терапию известными импортными аналогами.

Таким образом, именно с точки зрения удовлетворительной переносимости препаратов Веро-рибавирин и ИФН- $\alpha$ , показанной эффективности комбинации этих препаратов при лечении ХВГ-С, а также с учетом стоимости препарата Веро-рибавирин схема «Веро-рибавирин + ИФН- $\alpha$ » может быть рекомендована для лечения больных ХВГ-С.

Дерягин Ю.П., Юрьев А.Н., Зотина Г.П., Упирова А.А., Строкина Г.Г.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ (по материалам 1 инфекционного отделения БСМП)**

*г. Красноярск, Россия*

Динамика развития в Красноярском крае ВИЧ-инфекции в настоящий момент крайне неблагоприятна. Резкий подъем заболеваемости в крае связан с ростом наркомании и, что особенно тревожно, основная масса потребителей наркотиков молодые люди 13-16 лет. По уровню заболеваемости ВИЧ-инфекцией первое место занимает Норильский промышленный район – 1018 случаев, что составляет 424,2 на 100 тыс. населения. На второе место вышел город Красноярск – 320 случаев (36,6 на 100 тыс. населения). Далее, по убывающей занимают места: Лесосибирск – 56 (74,6), Минусинск – 39 (38,1), Дивногорск – 17 (50,4), Енисейск – 14 (65,6), в остальных районах пока еще регистрируются единичные случаи. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Красноярском крае на 01.04.01г. выглядит следующим образом: 1989г. – 1 случай, 1997г. – 20 случаев, 1998г. – 35 случаев, 1999г. – 156 случаев, 2000г. – 776 случаев, 2001г. – на апрель 1562 случая.

Нами было проанализировано 78 историй болезни ВИЧ-инфицированных больных за период с 1998 г. по 2000 г. Из них 75% составляли мужчины, 25% - женщины. Все больные являются жителями Красноярского края, лишь один больной прибыл из г. Санкт-Петербурга. В этот период времени проявлялась тенденция госпитализировать всех впервые выявленных больных для полного клинического обследования. Сейчас специалисты центра СПИД стараются проводить максимум обследований в условиях поликлиники. Только 55 человек госпитализированы впервые и 23 человека неоднократно проходили стационарное лечение по поводу различных заболеваний (туберкулез, пневмония, дисбактериоз, кандидозный бронхит, острый гайморит, хронические вирусные гепатиты В, С, Д различной степени тяжести и активности, сифилис, энцефалопатии токсического генеза, опиатная наркомания). В результате проведенного эпидобследования выявлено, что в 90% случаев - путь инфицирования парентеральный (в/венное введение наркотиков), 9% - половой, 2 человека - реципиенты ВИЧ - инфицированной крови (мужчина и женщина).

Данные объективного обследования выявили у 8-х больных снижение массы тела в среднем до 5-10 кг, у 90% больных – генерализованную лимфаденопатию. Лихорадка наблюдалась у 17 человек и была обусловлена сопутствующими воспалительными заболеваниями; гепатомегалия от 1,5 до 4-х см выявлена у 50 человек и увеличение селезенки до 2-3 см - у 6 человек. Поражение ЦНС у 90% больных проявлялось энцефалопатией токсического генеза, у 3-х человек – нейроциркуляторной дистонией.

По СПИД-маркерным инфекциям группа наблюдаемых больных распределилась следующим образом: у 16 человек выявлено хроническое течение ЦМВ-инфекции (в крови обнаружены только JgG), у одного больного – острое течение (в крови - IgM); у 4-х больных – хроническая форма токсоплазмоза, у 3-х больных – хроническая форма хламидиоза и у 3-х - острая форма хламидийной инфекции; у 1-го больного - пневмоцистная пневмония и у 4-х больных выявлен кандидоз.

Диагноз ВИЧ-инфекция ПБ стадии был установлен у 26 человек, ВИЧ-инфекция ПВ – у 30 человек, ВИЧ-инфекция IIIA – у 16 человек (три женщины в наблюдаемой группе были беременны). Таким образом, заболеваемость ВИЧ-инфекцией в крае прогрессивно увеличивается.

Дзабаева Е.М., Беляева Н.М., Кечкер М.И.

## **КЛИНИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

*г. Москва, Россия*

Цель исследования: выработка алгоритма диагностического поиска при дифференциальной диагностике между острыми кишечными инфекциями с болевым синдромом и абдоминальной формой острого инфаркта миокарда в ранние сроки развития этих заболеваний.

Методы: в период с 2000 по 2003 гг. на базе ГКБ им. С.П. Боткина проведено наблюдение за 8896 пациентами с острыми кишечными инфекциями, в том числе 7359 (82,7%) с ПТИ и 824(9,26%) – с сальмонеллезом.

В ходе исследования анализировались данные анамнеза, клиническая картина заболевания, лабораторные (общий анализ крови, креатинин, мочевины, определение ферментов (МВ-КФК, КФК, АсТ, АлТ, ЛДГ), данные гемостаза (протромбиновый индекс, АЧТВ, фибриноген), бактериологический анализ) и функциональные (ЭКГ, ЭХО-КГ) данные.

Результаты: у 22(0,2 %) пациентов(9 женщин и 13 мужчин, в возрасте от 44 до 78 лет) была необходимость в проведении дифференциальной диагностики между инфарктом миокарда и острыми кишечными инфекциями в связи со схожей клинической картиной. Из них у 5-х (0,05%) пациентов, поступивших с подозрением на ин-

фаркт миокарда, впоследствии был установлен диагноз острой кишечной инфекции. В 3-х случаях это было ПТИ, в 2-х-сальмонеллез. У 10-х(0,11%) пациентов, поступивших в инфекционное отделение с подозрением на острую кишечную инфекцию, впоследствии был выставлен диагноз инфаркт миокарда. Кроме того, у 7-х(0,08%) пациентов на фоне острой кишечной инфекции возник инфаркт миокарда. Из них у 3-х(0,03%) пациентов он привел к летальному исходу.

Выводы: частота возникновения инфаркта миокарда на фоне острой кишечной инфекции составила 0,08%, причем летальный исход – 0,03%. Факторами, способствующими его возникновению являлись пожилой возраст, ИМ в анамнезе, тяжелое течение кишечной инфекции, хронический алкоголизм. Причина возникновения ИМ на фоне острой кишечной инфекции – ДВС-синдром, поэтому у пациентов с тяжело протекающей кишечной инфекцией, независимо от этиологии, обязательно определение данных системы гемостаза для своевременного назначения патогенетически обоснованной антиромболитической терапии.

Дикий Б.М., Бойчук О.П., Прокофьева О.О.

## **ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

*г.Ивано-Франковск, Украина*

Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных сальмонеллезом повышают степень поражения органов пищеварения, ведут к развитию тяжелых и генерализованных форм инфекции, отрицательно влияют на состояние иммунной системы организма. Интерлейкинам принадлежит важная роль в патогенезе хронических заболеваний ЖКТ, они же выступают медиаторами системного воспалительного ответа и иммунитета при инфекционных болезнях. Поэтому вызывает интерес исследование уровня провоспалительных – фактор некроза опухолей- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) и противовоспалительных – интерлейкин-4 (ИЛ-4) цитокинов.

Обследовано 158 больных сальмонеллезом в возрасте от 16 до 65 лет. У 97 из них болезнь протекала на фоне хронических заболеваний пищеварительного тракта: хронический холецистит – 33 пациента, хронический гастрит – 21, хронический гастродуоденит – 14, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 12, хронический колит – 9, хронический панкреатит – 8. Контрольная группа – 20 практически здоровых доноров.

Уровень ФНО- $\alpha$  и ИЛ-4 определяли в периферической крови больных иммуноферментным методом с использованием тест-систем производства ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск) в остром периоде заболевания на 1-2-ой день пребывания в стационаре.

В результате проведенных исследований было установлено достоверное повышение уровня ФНО- $\alpha$  у больных сальмонеллезом без сопутствующей патологии ЖКТ в среднем до  $76,31 \pm 8,27$  пг/мл и снижение уровня ИЛ-4 до  $4,11 \pm 0,29$  пг/мл в сравнении с контрольной группой –  $12,53 \pm 0,96$  пг/мл и  $5,31 \pm 0,64$  пг/мл соответственно ( $p < 0,05$ ). Более выраженные изменения в системе цитокинов наблюдали у больных сальмонеллезом на фоне хронических заболеваний ЖКТ: уровень ФНО- $\alpha$  возрастал до  $134,29 \pm 16,87$  пг/мл, ИЛ-4 снижался до  $3,67 \pm 0,41$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). При этом самые высокие показатели уровня ФНО- $\alpha$  отметили у больных сальмонеллезом с сопутствующей язвенной болезнью и хроническим калькулезным холециститом ( $143,76 \pm 6,28$  пг/мл). Наиболее низкий уровень ИЛ-4 определили у больных с сопутствующим хроническим колитом, язвенной болезнью ( $3,41 \pm 0,14$  пг/мл).

Таким образом, у больных сальмонеллезом в остром периоде заболевания зафиксировано достоверное повышение уровня провоспалительного цитокина – фактора некроза опухолей- $\alpha$  и понижение уровня противовоспалительного цитокина – интерлейкина-4. Сопутствующая хроническая патология пищеварительного тракта у больных сальмонеллезом приводит к более выраженным изменениям цитокинового профиля.

Дмитренко О.А., Прохоров В.Я., Суборова Т.И., Волков И.И., Шагинян И.А., Гинцбург А.Л.

## **МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫЕ STAPHYLOCOCCUS AUREUS - ВОЗБУДИТЕЛИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СТАЦИОНАРАХ РОССИИ. РОЛЬ ФАКТОРОВ ПАТОГЕННОСТИ**

*г. Москва, г. Санкт-Петербург, Россия*

По данным зарубежных исследований метициллинрезистентные *Staphylococcus aureus* (MRSA) вызывают разнообразные формы внутрибольничных инфекций (ВБИ), включая пневмонию, бактериемию, эндокардит, септический артрит, остеомиелит и др., которые требуют длительного и дорогостоящего лечения. Показано, что рост частоты ВБИ, наблюдаемый в стационарах различных стран мира, обусловлен распространением эпидемических штаммов MRSA, многие из которых обладают способностью вырабатывать пирогенные токсины суперантигены (PTSA), подавляющие иммунный ответ макроорганизма. Вместе с тем, значение MRSA, как возбудителей ВБИ в стационарах России, остается невыясненным.



Целью работы было изучить структуру осложнений, вызванных MRSA, оценить их клиническую значимость, охарактеризовать изоляты MRSA по наличию в геноме генов, кодирующих ряд PTSA, обнаруживаемых у эпидемических MRSA: токсина синдрома токсического шока-1 (TSST-1), энтеротоксинов А, В, С (SEA, SEB, SEC).

Представлены результаты изучения 209 изолятов MRSA, выделенных в 1998-2002г.г. в стационарах Центрального, Северо-Западного и Уральского регионов России. Анализ источников выделения показал, что MRSA являлись возбудителями гнойных осложнений хирургических и ожоговых ран (37,7%); заболеваний дыхательных путей, включая пневмонию и трахеобронхит (30,1), бактериемий (19,6%). Среди других источников инфекции следует назвать ликвор и экссудат брюшной полости. Было обнаружено носительство MRSA на слизистой носа медицинскими работниками и наличие MRSA в воздухе отделения интенсивной терапии. Исходы осложнений, вызванных MRSA, проследили на примере пациентов стационара травматологического профиля. Установлено, что смертность среди пациентов в случае возникновения осложнений, вызванных MRSA, составляла 28,6%, при этом у трех пациентов наблюдали развитие септического шока. Дополнительное присоединение грамотрицательной микрофлоры увеличивало показатель смертности до 56,7%. У всех умерших пациентов диагностировали развитие госпитальной пневмонии и сепсиса.

68 изолятов изучили на наличие генов, детерминирующих синтез PTSA, методом амплификации в ПЦР. Установили, что ген, кодирующий синтез SEA, содержали 36 (53%) изолятов, 9 из них дополнительно имели ген, детерминирующий синтез SEC. Не обнаружены изоляты, содержащие гены, кодирующие синтез SEB, а также TSST-1. Следует отметить, что ген, детерминирующий SEA, был обнаружен у 83,3% изолятов, выделенных при бактериемии. Два из трех изолятов, выделенных от пациентов с токсическим шоком, также содержали этот ген. Выявлена вариабельность в содержании генов, кодирующих синтез PTSA, среди изолятов, выделенных в разных стационарах.

Таким образом, циркулирующие в стационарах России MRSA, способны вызывать тяжелые формы ВБИ, сопровождающиеся значительной смертностью. Выявлена этиологическая значимость изолятов MRSA, содержащих ген, кодирующий синтез SEA, в развитии бактериемии и септического шока. Для успешного выявления и борьбы с ВБИ, вызванными MRSA, необходимо введение регистрации стафилококковых инфекций, включенных в перечень Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

Довгалюк Т.И., Чернобровый В.Ф., Альпер И.А., Аверина И.В., Федоровых Л.П.,  
Федосеева Е.С., Гущин Д.Н., Лебедев С.Е.

### **ЗООНОЗЫ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*г. Иваново, Россия*

Под наблюдением находилось 23 больных лептоспирозом и 11 геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в возрасте от 16 до 74 лет. Диагноз базировался на клинических, эпидемиологических, лабораторных данных (нарастание титра антител не менее чем в 4 раза при динамическом ИФА исследовании). Анализ эпидемиологических данных подтверждал эпизоды контакта пациентов с мышевидными грызунами (пребывание на дачных участках, купание в водоемах, туризм и т.д.). Кроме того, выявлена сезонность, а именно, пик заболеваемости зарегистрирован в августе-сентябре. У 2-х больных лептоспирозом имело место профессиональное заражение в результате контакта с больными животными, переносившими лептоспироз в субклинической форме. Серологические определяли высокие титры антител к лептоспирам *Icterohaemorrhagica*, *Sabura*, *Gripothyphosa*, *Canicola*, *Hebdomadis*. Заболевание у всех больных развивалось остро с подъема температуры до высоких цифр в течение 5-6 дней. Отмечались боли в области живота, имитировавшие хирургическую патологию. Один пациент был оперирован для выявления причины перитонеального синдрома. Олигурический период наступал через 5-7 дней от начала лихорадки и проявлялся в основном умеренно, определялась никтурия, гипозостенурия. суточный диурез был в пределах 500-1010 мл. Количество белка в моче не превышало 3 г/л, эритроцитурия в умеренных пределах. Сыпь не определялась у большинства больных. Признаки гепатоцеллюлярной недостаточности выявлены у всех больных и проявлялись в виде 5-6 кратного увеличения АЛТ в разгаре болезни, повышалась концентрация креатинина в 1,5-2 раза. Желтуха не определялась у всех пациентов, хотя в моче присутствовала положительная реакция на уробилин.

Данные изменения регрессировали к моменту выписки больных из стационара. Всем больным проводилась антибактериальная терапия: пенициллин или цефалоспорины в обычных дозировках. Общая продолжительность пребывания больных на койке составила в среднем 17 дней. Больные направлялись в КИЗ для последующего амбулаторного наблюдения.

Таким образом, в средней полосе России отмечается резкий подъем заболеваемости лептоспирозом и ГЛПС, что объясняется, с одной стороны, увеличением инфицированности крупного рогатого скота, с другой стороны – возрастанием активности мышевидных грызунов в природных очагах. Диагностика зоонозов остается слож-

ной задачей для врачей поликлинического звена, о чем свидетельствует поздняя госпитализация и ошибки в диагностике. Исходы заболевания в значительной степени определяются своевременностью диагностики и назначением адекватной терапии.

Додонов К.Н.,  
**БИТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**  
г. Санкт-Петербург, Россия

Битерапия (комбинация из 2 НИОТ) назначалась нами детям из группы высокого риска прогрессирования ВИЧ-инфекции, и в тоже время, недостаточно приверженных терапии. С 1997 по 1999 гг. эта схема была назначена 42 больным (после 1999 года она назначалась только в особых случаях). За прошедшие годы ввиду потери эффективности проводимой терапии 31 пациент был переведен на комбинированную тройную АРВТ, но - 9 больных продолжают получать битерапию до настоящего времени (август 2004 года) без изменения схемы лечения, и находятся в удовлетворительном клиническом и иммунологическом состоянии. 2 больных умерли.

АЗТ в сочетании с эпивиром первоначально был назначен 29 больным. Затем, ввиду появления токсических реакций (рвота, анемия), он был заменен на зерит (5 больных) и на видекс (1). В группе больных, получавших битерапию до перевода их на тритерапию, существенных различий и зависимости длительности эффекта от фонового количества CD4-лимфоцитов не установлено. Вместе с тем, фоновые показатели CD4-лимфоцитов у 9 больных, продолжающих получать битерапию до настоящего времени, были существенно выше (66,6% имели на старте терапии уровень CD4-лимфоцитов более 200/мкл), а уровень вирусной нагрузки (ВН) - ниже, чем у детей, переведенных в дальнейшем ввиду неэффективности проводимой битерапии на другие схемы лечения. В этой группе пациентов в течение всего периода наблюдения (3 года), отмечено достоверное увеличение числа CD4-лимфоцитов (в то время как среди остальных детей, переведенных впоследствии на тритерапию, количество больных, не изменивших или даже снизивших уровень CD4-лимфоцитов, составило 67,7%, повысился уровень CD4-лимфоцитов у 32,9% - однако увеличение было незначительным и не превысило 30% от исходного уровня).

За период проведения комбинированной битерапии средний уровень CD4-лимфоцитов вырос максимально, практически в два раза (причем наибольший эффект наблюдался в первые 7 месяцев лечения); при этом у 11 больных показатели иммунного статуса не изменились. Средний показатель ВН в общей группе снизился в 8-10 раз, но спустя 7-8 месяцев от начала терапии ВН начала у большинства детей вновь нарастать, достигнув практически среднего исходного уровня. Достигнутые максимальные показатели CD4-лимфоцитов также начали снижаться и через, в среднем 21-24 месяца, превышение исходного уровня составило всего 40,0%. Первоначально наблюдавшееся у всех детей клиническое улучшение, сопровождавшееся положительной динамикой иммунологических и вирусологических показателей, сменилось ухудшением клинической картины и сопровождалось отрицательной динамикой указанных показателей, это и явилось основанием для смены терапии у 31 ребенка.

Таким образом, анализ результатов применения битерапии показал, что она достаточно эффективна на протяжении длительного срока (3 года) у 21,4% больных, неотягощенных анамнестически и клинически тяжелой сопутствующей патологией (с исходным уровнем CD4-лимфоцитов больше 250/мкл и вирусной нагрузкой ниже 100000 копий/мкл), что позволило пациентам сохранять удовлетворительное состояние здоровья и качества жизни в течение длительного времени, подготовить ребенка к приему более эффективных, но и более сложных схем комбинированной терапии. Применение битерапии в течение продолжительного срока возможно только при условии систематического мониторинга клинико-иммунологических и вирусологических показателей.

Додонов К.Н., Фомин Ю.А., Афонина Л.Ю.  
**ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ  
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**  
г. Санкт-Петербург, Россия

Проведено клинико-лабораторное обследование в динамике (1997-2003 гг.) 136 детей с ВИЧ-инфекцией в 7-18 лет из нозокомиальных очагов. Распределение больных проведено по наиболее распространенной в мире классификации CDC. Специфическая терапия проводилась 79 больным по рекомендованным методикам.

Перед назначением АРВТ прогрессирующие поражения сердца у детей с ВИЧ-инфекцией были зарегистрированы нами в 53,1% случаев (57,1% перед битерапией и 48,6% перед тритерапией). Однако изменения на субклиническом уровне встречались значительно чаще - до 73,0%, они проявлялись в виде следующих симптомов: тахикардия (53% случаев), гипертрофия желудочков (21,0%), колебания артериального давления с тенденцией к

гипертонии (33,0%), синусовая аритмия (17,0%). При том, что на начальных стадиях ВИЧ-инфекции больные субъективных жалоб не имели.

В дальнейшем по мере присоединения вторичных заболеваний изменения со стороны сердца прогрессировали и сопровождалась гемодинамическими расстройствами. У детей появлялись жалобы на боли в области сердца, чувство тяжести в грудной клетке, «перебои». На ЭКГ пациентов отмечались разного рода нарушения ритма, изменения конфигурации комплекса QRST, снижение вольтажа и распространенные нарушения процессов реполяризации миокарда. При прогрессировании степени иммунодефицита прогрессировали и явления миокардиопатии, причем у 16,0% больных детей была выявлена дилатационная миокардиопатия с диффузными нарушениями сократимости миокарда и резким падением насосной функции. Течение миокардита было более прогрессирующим при наличии у больных, например, ВИЧ-энцефалопатии, пневмонии.

После назначения битерапии состояние больных стабилизировалось и даже имело место обратное развитие симптомов миокардита в 40,0% случаев. Вместе с тем, положительный эффект битерапии у 71,0% больных был недостаточно длительный (максимально - до 16 месяцев). После кратковременного периода улучшения изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в 20,0% больных снова стали прогрессировать, что явилось клиническим показанием для назначения новой схемы АРВТ (по принципу тритерапии). Эффективность тритерапии I линии в отношении патологии сердца была выше. Так, у 48,6% больных (18) к моменту назначения данной схемы была диагностирована прогрессирующая миокардиопатия. На фоне проведения комбинированной АРВТ состояние сердечно-сосудистой системы удалось стабилизировать практически у всех (16 детей) и только в двух случаях патология сердца прогрессировала, наряду с другой клинической симптоматикой, что явилось показанием для назначения других схем АРВТ.

Долгова И.Б., Блюм Н.М., Кириллов Ю.В., Елькин А.В., Ариэль Б.М.

## **К ВОПРОСУ О МОРФОГЕНЕЗЕ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Увеличение частоты остро прогрессирующих форм фиброзно-кавернозного туберкулеза легких с обширным обсеменением и деструкцией легочной ткани на фоне высоких титров иммуноглобулинов G, M и A, нарастания концентрации циркулирующих иммунных комплексов и угнетения неспецифических защитных реакций, а также широкое распространение лекарственно устойчивых микобактерий (ЛУ МБТ), определяют необходимость изучения тканевых реакций при лекарственно устойчивом туберкулезе легких, когда имеется дисбаланс гуморального и клеточного типов иммунного ответа (Зюзя Ю.Р. с соавт., 2004).

Проведено гистологическое исследование легких и бронхопульмональных лимфоузлов у 47 больных, оперированных по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (ФКТ): I группа – 28 больных с ЛУ МБТ и II группа, контрольная, – 19 больных без ЛУ МБТ. У больных I группы процесс был большей частью остро прогрессирующим (длительность заболевания у 48% больных не более 2 лет), причем у 64% больных он носил непрерывно прогрессирующий характер с острой лимфо- и бронхогенной диссеминацией. Кроме того, поражения легких у больных I группы были более распространенными, в связи с чем именно они в три раза чаще подвергались пульмонэктомии.

Одной из важнейших особенностей лекарственно устойчивого туберкулеза являются распространенность и резко выраженные поражения бронхиального дерева (специфический бронхит с вовлечением бронхов 2-3 порядка, а у 57% больных – и I порядка). У больных II группы наблюдались аналогичные поражения, но с меньшей частотой. У 93% больных I группы отмечалась максимальная (пятая) степень активности специфического воспаления. У больных II группы с равной частотой отмечались активные воспалительные изменения 4 и 3 степени. У всех больных I группы и у 42% больных II группы были резко выражены параспецифические реакции. В лимфоузлах у всех больных I группы имелись специфические изменения в сочетании с различными по характеру и остроте гиперпластическими процессами неспецифического порядка. По ряду характерных морфологических признаков у 75% больных I группы преобладал гуморальный тип иммунного ответа, а у больных II группы значительно чаще регистрировался клеточный иммунный ответ (32% случаев) и смешанный с преобладанием клеточного звена (16%).

Проведенное исследование обнаружило морфогенетические особенности лекарственно устойчивого фиброзно-кавернозного туберкулеза легких – распространенные специфические изменения легких в сочетании с поражением регионарных лимфатических узлов, которое развивается параллельно с поражением легких, причем при наличии ЛУ МБТ особенно активно. Известно, что такое сочетание поражения легких и лимфоузлов характерно лишь для первичного туберкулеза. Сопоставление морфогенеза туберкулеза у больных I и II групп свидетельствует о том, что при лекарственно устойчивом туберкулезе легких мы имеем дело с первичным туберкулезом легких у взрослых. При этом для формирования клеточного иммунитета имеются все необходимые морфологические предпосылки и в легких, и в лимфоузлах. Однако в связи с быстрым прогрессированием вос-

палительного процесса их реализация в большей или меньшей степени задержана. Иммуногенез сосредоточивается на ранних стадиях, когда преобладают параспецифические реакции.

Долицкий А.И., Русанова А.К., Темкина Г.Г., Лищук Е.В., Иванова Т.Г., Высоцкий В.С.  
**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ “В” НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ  
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ  
(по данным Московского района СПб)**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Одним из решающих моментов в снижении заболеваемости вирусным гепатитом В (ВГВ) является проведение активной иммунизации в рамках национального календаря прививок и дополнительного охвата контингентов риска среди взрослого населения. Внедрение программ вакцинации против гепатита В показали их большую экономическую эффективность по сравнению с затратами на лечение и проведение противоэпидемических мероприятий.

Иммунизация против ВГВ в течение ряда лет проводилась в районе в рамках специальных городских программ, а начиная с 2001 года в соответствии с национальным календарем прививок и централизованным выделением средств на закупку вакцины.

Изучение эпидемического процесса ВГВ в районе с 1998 по 2003 гг. показало, что самые высокие показатели заболеваемости отмечались в 1999 г. (65,5 на 100 тыс.), а, начиная с 2001 года, наблюдается выраженная тенденция к снижению уровня заболеваемости (в 2003 г. – 6,6 на 100 тыс.). Высокие темпы снижения отмечались в последние два года, когда была начата активная вакцинация детей первого года жизни и подростков 13 лет.

В возрастной структуре заболеваемости преобладали лица 15-19 лет и в 2002 году – 20-29 лет (за счет высокого удельного веса наркоманов в этих возрастных группах).

На фоне эффективной вакцинации детей первого года жизни в последние два года не было зарегистрировано заболеваний среди детей первого года жизни. В группе детей от 1 до 14 лет в 2003 году было зарегистрировано всего 2 случая ВГВ. Среди медицинских работников района ВГВ не регистрировался в течение последних 5 лет.

Улучшение эпидемической ситуации произошло на фоне значительного увеличения иммунной прослойки среди детей и групп риска. В группе детей от 0 до 3-х месяцев в 2003 году охват прививками составил по данным ЛПУ района от 95,4 % до 99,3 %, детей до 12 месяцев от 94,2 % до 98,4 % (в 2002 году 58,5% - 87,1 % соответственно). Уменьшилось число медицинских отводов от прививок и составило от 0,3 до 1,7% от числа непривитых. Увеличился охват прививками против ВГВ медицинских работников, в том числе в стоматологических учреждениях, где достиг 90%. В 2003-2004 году не было зарегистрировано случаев гепатита В у пациентов, посетивших стоматологические кабинеты района.

Для закрепления достигнутых результатов и дальнейшего снижения заболеваемости необходимо увеличить охват вакцинацией медицинских работников и других контингентов риска (наркоманы, пациенты хронического гемодиализа и др.).

Домекин В.А., Гришакова Т.В., Девянин О.А., Хмелевской В.И., Неручев А.Ю.  
**ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПИИ ОТЕКА И НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ  
ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Актуальность интенсивной терапии ОНГМ при гнойных менингитах неоспорима. Даже на современном этапе, несмотря на введение в практику врача новых антибиотиков, летальность при менингококковой инфекции у детей составляет от 5 до 10 %, а при пневмококковом менингите достигает 60%, причем основной причиной смерти является развитие ОНГМ.

На наш взгляд наиболее перспективны в решении этой проблемы препараты на основе гидроксипропилкрахмала, в частности 10% «Рефортан плюс» 200/0,5 (Берлин-Хеми, Германия). Так в отделении интенсивной терапии ГКИБ им. Н.А. Семашко был пролечен 21 больной с гнойным менингитом, осложненным ОНГМ. Из общего числа больных: детей в возрасте до 1 года было 7 человек, в возрасте 1-15 лет – 6 человек, старше 15 лет – 8. В 12 случаях в качестве возбудителя был выделен менингококк (все дети до 15 лет), в 6 случаях – пневмококк, в 2 случаях возбудитель не идентифицирован.

Антибактериальная терапия проводилась с учетом выделенного возбудителя: при менингококковой инфекции в первые сутки левомецетин 100 мг/кг/сутки внутривенно, с последующим переходом на цефотаксим 100-150 мг/кг/сутки или пенициллин до 500000 ед./кг/сутки. При менингитах пневмококковой этиологии применялись цефалоспорины 3-го поколения, рифампицин, метрогил в возрастных дозировках. Интенсивная терапия

начиналась с применения 10% «Рефортана плюс» из расчета 15-20 мл/кг у детей и 10-15 мл/кг у взрослых со скоростью 10 мл/кг в час. Через 1 час от начала инфузионной терапии с целью стимуляции диуреза вводился лазикс 1 мг/кг. Дальнейшая инфузионная терапия включала в себя глюкозополиионную смесь, физиологический раствор под контролем гемодинамики, диуреза, электролитов и осмолярности плазмы. Параллельно по показаниям проводилась оксигенотерапия, назначались глюкокортикоиды коротким курсом, ингибиторы протеаз, дофамин. При необходимости повторно 10% «Рефортан плюс» вводился через 12 часов в дозе 5-10 мл/кг. Неврологический статус оценивался по шкале Глазго, тяжесть состояния по системе АРАСНЕ II. Длительность интенсивной терапии зависела от сроков стабилизации основных жизненно важных функций и купирования явлений церебральной гипертензии. Следует отметить, что в данной группе летальных исходов среди больных не было. В то же время в контрольной группе (18 человек), где в качестве основных противоотечных средств использовались лазикс и 15% раствор маннита из расчета 0,5-1 г/кг, на фоне аналогичной антибактериальной и симптоматической терапии умерло 4 человека. Летальность соответственно составила 22,2%. Исходя из вышесказанного следует предположить что 10% «Рефортан плюс» может эффективно использоваться в комплексной интенсивной терапии ОНГМ как базовый инфузионный раствор, обладающий полинаправленным механизмом действия.

Дринецкий В.П., Осидак Л.В., Афанасьева О.И., Головачева Е.Г., Образцова Е.В., Суховецкая В.Ф.

## **НОВОЕ СРЕДСТВО В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Известно, что ведущая роль в противовирусной защите принадлежит системе интерферонов (ИФН) – естественных цитокинов, обладающих способностью к подавлению репликации многих вирусов. Кроме того, ИФНы регулируют процессы перекисного окисления липидов в клеточных мембранах, способствуют восстановлению нарушенного гомеостаза, оказывают иммуномодулирующее действие и способствуют ускорению лизиса инфицированных клеток.

В течении последних лет нами изучена лечебная эффективность нового препарата «Анаферон детский» в комплексной терапии при гриппе и других ОРВИ у детей и его профилактическое действие в организованных коллективах.

Анаферон детский (производства ООО НПФ Материя Медика Холдинг, Москва) – индуктор интерферона, представляющий собой смесь афинноочищенных антител в сверхмалых дозах к интерферону- $\gamma$ , полученных по гомеопатической технологии потенцирования, т.е. многократного последовательного разведения исходного вещества и его обработки с помощью звукового генератора. Препарат зарегистрирован в МЗ РФ.

Лечебная эффективность анаферона изучена у 181 пациента в ДГБ Св. Ольги (100 получали препарат в комплексной терапии, а 81 вошли в состав контрольной группы). Установлено, что пероральный прием препарата у детей с гриппом и другими ОРВИ (в первый день 7 таблеток, а последующие по 1 таблетке 3 раза в день) способствовал сокращению продолжительности основных клинических проявлений инфекционного процесса (лихорадки, интоксикации, катарального синдрома). Лабораторными исследованиями показано, что препарат обладает ИФН-индуцирующими и иммуномодулирующими свойствами (по данным динамики содержания всех видов ИФНа и иммунокомпетентных клеток), а также активирует систему образования основного фактора местного иммунитета во входных воротах инфекции – секреторного иммуноглобулина А (SIgA) и способствует снижению аллергизации организма, что подтверждалось динамикой снижения IgE.

Применение этого препарата ускоряло процесс выздоровления и препятствовало развитию вторичного иммунодефицита после перенесенного ОРЗ, а также способствовало более быстрой ликвидации возбудителя в носовых ходах обследуемых детей и достоверному снижению частоты возникновения внутрибольничных респираторных инфекций, возникающих как в стационаре, так и вскоре после выписки ребенка домой, что доказывало наличие у него и профилактических свойств.

Подтверждением этого явились результаты более чем трехмесячного наблюдения за заболеваемостью ОРВИ в Домах ребенка среди 204 детей в возрасте от 1 мес. до 4 лет, из которых анаферон получали 104 ребенка (по 1 таблетке в день в течении 2-3 мес.).

Анализ заболеваемости выявил достоверное различие в частоте регистраций ОРЗ среди детей получавших препарат и контрольной группы. Так, в основной группе ни разу не заболело 25 детей (24%), а в контрольной – только 3 (3%,  $p < 0,05$ ). Среднее число развившихся случаев ОРЗ у каждого ребенка принимавшего анаферон было 1,2, а в контрольной группе – 2,4 раза. В целом индекс эффективности анаферона составил 2,0, а коэффициент эпидемической эффективности (показатель защищенности) – 50,1.

Таким образом, проведенные строго контролируемые клинико-лабораторные наблюдения показали, что препарат «Анаферон детский» обладает выраженной лечебной и профилактической эффективностью при гриппе и других ОРВИ среди детей (в том числе и первого года жизни).

Дроздов В.Н., Новиков А.И.

## КОЖНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЦЕРКАРИОЗАХ У ЧЕЛОВЕКА

г. Омск, Россия

Эта патология человека пока является редкой в практике дерматолога и инфекциониста, хотя трематоды у животных и птиц определяются довольно часто, в отдельных популяциях водоплавающих птиц – до 25,8%. Наиболее часто возбудителями церкариозов являются церкарии шистозоматид водоплавающих птиц (уток, чаек и др.). Как показано в опытах с самозаражением (В.Н. Дроздов, 1968), церкариоз кожи может быть вызван личинками описторхид – описторхиса и метархисов (*Opisthorchis felineus*, *Metorchis albidus*, *Clonorchis sinensis*). При массовом выходе церкариев описторхиса в воду из моллюсков битиний и контакте их с человеком происходит инвазия и проникновение церкариев в кожу, сопровождающиеся как общими (лихорадка, интоксикация, эозинофилия), так и местными симптомами (гиперемия кожи рук, отечность, полиморфные высыпания – локальная симптоматика поражений рук связана с изолированным заражением рук испытуемого), при этом наблюдается повышение специфических антител к описторхисам в РНГА с быстрой нормализацией иммунограммы. Наш опыт с самозаражением церкариями описторхиса свидетельствует о том, что возможно возникновение таких церкариозов в дикой природе. Очевидно, они проходят под различными диагнозами, хотя в медицине и среди населения они известны как «зуд купальщика».

Наиболее изучены церкариозы (трихобильгарциозы), вызванные шистозоматидами утиных птиц (*Trichobilharzia ocellata*, *Prostogonimus olafus* и др.), которые в природных биоценозах протекают без участия человека. Промежуточным хозяином шистозоматид являются пресноводные моллюски – прудовики и катушки. В них из яиц трематод развиваются церкарии, известные под названием *Cercaria ocellata*, которые при контакте вбурываются в кожу людей.

Наши наблюдения касаются 15 случаев церкариозов (бильгарциозов), возникших у людей, занимавшихся очисткой пруда от водорослей (конец июля). Всего же в очистке пруда, вода которого использовалась для полива дачных участков и водоплавающей птицы, участвовало 22 человека, из них 12 детей в возрасте от 8 до 14 лет. Все они работали раздетыми. К концу первых суток работы заболело 2 взрослых человека. На второй и третий день заболели остальные 13 человек. Тяжелые клинические проявления со стороны кожи наблюдались у заболевших в первые сутки. Они сочетались с высокой температурой тела до 39<sup>0</sup>, насморком, заложенностью носа и сопровождались гиперемией кожи конечностей, образованием папул и пузырьков типа крапивницы. Отмечались отеки век, зуд, жжение кожи.

Среднетяжелое течение заболевания наблюдалось также у 2 больных, легкое течение – у 11 человек. У половины из них определялся кратковременный субфебрилитет. Поражение кожи проявлялось краснотой, преимущественно лба и конечностей. В одних случаях гиперемия сопровождалась папулезными высыпаниями, в других – точечными, чаще полиморфными. Более чем у половины (66,6%) отмечалась эозинофилия. Зуд кожи держался от одного до 12 дней. Лечение проводилось симптоматическое, с назначением анальгетиков, димедроловой и левомецетиновой мазей.

Дроздова Т.Г., Кашуба Э.А., Бертрам Л.И., Любимцева О.А., Огошкова Н.В., Кечерукова Л.М., Черемных Л.Г., Рыбакова О.В., Солоницина Л.Н.

## ТОНЗИЛЛЯРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

г. Тюмень, Россия

Интенсивность инфекционного процесса определяется свойствами патогенного возбудителя, а также состоянием макроорганизма. Ангина в большинстве случаев обусловлена бета-гемолитическими стрептококками и реже стафилококками. Стрептококки – шарообразные или овальные грамположительные кокки, патогенность которых определяется токсическими комплексами – О- и S- стрептолизинами, лейкоцидинами, цитоксинами, эритрогенинами и такими ферментами, как гиалуронидаза и стрептокиназа. Псевдотуберкулезный микроб относится к грамотрицательным факультативно-анаэробным палочкам, обладает высоким потенциалом клеточной и тканевой инвазивности, продуцирует гиалуронидазу и нейраминидазу, ряд токсинов, секретируемых и связанных с бактериальной клеткой (термолабильный и термостабильный энтеротоксины, летальный токсин, цитотоксин).

Цель работы - изучить иммунологические особенности реагирования при бактериальных инфекциях. Проведено наблюдение и иммунологическое обследование (на 4-10 день болезни) 87 детей в возрасте от 4 до 15 лет, из них больных с псевдотуберкулезом было 63 и 24 ребенка с ангиной. У всех больных отмечались общие инфекционные проявления в виде лихорадки, а в ряде случаев и рвоты (более чем у 1/3 при каждой нозологии). Одним из основных был тонзиллярный синдром, который проявлялся наличием гиперемии зева у всех больных, налетов на миндалинах – при ангине в 100% случаев, среди пациентов с псевдотуберкулезом примерно у 1/3

больных. Бронхит как проявление респираторного синдрома отмечался при ангине и псевдотуберкулезе в 4,8 и 12,5% соответственно. Увеличение лимфатических узлов чаще регионарных (подчелюстных) при ангине составило в среднем  $1,8 \pm 0,3$  см, при псевдотуберкулезе -  $0,7 \pm 0,1$  см. При псевдотуберкулезе в 82,5% случаев отмечалась гепатомегалия, в 28,3% - спленомегалия, а у 1/3 больных регистрировалась сыпь. Следовательно, при ангине основными клиническими проявлениями являются воспалительные изменения в лимфоидных образованиях ротоглотки и данное заболевание может быть отнесено к локализованным инфекциям. Псевдотуберкулез только начинается как локализованная инфекция, когда происходит размножение возбудителя в месте входных ворот, а в последующем при данной нозологии чаще отмечается генерализация (первичная бактериемия, гематогенная и лимфогенная диссеминация возбудителя, вторичная бактериемия). При анализе иммунологических показателей у больных как с псевдотуберкулезом, так и с ангиной выявлен лейкоцитоз ( $p < 0,05$ ), снижение хелперов-индукторов (CD4+), IgA, повышение IgM, DR антигенов HLA,  $p < 0,05$ . Уровни циркулирующих иммунных комплексов были высокими у всех больных, однако при сравнении по нозологиям ЦИК3 и ЦИК5 при ангине имели тенденцию к повышению по сравнению с псевдотуберкулезом, а низкомолекулярные ЦИК были значимо выше ( $p < 0,05$ ). О стимуляции неспецифических факторов защиты при обеих инфекциях свидетельствовало повышение бактерицидного потенциала по результатам НСТ-теста, однако, при ангине оказалась сниженной способность фагоцитов к поглощению ( $p < 0,05$ ).

Выводы. 1. Различные по этиологии и проявлениям бактериальные инфекции – ангина и псевдотуберкулез характеризуются однотипными иммунологическими изменениями в остром периоде болезни. 2. Низкие уровни IgA у пациентов с псевдотуберкулезом и ангиной свидетельствуют о значимости данного фактора защиты при развитии данных инфекций. 3. Повышение ЦИК7 в совокупности со сниженной способностью фагоцитов к поглощению может являться одним из патогенетических механизмов формирования осложнений при ангине.

Егорова Н. И., Курников Г. Ю., Новиков В. В.

## **СЫВОРОТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ СУММАРНОЙ И ОЛИГОМЕРНОЙ ФРАКЦИЙ РАСТВОРИМЫХ ФОРМ CD54 И CD38 АНТИГЕНОВ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ**

*г. Нижний Новгород, Россия*

Растворимые формы (s-формы) CD54 и CD38 антигенов способны ингибировать процессы адгезии клеток. Известно, что многие поверхностные белки, в том числе CD54 и CD38 антигены на мембране и в растворе существуют в форме олигомеров. С применением иммуноферментных методов, разработанных нами и другими авторами, была проведена оценка сывороточного содержания суммарной (представленной преимущественно мономерами) и олигомерной фракций sCD54 и sCD38 антигенов при урогенитальном хламидиозе. Хламидийная инфекция характеризовалась статистически достоверным увеличением содержания sCD54 антигена в 4,2 раза и выраженной тенденцией к повышению концентрации sCD38 молекул. Уровень олигомерной фракции sCD54 антигена и sCD38-димера достоверно повышался при хламидиозе, соответственно в 7 и 9 раз.

Высокий сывороточный уровень CD54 и CD38 антигенов, особенно их олигомерных форм, вероятно, является отражением активации иммунной системы организма в ответ на хламидийную инфекцию. Причиной различий в характере изменения сывороточного уровня суммарной и олигомерной форм растворимых CD54 и CD38 антигенов, видимо, является сложная картина количественных взаимоотношений между мономерной и олигомерной фракциями этих антигенов. Обнаружено, что в мономерной форме мембранный CD38 антиген в большей степени способен выполнять функцию белка адгезии. В то же время в димерной форме у CD38 антигена значительно проявляется функция эктоэнзима, обладающего АДФ-рибозилциклазной активностью (Deaglio S. et al. 2001).

Результатом кооперации клеток в процессе иммунного ответа может быть сход белков адгезии с мембраны путем шеддинга в кластеризованном виде, то есть в форме олигомеров. Высокая соотносительная концентрация олигомерных форм в сравнении с мономерными в таком случае будет отражать активные межклеточные взаимодействия, происходящие в организме в ответ на чужеродный антиген, в частности, на хламидии. Смещение равновесия в сторону олигомерных форм может свидетельствовать о менее выраженной диссоциации олигомерной формы. Вследствие этого в крови появляются сравнительно «молодые» формы этих белков, образовавшиеся за счет шеддинга и не успевшие диссоциировать на мономеры. Затухание активационных процессов приведет к частичной диссоциации кластеризованных олигомерных форм наряду с нормализацией общего содержания sCD54 и sCD38 антигенов, чем характеризуются образцы сыворотки крови здоровых доноров.

Таким образом, смещение равновесия в сторону большего содержания олигомерной формы растворимых CD54 и CD38 антигенов при урогенитальном хламидиозе, отражает более выраженный характер изменения уровня олигомерных sCD54 и sCD38 антигенов, независимый от изменения концентрации суммарного пула данных белков, и, по-видимому, может быть одной из форм модуляции иммунного ответа.

Емова И.Л., Мельникова Т.Н.

## **ТОКСОПЛАЗМОЗ – МАРКЕР НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ**

*г. Вологда, Россия*

Широкая распространенность токсоплазменной инвазии, выраженный полиформизм проявлений, отсутствие патогномичных симптомов, доминирование субклинических и латентных форм болезни, недостаточная специфичность методов диагностики и терапии диктует необходимость постоянного наблюдения за данной инфекцией у ВИЧ-инфицированных больных.

Известны нервная, лимфогранулярная, экзантемная, миокардическая, глазная, легочная, кишечная формы токсоплазмоза. В большинстве случаев токсоплазмоз течет бессимптомно. Инфекция манифестирует на фоне иммуносупрессии.

Актуальность проблемы токсоплазмоза существенно возросла в последние годы, эта инфекция часто описывается при ВИЧ/СПИДе. Среди всех оппортунистических инфекций центральной нервной системы, возникающих на фоне СПИДа, 38% приходится на долю токсоплазменного энцефалита (возбудитель – *Toxoplasma gondii*). Им обусловлено 50-60% объемных образований в ЦНС и 28% случаев впервые выявленных эпилептических припадков у ВИЧ-инфицированных. Распространенность токсоплазменного энцефалита среди больных СПИДом в среднем составляет 15%.

В аспекте вышесказанного представляет определенный интерес наше собственное клиническое наблюдение. В спектр обследования больных лабораторная диагностика на токсоплазменную инфекцию была внедрена в 2002г.

Больной, 38 лет, ВИЧ-инфицирован гомосексуальным путем в 1995г. Стаж болезни 8 лет. К 2002 году диагностирована ВИЧ-инфекции, стадия вторичных проявлений, ППВ (по классификации В.В.Покровского, 1989г.). Имели место оппортунистические заболевания: рецидивирующие микотические инфекции, волосатая лейкоплакия языка, остроконечные кондиломы, аллопеция, контагиозный моллюск, себорейный дерматит. Показатели иммунного статуса (метод проточной цитометрии) – количество лимфоцитов с фенотипом CD-4 – 11%.

Пациент получал высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ: два ингибитора обратной транскриптазы и один ингибитор протеазы), симптоматическую терапию. В 2002 году серологическое обследование методом иммуноферментного анализа на токсоплазменную инфекцию серопозитивно: IgM – отр; IgG 70МЕ/мл.

Клиническая, лабораторная диагностика оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа сложна. Клинические симптомы эквивалентны многим нозологическим формам, серологические исследования не всегда показательны на фоне приобретенного иммунодефицита. У данного больного при динамическом наблюдении отмечались клинические симптомы: головная боль, бессонница, астенический синдром, ипохондрия, нарушение памяти. В 2003 году описано поражение кожи: макуло-папулезная сыпь на теле, исключая голову, ладони. У пациента нарушилась терморегуляция. С диагностической целью была проведена компьютерная томография головного мозга – выявлена умеренно выраженная гидроцефалия. Имело место также лимфаденопатия, мезаденит. Последний в 2003 году проявился сильным болевым приступом, симулируя картину острого аппендицита. В динамике отмечалось нарастание токсоплазменных антител (*Toxoplasma gondii*): IgG – 121 МЕ/мл, через 5 месяцев IgG – 354 МЕ/мл.

На основании клинических, лабораторных данных был диагностирован хронический токсоплазмоз. Пациенту был назначен пириметамин и препараты сульфаниламидной группы.

Ермак Т.Н., Шахгильдян В.И., Кравченко А.В., Груздев Б.М.

## **ТОКСОПЛАЗМОЗ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: ШЕСТИЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

*г. Москва, Россия*

Начиная с 1998 года, церебральный токсоплазмоз вошел в число ведущих оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции в России наряду с туберкулезом и цитомегаловирусной инфекцией. Представляем анализ клинической картины у наблюдавшихся нами больных ВИЧ-инфекцией и токсоплазмозом в течение 1998-2003 гг.

В указанный период мы наблюдали развитие церебрального токсоплазмоза у 30 больных ВИЧ-инфекцией на стадии 3 В. Следует отметить, что с начала эпидемии ВИЧ-инфекции и до 1998 г. ни у кого из наблюдавшихся в Российском НМЦ ПБСПИД и Московском ЦСПИД больных этот диагноз не фигурировал (клинически и на аутопсии). Лишь в 1995 г. у одного больного, умершего в результате тяжелых проявлений цитомегаловирусной инфекции, патологоанатомической находкой было токсоплазмозное поражение селезенки.

При жизни диагноз церебрального токсоплазмоза был заподозрен у 16 больных, причем у 5 больных при этом был впервые установлен диагноз ВИЧ-инфекции. У 12 больных токсоплазмозное поражение ЦНС оказалось секционной находкой (в качестве клинического диагноза у этих больных фигурировали энцефалит неясной этиоло-



гии, цитомегаловирусная инфекция, генерализованный туберкулез, нарушение мозгового кровообращения и т.п.). Еще у 2 больных, не обращавшихся за медицинской помощью и умерших дома, очаги токсоплазмоза в ЦНС были выявлены на аутопсии. У большинства больных начало болезни было постепенным, длительным (от нескольких недель до 2-3 мес.): появлялись и нарастали общая слабость, головная боль, тошнота, рвота, лихорадка, очаговая симптоматика. У 7 больных в разгаре болезни отмечались слуховые галлюцинации; у 9 больных развились гемипарезы, у 4 – афазия. Судороги очагового и генерализованного характера были у 6 больных. У 20 больных отмечались признаки нарушения сознания вплоть до его потери. Менингеальные симптомы были у 1 больного.

У многих больных заболевание протекало как микст-инфекция в сочетании с кандидозной, цитомегаловирусной инфекцией, пневмоцистной и бактериальной пневмониями, туберкулезом и т.п. Хронический гепатит В и/или С диагностирован у 4 больных. В анализах крови выявляли снижение Нв, эритроцитопению, лейкопению, тромбоцитопению. В ликворе отмечали нормальный или двузначный цитоз, повышение уровня белка (до 2 г/л). Число CD4 лимфоцитов в иммунном статусе было низким у всех (от 0,09 до 0,01 x 10<sup>9</sup>/л.). При компьютерной томографии очаги поражения головного мозга выявлены у 9 (из 10) больных. ВААРТ проводили 8 больным (у 2 больных токсоплазмоз ЦНС развился на фоне ВААРТ). Терапию фансидаром в сочетании с лейковорином проводили 13 больным, из них 4 – ex juvantibus. Курс лечения был длительным – при достижении положительной динамики – более 2 мес. Удалось достичь ремиссии у 11 больных, 2 - умерли на ранних сроках лечения. В последующем у 4 отмечались рецидивы на фоне отказа от поддерживающей терапии (2 из них умерли при развитии второго рецидива в течение 2 лет). Еще одна больная умерла на фоне поддерживающей терапии через 6 месяцев от начала лечения во время 3 рецидива. У всех умерших на аутопсии выявлены очаги некротического энцефалита с поражением коркового вещества и подкорки разнообразной локализации.

Анализ клинической картины и исходов заболевания выявляет ряд проблем, связанных, в первую очередь, с диагностикой и лечением этого тяжелого заболевания у больных ВИЧ-инфекцией. Рост числа больных СПИ-Дом, в том числе и с церебральным токсоплазмозом, должен настораживать клиницистов: при выявлении симптомов поражения ЦНС важно максимально полно обследовать больных с целью ранней диагностики этого поражения.

Ермаков А.Е., Иванникова Е.Ю.

## **ОБ ОДНОМ ПОДХОДЕ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Проблема оценки качества лечения инфекционных больных многопланова. Предлагается подход, который может использоваться при оценке эффективности различных способов и методик лечения инфекционных больных, результативности применения медикаментов (химиопрепаратов, антибиотиков). При этом используются объективные (врачебные) и (или) субъективные (лиц, проходящих лечение и врачей) оценки качества лечения. Оценка анализируемого способа лечения сравнивается с крайне оптимистической и крайне пессимистической. Подход базируется на обработке ответов врачей и (или) больных на вопросы специальных опросников, позволяющей получить необходимые оценки качества лечения. Он учитывает сравнительную значимость отдельных ответов и мнений опрашиваемых (для врачей – их квалификацию, опыт работы в данной области). Опросник объективной оценки для врачей может включать вопросы о длительности лечения; степени выздоровления пациентов; тяжести и частоте возникновения побочных эффектов; стоимости лечения; доступности средств лечения (объем производства лекарств, уровень инструментального оснащения рассматриваемых медучреждений), наличии отечественных аналогов препаратов и т. д. Для врачей можно использовать и их субъективные оценки качества лечения на основе опросника, позволяющего выявить степень удовлетворения результатами лечения, наличие и количество негативных (спорных, не вызывающих доверия) элементов (недостатков) и др. Для больных вопросы могут быть направлены на: выявление субъективной удовлетворенности лечением и самочувствием, оценку наличия и количества неприятных и травмирующих элементов и др. Каждый вопрос должен иметь заранее определенные варианты ответа, из которых опрашиваемый выбирает наиболее для него приемлемый, например, самочувствие по окончании лечения – хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное. Каждому ответу на вопросы для врачей и (или) пациентов присваивается весовой коэффициент (вес), характеризующий его сравнительную значимость для выполняемой оценки. Веса ответов вычисляются на основе особой процедуры попарного (бинарного) сравнения экспертом или экспертами (высококвалифицированными специалистами данного профиля) их важности с применением, например, качественной семизначной шкалы, имеющей значения: ответ № i вопроса № j значительно более важен, чем ответ № n вопроса № m; более важен; немного более важен; равен по важности; немного менее важен; менее важен; значительно менее важен. Качественным бинарным оценкам те же эксперты сопоставляют некоторые числовые эквиваленты из интервала [0,1]. Вес каждого ответа на вопрос вычисляется суммированием попарных оценок его важности в сравнении с другими ответами на этот и другие вопросы и самим собой. Аналогично вычисляются и сравнительная важность (авторитет-

ность) мнений лиц, участвующих в опросе. Проводится опрос, по окончании которого вычисляются суммарные числовые оценки качества лечения, даваемые каждым врачом и (или) пациентом. Суммарная оценка рассчитывается путем сложения весов данных ответов на вопросы. Далее возможны варианты: 1) суммарные оценки складываются отдельно для врачей и пациентов или для всех вместе (при этом не учитывается авторитетность опрашиваемых); 2) суммарные оценки умножаются на числовую меру авторитетности, после чего складываются. Затем вычисляются пессимистическая и оптимистическая оценки рассматриваемого способа лечения, методики или медикамента и анализируется местоположение полученной оценки по отношению к найденным граничным оценкам.

Ермолаева Н.Б., Костенко Г.А., Бурлак Н.В.

## **ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ**

г. Краснодар, Россия

Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Краснодарском крае ежегодно растет. Это обусловлено как возрастанием значимости половой передачи, так и ростом «женской» наркомании (Ф.И. Ларин и соавт., 2002). При этом соотношение числа родов к числу аборт на протяжении всего периода регистрации существенно не меняется и колеблется от 1,2 до 1,6 с небольшим преобладанием числа родов. С 1996 г по 1.10.2002 г от серопозитивных матерей родилось 188 детей, из них 109 за последние 3 года наблюдения.

Беременных женщин в крае с 1999 года обследуют на ВИЧ-инфекцию при постановке их на учет и в 30 недель беременности, а в случае отсутствия сведений – непосредственно при поступлении в учреждение родовспоможения. Под наблюдением находились все дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, а так же не имеющие на момент родов результатов обследования на ВИЧ (в этом случае забиралась пуповинная кровь).

Это позволило провести в 1999 году профилактику вертикальной трансмиссии ВИЧ у 60% беременных ВИЧ-инфицированных женщин (до 1999 года - только у 32%). У детей, находившихся в перинатальной экспозиции к ВИЧ серологический контроль в ИФА и иммуноблотинге осуществлялся от 3-х до 18-ти месяцев жизни ребенка через каждые 3 месяца, после 18-ти до 36 месяцев через каждые полгода.

В настоящее время под нашим наблюдением находится 95 детей, достигших 18-ти месячного возраста и старше. Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ проводилась у 45 детей (47,4%). Все дети, получавшие профилактику согласно РАСТГ № 076 (1-й этап: азидотимидин капсулы – во время беременности; 2-й этап: ретровир внутривенно в родах, 3-й этап: ретровир сироп новорожденному) и достигшие 18-месячного возраста и старше имеют отрицательные результаты на ВИЧ при серологическом контроле в ИФА и иммуноблотинге. К сожалению, в остальных случаях полная трехэтапная схема профилактики была невозможна ввиду отсутствия препаратов и их высокой стоимости (проводились 1 или 2 этапы профилактики в комбинации с третьим этапом или 3 этап), что привело к инфицированию 4 детей (8,8%).

Этот же показатель в группе детей, не получавших профилактику ни на одном их этапов, был значительно выше и составил 22%.

Ермоленко Е.И., Алехина Г.Г, Суворов А.Н.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ *ENTEROCOCCUS FAECIUM* L3 В ПРИСУТСТВИИ ЛАКТОБАЦИЛЛ**

г. Санкт-Петербург, Россия

Энтерококки и лактобациллы, как правило, являются членами одного того же микробиоценоза, успешно применяются в составе комбинированных пробиотических препаратов. Однако механизмы их взаимодействия изучены недостаточно. Наибольший практический интерес имеет исследование взаимного влияния рассматриваемых лактобактерий на антагонистическую активность по отношению к возбудителям инфекционных болезней.

Целью настоящей работы явилось сравнение антагонистической активности энтерококков при их культивировании отдельно и в присутствии лактобацилл.

В работе использовали штаммы *E. faecium* L3, входящий в состав пробиотических препаратов “Ламинолакт” и “Биламинолакт” (“Авена”, Россия), и *Lactobacillus fermentum* 65c, выделенный из урогенитального тракта. Видовая принадлежность штаммов была установлена при помощи рибосомального типирования. *L. fermentum* 65c отличался от других клинических изолятов выраженной антибактериальной активностью. При этом данный штамм не проявлял выраженного антагонизма по отношению к штамму *E. faecium* L3. Антагонистическую активность энтерококков, культивируемых отдельно или в присутствии лактобацилл, исследовали методом двухслойного агара. Полученные результаты анализировали при помощи предложенного нами количественного показателя, МИКА (Минимальное ингибирующее количество антагониста, препятствующее росту индикатор-

ных культур). В качестве индикаторных культур использовали: *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Proteus mirabilis* N2.

Показано, что совместное культивирование *E. faecium* и *L. fermentum* в плотной среде для лактобактерий (МРС 4) не влияло на количество колоний антагонистов. Однако, культуры, выращенные совместно, проявляли более высокую (в 10-1000 раз) антагонистическую активность по сравнению с пробами, содержащими бактерии одного рода. Особенно ярко эта тенденция проявилась при исследовании влияния лактобактерий на рост *P. mirabilis*. МИКА энтерококков, лактобацилл и их комбинации по отношению к протею составляли 4,9, 5,3 и 2,5 lg КОЕ/мл, соответственно.

Итак, *E. faecium* L3, выращенные в присутствии *Lactobacillus* sp., значительно повышают эффективность противомикробного действия. Выбранная комбинация штаммов лактобацилл и энтерококков может быть использована для разработки соответствующего комбинированного пробиотического препарата.

Еровиченков А.А., Козинец Г.И., Малолетнева Н.В., Погорелов В.М., Дягилева О.А., Анохина Г.И.,  
Колаева Н.В., Набокова Н.Ю., Садовская Г.В., Шуба, Микерин С.М., Каншина Н.Н.,  
Нечаева И.П., Карманов М.И., Горобченко А.Н.

### **ФАГОЦИТАРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПОЛИМОРФНО-ЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ (ПМЯЛ) У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ**

г. Москва, Россия

Известно, что полиморфно-ядерные лейкоциты играют важную роль в защите организма от инфекции. В последние годы многие исследователи обращают на важное прогностическое значение функционального и морфологического ПМЯЛ у больных с бактериальной инфекционной патологией.

Цель исследования: Изучение фагоцитарной активности и функционального состояния ПМЯЛ у больных различными формами рожи в динамике инфекционного процесса.

Методы: Обследовано 25 больных с различными формами рожи (у 12 больных - первичная форма, у 13 – рецидивирующая, у 6 больных – тяжелое течение, у 19 – среднетяжелая форма), находившихся на лечении в специализированном отделении КИБ №2, г. Москва. Для исследования использовали ПМЯЛ периферической крови больных рожей в динамике: при поступлении (1-4 день болезни) и в периоде реконвалесценции (9-12 день болезни).

Для оценки фагоцитарной активности ПМЯЛ использовали постановку спонтанного НВТ-теста (тест восстановления нитросинего тетразолия). Для оценки состояния функциональной активности исследовали активность щелочной фосфатазы (метод расщепления щелочной фосфатазой  $\alpha$ -нафтил-фосфата) и миелопероксидазы (метод основан на окислении бензидаина в присутствии перекиси водорода) ПМЯЛ (ферменты локализуются во вторичных и азурофильных гранулах нейтрофилов). Для оценки результата в каждом случае рассчитывали средний цитохимический коэффициент.

Результаты исследования: У 8 (60%) больных первичной и 6 (46%) больных рецидивирующей рожей нами отмечено повышение фагоцитарной активности ПМЯЛ в остром периоде болезни, в тоже время в периоде реконвалесценции отмечаем повышение фагоцитарной активности у всех больных первичной рожей и сохранение низкой активности ПМЯЛ у большинства больных рецидивирующей рожей. Активность изучаемых ферментов (щелочной фосфатазы и миелопероксидазы) ПМЯЛ была снижена у больных с рецидивирующим течением рожи. Нами не отмечено разницы в изучаемых показателях у больных рожей в зависимости от характера (эритематозные и геморрагические формы) местного воспалительного очага.

Обсуждение результатов: Полученные данные указывают на важное прогностическое значение фагоцитарной и функциональной активности ПМЯЛ в развитии инфекционного процесса у больных различными формами рожи. Снижение функциональной активности ПМЯЛ является важным патогенетическим звеном в развитии рецидивирующей рожи.

Ершова О.Н., Кириллова И.Л., Коленова Т.В., Шахгильдян И.В., Кузин С.Н., Розова А.В.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

г. Москва, г. Череповец, Россия

Высокий риск инфицирования НВ-вирусом медицинских работников позволяет отнести гепатит В (ГВ) у лиц этой группы к профессиональным заболеваниям. Вакцинопрофилактика ГВ работников лечебно-профилактических учреждений является одной из приоритетных задач службы здравоохранения.