

липидов непосредственно в мембранах. В период реконвалесценции при исчезновении клинических симптомов ПТ значения T1/2 и C1r антипирина у детей отличались от нормальных величин соответственно в 1,6 и 1,5 раза ($p < 0,001$), активность ГТ – в 1,7 раза ($p < 0,001$) при той же динамике показателей, свидетельствуя о токсической отягощенности организма. Повреждение гепатоцитов при ПТ у детей, сопровождаемое нарушением общего детоксикационного потенциала, снижает способности организма к обезвреживанию микробных токсинов и потенцирует возможность развития более тяжелого или рецидивирующего течения инфекции.

Жаров М.А.

К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РОЖИ

г. Майкоп,

Рожа по-прежнему остается одной из наиболее распространенных инфекционных болезней человека, характеризующаясь высоким удельным весом неблагоприятно протекающих геморрагических форм и выраженной склонностью к рецидивированию. Сложившаяся ситуация, связана с недостаточной эффективностью существующих в настоящее время методов лечения этого заболевания, что диктует необходимость поиска новых лекарственных препаратов, способных воздействовать на синтез факторов регуляции клеточных взаимодействий в процессе развития болезни. Неполное освобождение организма больного от возбудителя связано как со свойствами последнего реинверсировать в L – формы и персистировать в таком виде в дерме с угнетением нейтрофильного и макрофагального фагоцитоза. Добиться более эффективной эрадикации β - гемолитического стрептококка возможно, видимо, лишь комбинируя антибиотики со средствами, являющимися стимуляторами клеток фагоцитарного ряда, обладающие антиоксидантной активностью.

Изучено у больных рожей действие нового отечественного препарата галавтилин, являющегося корректором фагоцитарных реакций. Для оценки эффективности различных методов лечения рожи, было выделено три группы больных с различными методами местного лечения воспалительного очага рожи при проведении всем стандартной комплексной этиопатогенетической терапии. Включение в комплексную терапию больных рожей галавтилина обусловило более доброкачественное течение болезни. Лихорадочный период в 1-й группе составил $2,1 \pm 0,2$, в контрольных – $4,7 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,1$ дня. Продолжительность симптомов интоксикации в 1-й группе составила $1,4 \pm 0,9$ дня, во 2-й и 3-й группах соответственно – $4,4 \pm 0,3$ и $4,2 \pm 0,1$ ($p < 0,01$). Длительность гиперемии у больных 1-й группы составила $5,8 \pm 0,4$ дня, в группах контроля – $11,6 \pm 0,9$ и $14,3 \pm 1,7$. Длительность сохранения других местных проявлений в основной группе сократилась и составила в среднем $7,7 \pm 0,6$ дня, против $12,6 \pm 0,8$ и $14,1 \pm 1,3$ в контрольных группах ($p < 0,01$). Побочных явлений у наблюдавшихся больных не зарегистрировано. Полное выздоровление при выписке из стационара в 1-й группе больных наблюдалось в 69,8%, во 2-й группе – в 40,3%, в 3-й группе – в 40,0% человек. Осложнения развились у 5,3% больных, не лечившихся галавтилином. В 1-й группе койко-день составил $8,8 \pm 0,7$ дня, во 2-й группе – $13,1 \pm 0,98$, в 3-й группе – $15,5 \pm 1,7$. У больных рожей, контрольных группах регистрировались ранние рецидивы заболевания в 23,7%, в основной группе рецидивов не было. Для оценки терапевтической эффективности галавтилина в сравнительном аспекте изучены клинические симптомы, лабораторные анализы. Объективным показателем эффективности данного метода является динамика изменения гематологических показателей интоксикации и системы гемостаза. В 1-й группе пациентов ЛИИ и ГПИ, время рекальцификации плазмы, тромботест и фибриноген были ниже и нормализовались раньше, чем у больных 2-й и 3-й групп ($p < 0,05$). Полученные данные явились основанием для оценки эффективности указанных нами методов лечения рожи. Сравнительная характеристика клинических групп больных рожей показала, что традиционные схемы комплексного лечения заболевания в сочетании с галавтилином, позволили достичь более отчетливой клинической динамики со стороны общего состояния, лабораторных показателей крови и прогнозе заболевания.

Жданов К.В., Гусев Д.А., Лучшев А.В., Захаренко С.М.

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

г. Санкт-Петербург, Россия

Проблема дисбиоза кишечника при парентеральных вирусных гепатитах (ВГ), рассматриваемая через призму необходимости комплексной оценки сочетанной патологии в клинике инфекционных и внутренних болезней, остаётся весьма актуальной и мало изученной. Следует признать, что литературные данные о коморбидности дисбиоза и парентеральных вирусных гепатитов крайне малочисленны и во многом противоречивы.

В ряде исследований показано, что изменения нормального биоценоза толстой кишки у больных ВГ выявляются с частотой до 93% случаев, причём дисбактериоз 1 степени наблюдается в 5-7%, 2 степени - в 84-86%, 3 степени – до 10%. При сравнении тяжести течения ВГ со степенью и характером дисбактериоза авторами отме-

чается, что тяжесть течения ВГ прямо пропорциональна степени нарушения микрофлоры кишечника. Есть данные, что наиболее ярко эта закономерность проявляет себя при вирусном гепатите В (ВГВ) – клинические проявления ВГ у лиц, страдающих дисбактериозом кишечника, характеризуются более частыми и более выраженными симптомами интоксикации: повышением температуры тела, тошнотой, рвотой, снижением аппетита. У данных больных более продолжительный преджелтушный период (6-7 дней), период разгара болезни – желтушный период (16 – 17 дней), у ряда больных (до 10%) отмечается тенденция к затяжному течению (Гранитов и соавт., 2003 г.).

При хронических ВГ, имеющих сопутствующую патологию в виде дискинезии желчевыводящих путей и желчекаменной болезни имеется дисбиоз II-III степени (Неверов В.А., 2003 г.). Причём, изменения микрофлоры наиболее выражены в стадии разгара заболевания. Они характеризуются дефицитом бифидо- и лактофлоры, увеличением количества представителей условно-патогенной флоры: клебсиелл, протей, стафилококков, синегнойной палочки, грибов рода *Candida*. Также имеется изменения количества типичных *E.coli* и их качественных свойств (гемолитические, лактозонегативные формы). В период ранней реконвалесценции имеет место усугубление дисбактериоза в тех случаях, когда при лечении используются кортикостероиды. И наоборот, в тех случаях, когда больным с первых дней пребывания в стационаре в комплексную терапию ВГ включают зубиотики, степень дисбактериоза в период отдалённой реконвалесценции минимальна (Хорошилова и соавт., 2003 г.).

При острых ВГ, особенно с явлениями холестаза, часто находятся в копрофильтратах патогенные микроорганизмы: *S. sonne*, *S. flexneri*, *S. newcastle*; *Salmonella B, C1, C2, D, E* серогрупп; *Y. pseudotuberculosis I, II*; *Y. enterocolitica O3, O9, O7,8, O4,33, O6,30*; *E. coli O157*; *Campylobacter*; *Helicobacter pylori*. Также у данной категории больных в 97% случаев отмечается появление в крови антигенов возбудителей кишечных инфекций (Зувская и соавт., 2003 г.).

Таким образом, на сегодняшний день по данным литературы прослеживается чёткая взаимосвязь между тяжестью течения вирусных гепатитов и дисбиозом кишечника. Это является основанием для более глубокого изучения данной проблемы и создания стандартизированных подходов к обследованию и лечению больных вирусными гепатитами.

Жданов К.В., Пастушенков В.Л., Гусев Д.А., Рукина Н.Ю.
**СОДЕРЖАНИЕ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**
г. Санкт-Петербург, Россия

Печень играет важную роль в процессах метаболизма, транспорта, хранения и экскреции тиреоидных гормонов. Немногочисленные литературные данные свидетельствуют, что хронические вирусные гепатиты часто приводят к развитию дисфункции щитовидной железы, в частности наблюдается повышение уровня тироксина (Т4) в сыворотки крови, снижение уровня трийодтиронина (Т3) за счет уменьшения его секреции, дейодирования и усвоения гепатоцитами Т4, повышается уровень реверсивного Т3. В связи с нарушением белковосинтетической функции печени может изменяться уровень тироксин связывающего глобулина (ТСГ). В тоже время известно, что существует и обратная связь между уровнем гормонов щитовидной железы и функцией печеночной клетки. Уровень гормонов щитовидной железы важен для нормального функционирования гепатоцитов, в том числе обмена билирубина.

К характерным особенностям ХГС относится частое развитие полиморфных внепеченочных проявлений, одним из которых являются поражения щитовидной железы. Кроме того, этиотропная терапия заболевания нередко сопровождается таким серьёзным нежелательным эффектом, как аутоиммунный тиреоидит. В связи с этим, крайне важно в ходе комплексного обследования оценивать функциональное состояние щитовидной железы, особенно если планируется проведение интерферонотерапии.

Под наблюдением находилось 75 больных ХГС, которым помимо комплексного клиничко-лабораторного обследования проведено изучение сывороточного содержания гормонов – ТТГ, Т3, Т4, антител к тиреоглобулину и тиреопироксидазе, а также ТСГ. Большинство обследованных были мужчины (76%) в возрасте от 17 до 59 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых доноров (без маркеров HCV-инфекции).

В результате работы было установлено, что среднее содержание гормонов в сыворотке крови больных ХГС находилось в пределах физиологических колебаний и не отличалось от таковых в контрольной группе: ТТГ – $1,54 \pm 0,18$ мкМЕ/мл (норма 0,23 – 3,40), Т3 – $1,62 \pm 0,05$ нмоль/л (норма 1,0 – 2,8), Т4 – $155,2 \pm 3,7$ нмоль/л (норма 53 – 158). Однако уровень ТТГ был повышен у 14,3% пациентов (от 3,55 до 10,95 мкМЕ/мл), а Т4 – у 35% (от 159 до 259 нмоль/л), чего не отмечалось в контрольной группе. При изучении сывороточного содержания антител к щитовидной железе наблюдалось отсутствие антител к тиреоглобулину у всех обследованных как опытной, так и контрольной группы. В свою очередь, антитела к тиреопироксидазе были значительно повышены лишь у 2 женщин опытной группы 461 и 468 Ед/мл (норма 0 -30), у которых также установлены высокие уровни ТТГ.

Также установлено, что по мере прогрессирования ХГС происходило увеличение уровня ТЗ, Т4. Наиболее выраженное повышение содержания Т4 и ТЗ наблюдалось на стадии тяжелого фиброза. В свою очередь уровни ТЗсв. и Т4св. не имели достоверного увеличения, тогда как уровень ТСГ достоверно увеличивался параллельно прогрессированию фиброза. Это позволило предположить, что у больных ХГС увеличение уровня Т4 и ТЗ связано с гиперпродукцией ТСГ клетками печени.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о невысоком уровне изменений функционального состояния щитовидной железы по данным гормонального статуса и уровням аутоантител у пациентов с ХГС. Данная ситуация связана, скорее всего, с преобладанием мужчин и молодым возрастом обследованных. В любом случае оценка состояния щитовидной железы больных ХГС крайне важна, прежде всего, для исключения противопоказаний к этиотропной терапии.

Жданов К.В., Селиванов Е.А., Гусев Д.А., Стрельцов А.Г., Андреева Т.А., Золотых В.Г.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

С целью изучения клинико-лабораторных особенностей течения ХГС у больных гемофилией были обследованы 65 пациентов в возрасте от 15 до 64 лет (средний возраст – 33,06±1,69 года). У 58 (89,2%) диагностирована гемофилия А, у 7 (10,8%) – гемофилия В. По степени тяжести гемофилии больные распределились следующим образом: легкая – 6 (9,2%), средней тяжести – 14 (21,5%), тяжелая – 45 (69,3%).

Группу сравнения составили 51 больной ХГС мужского пола, возраст которых колебался от 20 до 54 лет, в среднем составив 33,25±1,15 года (различия по возрасту в группах не достоверны). Предполагаемая длительность инфицирования достоверно различалась в сравниваемых группах больных (опытная группа – 30,0±1,6 года, группа сравнения – 3,5±0,33 года, $p < 0,0001$). Всем пациентам проводили осмотр по органам и системам, общеклинические и биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

В ходе сравнительного изучения основных клинико-биохимических показателей в указанных группах больных было установлено, что у гемофиликов, инфицированных ВГС, достоверно реже отмечалась слабость (3,1% и 23,5%), чувство тяжести в правом подреберье (43,1% и 49,6%), гепатомегалия (33,8% и 60,8%), диффузные изменения в поджелудочной железе по данным УЗИ (30,8% и 68,6%). Кроме того, в опытной группе наблюдалась достоверно более низкая активность аминотрансфераз: АЛТ (69,6±16,1 Е/л и 201,2±33,0 Е/л) и АСТ (32,6±5,9 Е/л и 70,9±7,8 Е/л), щелочной фосфатазы (78,6±3,6 Е/л и 121,5±7,7 Е/л), а также закономерно меньшее содержание гемоглобина (141,7±1,7 и 147,3±2,1 г/л), тромбоцитов (193,8±7,2 и 260,8±4,1¹⁰⁹/л), лимфоцитов (33,6% и 38,1%), сывороточного железа (14,1±1,7 и 28,7±1,5 ммоль/л).

В тоже время у пациентов с гемофилией достоверно чаще отмечалась спленомегалия (41,6% и 37,3%) лимфаденопатия (27,8% и 10,4%), более ускоренное СОЭ (10,4±1,5 и 4,2±0,6 мм/ч) и высокий протромбиновый индекс (98,3% и 87,3%), а также большее содержание сегментоядерных нейтрофилов (55,7% и 52,3%) и циркулирующих иммунных комплексов (69,7±8,7 и 44,6±6,1 ед.).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на существенно более длительный период инфицирования, ХГС у больных гемофилией протекает с меньшими клинико-лабораторными проявлениями, чем у HCV-инфицированных того же возраста без гемофилии. Возможной тому причиной может служить ранее заражение ВГС и несостоятельность иммунного ответа в детском возрасте, а также напряженность иммунитета гемофиликов вследствие постоянного антигенного раздражения при переливаниях крови и её компонентов.

Жданов К. В., Чирский В. С., Гусев Д.А., Алентьев Г. А., Голубин Б.В., Юшманов И.Г.

ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ HCV-ЦИРРОЗА ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

С целью изучения особенностей клинического течения и патоморфологических изменений печени при HCV-циррозе было обследовано 68 пациентов. Возраст больных варьировал от 21 до 78 лет, в среднем составив - 40,3±1,4 лет. Преобладали мужчины (41 человек, 60,2%). Проводилось клинико-лабораторное обследование, включая гистологическое изучение печени с количественной и полуколичественной морфометрией. Результаты подвергались статистической обработке с применением корреляционного анализа.

В ходе исследования установлено достоверное влияние на степень варикозного расширения вен пищевода и риск возникновения кровотечения таких морфологических показателей как удельный объем инфильтрации портальных трактов ($r=0,52$, $p < 0,05$) и соотношение удельного объема сосудов к удельному объему соедини-

тельной ткани ($r=0,74$, $p<0,01$), а также прямая умеренная корреляция между удельным объемом гепатоцитов и выраженностью желтухи ($r=0,54$, $p<0,03$). Иными словами, чем больше удельный объем инфильтрации и выше соотношение сосудов к соединительной ткани, тем выше риск развития кровотечения. По-видимому, возрастание риска кровотечения в этом случае объясняется непосредственным сдавлением портальных триад инфильтратами, что в конечном итоге приводит к повышению давления в портальной системе и как результат последнего, к развитию кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Связь риска кровотечения с показателем, отражающим соотношение удельного объема сосудов к удельному объему соединительной ткани, может быть объяснена следующим образом. Так как при подсчете удельного объема сосудов учитывались и новообразованные сосуды, то данное соотношение может служить косвенным отражением перестройки сосудистой архитектоники печеночной ткани, т.е. выраженности цирротического процесса в печени в целом. А чем более выражены изменения сосудистой архитектоники, тем выше риск развития кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Жданов К.В., Чирский В.С., Гусев Д.А., Голубин Б.В., Алентьев Г.А., Шахманов Д.М.

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХГС

г. Санкт-Петербург, Россия

Целью настоящего исследования послужило изучение эффективности комбинированной противовирусной терапии ХГС препаратами интерферона-альфа и рибавирина по данным парных биопсий печени (до и после лечения).

К настоящему времени обследовано 15 больных ХГС, которым в течение 48 недель проводилось этиотропное лечение. Всем пациентам в процессе терапии осуществлялся мониторинг эффективности и безопасности - выполнялись общеклинические, биохимические, серологические, вирусологические исследования крови. Кроме того, для оценки эффективности противовирусной терапии всем больным до и после лечения была выполнена пункционная биопсия печени. Морфологические исследования гепатобиоптата включали морфометрические и гистохимические методы. Результаты исследования оценивались качественно и полуколичественно с использованием индекса гистологической активности по Кноделю (ИГА).

В ходе работы установлено, что после проведенной терапии наблюдалось достоверное снижение ИГА: до лечения - $3,6\pm 0,4$ балла, после - $2,3\pm 0,4$ балла (различия достоверны, $p<0,05$). Причем регрессия воспалительного процесса отмечалась в основном за счет уменьшения выраженности портальной инфильтрации и частоты внутридольковых некрозов. Следует также отметить, что улучшение гистологической картины в печени наблюдалось как у пациентов с полной первичной ремиссией, так и у больных, «неотвечивших» на противовирусную терапию.

Также выявлено, что у 46 % пациентов отмечалось уменьшение выраженности фиброза, у 38 % – его степень не изменилась, у 16 %, несмотря на проведенную терапию, отмечалось нарастание фиброза. При этом у пациентов «отвечивших» по фиброзу на лечение, до терапии обнаруживалась более выраженная активность воспалительного процесса в печени: ИГА до лечения - $4,2\pm 0,7$, после - $2,3\pm 0,6$ (различия достоверны, $p<0,05$).

Таким образом, предварительные результаты проводимой работы свидетельствуют о высокой информативности и значимости повторных исследований гепатобиоптатов до и после лечения. Подтверждение полученных результатов на количественно более значимой группе обследованных, а также применение высоко чувствительных иммуногистохимических методов будет способствовать более полному пониманию механизмов ответа организма на современную противовирусную терапию.

Жданов К.В., Юркаев И.М., Гусев Д.А., Шахманов Д.М., Голубин Б.В.

ЗНАЧЕНИЕ НЛА-ТИПИРОВАНИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОТВЕТА НА ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ HCV-ИНФЕКЦИИ

г. Санкт-Петербург, Россия

На сегодняшний день установлено, что особенности клинического течения и исходы хронического гепатита С (ХГС) преимущественно обусловлены генетически детерминированными вариантами иммунного ответа. Однако проблема их взаимосвязи с антигенами главного комплекса гистосовместимости, а значит и предрасположенности к развитию различных форм HCV-инфекции остается малоизученной.

Целью настоящей работы послужило выявление ассоциативных связей между антигенами гистосовместимости и ответом на этиотропное лечение при ХГС. Анализ распределения НЛА-антигенов 1 класса был выполнен у 19 пациентов с HCV-инфекцией. Большинство обследуемых являлись мужчинами (89,4%) в возрасте от 16 до 39 лет (в среднем $21,7\pm 0,3$ года). Предполагаемая длительность инфицирования колебалась от 6 месяцев

до 10 лет и в среднем составила $2,3 \pm 0,2$ года. Диагноз выставлялся на основании комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования. Все пациенты получали комбинированную противовирусную терапию (интерферон-альфа и рибавирин) в течение 48 недель.

В ходе исследования установлено, что стабильная ремиссия была достигнута у 13 пациентов (68,4%), тогда как 6 человек (31,6%) не ответили на лечение. При этом у неответивших на терапию, значительно преобладал HLA-A9 (55%). В то же время у лиц со стабильной ремиссией, указанный антиген полностью отсутствовал.

Предварительные результаты позволяют предположить, что наличие у больного ХГС антигена HLA-A9 свидетельствует о возможном неблагоприятном ответе на противовирусную терапию. Однако в связи с незначительным числом обследованных необходимо дальнейшее изучение проблемы иммуногенетического прогнозирования результатов этиотропного лечения при HCV-инфекции.

Жданов К.В., Юркаев И.М., Гусев Д.А., Шахманов Д.М., Голубин Б.В.
**HLA-ТИПИРОВАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ВИРУСНОЙ РЕПЛИКАЦИИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С**

г. Санкт-Петербург, Россия

Данные немногочисленных исследований указывают на наличие связи антигенов главного комплекса гистосовместимости с различными заболеваниями (Бондаренко А.Л., 2002; Barrett S., 2001; Thio C.L., 2002). Среди сложных генетических систем организма человека комплекс HLA является наиболее изученным. С некоторыми антигенами HLA может быть ассоциирован как слабый, так и сильный иммунный ответ, что может приводить к развитию различных форм хронического гепатита С (ХГС) и имеет значение для прогнозирования его течения и исходов.

Целью настоящего исследования послужило выявление связей между антигенами гистосовместимости и состоянием вирусной репликации при HCV-инфекции. Выполнен анализ распределения HLA-антигенов I класса у 40 пациентов с ХГС. Большинство обследуемых были мужчины (82,5%) в возрасте от 16 до 44 лет (средний – $23,8 \pm 0,4$ года). Предполагаемая длительность инфицирования колебалась от 6 месяцев до 10 лет и в среднем составила $2,6 \pm 0,3$ года. Верификация диагноза осуществлялась на основании комплексного клинико-лабораторного обследования, включавшего определение уровня вирусемии и генотипа ВГС.

Установлено, что у всех пациентов с HLA-B27 выявлялся низкий (менее 1000000 экв. генома/мл), а с HLA-B12 – высокий (более 1000000 экв. генома/мл) уровень вирусемии. В то же время, за генотип ВГС наблюдался у всех лиц с HLA-B5 антигеном, а 16 преобладал у обследуемых с HLA-B18 (62,5%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии определенных взаимосвязей между HLA-генотипом больного и биологическими свойствами ВГС (генотип и уровень вирусной репликации). Представленные результаты являются предварительными и требуют дальнейшего изучения на более репрезентативной выборке.

Жеребцова Н.Ю., Валишин Д.А., Лопатина Т.К., Куликова, М.В. Асадуллина О.А.,
Сюндюкова Л.А., Петрова Е.Б.

**АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ
ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ В Г. УФЕ**

г. Уфа, Россия

Отличительной особенностью инфекционной патологии сегодня является возрастающая роль условно-патогенных микроорганизмов в т.ч. семейства Enterobacteriaceae. В этой связи изучение антибиотикорезистентности условно-патогенных энтеробактерий (УПЭ) важно с точки зрения их роли в инфекционной патологии человека и для прогнозирования успехов терапии.

Целью настоящей работы явилось изучение распространения антибиотикорезистентных штаммов грамотрицательных условно-патогенных энтеробактерий, выделяемых при ОКИ у детей в МУ г. Уфы ИКБ №4.

В работе использовано 105 клинических штаммов УПЭ: *Klebsiella* spp. – 62,9%; *Proteus* spp. – 20%; *Citrobacter* spp. – 11,4%; *Enterobacter* spp. – 5,7%, выделенных при ОКИ в период за I – IV – 2004 года. Дифференциацию возбудителей проводили с помощью биохимических тестов. Чувствительность определяли методом диффузии в агар с использованием дисков к 10 антибактериальным препаратам и 4 бактериофагам: ампициллин, карбенициллин, гентамицин, тетрациклин, левомецетин, полимиксин, канамицин, цефалексин, фузидин, фурагин, интестибактериофаг, пиобактериофаг поливалентный, коли-протейный бактериофаг и клебсиеллезный поливалентный бактериофаг. Результаты оценивались по диаметру зоны отсутствия роста исследуемого штамма.

Результаты исследования показали, что ко всем антибиотикам были устойчивые штаммы. Наибольшая резистентность наблюдалась к фузидину – 88,6%; фурагину и левомецетину 80% – 77,1% соответственно; к ампи-

циллин, тетрациклин, полимиксин – от 57,1% до 74,3%; к карбенициллину и гентамицину устойчивы 51,4% штаммов. Наименьшая резистентность наблюдалась к канамицину и цефалексину – 44,3% и 47,1% соответственно.

К бактериофагам были устойчивы – 42,9% штаммов УПЭ.

48,6% изученных культур были чувствительны только к 1-3 антибиотикам и фагам: 20% только к 1-3 антибактериальным препаратам и ни одного штамма чувствительного только к фагам.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Наибольшая резистентность циркулирующих в г. Уфе УПЭ наблюдается к фузидину – 88,6% и наименьшая к канамицину и цефалексину – 44,3% и 47,1% соответственно;
2. 48,6% УПЭ устойчивы к 7 антибактериальным препаратам;
3. 42,9% УПЭ, циркулирующих в г. Уфе резистентны к бактериофагам.

Жеребцова Н.Ю., Валишин Д.А., Хейфец Б.Х., Петрова Е.Б.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ БАКТЕРИЯМИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *г. Уфа, Россия*

В настоящее время заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) у детей остается высокой. Отличительной особенностью современного течения ОКИ является все возрастающая роль условно патогенной флоры (УПФ). В работах разных авторов доля ОКИ, вызванных УПФ, колеблется от 10% до 30%. По данным МУ г. Уфы ИКБ №4 за 2001 – 2003 г.г. доля УПФ составляла 21,3 – 27,6%.

В 2003 году данной патологией переболело 560 ребенка, что составило 23,9%. По возрастам заболевшие распределились следующим образом: 0-12 месяцев – 226 – 40,1%; 1-3 лет – 231 – 41,3%; 4-7 лет – 64 – 11,4%; 8-17 лет – 30 – 5,4%; 15-17 лет – 9 – 1,5%. Основное число заболевших составили дети раннего возраста – 457 человек – 81,7%, преобладали девочки – 60%.

Нозологические формы ОКИ, вызванных УПФ были следующими: протеез – 124 – 22,1%; стафилококкоз – 144 – 25,7%; псевдомоноз – 42 – 7,5%; клебсиеллез – 160 – 28,6%; цитробактериоз – 46 – 8,2%; энтеробактериоз – 42 – 7,5%; хафния-инфекция – 2 – 0,4%.

Чаще всего от больных высевались стафилококк, клебсиелла и протей. На их долю пришлось 76,4% инфекций. По тяжести заболевания преобладали среднетяжелые формы – 88,6%, легкие составили – 4,9%, тяжелые – 7,5%. Последние были обусловлены в 60% клебсиеллами, в 40% протеем.

Большинство больных поступали в стационар на 1-2 сутки. Заболевание начиналось остро с повышением температуры тела до 38,5⁰С у 84,6%, у 15,4% до 39⁰С и выше. Рвоты, как правило, 1-6 раз лишь, у 13,5% детей, независимо от возраста, рвота многократная. Жидкого стула до 6 раз, у большинства детей без патологических примесей, только у 21% присутствовали слизь и зелень. Продолжительность лихорадочного периода в среднем составила 2-3 дня, диспептических явлений 1-2 дня и продолжительность диареи до 5 дней у 73%, у остальных больных до 10 дней.

Таким образом, на основании анализа заболеваемости ОКИ у детей за год, можно сделать следующие выводы:

- 1) Удельный вес ОКИ, вызванных УПФ составил 23,9%;
- 2) В 76,4% возбудителями являлись стафилококк, протей и клебсиелла;
- 3) В 88,6% заболевания протекали в среднетяжелой форме;
- 4) Среди заболевших преобладали дети раннего возраста 76,4%.

Жоголев С.Д., Казаков А.Н.

НОСИТЕЛЬСТВО STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

г. Санкт-Петербург, Россия

В доантибиотическую эру *S. pneumoniae* выделялся из мокроты в 81% случаев всех пневмоний и в 96% случаев лобарной пневмонии. С того времени отмечается значительное снижение частоты выделения этого возбудителя и, соответственно, увеличение доли недиагностированных пневмоний, что обусловлено, вероятно, как снижением интенсивности циркуляции пневмококка, так и трудностями в выделении (возможно из-за широкого применения антибиотиков).

Выделение пневмококков осуществлялось по методике НИИ пульмонологии Санкт-Петербургского ГМУ им. И.П. Павлова. Группа лиц, находившихся под наблюдением, состояла из 310 мужчин в возрасте 18-21 года.

S. pneumoniae был выделен хотя бы однократно у 170 обследуемых (частота 54,8 %). Всего пневмококк был обнаружен в 237 из 1157 проб исследуемого материала и его концентрация колебалась в пределах 10^2 - 10^8 микробных клеток на мл (мк/мл) с преобладанием очень высоких концентраций, порядка 10^6 - 10^8 мк/мл. Такая степень обсемененности содержимого глотки этими бактериями обнаружена в 115 пробах патологического материала, т.е. почти в половине проб (47,5 %) в которых был обнаружен пневмококк. Всего было выделено 242 штамма *S. pneumoniae* в 237 положительных пробах. У трех обследуемых одновременно выделялись по 2 культуры различных серотипов и в разных концентрациях, а у одного курсанта при втором обследовании удалось получить три различных штамма пневмококка. Типировать удалось 60 (24,8 %) штаммов, так как большинство культур характеризовалось различной степенью нарушения полисахаридной капсулы микроба - нетипирующиеся и спонтанно-агглютинирующие формы.

Выделенные культуры *S. pneumoniae* принадлежали к 17 серотипам и серогруппам. Преобладающими серогруппами и серотипами были - 15, 3, и 18 (по 12, 10 и 8 штаммов соответственно). Эти три варианта по антигенной структуре полисахаридной капсулы составили 50 % всех типизирующихся культур. Интересно отметить, что после первых трех исследований преобладали 18 и 29 серотипы (по 4 культуры) и 19 (3 культуры) серотип. Они составляли 33,5 % типированных культур. И лишь на четвертом этапе на первое место вышли 15 и 3 серотипы (встречавшиеся и на первых этапах исследования), а 18 серотип сохранил свое ведущее значение. Таким образом, после летнего каникулярного отпуска в коллективе резко активизировались возбудители ряда имевших место серотипов, которые ранее "были в тени". Особую группу здоровых лиц, подвергшихся обследованию, представляют 5 врачей, проводивших отбор материала, т.е. непосредственно контактировавших с членами данного коллектива и у которых пневмококк при контрольном обследовании не выделялся. При первом исследовании, через неделю после начала работы пневмококк был выделен у трех врачей в концентрациях 10^5 - 10^7 мк/мл. Все штаммы спонтанно агглютинировались в физиологическом растворе. При повторном обследовании через 15 дней у двух врачей пневмококк больше не выделялся, а один из них продолжал выделять возбудитель в концентрации 10^4 мк/мл. Таким образом, были инфицированы 4 из 5 врачей, непосредственно принимавших участие в работе с коллективом в течение 7-23 дней, что говорит о высокой активности механизма передачи возбудителя при близком контакте людей.

Обнаружение столь высоких концентраций пневмококка дает основание заключить, что у большинства лиц имело место заболевание легкими, стертыми и бессимптомными формами пневмококковой инфекции. Действительно, около 80 % личного состава в момент обследования имели те или иные симптомы поражения верхних дыхательных путей: ринит, кашель, гиперемии слизистой оболочки задней стенки глотки. Данный период совпал с подъемом и пиком заболеваемости ОРВИ в учебном отряде. Несомненно, что часть респираторных инфекций была пневмококковой или смешанной этиологии. На этом же этапе в коллективе было зарегистрировано два случая острой пневмонии.

Жоголев С.Д., Огарков П.И., Жоголев К.Д.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ПНЕВМОНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

г. Санкт-Петербург

Средством специфической профилактики пневмококковой инфекции является вакцина «Пневмо 23» фирмы Авестис Пастер (Франция), зарегистрированная в России в мае 1999 г. Впервые в нашей стране данная вакцина была применена нами в воинских коллективах. К 2001 г. было привито 3 тыс. военнослужащих из числа молодого пополнения в различных регионах, а в ноябре-декабре 2002 г. - более 10 тыс.

В ходе проведенных исследований было установлено, что антигенный состав пневмококковой вакцины в достаточной мере соответствует серотиповой мозаике штаммов пневмококков, циркулирующих в воинских коллективах, особенно тем серотипам пневмококков, которые наиболее часто вызывают пневмонию. При изучении антигенной активности пневмококковой вакцины, установлена ее значительная иммуногенность. Вакцина оказалась слабореактогенной, хорошо совместимой с другими вакцинами, вводимыми в плановом порядке.

В Северо-Западном регионе вакцина проявила свою наибольшую эффективность через 3-4 недели после применения, когда выработался полноценный поствакцинальный иммунитет. В период со 2 по 5 месяц после вакцинации заболеваемость пневмониями была ниже, чем в группе непривитых в 6 раз, а коэффициент эффективности составил 83,7%. В остальных регионах, где вакцинация в воинских коллективах осуществлялась с началом вспышки пневмоний, вакцина оказалась эффективной уже в первый месяц после вакцинации. Причем в этот период эффективность вакцины была даже выше, чем во 2-5 месяцы поствакцинального периода, что позволяет рекомендовать применение вакцины в качестве средства экстренной профилактики в очагах пневмококковой инфекции. Эффективность вакцины за весь 5-ти месячный поствакцинальный период наблюдения во всех регионах страны была 62,1-73,5 %. Причем при широком ее применении установлена высокая эффективность вакцины уже в первый месяц после введения, что позволяет рекомендовать применение вакцины в качестве средства экстренной профилактики в очагах пневмококковой инфекции. Особенно эффективной оказалось совместное введение гриппозной и пневмококковой вакцины, осуществленное в Дальневосточном регионе, что

и понятно, исходя из тесной взаимосвязи гриппозной и пневмококковой инфекции. Эффективность дивакцинации в отношении пневмоний составила 78,5%.

Эффективность «Пневмо 23» была выражена не только в отношении пневмоний, но и других заболеваний часто пневмококковой этиологии: острых бронхитов, синуситов и отитов. Заболеваемость острыми бронхитами среди привитых была достоверно ниже, чем в группе сравнения в 2,4-4,8 раза при эффективности 57,5-79,1%. Заболеваемость ОРЗ в 1,3-2,0 раза меньше при эффективности до 48,7%. Заболеваемость острыми синуситами и острыми отитами среди привитых либо отсутствовала, либо была в 2,5-4,3 раза ниже, чем у непривитых при эффективности 59,5-76,7%. Особенно эффективной в отношении всей этой патологии с эффективностью не ниже 80% оказалась дивакцинация «Ваксигрипом» и «Пневмо 23».

В ноябре-декабре 2002 г. пневмококковая вакцина была применена более широко. В 5 округах было привито в общей сложности 10 749 военнослужащих из числа молодого пополнения ряда учебных частей. Во всех 5 округах в воинских частях, где была проведена вакцинация «Пневмо 23», заболеваемость пневмониями в поствакцинальный период (декабрь 2002 г.- апрель 2003 г.) была значительно ниже, чем за аналогичные 5 месяцев, предшествовавшие вакцинации (декабрь 2001 г.- апрель 2002 г.). Кратность снижения заболеваемости пневмониями в различных воинских частях составила от 1,8 до 5,4 раза, в среднем 3,5 раза, при эффективности вакцинации - 71,43 %. В воинских подразделениях, где вакцинация «Пневмо-23», не проводилась (группы сравнения), заболеваемость пневмониями в 2003 г. в основном возрастала или оставалась на прежнем уровне. При сравнении заболеваемости пневмониями среди привитых пневмококковой вакциной и среди непривитых за пятимесячный период пребывания в учебных подразделениях (декабрь 2002- апрель 2003 г.) также установлена значительная эпидемиологическая эффективность вакцины. Уровень заболеваемости пневмониями среди вакцинированных «Пневмо-23» в большинстве воинских частей был в 2-3,9 раза ниже, чем среди невакцинированных (коэффициент эффективности 50,0÷74,2 %).

Если все-таки привитые «Пневмо 23» заболевали пневмониями, болезнь у них протекала значительно легче, чем у непривитых. Среди привитых отсутствовали тяжелые формы течения пневмоний и не было осложнений, а средняя продолжительность болезни была на 6 дней короче.

Таким образом, вакцина «Пневмо-23» является эффективным средством профилактики пневмоний в коллективах военнослужащих, приводящим к снижению заболеваемости пневмониями в среднем в 3 раза (коэффициент эффективности вакцины – до 74,2 %).

Жолдошев С.Т.

БРЮШНОЙ ТИФ СОЧЕТАНИИ С АСКАРИДОЗОМ И ЭНТЕРОБИОЗОМ

г. Ош, Кыргызстан

Гельминтозы в структуре инфекционных заболеваний среди населения отдельных областей Кыргызской Республики достигают 26,9%. Преобладают аскаридоз, энтеробиоз и гименолепидоз. Нами выявлена глистная инвазия при обследовании 386 больных брюшным тифом в 15,02% случаев. Преобладали аскаридоз (32 больных) и энтеробиоз (26 больных). Брюшной тиф в сочетании с гельминтозами характеризовался эозинофилией, более тяжелым и затяжным течением.

Дегельминтизация проводилась пиперазин-фосфатом по общепринятым схемам. В случаях энтеробиоза потребовались 2 – 3 курса лечения. Осложнений и ухудшения состояния больных в связи с приемом препаратов пиперазина не отмечалось. В группе, где проводилась дегельминтизация средняя продолжительность болезни сокращалась на 4,6 дня.

Таким образом, лечение больных брюшным тифом должно сочетаться с целенаправленным выявлением сопутствующей глистной инвазии со своевременной дегельминтизацией. Она может проводиться в более ранние сроки и при любой степени тяжести брюшного тифа.

Завадская Е.В., Фольц И.В., Гришкевич Т.В., Попов А.Ф.

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА

г. Владивосток, Россия

Высокая актуальность проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в мире стала очевидной с конца 80-х - начала 90-х годов. Специалисты центра по контролю за болезнями в США в 1992г. определили сочетанное поражение населения ВИЧ/СПИДом и туберкулезом как пандемию.

В Приморском крае с 1999г. по 2004г. зарегистрирован 321 случай сочетанного течения ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Среди выявленных больных мужчины составляли 73,3%, женщины – 26,7%. Преобладали лица 18 –39 лет (79,6%). В 34,4% случаев стадия ВИЧ-инфекции не определялась из-за нежелания больных пройти обследование. По стадиям больные распределялись так: ПА – 2,4%; ПБ – 64,5%; ПВ-5,2%; ША-23,8%; ШБ-2,3%;

ШВ-1,7%, IV – 0,1%. В 40,8% случаев инфицирование ВИЧ наступило до заболевания туберкулезом, а в 32,7% – на фоне туберкулеза. В 26,5% случаев установить какое заболевание возникло первым, не удалось. Наиболее часто у больных выявлялся инфильтративный туберкулез легких (53,7%). В 24,4% случаев устанавливались диссеминированные формы туберкулеза, из них у половины больных отмечалось поражение 5-6 органов.

Экссудативный плеврит зарегистрирован у 4,9% больных. Следует отметить, что плевриты имели склонность к рецидивирующему течению. Поражение плевры носило двусторонний характер. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов наблюдался в 9,8%. У части больных (7,3%) были выявлены внелегочные формы туберкулеза (костно-суставной системы, периферических лимфатических узлов). Деструктивно-бацилярные формы определялись у 6,1% больных. Большинство больных со смешанной патологией имели в анамнезе факт употребления наркотиков (92,7%). Ранее в исправительно-трудовых учреждениях находилось 14,6% больных.

Во всех случаях отмечалось прогрессирование туберкулезного процесса. У 18,2% больных характерных для туберкулеза рентгенологических изменений в легких не определялось.

У части больных отмечались СПИД-индикаторные болезни. Чаще других регистрировались кандидоз (14%), цитомегаловирусная инфекция (12,2%) и рецидивирующий герпес (13,1%).

Проба Манту в большинстве случаев была отрицательной (83%). Особую сложность в диагностике представляли случаи туберкулеза, не определяемого при рентгенологическом исследовании. Диагноз в этих случаях устанавливался при патологоанатомическом исследовании. У данных больных в клинике преобладали симптомы интоксикации, мучительный малопродуктивный кашель, длительный субфебрилитет, потеря массы тела. Снижение иммунного статуса отмечалось у всех больных в III Б-В-IV ст.

Летальный исход был зарегистрирован у 15 больных с микст-инфекцией (4,6%). Смерть наступала от диссеминированных форм туберкулеза. Таким образом, сочетанная инфекция ВИЧ/туберкулез наблюдалась преимущественно у лиц молодого возраста с наркоманией. У ВИЧ-инфицированных преобладали инфильтративные формы туберкулеза. У больных наблюдалась анергия к туберкулину, атипичная рентгенографическая картина в легких. Поражение плевры имело чаще двусторонний характер с тенденцией к рецидивирующему течению.

Заводнова О.С.

КЛИНИКА СОЧЕТАННОГО (СТАФИЛОКОКК + ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ФЛОРА) ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ

г. Ставрополь, Россия

Больные со стафилококковым менингоэнцефалитом, ассоциированным с грамотрицательной флорой (ГОФ), составили группу из 24 детей. Начало заболевания острое, на 1-24 дни жизни. С первых дней жизни в клинической картине преобладали признаки угнетения церебральной активности (гипо- и арефлексия, адинамия, снижение мышечного тонуса).

Резкому ухудшению состояния в 1 случае предшествовало кратковременное психомоторное возбуждение. Заболевание дебютировало с осторожным синдромом (n=7), судорожными эквивалентами (апноэ) (n=2), двигательными расстройствами (n=8), признаками внутричерепной гипертензии (n=13), ликворной гипотензии (n=1), комой (n=2), сопором (n=1), патологической глазной симптоматикой (n=5), повышением температуры (n=3). В 11 случаях, закончившихся летальным исходом, наблюдалось сочетание 2-3 синдромов. Зависимости дебюта заболевания от этиологического фактора не было выявлено. Сроки поступления в стационар колебались от 1 дня до 2 месяцев жизни. В более ранние сроки поступали больные с менингоэнцефалитом, вызванным *Str. epidermidis*. Повышение температуры отмечено в динамике у 8 больных (33,3%), преимущественно с менингоэнцефалитом, вызванным *Str. epidermidis*. Температура носила преимущественно субфебрильный характер и колебалась от 1 до 15 дней.

Нарушения сознания наблюдались в динамике у 15 детей (62,5%), из них в дебюте заболевания у 3 больных (2 – с летальным исходом, 1 – с выздоровлением). Коматозное состояние зарегистрировано у 10 больных, преимущественно с менингоэнцефалитом, вызванным *Str. epidermidis*. Нарушения сознания в виде сопора наблюдались с такой же частотой (n=9) и продолжительностью (1-3 дня), но преимущественно при менингоэнцефалитах, вызванных *St. aureus*. Средняя длительность сохранения нарушений сознания составила $2,58 \pm 0,43$ дней.

Судорожный синдром регистрировался в динамике у 14 больных (58,3%) и был характерен в большей степени для менингоэнцефалита, вызванного *St. epidermidis*. Судороги регистрировались как в дебюте заболевания (n=7), так и в динамике (n=7), сочетались с двигательными нарушениями (n=7). Развитие судорожного синдрома характеризовалось появлением локальных и генерализованных судорог (тонические, тонико-клонические, клонические). Продолжительность судорожного синдрома составила в среднем $3 \pm 1,4$ дня. Характер судорог в дебюте заболевания не оказывал влияние на исход патологического процесса. В остром периоде определялись признаки очагового поражения головного мозга (центральные парезы VII, XII черепных нервов, пирамидные знаки) (n=8). Признаки гипервозбудимости отмечались в остром периоде у 16 новорожденных (66,7%) продолжительностью $7 \pm 1,5$ дней. Нарастания явлений спастичности не наблюдалось.

Менингеальный синдром зарегистрирован за время наблюдения у 20 больных (83,3%), в том числе у 13 больных с 1 дня болезни. Положительные менингеальные симптомы наблюдались в 3 случаях. Наблюдалась как кратковременность гипертензионных проявлений (1-5 дней) (n=9), так и значительная длительность сохранения (15-30 дней) (n=8). Развитие венрикулита, наличие внутрижелудочковых кровоизлияний у больных с микст-инфекцией сопровождалось прогрессированием внутричерепной гипертензии. Развитие гидроцефалии наблюдалось на 2-4 недели жизни, значительной выраженности не достигало.

Заводнова О.С.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ИСХОДЫ СОЧЕТАННОГО (СТАФИЛОКОКК + ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ФЛОРА) СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОМ

г. Ставрополь, Россия

Стафилококковый менингоэнцефалит сочетался с другими проявлениями генерализованной стафилококковой инфекции и инфекции, вызванной ГОФ. Уже в первые дни жизни наблюдалось развитие пневмонического процесса, в том числе аспирационного характера (n=11). В динамике пневмонический процесс зарегистрирован у всех больных и носил преимущественно двусторонний характер. Наблюдалась клиника гепатита (n=14), кардита (n=14), нефрита (n=9), энтероколита (n=11), остеомиелита (n=1), артрита (n=1). Реже отмечались постинтубационный эндобронхит (n=3), гнойный конъюнктивит (n=2), омфалит (n=7), флебит (n=2). Пиемические очаги (омфалит, флебит, конъюнктивит) появлялись преимущественно на 1-2 неделе жизни, гепатомегалия – на 2 неделе. Цвет кожных покровов колебался от бледного до серого, землистого. Отеки (n=11) регистрировались преимущественно в области голеней, спины, имели тенденцию к распространению. Нарастание отеков до склеремы при сохранении дистального характера, значительное увеличение печени в размерах (n=8), нарастание водно-электролитных нарушений происходило на 3 неделе жизни. Неврологическая симптоматика расценивалась как менингоэнцефалит (n=19) на фоне гипоксически-ишемического поражения ЦНС, венрикулит (n=1), перинатальная энцефалопатия (n=1), нарушение мозгового кровообращения 2-3 степени (n=2), гипертензионный синдром на фоне натальной спинальной травмы (n=2), паренхиматозное кровоизлияние (n=1). Патологический процесс осложнился анемией (n=11), дыхательной недостаточностью 2-3 степени (n=15), правосторонним пневмотораксом (n=1), ателектазом верхней доли правого легкого (n=1), сердечной недостаточностью (n=6), токсическим парезом кишечника (n=4), надпочечниковой (n=2), печеночной (n=1), почечной (n=1), полиорганной (n=2) недостаточностью, ДВС-синдромом (n=7), эксикозом (n=1). Постнатальная гипотрофия 1-2 степени развилась у 5 больных. Течение менингоэнцефалита осложнилось отеком головного мозга (n=3), внутрижелудочковым кровоизлиянием (n=1), перивентрикулярной лейкомаляцией (n=1), кистозной энцефалопатией (n=1). Наблюдение за больными в динамике показало следующие исходы стафилококкового менингоэнцефалита, сочетанного с ГОФ: летальный исход, преимущественно на 2-3 недели жизни, зарегистрирован в 66,7% (n=16); клиническое улучшение – 33,3% (n=8). Причина летального исхода – наличие тяжелой сопутствующей патологии (тяжелая асфиксия в родах, аномалия развития, первичные ателектазы легких, ГБН, присоединение вторичной бактериальной флоры). Летальный исход преобладал в группе больных с менингоэнцефалитом, вызванным золотистым стафилококком (умерло 9 больных из 11). Сроки выписки ребенка из стационара при стабилизации состояния колебались от 40 до 59 дня жизни. Патологоанатомическое исследование было проведено в 15 случаях. Выявлен гнойный, абсцедирующий, гнойно-некротический (n=5) энцефалит, гнойный менингит (n=1), гнойный, серозный (n=10) менингоэнцефалит, отек головного мозга (n=9), гнойный венрикулит (n=1). Были характерны недоношенность с морфо-функциональной незрелостью (n=12), высокий порог стигматизации (n=2), тяжелая асфиксия в родах (n=1), врожденные аномалии развития (n=10), гидроцефалия (n=3), двусторонняя перивентрикулярная лейкомаляция (n=4), микронекрозы в подкорковых образованиях (n=1), субэпендимарный глиоз, кальцинаты (n=2).

Загорская Ю.В., Иванова В.Т., Щелканов М.Ю., Бурцева Е.И., Черкасов Е.Г.,
Феодоритова Е.Л., Ракутина Р.О., Шевченко Е.С., Слепушкин А.Н.

ЦИРКУЛЯЦИЯ ВИРУСОВ ГРИППА В РОССИИ В ЭПИДСЕЗОН 2003-2004 ГГ.

г. Москва, Россия

Вирусы гриппа в последнее десятилетие вызывают подъём заболеваемости и эпидемии, как в России, так и в мире. В данной работе представлены результаты исследования циркуляции вирусов гриппа в эпидемическом сезоне 2003-2004гг. в России, проведенные в Центре экологии и эпидемиологии гриппа. От больных на культуре клеток МДСК был изолирован 101 штамм. Материалы от больных поступали из различных территорий России, включая центральные регионы (Москва, Московская область, Липецк, Ярославль, Рязань и др.), Сибирь и

восточные границы России. Детальное типирование штаммов показало, что эпидемия 2003-2004гг. была обусловлена циркуляцией вирусов А(Н3N2), подобных, в основном, эталону А/Фуцзянь/411/02. Среди исследованных штаммов 12 вирусов были резистентны к противовирусному препарату ремантадину.

Серологические исследования включали изучение парных сывороток от больных с диагнозом ОРВИ и грипп, полученных из ряда областных центров Госсанэпиднадзора РФ. Исследовали 115 парных сывороток в РТГА с антигенами вирусов гриппа А(Н3N2), подобных А/Фуцзянь/411/02, вируса А(Н1N1) А/Новая Каледония/20/99 и вирусов гриппа В, подобных двум эволюционным ветвям В/Сичуань/379/99 и В/Гонконг/330/2001. Выявлен наибольший прирост титров антител к антигенам: вируса гриппа А(Н3N2) в 53%, вируса А(Н1N1) в 15%, вируса В/Сичуань/379/99 в 7,8% и В/Гонконг/330/2001 в 5,2%.

Исследование популяционного иммунитета населения проводилось на 328 сыворотках, собранных в октябре 2003г. до начала эпидемии в трёх районах Приморского края (Хорольский, Ханкайский, Михайловский), выявило наиболее низкий уровень защитных антител (1: 40 и выше) к вирусу гриппа А(Н3N2), подобному А/Фуцзянь/411/02, - от 6,6% до 36,2%. К вирусу гриппа А(Н1N1) этот уровень был у населения от 28,6% до 61,8%, а к вирусу гриппа В – от 54,1% до 98% населения в зависимости от района.

Низкий средний геометрический титр антител (СГТ) в сыворотках крови (121) у доноров г. Москвы и Московской области к вирусу А(Н3N2) равнялся 3,81 log₂ в декабре 2003г. до начала эпидемии. После окончания эпидсезона в марте 2004г. СГТ достиг 7,28 log₂. В то же время прирост СГТ к вирусам гриппа А(Н1N1) и В в течение эпидемического сезона не был существенным.

Таким образом, в результате вирусологических и серологических исследований установлено, что основным этиологическим агентом эпидсезона 2003-2004гг. были вирусы гриппа А(Н3N2), подобные эталону А/Фуцзянь/411/02.

Залите М.Х., Круминя А.С., Муровска М.Ф., Чапенко С.В., Виксна Л.М.

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИНФЕКЦИЯ ГЕРПЕС ВИРУСОВ И ЕЕ МАСКА – ОСМОТР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

г.Рига, Латвия

Введение. Мы на практике ежедневно сталкиваемся с разной степени неясными клиническими ситуациями. Для верификации диагноза нужны максимальные усилия из теоретической, инструментальной и лабораторной областей. Надо отметить, что вирусные и бактериальные инфекции маскируются, что создает трудности в диагностике.

Цель работы – анализ клинического случая рецидивирующей инфекции герпес вирусов – human herpes (НН6), human herpes 7 (НН7) и Эпштейна-Барра инфекция (EDV).

Материал и методы – пациент, мужчина, родился в 1965 году. Лечился в Центре инфектологии дважды (февраль, апрель 2004 г.). В работе использовали следующие методы: 1) анализ крови, 2) серологические методы: антитела Эпштейна-Барра вируса (EBV), herpes simplex (HS), цитомегаловирус (CMV), альфа-фетопротеин, гормональные; 3) бактериологические – анализ мочи, посев крови, посев содержания бронхов (бронхоскопия); 4) выделение ДНК из лейкоцитов и плазмы крови, для проверки на CMV, EBV, НН6, НН7; 5) инструментальные исследования: рентгенография, компьютерная томография, магниторезонансное обследование, УЗИ; пункция ткани печени, эндоскопия; 6) иммунологические исследования.

Результаты – из анамнеза: пациент плохо себя чувствует с декабря 2003 года. Главные жалобы: слабость, субфебрилитет, нарушения ЦНС. Во время первого поступления в стационар поставлен диагноз пневмонии (этиология хламидии).

Наблюдается кратковременное улучшение. Повторно прибыл в стационар, чтобы начинать лечение внутривенно противовирусными препаратами (подтверждена латентная НН6, НН7 и EBV инфекции). Таким путем выясняется повреждение органов ЦНС, а также симптоматика катарального холангита, гепатита (морфологически). На фоне противовирусной терапии – значительное улучшение состояния больного.

После получения положительного бактериологического подтверждения на туберкулез, пациент получает адекватное лечение в связи с инфекцией.

Выводы – больные с инфекцией группы герпес вирусов требуют детального клинического обследования.

Захаренко С.М.

АНАЛИЗ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ (АМП) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ И САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Проведено анкетирование инфекционистов, работающих в стационарах по проблеме терапии острых кишечных диарейных инфекций (дизентерия, сальмонеллез). В опросе приняли участие 266 специалистов из 72 городов России, Беларуси и Украины.

Наиболее важными критериями выбора антимикробных препаратов при лечении ОКДИ по мнению опрошенных являются действие на основных возбудителей (35,5%), проникновение в кишечник (23,1%), хорошая переносимость (20,9%) и личный опыт (11,2%). В практической деятельности врачи не склонны учитывать влияние АМП на нормальную микрофлору кишечника, в редких случаях руководствуются рекомендациями коллег (0,1% и 1,3%, соответственно). Стоимость назначаемого препарата имеет значение для 7,7% респондентов.

Во всех возрастных группах ведущим критерием считается действие АМП на основных возбудителей ОКДИ. У инфекционистов стационаров, закончивших ВУЗ менее 5 лет назад, этот критерий имеет несколько большее значение - 36,8%, чем у инфекционистов стационаров с большим стажем работы - 35,3%. Проникновение в кишечник в качестве одного из основных критериев выбора антимикробных средств назвали 28,9% специалистов, закончивших ВУЗ менее 5 лет назад и 22,7% респондентов, закончивших ВУЗ более 10 лет назад. С увеличением стажа работы достоверно возрастает значение личного опыта – 2,6% у закончивших ВУЗ менее 5 лет назад и 12,2% у закончивших ВУЗ более 10 лет назад. Мнение коллег при выборе оптимальной схемы терапии в большей мере склонны учитывать инфекционисты, закончившие ВУЗ 5 – 10 лет назад (4,1%). В остальных группах этот показатель достоверно ниже. Чаще всего при выборе АМП респонденты используют сочетание нескольких критериев (Таблица 4) - действие на основных возбудителей, проникновение в кишечник и хорошая переносимость препаратов (33,1%) или действие на основных возбудителей, проникновение в кишечник и личный опыт (8,6%).

Препаратами выбора для лечения острой дизентерии по мнению опрошенных являются ципрофлоксацин (31,3% ответов) и фуразолидон (25,3%). Существенно реже предпочтение отдавалось гентамицину (12,6%), нифуроксазиду (9,5%), ко-тримоксазолу (5,6%), хлорамфениколу (5,2%), амоксициллину (4,9%) и цефтриаксону (3,9%). Еще 6 препаратов назывались в единичных случаях, в том числе эритромицин указан в 6 картах (0,9%). Всего же в ответах на этот вопрос названы 14 АМП. Основными группами препаратов для лечения острой дизентерии респонденты считают нитрофураны (34,8%) и фторхинолоны (31,4%). Частота выбора аминогликозидов среди инфекционистов стационаров связана с давностью окончания ВУЗа. Окончившие ВУЗ более 10 лет назад по сравнению с группой врачей, окончивших ВУЗ менее 5 лет назад, практически в 2 раза чаще называют гентамицин как препарат выбора – 13,0% против 7,5%. Респондентами предложен 61 вариант сочетаний препаратов для лечения острой дизентерии. Только 7,5% респондентов считают необходимым использовать один препарат, 23,3% выбирают два альтернативных средства. Абсолютное большинство специалистов (67,7%) используют один из трех препаратов, чаще всего это гентамицин, фуразолидон или ципрофлоксацин (16,9%).

Препаратами выбора для лечения сальмонеллеза респонденты считают ципрофлоксацин – 31,5%, гентамицин – 15,8%, фуразолидон – 11,3% и хлорамфеникол – 11,1%. Всего названо 16 различных антимикробных средств, в том числе такие как эритромицин (0,8%), полимиксин (0,2%), интетрикс (0,2%). Таким образом, препараты фторхинолоновой группы предпочитают назначать 31,8% врачей, существенно реже выбирают нитрофураны (18,2%) и аминогликозиды (16,0%).

Анализ врачебных предпочтений показал, что в отношении выбора препаратов для лечения сальмонеллезом мнение респондентов расходится в еще большей степени чем при лечении дизентерии. Предложен 71 вариант сочетаний антимикробных средств. Только 1 препарат назвали 35 специалистов (13,2%). В 20 картах отмечен только ципрофлоксацин (7,5%), только хлорамфеникол – в 5 (1,9%) (таблица 8). Два препарата указаны в 71 карте (26,7%), всего 18 вариантов ответа. Чаще всего препаратами выбора считали гентамицин или ципрофлоксацин – 16 ответов (6,0%), несколько реже – фуразолидон и ципрофлоксацин или цефтриаксон и ципрофлоксацин - 12 ответов (4,5%). В 156 картах указаны 3 препарата, всего 43 варианта ответа. Препаратами выбора считали гентамицин, хлорамфеникол и ципрофлоксацин 16 респондентов (6,0%), гентамицин, фуразолидон и ципрофлоксацин 14 (5,3%) и амоксициллин, гентамицин и ципрофлоксацин – 11 (4,1%). В 4 картах не было ответов. Чем большее время прошло после окончания ВУЗа, тем большее количество комбинаций предлагали респонденты – 10, 16 и 65 вариантов для закончивших ВУЗ менее 5 лет назад, 5-10 лет назад и более 10 лет, соответственно.

Таким образом, препаратами выбора для лечения острых кишечных диарейных инфекций (острая дизентерия, сальмонеллез) по мнению инфекционистов стационаров являются АМП нитрофуранового ряда и фторхинолоны. Продолжают рассматриваться в качестве препаратов первого ряда аминогликозиды и хлорамфеникол,

ко-тримоксазол. Сравнительно редко используются цефалоспорины III поколения, в ряде случаев считается возможны назначение эритромицина.

Зубик Т.М., Ковеленов А.Ю.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

г. Санкт-Петербург

Инфузионная терапия (ИТ) инфекционных больных представляет целенаправленное воздействие на физиологические свойства крови и внеклеточной жидкости, а через них на все органы и ткани. Она является частью трансфузионной терапии, корригирующей путем введения инфузионных средств морфологический состав и свойства крови.

Формуляр инфузионно-трансфузионных средств включает кровь и ее компоненты, препараты крови и кровезаменители. В клинической практике инфекциониста ведущее значение имеют кровезаменители, к которым относятся растворы гемодинамического и дезинтоксикационного действия, регуляторы водно-солевого обмена, препараты для парентерального питания и энергообеспечения, синтетические переносчики кислорода. Важное значение имеют инфузионные среды в качестве растворителя антибактериальных препаратов для массивного и целенаправленного содействия на возбудителей болезни. Инфузионные средства составляют основу интенсивной терапии инфекционных больных, находящихся в критических состояниях с нарушенными функциями жизненно-важных органов и систем, а также способностями к ауторегуляции гемо- и гомеостаза.

Программа инфузионной интенсивной терапии должна определять количественный и качественный состав применяемых растворов, порядок и темп их введения. Общее количество инфузионных растворов зависит от общего и суточного баланса воды, что особенно важно в случаях острой почечной недостаточности, при угрозе отека-набухания головного мозга, отека легких. Суммарный эффект лечебных растворов должен обеспечить неспецифическую дезинтоксикацию, коррекцию водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, оптимизацию гемодинамики (перфузию тканей), парентеральное питание (энергообеспечение), введение противомикробных и фармакологически активных препаратов.

Планирование интенсивной инфузионной терапии является сложным диагностическим и терапевтическим процессом.

Она включает:

оценку патогенеза состояния больного (анамнез возможных нарушений водно-электролитного баланса, КОС, системы гемостаза; данные клинического и инструментального обследования; результаты лабораторных исследований);

определение необходимого и возможного общего количества вводимой воды;

определение качественного состава инфузионных сред для восстановления и/или стабилизации гемо- и гомеостаза;

определение очередности и темпа введения инфузионных растворов;

коррекцию инфузионной терапии (по состоянию больного, результатам динамического контроля кровообращения, водно-электролитного баланса и КОС, коллоидно-онкотического давления крови и ее свертывающей системы).

Скорость внутривенного введения инфузионных средств определяется предшествовавшими началу ИТ степенью обезвоживания, потерям воды в процессе лечения с выделениями и через перспирацию, состоянием гемодинамики и экскреторной функции почек.

Парентеральное (преимущественно внутривенное) введение инфузионных растворов относится к инвазивным, агрессивным, а в ряде случаев и небезопасным, для организма методам лечения. По нашим данным частота осложнений инфузионной терапии составляет:

травматические:

повреждение купола плевры, пневмоторакс – 0,5%

повреждения верхушек легкого, гемоторакс – 0,1%

- нетравматические

гипергидратация – 2,3%

пирогенные реакции – 4,6%

аллергические реакции – 6,3%

септические осложнения катетеризации вен – 1,2%

Сложность организации и проведения инфузионной терапии у инфекционного больного в критическом состоянии предъявляет высокие требования к квалификации врача, который должен быть подготовлен как по инфекционным болезням, так и реаниматологии, интенсивной терапии.

Зуева Л.П., Молчановская М.А., Хацкевич Г.А., Иванова Т.Г., Русанова А.К., Виноградова А.В.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Гнойно-септические инфекции (ГСИ) являются актуальной проблемой хирургической стоматологии. Целью исследования явилось определение факторов риска возникновения ГСИ челюстно-лицевой области. Были отобраны наиболее вероятные факторы риска (экзогенные и эндогенные) возникновения острого остеомиелита челюсти, абсцесса и флегмоны челюстно-лицевой области, а так же травматического остеомиелита челюсти.

Выявление факторов риска проводилось по данным историй болезни, амбулаторных карт, а так же непосредственного опроса пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в одну из стоматологических поликлиник и поступивших на отделение челюстно-лицевой хирургии одного из многопрофильных стационаров города. Анализируемые материалы включали также данные клинических и бактериологических исследований.

Изучаемая выборка включала 600 человек. Из них 200 человек составили группу наблюдения (больные ГСИ челюстно-лицевой области) и 400 – группу сравнения (контрольная группа). Эпидемиологическое исследование было организовано по принципу "случай - контроль".

Одним из наиболее значимых факторов риска оказались сопутствующие хронические воспалительные заболевания полости рта, такие как периодонтит, пародонтоз, пародонтит и киста челюсти, а так же неудовлетворительное гигиеническое состояние ротовой полости (отношение преобладаний (OR) – 5,69; доверительный интервал (CI) – 2,46-13,66). При этих состояниях имеется хронический инфекционный процесс, который обостряется под влиянием ряда факторов, что способствует возникновению острой гнойно-септической инфекции. К обострению хронической инфекции и активизации микрофлоры полости рта, вызывающей гнойные осложнения могут привести нерациональное терапевтическое лечение, недостаточный объем хирургического вмешательства при наличии хронических очагов инфекции и нерациональное протезирование (OR – 6,64; CI – 1,68-30,6).

Немаловажное значение имеет наличие у пациентов патологии печени (острый и хронический гепатит В и С) и наркомания (OR – 4,14; CI – 1,24-19,85), что объясняется снижением иммунологического статуса таких больных и ведет к снижению сопротивляемости организма различным инфекционным агентам. На возникновение гнойных заболеваний ротовой полости, таких как острый остеомиелит, абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области влияет так же и нерациональная антибиотикотерапия, часто без учета характеристики этиологического агента (OR – 3,9; CI – 1,96-9,14). Кроме того, для травматического остеомиелита челюсти немаловажным фактором является позднее оказание медицинской помощи при переломе челюсти (OR – 17,28; CI – 4,39-32,89), отсутствие иммобилизации отломков и отсутствие рациональной антибиотикотерапии (OR – 3,83; CI – 1,13-13,10).

Таким образом, выявленные ведущие факторы риска возникновения ГСИ челюстно-лицевой области в значительной степени оказались общими для изучаемых нозоформ, что позволило обосновать мероприятия, направленные на снижение ГСИ в хирургической стоматологии.

Зульпукарова Н.М-Г, Магомедов М.М., Арбулиева Е.А., Гасанова Н.А.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

г. Махачкала, Россия

Проведен ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации по парентеральным вирусным гепатитам путем изучения уровня и динамики основных показателей официальных статистических отчетов за период с 1994 по 2003г.г.

Заболеваемость острой формой вирусного гепатита В характеризовалась неуклонным ростом показателей с пиком в 2000 и 2002г.г. (21,1 и 12,9 на 100 тыс.населения). В сравнении с 1994г (2,7 на 100 тыс.нас.) они выросли в 7,9 и 12,2 раза соответственно. Наиболее высокие показатели вирусного гепатита С отмечены в 2000-

2003г.г. (2,9-2,4-2,6 на 100 тыс. населения), а низкие - в 1995г, когда не было зарегистрировано ни одного случая заболевания.

Выше других интенсивность эпидемического процесса при гепатитах В и С наблюдалась среди лиц в возрастной группе 20-29лет и составила от 33,3 до 82,2 на 100 тыс.населения-при ГВ и от 4,6 до 12,3-при ГС. Среди лиц 15-19лет она была от 20,2 до 72,4 на 100 тыс.населения при ОВГВ и от 2,4 до 13,2- при ОВГС. Рост заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами среди детей и подростков вызывает особую тревогу и является индикатором неблагополучия эпидемиологической ситуации.

Среднегодовой показатель заболеваемости в городах за последние 10 лет в 3 раза выше, чем на селе, что объясняется наряду с большой активностью факторов, определяющих интенсивность механизма передачи, большой миграцией населения, более широким распространением таких социальных явлений, как наркомания, проституция и, возможно, более качественной диагностикой в условиях города.

Социально-профессиональный состав заболевших ОВГВ и ОВГС формируют в основном лица без определенных занятий, на их долю приходится соответственно 78,5 и 74,3% от общего числа больных.

Основными источниками инфекции при вирусных гепатитах В и С являлись больные атипичными и хроническими формами, а также носители. Если на одного Зольного в 1996г приходилось 8,6 носителей, то в 2003-12,6, что свидетельствует о скрыто протекающем эпидемическом процессе, который по своей интенсивности и темпу прироста показателей превышает манифестный.

Основными путями передачи вирусных гепатитов В и С остаются в/в введение наркотиков (30%), заражение при получении стоматологической помощи (18%) и половой (12%), а это определяет необходимость разработки дополнительных аспектов эпидемиологического надзора и адекватных противоэпидемических мероприятий.

Зульпукарова Н-М-Г., Магомедов М.М., Арбулиева Е.А., Магомедалиева С.Г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

г. Махачкала, Россия

Известно, что корь относится к группе «управляемых» инфекций, поэтому широкое применение эффективной живой коревой вакцины способствовало снижению заболеваемости ею в большинстве регионах России. В Республике Дагестан анализ многолетней динамики заболеваемостью корью за период с 1993 по 2003г.г. выявил наиболее высокие показатели в 1993году и в 1996г (26,9 и 18,7 на 100 тыс. населения соответственно), в то время как с 2000-2003г.г.- не было зарегистрировано ни одного случая. Эпидемиологическая ситуация по кори обострилась в 2004г, когда в течение первого полугодия было зарегистрировано 1534 больных с подозрением на эту инфекцию на 41 административной территории республики из которых у 390-диагноз был подтвержден исследованием проб сыворотки на ИФА.

В структуре заболевших наибольший удельный вес приходится на сельских жителей (54%) в возрастных группах до 3лет-12,3%, 9-14 (22,3%) и 18-49лет (45,1%). Сведения о прививках имелись у 59,2%. Из непривитых против кори- лица от 18лет и старше составили 83,1%. Процент заболевших корью из числа получивших ревакцинацию составил 50,5%, а из заболевших в возрасте 6-14лет-47,2%. Социально-профессиональный состав заболевших в возрасте 14-22лет формируют студенты высших и средних учебных заведений.

Анализ клинического течения коревой инфекции у 130 больных, из которых 25% составили дети, показал, что у большинства больных заболевание протекало в легкой (34%) и среднетяжелой (42%) формах. Продромальный период в среднем продолжался 3,9 дня, период высыпания- 5,2 дней с характерной для данного заболевания клиникой. Осложнения в виде пневмонии, ларингита, ангины наблюдались у 12 % больных.

Таким образом эпидемиологическую ситуацию по кори в РД нельзя расценивать как благополучную. Подъем заболеваемости в 2004г среди возрастных групп 9-14 и 18-49 лет является прямым следствием недостаточного уровня коллективного иммунитета у них против коревой инфекции, а у детей до 3-х лет - низким охватом прививками е декретированном возрасте из-за большого количества медицинских отводов. Реально же поставить вопрос о резком снижении заболеваемости корью позволю своевременный и высокий (до 95%) уровень охвата прививками детей и взрослых, не болевших этой инфекцией.

Иванников Ю.Г.

ПРОБЛЕМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В ХИМИОПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

Открытие антибиотиков и их использование для лечения инфекционных заболеваний - едва ли не самое крупное достижение медицины, позволившее предотвратить преждевременную смерть сотен миллионов людей и многократно увеличить продолжительность жизни человека. Аналогичный эффект имело создание химиопрепаратов для лечения вирусных заболеваний.

Одновременно возникла пока еще не преодоленная зависимость людей от такого вида лечебных препаратов. Эта зависимость усугубляется чрезвычайно быстрым распространением резистентных к антибиотикам и химиопрепаратам микроорганизмов, в связи с чем все более ускоряется гонка по созданию новых препаратов, способных преодолеть возникшую устойчивость к медикаментам предыдущих поколений. Ясно, что в этой гонке выиграть невозможно: скорость возникновения резистентных к новому препарату микроорганизмов на несколько порядков превосходит скорость создания новых препаратов.

Распространение резистентных к химиопрепаратам микроорганизмов изучалась с помощью модифицированной математической модели эпидемий гриппа Л.А. Рвачева. При этом варьировались: доля больных, принимающих химиопрепарат; доля больных, являющихся носителями резистентных к препарату вирусов гриппа; эффективность препарата. Оказалось, что чем выше эффективность препарата, чем выше охват людей, использующих этот препарат, тем выше скорость распространения резистентных к используемому препарату вирусов.

Отсюда возникают обоснованные рекомендации по тактике применения антибиотиков и химиопрепаратов: строгое соблюдение разработанных требований по дозировке и курсовому лечению, их использование только по показаниям для лечения, недопущение использования для массовой профилактики.

С помощью математического моделирования процессов распространения резистентных к антибиотикам и другим химиопрепаратам микроорганизмов (Рвачев Л.А., Крус В.П.) возможна разработка стратегий восстановления эффективности "старых" препаратов (пенициллина, стрептомицина и др.) и недопущения замещения чувствительных к новым препаратам штаммов их резистентными вариантами.

Иванов А.М., Ходосевич Е.В., Климович В.Б., Теличко И.Н., Литвиненко И.В., Волков И.И.

СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫЙ СИФИЛИС У БЕРЕМЕННЫХ: ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОФЕРМЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ

г. Санкт-Петербург, Россия

В последние годы на фоне некоторого улучшения эпидемической ситуации по сифилису, вызывает беспокойство неуклонный рост числа случаев сифилиса среди беременных и как следствие увеличение риска инфицирования новорожденных. Одновременно продолжают сохраняться проблемные вопросы в серологической диагностике некоторых состояний при сифилисе (серорезистентность, дифференцировка скрытого течения сифилиса и ложноположительных серологических реакций), которые концентрируются в группе беременных, так как многократно возрастает относительная стоимость возможных ошибок.

С 2001 г. нами наблюдались 112 беременных с подозрением на сифилис. Комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование позволило определить диагноз сифилиса в 52 (46,4%) случаях (вторичный сифилис – 22, ранний скрытый сифилис – 30). 48 (42,9%) женщин прошли профилактическое противосифилитическое лечение в связи с высокой вероятностью инфицирования *T.pallidum*. У 12 (10,7%) пациенток отмечалась серорезистентность после инфекции, перенесенной ранее.

Установлено, что социальные и клинические данные, а также результаты рутинных клинических, биохимических и серологических лабораторных исследований не могут быть надежным критерием установления факта присутствия в организме обследуемого жизнеспособного возбудителя. Как следствие вышеизложенного усложняется обоснование необходимости назначения специфического противосифилитического лечения, особенно на фоне беременности, когда нельзя не учитывать возможное негативное влияние антибактериальных препаратов на здоровье будущего ребенка.

С использованием метода ИФА показано, что при активном сифилисе у беременных (клинически выраженном или скрытом) в пуле сывороточных противотрепонемных иммуноглобулинов присутствуют антитела как минимум к трем трепонемным антигенам из числа липопротеинов с молекулярной массой 15, 17, 41 и 47 кД. При серологической резистентности в реакциях на сифилис, не связанной с сохранением в организме пациента *T. pallidum*, в сыворотке крови пациентов выявляются противотрепонемные иммуноглобулины не более чем к двум липопротеинам (17 и 47 кД).

Из полученных данных вытекает гипотеза о возможной природе серорезистентности. Вероятно, антигены 17 и 47кД являются гомологичными каким-либо белкам макроорганизма, не способным самостоятельно индуцировать иммунный ответ. Относительно антигена 47 кД такие сведения существуют (Baughn R.E., Jiang A., Abraham R. et al. Molecular mimicry between an immunodominant amino acid motif on the 47-kDa lipoprotein of *Treponema pallidum* (Trp47) and multiple repeats of analogous sequences in fibronectin // J. Immunol. - 1996. - Vol.157, №2. - P. 720-731.). В таком случае можно предположить, что первоначальная реакция иммунной системы возникает на трепонемные антигены, а в дальнейшем, даже при эффективной и достаточной терапии, поддерживается за счет стимуляции В-клеточного звена его «аналогом» в организме больного.

Иванова Е.Б., Козлов Ю.В., Романова Т.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА «ВЕЛТОЛЕН» В ОТДЕЛЕНИЯХ ГКБ №64 ГОРОДА МОСКВЫ

г. Москва, Россия

Внедрение в практику медицинской дезинфекции большого числа дезинфицирующих средств, отличающихся своими свойствами, сделало актуальной проблему их оптимального выбора для решения конкретной дезинфектологической задачи. Сегодня очень важным является выбор таких дезинфекционных средств для ЛПУ, которые обеспечивают оптимальное соотношение эффективности, безопасности и экономической целесообразности применения. На основании данных научной литературы и анализа ассортимента дезинфицирующих средств в России за последние 10 лет наибольшей популярностью пользуются четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), амины, производные гуанидинов как самостоятельные действующие вещества и как композиционные препараты.

Реализация изложенных выше принципов была осуществлена на примере синтеза Российским производственным предприятием «ВЕЛТ» (г. Оренбург) отечественной биоцидной субстанции «Велтон», представляющей собой клатрат ЧАС с карбамидом и организации промышленного выпуска на ее основе дезинфекционных средств серии «ВЕЛТ».

В ГКБ № 64 в период с 24.12.03 г. – 22.01.04 г. проводилась оценка эффективности дезинфицирующего средства «Велтолен», ЗАО «ВЕЛТ», Россия для целей дезинфекции поверхностей в урологическом (манипуляционный кабинет) и травматологическом (перевязочная) отделениях. Всего за период работы с дезинфицирующим средством «Велтолен» (в течение 6 рабочих смен) по травматологическому отделению взято 484 смыва (299 – по окончании работы смены, 185 – после дезинфекции), по урологическому – 370 смывов (185- по окончании работы смены, 185 – после дезинфекции). Наибольший процент положительных находок, выделенных микроорганизмов, после рабочей смены был отмечен в травматологическом отделении, который составил 68,2%, в урологическом отделении этот показатель составил 45%.

По результатам оценки смывов, взятых после рабочей смены, выделены следующие наиболее контаминированные объекты: в отделении травматологии - перевязочный стол (40,2% от общего числа выделенных микроорганизмов), крышка для емкости с дезинфицирующим раствором (13,2%), клеенчатый вал (12,3%), раковина (7,4%) и стол для манипуляций (7,4%); в урологическом отделении наибольшая обсемененность также отмечена на перевязочном (57,1%) и манипуляционном (17,9%) столах, а также на раковине (9,4%). Практически со всех объектов риска высевался *Staph. epidermidis*, *Staph. aureus*, *E. faecalis* и *E. coli* и др.

Показатель качества дезинфекции «Велтоленом» по результатам бактериологического контроля составил по травматологии 1,1%, что соответствует требуемым нормативам (не выше 2%) и свидетельствует о высокой эффективности средства; по урологии этот показатель составил 2,7%, что было связано с недостатками в организации дезинфекционных мероприятий. В перевязочной травматологии, где первоначальная микробная обсемененность была значительно выше, чем в урологии, работал высококвалифицированный персонал, четко выполняющий все необходимые условия проводимого эксперимента, что и обеспечило адекватный уровень дезинфекционных мероприятий.

Иванова Е.Б., Романова Т.В.

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ СЕРИИ «ВЕЛТ» - КАК СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

г. Москва, Россия

Впервые в России ЗАО «ВЕЛТ» (г. Оренбург,) была поставлена и успешно выполнена задача по разработке и получению в промышленных условиях нового вида экологически чистой и активно действующей субстанции ВЕЛТОН (клатрата четвертичного аммониевого соединения с карбамидом). На основе субстанции ВЕЛТОН была разработана серия дезинфекционных средств в виде жидких концентратов и твердых форм, кожных анти-

септиков, дезинфицирующих салфеток, мыла не имеющих аналогов в мире по сочетанию в себе универсальных свойств.

Проведены комплексные исследования дезинфекционных средств серии «ВЕЛТ» в Центре военно-технических проблем биологической защиты НИИМ МО РФ, Научно-исследовательском испытательном центре медико-биологической защиты ГНИИИВМ МО РФ, Главном Военном клиническом госпитале имени академика Н.Н.Бурденко. С позиции прикладных военно-медицинских аспектов установлены следующие достоинства препаратов:

- многотоннажное производство полностью (от действующей субстанции до готовых к применению препаративных форм) базируется на предприятиях РФ, что делает возможным включение его в нормы снабжения мирного времени и на особый период;

- низкая токсичность препаратов по сравнению с табельными хлор- и альдегидсодержащими препаратами позволяет сохранить здоровье личного состава медицинской службы и больных, снизить отрицательную экологическую нагрузку на внутреннюю среду ЛПУ медицинской службы ВС РФ, делает препарат особенно перспективным для использования в присутствии людей, что особенно важно на объектах, длительно функционирующих в условиях изоляции от внешней среды;

- исчерпывающая универсальность спектра биоцидного действия и области применения позволяет решать с помощью данных средств практически все потребности медицинского учреждения любого профиля в химических средствах обеззараживания;

- выраженная эффективность препарата в отношении поверхностей, контаминированных вегетативными и споровыми формами модельных микроорганизмов делает возможным их применения на этапах медицинской эвакуации в очагах искусственного биологического заражения;

- отсутствие амортизирующего действия позволяет увеличить срок эксплуатации объектов, регулярно подвергаемых обеззараживанию (медицинские инструменты, белье, оборудование и пр.), а также проводить обеззараживание дорогостоящих изделий из термо- и хемолабильных материалов;

- совмещенный процесс дезинфекции и предстерилизационной очистки с многократным использованием рабочих растворов позволяет исключить приобретение средств, предназначенных для раздельного и однократного проведения этих процессов;

- длительный срок годности препарата позволяет проводить его в закладку в запасы длительного хранения и обеспечивает возможность своевременного и полного освежения с реализацией через текущее довольствие;

- способность препаратов (концентратов и рабочих растворов) сохранять активность при повышенных температурах и после нескольких циклов замораживания и оттаивания делает возможным его хранение и транспортировку в самых неприхотливых условиях, в том числе полевых, на всей территории РФ и в любое время года.

Иванова Н.И., Жарова Н.А., Богомолова Н.Н.

О РАЗВИТИИ СЛУЖБЫ «АНТИ-СПИД» В КУЗБАССЕ

г. Кемерово, Россия

Кузбасс включает в себя 36 административных территорий, в том числе 17 сельских районов. Начиная с 1988 года, в Кемеровской области были организованы первые ВИЧ-лаборатории на базе станций переливания крови. Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД в Кузбассе организован приказом по управлению здравоохранением в 1990 году. В начале девяностых годов были созданы центры в трех крупнейших городах области, госпитальные базы для ВИЧ – инфицированных в областном центре и г. Прокопьевске.

Первый случай ВИЧ – инфекции в Кузбассе был зарегистрирован в 1991 году. До 1996 года регистрировались спорадические завозные случаи и эпидемическая ситуация характеризовалась как относительно стабильная. Однако с 1996 года отмечается подъем заболеваемости, появились местные очаги инфекции. Резкий рост заболеваемости ВИЧ – инфекцией в Кузбассе отмечается с конца 1999 года. Пик выявляемости приходится на 2000 год, когда уровень заболеваемости по сравнению с предыдущим периодом регистрации возрос в 19 раз. В связи с обострившейся эпидемической ситуацией, в целях совершенствования работы по разделу ВИЧ- инфекции, на территории Кемеровской области организована служба «АНТИ-СПИД», которая в настоящее время включает в себя: 22 ВИЧ-лаборатории, 6 центров и 22 консультативно- диагностических кабинета по профилактике и борьбе со СПИД. Это позволило усилить организационно- методическое руководство и межведомственное взаимодействие в вопросах профилактики ВИЧ/СПИДа всех заинтересованных служб, как в области, так и в отдельных городах и районах. Так в настоящее время организовано совместное планирование учреждений службы «АНТИ-СПИД» со всеми заинтересованными ведомствами и регулярно проводятся межведомственные комиссии по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Практически в каждом городе и районе осуществляется финансирование мероприятий, направленных на профилактические мероприятия из местных бюджетов.

тов. В области большое внимание уделяется подготовке кадров по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологии ВИЧ-инфекции.

Считаем, что проведенные мероприятия позволили обеспечить своевременную и полную работу в очагах, раннюю диагностику ВИЧ-инфекции, повысить качество диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными, контактными, больными СПИД-индикаторными заболеваниями, дифференцированно реализовать меры профилактики для разных групп населения и территорий, и в итоге повлиять на заболеваемость ВИЧ-инфекцией, уровень которой снизился в 2,45 раза по сравнению с максимальной заболеваемостью в 2000 году.

Иванова Н.И., Жарова Н.А., Енина Е.В., Лодза Е.П.

О РОЛИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ «Анти-СПИД» КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ *г. Кемерово, Россия*

Инфицированность ВИЧ и заболеваемость СПИДом стали очень серьезной проблемой как для России в целом, так и для Кемеровской области. Начиная с 1991 года до 1.09.04 года зарегистрировано 6566 ВИЧ-инфицированных, что составило 223,3 на 100 тыс. населения. Кемеровская область занимает второе место по Сибирскому региону, после Иркутской области, где показатель на 100 тыс. населения составляет 699,0. Сопоставление динамики и структуры эпидпроцесса ВИЧ-инфицирования на различных территориях и в целом по РФ показывает, что наша область не отличается от других регионов: совпадают – начало роста, пик заболеваемости, преобладание групп риска.

Однако в нашей области имеется ряд особенных факторов, определяющих высокую интенсивность эпидпроцесса. К этим факторам несомненно следует отнести высокую концентрацию мест лишения свободы (в этих учреждениях выявлено на четверть ВИЧ-инфицированных), высокий удельный вес городского населения (80%). Следует отметить и то, что города и районы области отличаются по возрастной и социальной структуре населения, что определяет различия в группах риска и преобладающих путях передачи.

Ввиду необходимости уточнения причинно-следственных связей между отдельными факторами риска и заболеваемостью ВИЧ-инфекцией, важности оценки адекватности проводимого серологического скрининга на ВИЧ-инфекцию, а также оценки влияния отдельных профилактических мероприятий на снижение темпов роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией, нами введен централизованный сбор информации о заболеваемости ВИЧ-инфекцией, ЗППП, наркоманией и гепатитами на различных территориях области, отчеты о проделанной профилактической работе. Полученная информация заносится в специально разработанную компьютерную базу данных с последующей статистической обработкой. Кроме того, синхронно ведется база данных по объему и результатам скрининга на ВИЧ-инфекцию по всем установленным группам риска.

Систематизация учета работы территорий по выявлению, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции, диктует необходимость систематизации учета контрольной и управленческой деятельности Областного центра. Для чего нами разработана типовая форма справки о результатах проверки учреждений службы по всем разделам работы с последующим внесением в компьютерную базу данных и оценкой динамики изменения состояния дел в службе.

С целью изучения региональных особенностей проявления ВИЧ-инфекции, а так же для разработки наиболее оптимальных программ медикаментозного снабжения и реабилитации, впервые разработана и ведется персонализированная база данных по динамике иммунного статуса, клинических проявлений заболевания у ВИЧ-инфицированных и применяемой терапии, состояния дел по профилактике перинатального заражения ВИЧ

Для оценки полноты и качества консультативной помощи нами впервые разработана и с 2001 года внедрена система сбора и компьютерной обработки информации из статистических талонов от всех профильных специалистов Областного центра.

По результатам статистической обработки всей перечисленной выше, а также иной информации, полученной в результате социально-гигиенического мониторинга, формируется набор аналитических таблиц, используемых специалистами нашего центра для оптимизации управленческих решений.

Иванова М.Р., Дзамихова А.А

ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В, С, В+С И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ *г. Нальчик,*

Под нашим наблюдением находилось по 50 человек с острым вирусным гепатитом В, острым вирусным гепатитом С и микст-гепатитом В+С, которые получали помимо базис-терапии новый противовоспалительный и антиоксидантный препарат тамерит. Тамерит вводился всем больным внутримышечно по 100 мг 2 раза в первый день, затем ежедневно по 100 мг 2 дня и в последующие дни по 100 мг через день по 7-10 инъекций. Диагноз ви-

русного гепатита был подтвержден клинико-эпидемиологическими, биохимическими данными, а также на основании обнаружения специфических маркеров вирусных гепатитов В, С и выявления в ПЦР ДНК и РНК вирусов.

У исследуемых групп больных определялись прооксидантные и антиоксидантные компоненты в лейкоцитах и плазме крови. Проводилось изучение уровня восстановленного цитохрома С в лейкоцитах по методу Misra, Fridovich (1972), показатели спонтанного НСТ-теста в нейтрофилах по методу Stuart с соавт. (1975), в модификации Б.С. Нагоева (1983), концентрация нитрат-нитритов и малонового диальдегида по методу Ushiyama с соавт. (1978) в сыворотке крови, а также активность супероксиддисмутазы по методу В.А. Гусева с соавт. (1977) и каталазы по методу О.Б. Бухарина с соавт. (2000) в лейкоцитах и антиокислительной активности плазмы крови по методу Г.И. Клебанова с соавт. (1976).

Самочувствие больных улучшалось в более короткие сроки и нормализация клинико лабораторных данных наступала быстрее, чем при только базис-терапии. Длительность интоксикации сократилась на 5 дней, желтушного периода на 5 дней. Уровень билирубина при применении тамерита нормализовался в среднем на 5 дней раньше, АЛТ и АСТ- на 4 дня быстрее, чем в контрольной группе.

У больных острыми вирусными гепатитами В и С, получавших в комплексном лечении тамерит, происходила достоверно более ранняя нормализация изучаемых компонентов в период перед выпиской больных из стационара или через месяц после выписки. Тогда как у больных, получавших только базис-терапию эти показатели не отличались от уровня у здоровых только у пациентов с легкими формами заболеваниями в периоде поздней реконвалесценции. Достоверной разницы между изучаемыми значениями у больных микст-гепатитом В+С, получавших в комплексном лечении тамерит и у больных, у которых проводилась только базис-терапия, получено не было, что говорит о торпидности данной группы больных к лечению тамеритом.

Нормализация показателей прооксидантной и антиоксидантной системы организма под влиянием тамерита у больных вирусными гепатитами указывала на усиление защиты клеток от мембранодеструктивного действия как самих вирусов, так и патологических биохимических и иммунологических процессов, которые они запускают, что является показанием для назначения препарата в комплексном лечении острых вирусных гепатитов с парентеральным механизмом заражения.

Ивановский В.Б., Гаврилова Ю.А., Ильченко Л.А., Орлов С.А., Шевырева Е.В., Шорина З.Ф.

РОЛЬ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ В ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

г. Санкт-Петербург, Россия

В течение последнего 5-летия (1999-2003гг..) отмечен достоверный рост удельного веса плановой госпитализации в стационар Городского противотуберкулезного диспансера (85,2%; 90,0%; $P < 0,001$). Эта тенденция сохраняется в основном за счет увеличения случаев перевода пациентов из больниц общей лечебной сети (9,5%; 11,7%). За указанный срок среди больных, госпитализированных по экстренным показаниям, произошло 2-кратное сокращение случаев перевода из приемных отделений стационаров общей лечебной сети (36,3%; 18,7%).

По годам наблюдения удельный вес больных туберкулезом в стационаре ГПТД остается стабильным (88,6%; 90,3%; $P > 0,05$). В структуре диагностических случаев, направленных многопрофильными больницами, с устойчивой частотой доминируют пневмонии затяжного характера течения (72,7%) и онкопатология (15,1%).

Среди лиц, переведенных из стационаров ОЛС, в 66,7% случаев окончательным диагнозом был туберкулез органов дыхания, который в 34,8% сопровождался бактериовыделением. С преобладающей частотой туберкулез органов дыхания диагностирован среди пациентов, переведенных из инфекционной больницы (85,7%).

Следовательно, последние годы каждый десятый пациент поступает в туберкулезный стационар путем перевода из многопрофильных больниц. При этом среди последних сократилось частота госпитализации по экстренным показаниям. У переведенных из стационаров ОЛС в большинстве случаев подтверждается туберкулез органов дыхания, который в 1/3 представляет наибольшую эпидемиологическую опасность.

Ивашков Е.А., Писаренко Т.В.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ *H. PYLORI*

г. Хабаровск, Россия

Закономерным следствием установления важной этиологической роли *Helicobacter pylori* в развитии хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта стало изменение диагностических критериев. Если ранее диагностика, например, язвенной болезни базировалась на констатации наличия язвенного дефекта слизистой оболочки, то в настоящее время стандартом *de facto* является применение методов, которые позволяют прямо

или косвенно подтвердить наличие *H. pylori* в слизистой оболочке. К прямым методам детекции микроорганизмов следует отнести морфологические (гистологические, цитологические), бактериологические, молекулярно-биологические (ПЦР) исследования. Непрямые методы (уреазный дыхательный тест, быстрый уреазный тест в биоптатах, серологические исследования) косвенно отражают наличие возбудителя.

Разумеется, полная картина достигается при использовании максимально возможного спектра тестов. На практике диагностические возможности лечебного учреждения и финансовые – пациента значительно ограничивают возможности выбора. На наш взгляд, для достоверного суждения о наличии *H. pylori* необходимо использовать, как минимум, два различных метода, один из которых является прямым, другой – непрямым. В практике Военно-медицинской службы УФСБ России по Хабаровскому краю в качестве такого тандема диагностических методов используется сочетание 1) цитологического исследования мазка-отпечатка слизистой оболочки желудка, полученного при эндоскопическом исследовании и 2) ИФА крови на наличие антител к антигенам *H. pylori*. Морфология *H. pylori* настолько типична, что выявление микроорганизма в мазке доступно даже малоопытному исследователю. В то же время, при наличии известной квалификации морфолога, метод даёт неоценимую информацию не только о массивности геликобактериозного обсеменения, но и о характере воспалительного процесса (воспалительная атипия, инфильтрация лимфоидными элементами, дистрофические изменения эпителиоцитов и т.п.). За счёт применения эндоскопического оборудования при получении материала морфологический метод относят к дорогостоящим и трудоёмким. Однако при условии того, что фиброгастроскопия уже применяется в практике лечебного учреждения, морфологическое изучение полученного в ходе эндоскопии материала доступно и высокоэффективно. Именно поэтому, на наш взгляд, использование морфологического метода (хотя бы в виде цитологического исследования, а оптимально – изучение гистологического препарата) при проведении фиброгастроскопии является обязательным.

ИФА-исследование производится с применением тест-систем «ХеликоБест-антитела» производства ЗАО «Вектор-Бест» (кат. № D-3752), доступных по стоимости и удобных в применении. Тест-системы данного типа выявляют суммарные специфические антитела классов G, A и M, что не позволяет дифференцировать стадии инфекционного процесса по преобладанию того или иного класса антител. В то же время исследование парных сывороток, первая из которых получена до начала лечения, а вторая – после окончания при условии одновременного тестирования сывороток, даёт ценную информацию о динамике титра противогеликобактериозных антител. В случае успешного лечения титр антител снижается до фонового за 3-6 месяцев. При отсутствии специфической терапии изучение титра парных сывороток позволяет оценить динамику инфекционного процесса.

Учитывая затратность при проведении эндоскопических исследований, метод ИФА можно использовать для скрининга в больших группах с последующим уточнением диагноза на фиброгастроскопии.

Опыт практического использования сочетания двух указанных методов показал, что комбинированный подход в лабораторной диагностике вызванной *H. pylori* инфекции обеспечивает как эффективную первичную диагностику инфекции, так и диагностику эрадикации, т.е. подтверждение полного уничтожения бактерий в результате лечения.

Ильина С.В., Киклевич В.Т., Савилов Е.Д.

ВЛИЯНИЕ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ГЕПАТИТА А

г. Иркутск, Россия

На фоне дестабилизации социально-экономических условий жизни эпидемический процесс гепатита А претерпевает ряд изменений: интенсификация заболеваемости, особенно выраженная на отдельных территориях, перемещение ее максимальных показателей на более старшие группы населения и т.д. В то же время сохраняется ярко выраженная цикличность, свидетельствующая о недостаточном контроле за инфекцией.

Целью настоящей работы было изучение тенденций эпидемического процесса вирусного гепатита А в городах с разным уровнем техногенного загрязнения окружающей среды. Взятые для исследования промышленные центры Иркутской области – Ангарск и Иркутск одинаковы по социально-гигиеническим условиям проживания, различаясь только по уровню и качественному составу загрязняющих веществ в атмосферном воздухе. В Ангарске поллютанты представлены в основном выбросами нефтеперерабатывающих и нефтехимических предприятий, а в Иркутске продуктами сгорания топлива от предприятий теплоэнергетики и автотранспорта, а уровень их – ниже. Нами была изучена многолетняя заболеваемость вирусным гепатитом А за период 1977-2003 гг., а также возрастной состав детей, заболевших гепатитом А в вышеуказанных городах.

Выявлен более высокий уровень заболеваемости в Ангарске. При изучении отношения показателя заболеваемости детей до 14 лет к показателю заболеваемости совокупного населения выявлено, что в Ангарске это соотношение в среднем за указанный период времени составило $2,68 \pm 0,01$, в Иркутске $2,26 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). В Ангарске в возрастной структуре переболевших преобладают дети 3-6 лет, тогда как в Иркутске это дети школьного возраста.

При оценке циклической составляющей в многолетней заболеваемости вирусным гепатитом А в Ангарске отмечена многолетняя цикличность с периодом в 4-5 лет. Доля циклических надбавок в годы роста заболеваемости имела значительные различия с колебаниями от 15,1% в 1991 г. до 78,6% в 1995 г. Выраженные различия в интенсивности многолетних циклов, а так же в их длительности свидетельствуют о нестабильности циклического процесса.

Аналогичный анализ заболеваемости в Иркутске выявил наличие многолетних циклов длительностью в 6 лет. При этом доля циклической надбавки в годы максимума различалась незначительно с колебаниями от 21,2% в 1998 г. до 29,4% в 1991 г., что говорит о достаточной стабильности циклического процесса в г. Иркутске.

На основании проведенных исследований можно сделать вывод о том, что на территориях с высоким уровнем техногенного загрязнения окружающей среды эпидемический процесс вирусного гепатита А характеризуется более высоким уровнем, а также нестабильностью циклической составляющей эпидемического процесса. Укорочение многолетних циклов, которое отмечалось у детей Ангарска, может быть объяснено угнетением иммунных реакций под действием комплекса экотоксикантов и, в связи с этим, более ранним наступлением подъемов заболеваемости. Таким образом, в Иркутске эпидемический процесс гепатита А в большей степени регулируется состоянием коллективного иммунитета. В Ангарске же, за счет значительно большего влияния загрязнения окружающей среды как на микроорганизм, так и, прежде всего, на макроорганизм, вступают в действие иные регулирующие факторы развития эпидемического процесса. Снижение коллективного иммунитета в Ангарске способствует, в конечном итоге, «извращению» циклической составляющей многолетней заболеваемости.

Иоанниди Е.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В В Г. ВОЛГОГРАДЕ

г. Волгоград, Россия

Вирусные гепатиты, по-прежнему, занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии всех стран мира, России и Волгоградской области в частности. Среди всех этиологических вариантов вирусный гепатит В вызывает наибольшую тревогу так как он занимает приоритетное место по распространенности и величине социально-экономического ущерба в обществе (Юшук Н.Д. и др. 2000 г., Рахманова А.Г. и др. 2002 г., Змушко Е.И. и др. 2002 г.). Нами изучалась эпидемиологическая и социальная особенность вирусного гепатита В в городе Волгограде. Показано, что в последнее десятилетие в регионе было два эпидемиологических периода, один из которых характеризовался ростом на 31,9 % заболеваемости ОГВ, а другой снижением ее на 13 %. Отмечено, что показатель заболеваемости в 2002 году был в 2,3 раза ниже, чем в 1997 году, когда отмечался пик подъема болезни.

Нами отмечено, что наряду со снижением острого ГВ идет рост как носительства, так и хронических форм заболевания. Так, впервые выявленный хронический гепатит В вырос в 7 раз (В 1997 году показатель заболеваемости составил 3,7 на 100 тыс. населения, а в 2002 году – 26,1). Носительство HBsAg за этот же период выросло в 4 раза. При изучении социально-возрастных групп населения, инфицированных вирусом ГВ, отмечено, что наиболее подвержена болезни возрастная группа от 15 до 29 лет, причем 80,3 % из них являются лицами употребляющие наркотики внутривенно, 10,3 % контактные из эпидемиологического очага и 9,4 % медицинские работники, состоящие из студентов медицинского ВУЗа и колледжей, врачей, сестер. Тенденция к снижению заболеваемости ГВ в нашем регионе преимущественно за счет острых форм в 2003 году очевидно обусловлена проведением вакцинопрофилактики, которая началась с 1998 года. За этот период привито около 40 тыс человек, половину из которых составили дети, пациенты из группы риска.

В заключение следует отметить, что для полной стабилизации положения по борьбе с данной инфекцией, по нашему мнению, необходимо более активное проведение вакцинопрофилактики всех заинтересованных групп населения и усиление пропаганды здорового образа жизни.

Ишков Ю.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

г. Астрахань, Россия

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в учреждениях исправительной системы характеризуется высоким уровнем заболеваемости заключенных и значительным ежегодным ее ростом.

С помощью специально разработанной нами анкеты проведен анонимный опрос 468 ВИЧ-инфицированных (447 мужчин и 21 женщины), находящихся в исправительных учреждениях.

Большинство респондентов (64%) были в возрасте 19 – 30 лет, одна треть – 31 – 50 лет и только 5% - старше 50 лет. Из них 82% являлись холостыми.

88% опрошенных имели начальное или неполное среднее образование, 82% - не имели профессии и постоянного места работы или вообще не работали в прошлом.

76% опрошенных судимы два и более раз.

94% - имели татуировки.

86% ВИЧ-инфицированных употребляли инъекционные наркотические и психотропные средства; стаж наркомании в половине случаев равнялся 2 – 6 годам, у остальных был более продолжительным.

Большинство респондентов отметили, что за период нахождения в заключении не имели половых контактов. Однако при этом они указали, что половые отношения среди заключенных носят преимущественно гомосексуальный характер. На вопрос о причастности их к гомосексуальным связям дали положительный ответ лишь 18% участвовавших в опросе (11% участвовали по принуждению и 9% - из-за любопытства).

Таким образом, ВИЧ-инфицированными в местах лишения свободы являются в основном мужчины молодого возраста, без образования и профессии, в прошлом – безработные или не имевшие постоянного места работы, холостые, неоднократно судимые, употребляющие инъекционные наркотические и психотропные вещества. Основной путь инфицирования заключенных вирусом иммунодефицита человека – гемоконтактный (посредством инъекций наркотических и психотропных средств, выполнения татуировок, а также гемосексуальных половых связей).

Ишков Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЗАКРЫТЫХ КОЛЛЕКТИВАХ МИНЮСТА

г. Астрахань, Россия

Нами обследованы 193 больных туберкулезом легких в закрытых коллективах Минюста. Диагноз заболевания подтвержден клиническими, лабораторными и рентгенологическими методами. У 46,0% пациентов диагностирована инфильтративная, у 17,0% - очаговая, у 12,0% - диссеминированная, у 7,0% - фиброзно-кавернозная формы заболевания, у 9,0% - плеврит и у 3,0% - казеозная пневмония.

Инфильтративный туберкулез легких у большинства больных характеризовался фебрильной температурой тела (38,0 – 38,6), общей слабостью, снижением работоспособности и аппетита, умеренно выраженным кашлем с незначительным количеством мокроты, в части случаев – наличием крови в мокроте, притуплением перкуторного звука и влажными хрипами над пораженными участками легких, повышением СОЭ, повышением туберкулиновой пробы, а также инфильтративными изменениями в легких.

Картина диссеминированного туберкулеза легких отличалась от инфильтративного в большинстве случаев большей выраженностью лихорадки, интоксикации, клинических признаков поражения легких (часто – одышка, поверхностное дыхание, нередко – симптомы плеврита), тахикардией, у отдельных больных – поражением мозговых оболочек (туберкулезный менингит), значительными лейкоцитозом и повышением СОЭ, а также рентгенологическими изменениями в легких (наличием мелких (2 – 4 мм в диаметре) однотипных затемнения малой и средней интенсивности), а также низкими или отрицательными результатами туберкулиновой пробы.

Очаговый туберкулез легких проявлялся субфебрильной температурой тела, общей слабостью, умеренно выраженной тахикардией, повышенной потливостью, сухим, а в отдельных случаях – влажным (с незначительным количеством мокроты) кашлем и единичными сухими хрипами над очагами поражения легочной ткани, возникавшими после покашливания, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышенными значениями пробы Манту, а также рентгенологическими изменениями в легких (наличием теней от 2-х до 14 мм в диаметре).

Казеозная пневмония, экссудативный плеврит и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов имели типичные для них клинические проявления.

Кабанова В.И., Кузнецов Н.И., Романова Е.С.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

г. Санкт-Петербург, Россия

Целью данного исследования являлась оценка эффективности комбинации Беталейкина и ИФН-2α, синтезированного Гос. НИИ ОЧБ под коммерческим названием Интераль, по сравнению с монотерапией Беталейкином.

Под наблюдением находилось 63 больных ХГС. Средний возраст больных составлял 28,0±4,8 лет. Средняя продолжительность заболевания составила 3,3±1,9 лет. У всех обследуемых пациентов проводилось стандарт-

ное биохимическое исследование и определялась вирусная нагрузка с помощью количественной реакции ПЦР на РНК ВГС в сыворотке крови, а также определялось наличие РНК ВГС методом качественной ПЦР в лимфоцитах крови. Все больные были разделены на две группы: 37 человек получали комбинированную терапию и 26 человек получали только Беталейкин. Беталейкин в обеих группах вводился в дозе 7-8 нг/кг /сутки внутривенно-капельно в течение 20 дней (10 введений через день). В группе, где пациенты получали комбинированную терапию после 5 введений Беталейкина к терапии добавлялся Интераль в дозе 3 млн МЕ через день и в дальнейшем по окончании курса Беталейкина 3 раза в неделю в течение 4 месяцев. Оценка эффективности терапии осуществлялась по изменению показателей активности АлАТ и данным ПЦР.

При оценке влияния комбинации Беталейкина в сочетании с Интералем на активность АлАТ по сравнению с монотерапией Беталейкином отмечалась положительная динамика биохимических показателей в обеих группах. Статистически значимых различий в показателях активности АлАТ между группами выявлено не было.

Контрольные исследования ПЦР в сыворотке крови во всех группах больных проводились сразу же после окончания курса терапии, через месяц, 3 и 6 месяцев. При оценке влияния комбинированной терапии были получены следующие результаты: у 27,6 % больных – полностью отсутствовала вирусная нагрузка, т.е. РНК вируса гепатита С не выявлялась, у 58,8 % больных – вирусная нагрузка снизилась с 107 до 103, а 23,5 % больных не ответили на терапию. При монотерапии Беталейкином были получены аналогичные результаты, но процент больных у которых отмечалось снижение вирусной нагрузки был меньше. Так у 27,6 % больных – полностью отсутствовала вирусная нагрузка, у 44,8 % больных – вирусная нагрузка снизилась с 107 до 103 и 27,6 % больных ответа на терапию Беталейкином практически не наблюдалась. При сравнении влияния монотерапии Беталейкином и комбинированной терапии на внепеченочную репликацию вируса, в частности на выявление РНК вируса гепатита С в лимфоцитах, оказалось, что Беталейкин более эффективен.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать следующий вывод, что комбинированная терапия Беталейкином и Интералем вызывает более выраженный противовирусный ответ по сравнению с монотерапией Беталейкином, но Беталейкин более активно действует на внепеченочную репликацию вируса по сравнению с комбинированной терапией.

Казаков А.Б., Девяткин А.В.

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ГЕРПЕСЕ

г. Москва, Россия

Herpes Zoster или опоясывающий герпес (ОГ) развивается у больных на фоне функциональной недостаточности иммунитета и проявляется везикулезными высыпаниями по ходу отдельных чувствительных нервов, выраженным невралгическим синдромом, умеренной или незначительной интоксикацией. Современная комплексная терапия ОГ позволяет быстро купировать общетоксические и кожные проявления. Невралгический синдром, причиной которого является ганглионит или ганглионеврит, почти у 70% больных сохраняется от двух недель до нескольких лет и, как правило, резистентен к медикаментозному лечению. Основной задачей иглорефлексотерапии (ИРТ) при ОГ является уменьшение и устранение мучительных болей в зоне герпетических высыпаний

За 15-летний период ИРТ применялась в комплексном лечении 771 госпитализированного больного ОГ. Мужчин было 308, женщин - 463. Больше половины (397 чел) составили больные в возрасте от 45 до 60 лет. Больных молодого и среднего возраста было 176 чел., пожилого возраста – 163 чел., старческого возраста – 35 чел. ИРТ назначалась на всех стадиях болезни, начиная от острейшего периода до периода отдаленных последствий. В период везикулезных высыпаний использовали корпоральное иглоукальвание, иглоукальвание в точки ушной раковины, утюжащее прижигание (прогревание) полынной сигарой зоны высыпаний и обработка ее дымом сигары. При ганглионите или ганглионеврите применяли различные способы ИРТ: метод групповой иглы (тасинчжень) - поверхностное иглоукальвание (пучком игл) на зону невралгии, поверхностное внутрикожное обкальвание большим числом тонких игл через направитель вокруг очагов высыпаний, корпоральное иглоукальвание, утюжащее прижигание (прогревание) полынной сигарой зоны болей. В периоде отдаленных последствий - постгерпетического ганглионита - проводили корпоральное иглоукальвание, иглоукальвание в ушную раковину, микроиглотерапию, электроакупунктуру, накожную электростимуляцию, метод групповой иглы, прижигание полынной сигарой, скальптерапию и лазерную рефлексотерапию.

Курс ИР при ОГ в зависимости от степени поражения и локализации процесса составлял 10-15 сеансов и при необходимости повторялся через 7 - 14 дней. Выбор точек воздействия, степень и способ раздражения иглы во время лечения, характер прижигания и иные особенности лечения основывались не только на традиционных представлениях о нейрорефлекторных механизмах болевого синдрома и принципах сегментарной иннервации, но и на теоретических положениях и опыте восточной (китайской) медицины.

Эффект лечения оказался наиболее выраженным при применении ИРТ в ранние сроки заболевания ОГ. Полное выздоровление за время пребывания в стационаре (в среднем – 14 дней) при своевременном назначении

ИРТ наступило у 32,5 % больных, значительное уменьшение болевого синдрома - у 63,7% больных. Резистентная к ИРТ постгерпетическая невралгия была у 3,8% больных. Каких-либо побочных эффектов при ИРТ не наблюдалось.

Таким образом, ИРТ при ОГ имеет важное лечебное значение и должна применяться в ранние сроки заболевания. Разработанная в нашей клинике (Казаков А.Б) схема применения ИРТ при болевых синдромах ОГ, в том числе при поражении ветвей тройничного нерва, показывает высокую клиническую эффективность.

Кальгина Г.А., Степанова Т.Ф., Григорьева С.А., Фадеева Н.В.
**РЕЦЕПТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ Т-ЛИМФОЦИТОВ
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ**
г. Тюмень, Россия

Иммунные процессы являются звеньями единой системы регуляции гомеостаза, в которой рецепторные взаимодействия являются базисными. При паразитарной болезни иммунный ответ развивается в результате взаимодействия популяций иммунокомпетентных клеток инвазированного организма. В настоящей работе исследовали рецепторную активность Т-лимфоцитов у 44 больных хроническим описторхозом до лечения (ХО – 1 группа) и в различные сроки после лечения бильтрицидом (до 7 дней и один месяц: 2 и 3 группы соответственно). В реакции розеткообразования с эритроцитами барана определялось относительное и абсолютное количество общей популяции Т-лимфоцитов, рецепторная активность Т-клеток. Т-лимфоциты, присоединившие 3-5 эритроцитов, расценивались нами как слабоактивные, 6-8 – среднеактивные, 9 – высокоактивные (Бужак Н.С. с соавт., 1989).

Исследования выявили достоверно более низкое количество Т-лимфоцитов у больных ХО до лечения по сравнению со здоровыми людьми. В то же время в этой исследуемой группе наблюдается увеличение числа высокоактивных Т-клеток. После лечения бильтрицидом у больных снижается указанный показатель: во второй группе – на 37%, в 3-й группе – на 17% и 33% (соответственно относительное и абсолютное количество Т-рецепторных клеток). Количество среднеактивных Т-лимфоцитов снижено на 20% в группе пролеченных до 7 дней, по истечении месяца содержание этих лимфоцитов достигает уровня нелеченных больных (1 группа – $10 \pm 1,5$; 2 группа – $8 \pm 1,6$; 3 группа – $10 \pm 1,5$). Относительное количество слабоактивных Т-лимфоцитов у больных ХО до лечения составляет $30 \pm 1,7$, у пролеченных больных этот показатель нарастает, в большей степени (на 13%) в третьей группе. Абсолютное количество этих клеток во второй группе ниже, чем в первой. Это можно объяснить повышенным процентным и абсолютным содержанием лимфоцитов у больных после лечения 7 дней. Этот факт подтверждается литературными данными (Степанова Т.Ф., 2002).

Таким образом, у больных хроническим описторхозом до лечения сохраняется высокая рецепторная активность Т-лимфоцитов; в ранний период после дегельминтизации бильтрицидом (7 дней) и в более поздний срок (месяц) преобладают слабоактивные Т-клетки. Следовательно, после лечения хронического описторхоза с использованием бильтрицида функциональная рецепторная активность Т-лимфоцитов снижается. По всей вероятности, при паразитарной инвазии в процессе иммунного ответа уменьшается количество дифференцированных Т-лимфоцитов и увеличивается содержание их незрелых форм в периферической крови.

Караганова О.В.
**ИСХОДЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**
г. Рязань, Россия

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из актуальных проблем современной инфектологии в связи с высокой нерегулируемой заболеваемостью, тяжестью течения и неблагоприятными исходами.

Изучено состояние микробиоценоза кишечника после ОКИ среднетяжелого течения, спустя 1-2 недели после нормализации стула, у 83 реконвалесцентов в возрасте от 20 до 50 лет. У всех обследованных, независимо от нозологии, выявлены нарушения в составе микрофлоры кишечника. Они заключались в изменении состояния резидентных представителей нормофлоры - бифидобактерий, кишечной палочки и лактобактерий. Универсальным признаком служило снижение количества бифидобактерий. Значительные изменения наблюдались в составе кишечной палочки – уменьшение или увеличение ее количества, появление неполноценных форм. Почти у половины пациентов ($45,78 \pm 4,33\%$) отмечалось снижение количества *E. coli*. Признаком глубоких нарушений эшерихий у $60,24 \pm 5,37\%$ пациентов служило появление ее патологических форм с нарушенной ферментативной активностью, с гемолитическими свойствами и их сочетанием. Сопоставление количественных и качественных показателей *E. coli* у реконвалесцентов позволило выявить лиц, у которых при нормальном содержании кишечной палочки в $22,89 \pm 4,61\%$ определялись ее «неполноценные» формы (с измененной ферментативной активностью и гемолитические). У части пациентов ($27,71 \pm 4,91\%$) нарушения характеризовались количест-

венными изменениями *E. coli*. Преобладающими были сочетанные нарушения количественного и качественного состава эшерихий ($37,35 \pm 5,31\%$). И лишь у 10 переболевших ($12,05 \pm 3,57\%$) наблюдался нормальный состав кишечной палочки. Картина дисбиоза у 39 реконвалесцентов ($46,99 \pm 5,48\%$) дополнялась снижением лактобацилл и/или наличием условно патогенной микрофлоры (УПМ). На фоне снижения бифидобактерий и изменений эшерихий в 23 случаях ($27,71 \pm 4,91\%$) выявлено снижение лактобактерий, в сочетании в 5 из них с УПМ. В целом УПМ встречалась у четвертой части обследованных ($25,30 \pm 4,77\%$). УПМ в диагностически значимых количествах (10^5 и выше) была представлена преимущественно протеем, энтерококками, цитробактером, грибами кандиды. Ассоциации УПМ наблюдались в 2 случаях (в одном – грибы кандиды и энтерококк, в другом – грибы кандиды, энтерококк и цитробактер). Следовательно, в целом микробиоценоз кишечника в реконвалесценции ОКИ был существенно нарушен у всех пациентов, что выражалось, главным образом, в снижении бифидобактерий ($98,80 \pm 1,19\%$), количественных и качественных изменениях кишечной палочки ($87,95 \pm 3,57\%$) в сочетании со снижением лактобактерий ($27,71 \pm 4,91\%$) и появлением УПМ ($25,30 \pm 4,77\%$).

Выявленные качественные и количественные нарушения микрофлоры кишечника в совокупности соответствовали дисбиозу I степени у 7 пациентов ($8,44 \pm 3,05\%$), II степени – у 40 ($48,19 \pm 5,48\%$) и III степени – у 36 ($43,37 \pm 5,44\%$). То есть в реконвалесценции ОКИ глубокие дисбиотические изменения кишечника, соответствующие III степени, имели место у значительной части переболевших.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о формировании нарушений в микробиоценозе кишечника после ОКИ. Очевидно, реконвалесцентов ОКИ следует рассматривать как группу риска возникновения функциональных заболеваний кишечника – прежде всего, СРТК – и рекомендовать им современную коррекцию постинфекционных дисбиотических сдвигов.

Карнаухова Е.Ю., Беляева Т.В.

ВЛИЯНИЕ ТАБЛЕТИРОВАННОГО ЦИКЛОФЕРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время остаются достаточно актуальными проблемы затяжной реконвалесценции и длительного бактерионосительства при дизентерии. Выявление существенного значения иммунных сдвигов в патогенезе и прогнозе развития этих состояний послужило основанием для изучения возможности их коррекции. Сегодня в практике широко применяются индукторы эндогенного интерферона, в частности, оригинальный отечественный препарат циклоферон. Помимо известного интерферогенного влияния установлено эффективное действие циклоферона на другие звенья неспецифической защиты организма (изменение фагоцитарной активности и продукции гуморальных факторов). Это позволяет предположить позитивное иммуномодулирующее действие циклоферона при бактериальных инфекциях.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности использования таблетированной формы циклоферона в комплексной терапии дизентерии на основании изучения динамики факторов неспецифической резистентности.

Обследовано 95 больных острой дизентерией в возрасте 15 – 77 лет, в комплексном лечении которых применялись таблетки циклоферона с использованием двойного слепого плацебоконтролируемого метода. Препарат (циклоферон или плацебо) назначали в первые 72 часа пребывания больного в стационаре внутрь по 2 таблетке 2 раза в день (утром и вечером) за 30 минут до еды в течение 5 дней. До начала терапии препаратом и в динамике (через 2 суток после ее окончания) в иммунологических тестах определяли следующие показатели периферической крови: фагоцитарная активность нейтрофилов, метаболическая активность моноцитов (НСТ-тест), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Полученные результаты сопоставляли в двух группах больных: получавших циклоферон (48 человек, группа “Ц”) и получавших плацебо (47 человек, группа “П”). Для более объективной количественной оценки полученного эффекта лечения циклофероном было введено понятие коэффициента стимуляции (КС), отражающее способность функционального ответа фагоцитов на воздействие.

Увеличение фагоцитарного показателя (ФП) по сравнению с исходным уровнем в группе “Ц” отмечено у 61% больных, тогда как в группе “П” у 54%. Больных с высоким уровнем стимуляции ФП (КС=15 и более) в группе “Ц” было 22%, а в группе сравнения 17%. Увеличение фагоцитарного числа (ФЧ) произошло у большего числа больных в группе “Ц”, нежели в группе “П” (56% и 43% пациентов соответственно). Положительные значения КС ФЧ были у 23 больных из группы “Ц” и у 15 из группы “П”. Больных с умеренной стимуляцией (КС ФЧ менее 15) было в 2,5 раза больше в группе “Ц”. При постановке НСТ-теста увеличение значения показателя в динамике произошло у половины больных в обеих группах. При этом средняя величина КС НСТ в группе “Ц” была в 1,4 раза больше, чем в контрольной. В связи с тем, что как низкий, так и высокий уровень ЦИК у больного дизентерией является неблагоприятным фактором, для оценки влияния циклоферона на этот

показатель был введен коэффициент отклонения уровня ЦИК от нормы (К ЦИК). Прирост К ЦИК в группе "П" в 2,24 раза был выше, чем в группе "Ц".

Проведенные тесты отразили иммунокорректирующие эффекты циклоферона при дизентерии. Наиболее чувствительной к воздействию оказалась фагоцитарная активность клеток. Выявлено корректирующее влияние циклоферона при недостаточном и избыточном образовании ЦИК. Проведенная работа позволяет рекомендовать применение таблеток циклоферона в качестве иммуномодулирующего средства с целью профилактики формирования затяжных и хронических форм дизентерии и развития постинфекционных аутоиммунных осложнений.

Касымов И.А., Туйчиев Ж.Д.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВОВ БРЮШНОГО ТИФА В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННОЙ ВСПЫШКИ

г. Ташкент, Узбекистан

Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, брюшной тиф продолжает регистрироваться на территории Республики Узбекистан в виде спорадической заболеваемости и ограниченных эпидемических вспышек.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей рецидивирующего брюшного тифа в условиях ограниченной вспышки.

Материалы и методы. Мы проанализировали клиническое течение брюшного тифа у 61 взрослых в возрасте от 14 до 70 лет. Из 61 больных брюшным тифом у 12 (19,7%) наблюдались рецидивы. Из них было мужчин 5 (41,7%) и женщин 7 (58,3%). Диагноз рецидива брюшного тифа был подтвержден выделением гемокультуры *S. typhi*.

Результаты. Больше половины больных с рецидивирующим течением брюшного тифа были в возрасте 14-24 лет, с увеличением возраста больных частота рецидивов снижалась. Изучение клинических проявлений рецидивов брюшного тифа показало, что у большинства больных рецидив наступил в течение месяца после установления нормальной температуры. Из них у 4 (33,3%) – в течение второй недели апиреksии, по трое больных перенесли рецидив в течение 3 и 4 - недели апиреksии. Поздние рецидивы на 30 и даже на 110 день после завершения основной волны болезни наблюдались у 2 больных. У всех больных наблюдался лишь 1 рецидив заболевания.

Основная волна заболевания при рецидивирующем течении брюшного тифа протекала, в основном, в среднетяжелой форме - у 10 больных из 12, и только у 2 – в легкой. Мы не наблюдали рецидивов после перенесенной тяжелой формы брюшного тифа. Симптомы интоксикации (общая слабость, головная боль, нарушение сна и др.) по сравнению с рецидивами достоверно ($P < 0.02$) преобладали при основной волне заболевания (70,0% и 33,4% соответственно). У более половины больных в период основной болезни температура поднималась выше $39,0^{\circ}$, тогда как только у 2 (16,7%) в период рецидива наблюдалась пиретическая лихорадка. Длительность лихорадочного периода при рецидивах колебалась от 3 до 20 дней, в среднем составляя $10,3 \pm 2,7$ дней, что короче, чем при первой волне болезни ($14,7 \pm 1,4$). Характерная бледность и сухость кожных покровов достоверно часто наблюдалась в период основной волны брюшного тифа (75,0%) по сравнению с рецидивом (33,4%). Относительная брадикардия регистрировалась примерно в 2,5 раза реже при рецидивах брюшного тифа. Розеолезная сыпь выявлялась только при основном заболевании. И также реже наблюдалась приглушенность сердечных тонов и гипотония. В меньшем проценте случаев по сравнению с основным заболеванием у больных наблюдали «тифозный» язык (25,0% и 16,7%). Однако в 2 раза чаще при рецидивах наблюдался запор и чередование диареи с запором.

В легкой форме рецидив был у 6 (50,0%) больных, в среднетяжелой – у 4 (33,3%) и только у 2 (16,7) рецидив протекал тяжело, даже у одной больной рецидив осложнился кишечным кровотечением. Сопоставление тяжести течения основной волны брюшного тифа и рецидива показало, что относительно редко – у 2 (16,7%) больных, рецидив протекал тяжелее, чем основное заболевание, у трети больных – легче, у половины больных соответствовал тяжести основного заболевания.

Таким образом, рецидивы развились в 19,7% случаев, чаще возникали после среднетяжелого течения, и, в основном, в течение месяца после установившейся нормальной температуры. Длительность рецидивной лихорадки короче основной волны болезни. Рецидив протекал, в основном, в такой же форме тяжести, как первая волна брюшного тифа.

Кафарская Л.И., Гулов А.В., Ефимов Б.А.

ВЕДУЩИЕ АЭРОБНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ

г. Москва, Россия

Заболевания бактериальной природы занимают ведущее место в патологии ЛОР-органов. Поэтому основными препаратами терапии являются антибиотики. Целенаправленная этиотропная терапия предполагает назначение препарата активного против микроорганизма, вызвавшего заболевание в данном конкретном случае.

Нерациональная, часто необоснованная, назначаемая без учета спектра основных этиологических агентов, в недостаточных дозировках, с несоблюдением кратности введения препарата антибактериальная терапия является важнейшим фактором риска возникновения антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов и развития длительно протекающей гнойно-септической патологии ЛОР-органов.

Целью нашего исследования было выявление основных современных возбудителей заболеваний ЛОР-органов бактериальной природы и исследование их антибиотикочувствительности. В исследуемую группу вошли больные с острыми и хроническими синуситами, средними отитами; фурункулами носа, наружного слухового прохода; паратонзиллярными абсцессами. По результатам исследования наиболее частыми возбудителями данных заболеваний явились: *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella Catarrhalis*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*. Антибиотикорезистентные штаммы составили 18% от всех выделенных микроорганизмов.

Среди грамположительной флоры наибольший процент резистентности отмечался к бензилпенициллину (48%), ампициллину (8,4%), оксациллину (38%), а также к цефалоспорином I генерации (22%). Наименьший процент резистентности отмечался к амоксициллину (4%), цефалоспорином III генерации (3%), новым фторхинолонам (левофлоксацину, моксифлоксацину) – 0%. Среди грамотрицательной флоры был отмечен высокий процент резистентности к ампициллину (21%), цефалоспорином II генерации (19%), тетрациклам (21%). Наиболее низкий процент резистентности отмечен к цефалоспорином III генерации (10%), фторхинолонам (14%).

Необходимо (и это доказали результаты проведенного нами исследования) отказаться от применения препаратов, оказывающих выраженные побочные действия, а также неактивных в отношении целого ряда патогенов, вызывающих гнойные заболевания ЛОР-органов. К таким препаратам должны быть отнесены сульфаниламиды и ко-тримоксазол, бензилпенициллин и цефалоспорины I поколения (кроме случаев стрептококковых инфекций), оксациллин, старые макролиды, тетрациклин, старые фторхинолоны (кроме случаев местного использования при гнойных перфоративных отитах), аминогликозиды.

Необходимо переосмыслить место макролидных антибиотиков при инфекциях ЛОР-органов, которые характеризуются неуклонным ростом резистентности к ним кокковой флоры, особенно стафилококков и β -гемолитических стрептококков, настораживает также и возрастающий уровень резистентности к пневмококку. Вследствие этих причин, современные макролиды (кларитромицин, рокситромицин, азитромицин) должны рассматриваться как препараты II выбора, в случае наличия аллергических реакций к β -лактамам антибиотикам. Старые макролиды, такие как эритромицин, олеандомицин т.к. не обладают активностью в отношении гемофильной палочки, характеризуются высоким процентом резистентности других возбудителей.

Таким образом, наиболее эффективными препаратами для лечения инфекций ЛОР-органов, по нашим данным, являются: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины III генерации, новые фторхинолоны.

Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Рычкова О.А., Орлов М.Д., Князева Е.Ф., Петров В.Г.,
Кухтерин А.А., Пряхина О.В., Бельтикова А.А., Федоров В.В.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Тюмень, Россия

Несмотря на постоянно совершенствующиеся методы этиотропного и патогенетического лечения, генерализованные формы менингококковой инфекции (ГФМИ) занимают одно из ведущих мест в структуре нейроинфекций, что связано с частым тяжелым течением в детском возрасте и развитием остаточных проявлений в период реконвалесценции.

Целью настоящей работы был сравнительный анализ иммунного статуса у детей с ГФМИ: гнойным менингитом и сочетанием гнойного менингита с менингококцемией. Материалы и методы: Обследовано 29 детей с ГФМИ в возрасте от 4 мес. до 14 лет. Из них 19 детей с комбинированной формой менингококковой инфекции (гнойный менингит + менингококцемия) – 1 группа, и 10 детей с менингококковой инфекцией, гнойным менингитом – 2 группа. ГФМИ, как и любое другое инфекционное заболевание, в ответ на внедрение возбудителя вызывает в организме развитие общего адаптационного синдрома, протекающего в 3 фазы: мобилизации (1-3 день болезни), резистентности (4-7 день болезни), истощения или исхода (с 8 дня болезни). Исследование проводилось на 4-7 день болезни. Анализировались показатели клеточного иммунитета (фагоцитарная активность нейтрофилов, фенотип лимфоцитов) и гуморальных факторов (иммуноглобулины, ЦИК).

Результаты исследования: В фазу резистентности у детей с ГФМИ отмечалась активизация адгезии фагоцитов при снижении поглотительной способности. Эти изменения более выражены в первой группе больных. Кислородзависимая бактерицидная активность фагоцитов по данным НСТ-теста (как спонтанного, так и стимулированного) значительно повышается в обеих группах, что свидетельствует об имеющемся функциональном резерве клеток. Одновременно отмечается значительное увеличение средне- и крупномолекулярных ЦИК и IgM

в 1 группе как по сравнению со здоровыми, так и с больными 2 группы. Анализ субпопуляционного состава лимфоцитов выявил однонаправленные изменения в обеих группах: наблюдался дефицит CD3+ (зрелых Т-лимфоцитов), CD8+, CD16+ (цитотоксических лимфоцитов и киллеров), и маркеров активации адгезии с компонентом комплемента – CD11b+, при значительном повышении CD7+ (предшественники Т-лимфоцитов). Одновременно отмечается повышение количества лимфоцитов, экспрессирующих CD20+, CD23+ (В-лимфоциты), CD71+, CD54+ (маркеров активации).

Таким образом, высокая концентрация средне- и высокомолекулярных ЦИК в фазу резистентности (4-7 день болезни) в группе больных с комбинированной формой менингококковой инфекции на фоне активизации адгезии фагоцитов и высоких показателей НСТ-теста, по-видимому, свидетельствует о снижении элиминирующей способности нейтрофилов в этой группе по сравнению со здоровыми детьми и группой больных с гнойным менингитом. При этом активация гуморального звена иммунитета у детей с комбинированными формами менингококковой инфекции возможно является не только компенсаторной реакцией, но и патологической, когда высокое содержание ЦИК могло поддерживать поражение эндотелия сосудов и органов.

Кириллова Т.А., Киклевич В.Т., Савилов Е.Д.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ

г. Иркутск, Россия

Проблема вирусных гепатитов тесно связана с проблемой наркомании, а распространение злоупотребления наркотиками в настоящее время приобрело характер эпидемии. В последние годы отмечается существенный рост наркомании с внутривенным введением препаратов, а также увеличение числа случаев заражения вирусными гепатитами при употреблении наркотиков в подростковой среде.

Под нашим наблюдением находилось 81 подросток в возрасте от 12 до 17 лет с вирусным гепатитом В, употреблявших внутривенно наркотические вещества, госпитализированных в инфекционную больницу города Иркутска. В качестве контрольной группы обследовано 84 ребенка данной возрастной группы, не страдающих наркоманией. При формировании групп соблюдались следующие условия: учитывались только те дети, которые родились и выросли в Иркутске, на момент исследования учившиеся в школе и употреблявшие наркотические препараты внутривенно не менее шести месяцев.

Результаты проведенного нами анализа свидетельствуют, что вирусный гепатит у подростков, страдающих наркоманией имеет достоверные и существенные клинико-лабораторные особенности течения.

Необходимо отметить, более высокий удельный вес подростков мужского пола (64,2%), страдающих наркоманией, по сравнению с подростками женского пола. При сравнительном клиническом изучении нами был отмечен высокий уровень сопутствующей патологии у подростков, страдающих наркоманией (у наркоманов этот показатель составил 37,0%, в группе сравнения – 20,2 %). Следовательно, у потребителей наркотических веществ, на фоне повреждения клеток печени и иммунной системы, формируется предрасположенность к хроническим заболеваниям. У больных с сопутствующей наркоманией заболевание имело тенденцию к более длительному течению, чем в контроле, у 9,8 % имевшее затяжное течение, с явной тенденцией к формированию хронических форм. Последующая хронизация отмечалась в 4,3% случаев. Безжелтушная форма заболевания встречалась у 7,1% больных как опытной, так и контрольной групп. При оценке тяжести заболевания обнаружено превалирование тяжелых форм вирусного гепатита В у больных, страдающих наркоманией 24,7% (в контроле – 8,3%). Длительность преджелтушного периода у этой категории больных была достоверно выше, чем в контрольной группе. В исследуемой группе больных ВГВ, употребляющих наркотики, обнаружен более выраженный и длительный интоксикационный синдром, более длительное сохранение желтухи и увеличения печени. У подавляющего большинства пациентов из указанной группы отмечалось волнообразное течение желтухи, что связано с продолжающимся приемом наркотических препаратов на фоне течения болезни. Острый вирусный гепатит В у подростков-наркоманов в 12,3% случаев протекал с признаками холестаза, проявлявшегося желтухой, отсутствием интоксикации и кожным зудом. У подростков, не страдающих наркоманией, холестаз встречался только в 2,4%. Изменения лабораторных показателей при остром вирусном гепатите В у подростков, страдающих наркоманией, выразились в более высоком уровне билирубина. При чем в 21,0% уровень билирубина в данной группе был выше 200 мкмоль/л, что достоверно выше контроля (8,3%). Кроме этого, обнаружена более поздняя нормализация клинических и биохимических показателей у подростков, страдающих наркоманией. Затяжная реконвалесценция достоверно чаще наблюдалась у данной категории больных (34,6% случаев), чем у подростков, не употребляющих наркотики (7,1%).

Кишкурно Е.П.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭВИ В БЕЛАРУСИ У ДЕТЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 2001-2003 ГОДЫ)

г. Минск, Беларусь

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) являются актуальной проблемой современной медицины. Это определяется широкой распространенностью данной инфекции, пантропизмом, способностью вызывать не только острую, но и хроническую форму инфекции. География ЭВИ чрезвычайно широка и охватывает все страны мира, бывшего СССР и нашей республики. К числу наиболее известных по литературным данным обострений эпидемических ситуаций, связанных с ЭВИ, относятся следующие вспышки ЭВИ. Витебская в 1964г., заболело 234 человека, эпидемически была связана с вирусом Коксаки В4 выделенными из питьевой воды, Солигорская 1994 г. заболело около 50 человек, Гомельская 1997г. заболело 460 человек, доминирующими этиологическими агентом был вирус ЭКХО 30, Гродно 2003г. – заболело 225 человек, этиология была связана с вирусом Коксаки А 6-10. В г.Минске в 2003 году за время подъема заболеваемости ЭВИ зарегистрировано 1947 случаев (лабораторно подтвержден 1351 случай). В этот период в детскую инфекционную больницу было госпитализировано 1212 детей. Этиология данной вспышки была связана с тремя серотипами энтеровирусов: ЭКХО 30, 6, Коксаки В5.

В результате анализа заболеваемости ЭВИ на территории Беларуси отмечено, что инфекция протекала как в виде изолированной формы серозного менингита, так и в виде комбинированных форм.

Наряду с жалобами на головную боль, рвоту, повышенную температуру тела, менингеальные симптомы различной степени выраженности отмечался умеренный лейкоцитоз в гемограмме, нейтрофильного характера, умеренно ускоренное СОЭ. В ликворе, полученном в первые дни заболевания, преобладал нейтрофильный цитоз.

В Гомеле и Гродно в основном заболевание протекало в легкой и среднетяжелой форме. При ЭВИ в г.Минске, обусловленной вирусами ЕКНО-30,6, Коксаки В5, выявлено более тяжелое течение заболевания с широким спектром клинических форм, в том числе таких как: кардит, гепатит, энцефалит (развивающиеся преимущественно на 4-6 сутки заболевания, что сопровождалось повышением температуры тела и появлением соответствующей клинической картины). Реже встречался респираторный синдром и поражение ЖКТ. Клинический диагноз подтверждался лабораторно результатами ПЦР, ИФА и выделением вирусов на культуре клеток.

Всем больным проводилось комплексное лечение: патогенетическая и симптоматическая терапия (дезинтоксикация, дегидратация), общеукрепляющая терапия. Диуретики, глюкокартикоиды, антибиотики назначались по показаниям.

Таким образом, в результате проведенного анализа заболеваемости и характера течения энтеровирусной инфекции в регионах Беларуси сделан ряд выводов:

1. Типовой состав ЭВИ представлен широким спектром штаммов, циркулирующих на территории Беларуси Коксаки В5, ЕКНО-30 (доминирующий), ЕКНО-11,4.
2. При анализе заболеваемости в г.Минске 2003г. отмечаются более разнообразные клинические варианты течения ЭВИ (кардиты, гепатиты, энцефалиты и тяжелое течение).

Клочков И.Н., Мартынов В.А.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЛЕПТОСПИРОЗА

г. Рязань, Россия

За период с апреля по сентябрь 2004г.в эндоскопическом кабинете инфекционного отделения Рязанской клинической больницы им. Н. А.Семашко обследовано 33 пациента с диагнозом лептоспироз. Из них: мужчин-21 и женщин-12 в возрасте от 16 до 71 года. ФГС проводилась японским эндоскопом “PENTAX FG-29H” по стандартной методике с забором материала на цито-морфологическое и бактериоскопическое исследование. Диагноз лептоспироза был поставлен на основании типичных клинических, эпидемиологических и лабораторных (нарастание титра антител) данных. В 60% случаев заболевание протекало в тяжелой, в остальных в средне-тяжелой форме. Зафиксирован 1 летальный исход, обусловленный развитием инфекционно-токсического шока с полиорганной недостаточностью, профузным желудочным кровотечением из острой язвы желудка. Эндоскопическое обследование (фиброгастродуоденоскопия) на предмет выявления патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводилось поступившим в первые сутки госпитализации.

В результате выявлены: эрозивно-фибринозный эзофагит - у 2, эрозивный гастрит - у 3, эрозивный бульбит - у 3, язва желудка - у 4, язва луковицы ДПК - у 9, гастрит с геморрагическим компонентом - у 1, минимальные проявления гастрита (застойная гастропатия) – у 11 пациентов. В 8 случаях наблюдалось сочетанное поражение

желудка и луковицы ДПК (язва желудка + эрозивный бульбит, эрозивный гастрит + эрозивный бульбит, язва луковицы ДПК+эрозивный гастрит), в 1 поражение пищевода и луковицы ДПК (эрозивный эзофагит+язва луковицы ДПК). В 1 случае выявлена угроза возникновения кровотечения из язвы луковицы ДПК (тромбированный сосуд в дне язвы). Во всех случаях не было анамнестических указаний на наличие язвенной болезни, однако у двух пациентов обнаружена рубцовая деформация луковицы ДПК. Все визуальные изменения подтверждены морфологически. Изменения верхних отделов ЖКТ соответствовали тяжести течения основного заболевания и носили острый характер.

Лечение основного заболевания проводилось с использованием антибиотиков, патогенетической посиндромной терапии. Выявленные изменения со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта потребовали назначения антацидов, Н-2 блокаторов, репаратанов. При контрольном эндоскопическом обследовании, проведенном по истечении 14-21 дня отмечалась полная эпителизация эрозивно-язвенных поражений, пищевода, желудка и луковицы ДПК.

Таким образом у больных лептоспирозом закономерно выявляются поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта от минимальных (застойная гастропатия) до эрозивно-язвенных (изолированных и сочетанных) с возможностью развития кровотечения, соответствующие тяжести течения основного заболевания. При обследовании больных лептоспирозом целесообразно проведение ФГС в первые сутки пребывания в стационаре для своевременного выявления патологии верхних отделов ЖКТ и назначения адекватной противоязвенной и гемостатической терапии (по показаниям). Выявленные изменения необходимо учитывать в диагностике, прогнозировании течения заболевания, возможных осложнений со стороны ЖКТ и лечении лептоспироза. Механизм возникновения поражений верхних отделов ЖКТ обсуждается.

Клюшников Ю И., Попов П.Н., Марченко В.И.
**ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЛИЦ,
ПОЛОЖИТЕЛЬНО РЕАГИРУЮЩИХ НА БРУЦЕЛЛЁЗ**
г. Ставрополь, Россия

В очагах бруцеллёза встречаются клинически здоровые лица с положительными реакциями на бруцеллёз. Часть этих лиц переболела бруцеллезом, другая перенесла инфекцию латентно. Они являются иммунными к бруцеллёзу и в этиотропном лечении не нуждаются.

При детальном эпидемиологическом, клиническом и лабораторном обследовании среди положительно реагирующих выявляется группа лиц, недавно заразившихся бруцеллёзом, у которых инфекционный процесс протекает незаметно. При анализе заболеваемости бруцеллёзом людей в очагах крупного рогатого скота (КРС) установлено, что манифестация клиники происходит в самые различные сроки после инфицирования. Это ведет к поздней обращаемости больных. При постоянном инфицировании и сенсибилизации развивается аллергическая реакция с угасанием серологических данных. Это ведет к диагностическим ошибкам. С целью единого подхода к трактовке серореакций и пробы Бюрне у положительно реагирующих на бруцеллёз мы предлагаем исходить из следующего:

1. положительные реакции Райта и Хеддльсона и отрицательная проба Бюрне свидетельствуют о свежем инфицировании. В этой фазе клинические признаки сравнительно редки, необходимо стационарное наблюдение с полным клинико-лабораторным обследованием;
2. положительные серореакции и проба Бюрне свидетельствуют об инфицировании на сенсибилизирующей почве. Нередко при этом обнаруживается микросимптоматика бруцеллёза. Аналогичные реакции возможны и при хроническом бруцеллёзе. Необходимо тщательное обследование в стационаре;
3. отрицательные серореакции при положительной пробе Бюрне свидетельствуют о возможном инфицировании или хроническом бруцеллёзе (при наличии жалоб). Данный контингент не привлекают на работы в неблагополучные по бруцеллёзу хозяйства. Возможно повторное инфицирование;
4. положительная реакция Хеддльсона при отрицательных реакции Райта и пробе Бюрне возможна при свежем инфицировании. Необходимо динамическое наблюдение и обследование. Нарастание титров и появление положительной реакции Райта подтверждает факт инфицирования.

В связи с вышеизложенным, в очагах бруцеллёза КРС положительно реагирующие лица подлежат тщательному наблюдению. При наличии клинических признаков и положительной реакции Хеддльсона они направляются в бруцеллёзный центр на дообследование (повторные посевы крови, постановка реакции Райта, Хеддльсона, пробы Бюрне, параклинические исследования). При признаках перехода состояния полной компенсации в субкомпенсацию необходимо установление заключительного комиссионного диагноза.

Клюшников Ю.И., Попов П.Н., Марченко В.И.

ТРОПИЧЕСКАЯ МАЛЯРИЯ: КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ

г. Ставрополь, Россия

Проблема малярии на территории Ставропольского края остаётся серьёзным фактором, как с организационной, так и с клинической точки зрения, поскольку продолжается завоз её из-за рубежа. Особую опасность представляют случаи тропической малярии у лиц, неиммунных к данной инфекции.

Нами изучена клиника тропической малярии у 6 российских и 6 иностранных граждан. Острые проявления паразитоза развивались у больных в первый месяц после пребывания из эндемичных очагов. Тропическая малярия у российских граждан протекала в тяжелой, осложненной форме. Среди иностранных граждан преобладали лёгкие и среднетяжелые формы болезни. У всех больных диагноз подтвержден методом толстой капли и тонкого мазка с оценкой интенсивности паразитемии.

Основными клиническими проявлениями малярии у неиммунных лиц были: быстрое развитие болезни постоянная или ремитирующая лихорадка, гепатоспленомегалия, функциональные расстройства ЦНС. Данное состояние оценивалось как острая диффузная, симметричная энцефалопатия. У 2-х больных имел место лёгочный синдром. В гемограмме наблюдался умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, анэозинофилия, лимфоцитоз. Имело место повышение билирубина и активности сывороточных трансаминаз. Среди иностранцев преобладали: умеренная анемия, спленомегалия, лейкопения, эозинофилия, ускоренная СОЭ. Больные получали далагил. Несмотря на интенсивную терапию состояние больных оставалось тяжелым.

Учитывая географический анамнез (страны с наличием хлорохинустойчивых штаммов плазмодия), неэффективность проводимой терапии, интенсивную паразитемию был назначен парентерально двусолянокислый хинин в дозе 40 мг/кг в сочетании с тетрациклином. В первые сутки исчезал лёгочный синдром, нормализовывалась температура, уменьшался уровень паразитемии. При выходе из комы препараты назначались перорально.

Итак, в период начальных проявлений тропической малярии у неиммунных лиц ни один из клинических признаков не может быть патогномичным. Развитию болезни способствует нарушение профилактического приёма противомалярийных препаратов. Для малярии характерно тяжелое течение с нарастанием церебральной, лёгочной и почечной патологии. Клинические признаки малярии не могут служить критерием эффективности специфической терапии. Вопрос о назначении препаратов решается на основании уровня и динамики паразитемии у больных. Лечение необходимо начинать с применения хинина и препаратов тетрациклинового ряда или артемизинин (куартем, артесунат и др.) в сочетании с артемизинином.

Кобатов А.И., Кузнецов Н.И., Тяготин Ю.В.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО СУБЛИНГВАЛЬНОГО ТАБЛЕТИРОВАННОГО ИНТЕРФЕРОНА–2 АЛЬФА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

г. Санкт-Петербург, Россия

Настоящее исследование проведено с целью изучения возможности использования сублингвальной таблетированной формы сублимационно высушенного рекомбинантного препарата интерферона – 2 альфа при лечении хронического вирусного гепатита С.

Изучение препарата проводилось на добровольцах с использованием двойного слепого метода. В исследование было включено 11 пациентов с диагнозом хронический вирусный гепатит С, который был подтвержден путем определения антител к вирусу гепатита С и положительной реакцией ПЦР на РНК вируса гепатита С (ВГС) в сыворотке крови. До начала исследования у всех больных отмечалось повышение активности АлАТ не более, чем 3 раза от нормальных показателей. Методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы. В основную группу вошло 5 пациентов, а в сравнительную группу 6 пациентов. Пациенты основной группы получали рекомбинантный человеческий интерферон – 2 альфа в дозе 5 миллионов МЕ, ежедневно в течение 4 месяцев. Препарат применялся сублингвально в таблетированной форме. Больные сравнительной группы получали в течение этого срока плацебо. Эффективность препарата оценивалась по активности АлАТ и показателям ПЦР на РНК ВГС в сыворотке крови после окончания курса терапии и через месяц.

Для определения динамики распределения таблетированной формы сублимационно высушенного интерферона в органах при сублингвальном его применении был проведен эксперимент на мышах С57/BL с меченым препаратом интерферона. Таблетированный интерферон давался мышам сублингвально в дозе 750 нг/мышь (около 150000 МЕ/мышь). Определение концентрации интерферона проводилось диагностикумом ООО «Цитокин», чувствительность метода измерения составляла не ниже 20-30пкг/см.куб.

Проведенное исследование на добровольцах показало хорошую переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов присущих при стандартном введении препаратов интерферона. При оценке показателей ПЦР

на РНК вируса ВГС в сыворотке крови у 3 пациентов основной группы отмечался отрицательный результат в период всего наблюдения, в то время как, у всех 6 пациентов сравнительной группы сохранялась положительная реакция ПЦР. Активность АлАт у больных с отрицательной реакцией ПЦР на РНК ВГС также нормализовалась. Все больные, у которых отмечалась положительная реакция ПЦР на РНК ВГС, в последующем были взяты на комбинированную противовирусную терапию.

В эксперименте на мышцах с меченым интерфером было установлено его равномерное распределение в органах (кровь, печень, костный мозг) через час после введения.

Результаты проведенного исследования на добровольцах и эксперимента на мышцах позволяют сделать вывод о том, что при использовании сублингвально таблетированной формы сублимационно высушенного интерферона не происходит его разрушения в ротовой полости и препарат хорошо переносится пациента. Для оценки терапевтической эффективности данной формы препарата требуется проведение более масштабного клинического испытания.

Кобылкин Д.В., Кривенко Г.Г., Иванников Ю.Г.

КОНСТРУИРОВАНИЕ БАЗ ДАННЫХ СИСТЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ В АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Проводимая в течение последних 30 лет работа по автоматизации процесса принятия решений в органах управления медицинской службы (в том числе при осуществлении эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями в Вооруженных Силах), не привела к внедрению автоматизированных систем. Это связано как со сложностью формализации деятельности специалиста-эпидемиолога, так и с большим объемом разнородной информации, которая должна быть включена в обработку.

Хранение этой информации обеспечивают базы данных (БД). Существенным недостатком большинства БД является их жесткость, т.е. невозможность перестройки под вновь появляющиеся массивы данных. В разрабатываемой на кафедре общей и военной эпидемиологии информационно-вычислительной системе эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями (ИВС ЭН) сделана попытка решения этой проблемы.

Для упорядоченного хранения информации в ИВС ЭН создается «ячейка памяти», так называемая «Тема» (без ограничения их количества), в которой может находиться также неограниченное количество похожих «ячеек памяти» более низкого уровня (подуровней), предназначенных для хранения данных, по содержанию не имеющих ограничений. Это могут быть тексты, таблицы, графики, рисунки, создаваемые в текстовом редакторе Word.

Все рубрики имеют автоматическую нумерацию. При копировании данной рубрики на другой уровень автоматически происходит ее перенумерация. В ИВС ЭН предусмотрена возможность перемещать рубрики как внутри темы, так и в другие темы. Есть возможность копировать содержание рубрики в другие темы.

Для ввода информации о воинских контингентах, в интересах которых будет использоваться ИВС ЭН, предусмотрена опция «Воинские формирования», для произвольного количества стран и их силовых структур.

Для силовой структуры «Вооруженные Силы» подчиненными уровнями хранения информации будут «округ», «армия», «соединение», «часть», «подразделение». При создании воинского формирования предусмотрен запрет подчиненности формирования высшего уровня формированию более низкого уровня. Номера воинских частей, соединений и объединений, введенных в память ЭВМ, уникальны. Все другие наименования воинских формирований произвольны и могут быть изменены.

В программе предусмотрен запрет на уничтожении информации о воинском формировании. По «Удалить» воинское формирование и вся информация о нем помещается в «Резерв». При удалении информации из «Резерва» (например, при расформировании части) она помещается в «Архив».

Принятие управленческих решений в ИВС ЭН осуществляется на основе информации, связанной с отдельными нозологическими формами. В программе предусмотрено использование неограниченного числа нозоформ. Могут использоваться нозологические формы как инфекционной, так и неинфекционной патологии.

В ИВС ЭН содержится полная электронная версия Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Ввод нозоформы осуществляется из МКБ-10, но возможно создание нозоформы, не включенной в МКБ-10. По каждой нозоформе сохраняется ее принадлежность к классу, группе и код МКБ-10. Для инфекционной болезни предусмотрено указание ее типа (например, особо опасная инфекция – ООИ, биологическое оружие – БО и др.). Для каждой нозоформы имеется полная расшифровка ее содержания в соответствии с МКБ-10. Также предусмотрен быстрый поиск необходимой нозоформы.

Информация об инфекционной болезни отмечается «флажками», благодаря чему может использоваться в определенной ситуации (мирное или военное время, военнотрудовые или гражданское население и т.д.).

В ИВС ЭН возможен просмотр содержания отдельной рубрики или темы в целом, а также страховое копирование всей БД.

При инициализации программы может быть активирована любая БД, что позволяет моделировать эпидемиологические ситуации. Это особенно важно при использовании ИВС ЭН в качестве средства обучения (для деловых игр, КШУ и т.д.).

Кобылкин Д.В., Огарков П.И., Иванников Ю.Г., Кривенко Г.Г., Иванов В.В.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Успех работы по снижению общей инфекционной заболеваемости и ликвидации отдельных нозологических форм во многом определяется качеством проведения эпидемиологической диагностики, которую можно определить как процесс постановки эпидемиологического диагноза, оценки санитарно-эпидемиологического состояния войск, выявления причин и условий возникновения и распространения массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе выявления территорий, групп и коллективов риска, а также времени риска.

К методам эпидемиологической диагностики относятся: ретроспективный эпидемиологический анализ, оперативный эпидемиологический анализ, эпидемиологическое обследование очагов инфекционных болезней, санитарно-эпидемиологическая разведка. Ретроспективный эпидемиологический анализ (РЭА) является основой перспективного планирования санитарно-противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий. Исходной информацией для РЭА служат данные срочных и внеочередных донесений и докладов по медицинской службе, данные отчетов и внеочередных донесений учреждений и территориальных органов Минздрава России.

Оперативный эпидемиологический анализ (ОЭА) предназначен для своевременной коррекции планов мероприятий и осуществляется при изменении эпидемиологической ситуации или для планирования противоэпидемиологического обеспечения отдельных этапов боевой подготовки. Исходной информацией для ОЭА служат данные срочных и, особенно, внеочередных донесений и докладов по медицинской службе, сведения, полученные в ходе обследования эпидемиологических очагов или санитарно-эпидемиологической разведки. Наиболее высокие требования к оперативности эпидемиологического анализа на уровне управления медицинской службы «часть-соединение».

Информационная база, используемая для эпидемиологической диагностики, образуется из данных отчетных медицинских документов, порядок и срок представления которых определяются «Табелем срочных донесений Тыла ВС РФ на мирное время», утвержденном в 2000 г., а также из сведений по охране здоровья личного состава, содержащихся в директиве начальника ГВМУ МО РФ от 31.01.1998 г. № ДМ-4. При этом согласно п.3 раздела 1 «Табеля срочных донесений...» «Вводить новые или изменять формы отчетов, донесений (сведений), их нумерацию, установленных Табелем, запрещается».

К сожалению, до сих пор многие начальники медицинской службы и эпидемиологи органов управления требуют от подчиненных избыточные сведения, не определенные нормативными документами. Эта информация зачастую не используется, но ее сбор и передача в органы управления медицинской службы требуют больших временных затрат. Отсутствие модемной и факсимильной связи, стандартных форм электронных документов, низкая компьютерная грамотность офицеров органов управления также влияют на оперативность сбора и передачи информации.

В качестве первоочередных мер необходим пересмотр и уточнение обязанностей должностных лиц различных уровней управления медицинской службы по обеспечению эпидемиологического благополучия в Вооруженных Силах РФ и в связи с этим сокращение объема эпидемиологически значимой информации, передаваемой в высшие звенья управления (так называемое «сжатие информации»). Другими мерами по повышению качества информационного обеспечения противоэпидемиологической работы являются улучшение различных видов связи, как по вертикали, так и по горизонтали, а также повышение компьютерной грамотности специалистов профилактического профиля.

Ковеленов А.Ю., Михальцов А.Н., Буланьков Ю.И., Малков А.Н., Лебедева Н.Г.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

г. Санкт-Петербург, Россия

В последние годы проблема коинфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и гемоконтактными вирусными гепатитами приобретает все большее значение. Однако, несмотря на пристальный интерес к данной проблеме, до сих пор нет единого мнения о патогенезе коинфекции, вызываемой этими вирусами.

В связи с этим нами проведено сравнительное клинико-иммунологическое обследование больных ВИЧ и коинфицированных ВИЧ и вирусом гепатита С (ВГС).

Обследован 51 больной с диагнозом “ВИЧ-инфекция” и “коинфекция ВИЧ и ВГС” (26 и 25 человек соответственно), находящихся на ранних стадиях инфицирования АЗ (латентная стадия). Из биохимических показателей, отражающих функциональную активность печени исследовали содержание общего билирубина, активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ).

Для оценки состояния иммунной системы определяли содержание CD3,CD4,CD8,CD19,CD16 клеток. Функциональную активность лимфоцитов оценивали в реакции торможения миграции лейкоцитов с конканавалином А (РТМЛ). О репликативной активности ВИЧ судили на основании определения содержания РНК ВИЧ-1 в сыворотке крови, осуществляемой методом полимеразной цепной реакции.

Все обследуемые категории больных к моменту исследования не получали какой-либо антиретровирусной терапии. Сочетание ВИЧ-инфекции и хронического вирусного гепатита С не влияло на клиническую картину ранних стадий ВИЧ-инфекции, которая манифестировала персистирующей генерализованной лимфаденопатией, а также увеличением в некоторых случаях размеров печени и селезенки.

Сывороточное содержание билирубина и активность трансаминаз в группах обследованных больных достоверно не различались между собой. Показатели иммунограммы (содержание CD3,CD4,CD8,CD16,CD19 клеток) в группах сравнения оставались в пределах физиологической нормы. Был проведен корреляционный анализ, который показал наличие существенных различий в состоянии иммунной системы коинфицированных ВИЧ и ВГС и моноинфицированных ВИЧ пациентов.

Зарегистрирована устойчивая позитивная корреляционная связь между уровнем вирусной нагрузки (ВН) и относительным и абсолютным содержанием CD16 и CD4 клеток в группе коинфицированных ВИЧ и ВГС. При этом коэффициент корреляции r составлял 0,73 ($P<0,01$) и 0,59 ($P<0,05$) для CD16 и 0,42 ($p<0,05$) и 0,51 ($P<0,05$) соответственно для CD4 лимфоцитов. В группе обследованных, моноинфицированных ВИЧ положительная корреляция наблюдалась между уровнем ВН и числом CD19 клеток, при этом $r=0,31$ и 0,48 ($P<0,05$) соответственно для относительного и абсолютного содержания В-лимфоцитов.

Сравнительный анализ уровня вирусной нагрузки ВИЧ (ВН) в исследуемых группах показал, что в случае коинфицирования ВИЧ и ВГС у подавляющего большинства обследуемых (более 70%) уровень виремии ВИЧ находился в пределах 20000 копий РНК. При этом кривая распределения коинфицированных лиц в зависимости от уровня ВН носила остроконечный характер (эксцесс= 3,37). Напротив, аналогичное распределение пациентов, инфицированных только ВИЧ носило более сглаженный характер при отрицательном эксцессе (-0,44).

При оценке функциональной активности лимфоидных клеток выявлено выраженное снижение их лимфокинпродуцирующей способности (РТМЛ с КонА) в группе обследуемых, инфицированных только ВИЧ. В то же время данный показатель активности лимфоцитов у инфицированных ВИЧ и ВГС, независимо от уровня ВН, находился в пределах нормальных значений.

Проведенное исследование показало, что течение ранних стадий ВИЧ-инфекции, как на фоне хронического вирусного гепатита С, так и в форме моноинфекции ВИЧ, характеризуется схожими клиническими проявлениями. В то же время, у коинфицированных ВИЧ и ВГС отмечено развитие иммунного ответа по клеточному типу ассоциированному с устойчивым контролем репликации ВИЧ и, вероятно, вируса гепатита С, а также более медленным прогрессированием заболевания.

Когут Т.А., Кремнева Н.Ю., Петрович Е.Е.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

г. Ярославль, Россия

Острые респираторные инфекции занимают ведущее место в детской патологии, составляя около 90 % всех регистрируемых инфекционных форм. У детей раннего возраста ОРВИ нередко протекают с синдромом крупа (стенозирующего ларинготрахеобронхита - СЛТБ). В последние годы более чем у 30 % больных СЛТБ приобрел склонность к рецидивированию. К группе высокого риска по развитию рецидивов СЛТБ относятся дети с ранним проявлением заболевания (до 6 мес.), отягощенными по атопии наследственностью и преморбидным фоном, нейровегетативными расстройствами, а также иммунологической дисфункцией в виде гиперпродукции IgE, недостаточности секреторных иммуноглобулинов и депрессии фагоцитоза (Ботвиньева В.В., Киселев В.П., Орлова Т.А., 2000; Соловьева М.Н. и соавт., 2002). Сходные патофизиологические механизмы развития синдрома крупа и бронхиальной астмы заставляют пересмотреть некоторые позиции в лечении больных СЛТБ. Терапия СЛТБ должна быть направлена не только на восстановление проходимости дыхательных путей, но и на своевременное использование лекарственных средств, ограничивающих воспаление в респираторном тракте и формирование его гиперреактивности.

Нами накоплен опыт лечения СЛТБ ингаляциями будесонида (пульмикорт) через небулайзер. С целью оценки его клинической эффективности обследовано 102 больных с СЛТБ I и II степени в возрасте от 1 г до 7 лет (I - опытная группа), находившихся на лечении в ИКБ № 1 г. Ярославля в 2002-03гг. У 77 (75,5 %) детей этой группы был отмечен первичный СЛТБ, у 25 (24,5 %) больных - рецидивирующий СЛТБ. II группу (сравнения) составили 60 больных, не получавших пульмикорт, лечившихся с использованием аэрозольной пароксислородной медикаментозной терапии в специальных камерах и сопоставимых с основной группой по полу, возрасту и степени стеноза гортани. Как правило, небулайзерная терапия пульмикортом была назначена в 1-ые сутки с момента госпитализации. Пульмикорт применялся в дозе 0,25 мг (250 мкг) на 1 ингаляцию 1 раз в сутки в течение 1-3 дней. После однократной ингаляции пульмикорта полное купирование стеноза гортани отмечено у 76 (74,5 %) больных, 22 (21,6 %) потребовались 2-3 дневные курсы ингаляционной терапии данным препаратом и лишь у 4 (3,9 %) детей эффект достигнут на 4-5 день лечения. При сравнении эффективности небулайзерной терапии пульмикортом с пароксислородной аэрозольной медикаментозной терапией в камерах были получены сходные результаты ($p > 0,05$), в то же время тенденция к более быстрому наступлению клинического эффекта отмечена в I группе больных. Побочных явлений при использовании пульмикорта не было. Таким образом, использование пульмикорта при стенозирующих ларинготрахеобронхитах I и II степени у детей является патогенетически обоснованным, высокоэффективным методом лечения и может быть рекомендовано наряду с пароксислородной терапией в камерах для широкого клинического применения на всех этапах оказания медицинской помощи.

Кожевина Г.И., Воронина Е.Н., Краснов А.В., Воронин В.Н.

МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ГОРОДА КЕМЕРОВО

г. Кемерово, Россия

На протяжении последних 5 лет в г. Кемерово отмечается достаточно высокий уровень заболеваемости с тенденцией к росту от 779 случаев в 2000 г. до 898 в 2002 г. Разнообразие клинических симптомов при иерсиниозной инфекции создаёт определённые сложности в диагностике и как следствие смещает сроки назначения адекватной терапии. С 2000 по 2004 годы в г. Кемерово на базе МУЗ ГИКБ № 8 в отделении капельных инфекций обследовано и пролечено 152 больных с иерсиниозами в возрасте от 1 года до 15 лет, у которых диагностированы следующие клинические формы: смешанная - 78%, скарлатиноподобная - 14%, абдоминальная - 5%, желтушная - 1%, артралгическая - 2%.

При поступлении в отделение у 37 детей имелся мононуклеозоподобный синдром, которые по возрасту распределились следующим образом: от 1 до 3 лет - 7 детей, от 3 до 6 лет - 12, от 6 до 9 лет - 8, от 9 до 12 лет - 5, от 12 до 15 лет - 5. В 16 случаях он сочетался с экзематоматозным, а в 5 - с абдоминальным синдромом. При осмотре наблюдались симптомы характерные для инфекционного мононуклеоза: выраженная интоксикация, шейный и подчелюстной лимфаденит, лакунарная или фолликулярная ангина, гепатоспленомегалия, исключая обнаружение атипичных мононуклеаров в периферической крови, но характерным для всех больных исследуемой группы было ускорение СОЭ от 30 до 56 мм/ч, моноцитоз - от 8 до 15%, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, в ряде случаев значительное, от 9 до 18% палочкоядерных нейтрофилов. Все дети поступили в стационар на 5 - 9 сутки от начала заболевания.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни: Б-ой Д., 2 лет, поступил в отделение капельных инфекций на 8 день заболевания с жалобами на повышенную температуру тела до 38,5 градусов, затруднение носового дыхания, увеличение подчелюстных лимфоузлов, плохой аппетит, вялость. При осмотре состояние ребёнка расценено как среднетяжёлое, за счёт интоксикационного симптома. Обращало на себя внимание резкое затруднение носового дыхания (дышит открытым ртом), увеличение лимфоузлов (подчелюстного справа до 3 см, слева до 2 см, шейных от 0,5 до 1 см, умеренно болезненных при пальпации), выраженная пастозность лица. При осмотре ротоглотки: яркая гиперемия зева, гипертрофия миндалин до 2-3 степени, наличие налетов бело-жёлтого цвета в пределах лакун, легко снимающихся шпателем. В лёгких без патологических изменений, со стороны сердца приглушенность тонов, тахикардия соответствующая температуре тела. Печень выступала из-под края рёберной дуги на 3 см, селезёнка на 1 см. Был выставлен предварительный диагноз: инфекционный мононуклеоз. В периферической крови выявлено ускорение СОЭ до 43 мм/час, лейкоцитоз до 12,2, сдвиг формулы влево, 10% палочкоядерных нейтрофилов, 52% сегментоядерных, 9% моноцитов. Показатели эритроцитов и гемоглобина в пределах нормы. Заподозрена иерсиниозная инфекция, проведена соответствующая коррекция в терапии, а при исследовании парных сывороток обнаружено нарастание титра специфических антител к I типу *Yersinia pseudotuberculosis* с 1:100 до 1:400. Из кала в последующем так же выделена *Yersinia pseudotuberculosis*, I типа.

С учётом проведённых нами данных рекомендуем обследование больных с мононуклеозоподобным синдромом при отсутствии повышенного уровня мононуклеаров в периферической крови на иерсиниозную инфекцию, что улучшит качество диагностики и лечения, снизить вероятность развития осложнений и рецидивов.

Козловская О.В., Белан Ю.Б., Дроздов В.Н., Старикович М.В.

МИКРОФЛОРА РОТОГЛОТКИ И ЕЕ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПРИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Сургут, г. Омск, Россия

Изучение микробного пейзажа ротоглотки проводилось у 76 детей и 24 взрослых больных с ангиной, скарлатиной и ОРЗ. Во всех случаях проводились бактериологические исследования слизи из зева и носа. Взятие мазков на микрофлору и чувствительность к антибиотикам всем больным проводилось в острый период заболевания в первый день госпитализации до начала антибактериальной терапии.

При анализе результатов бактериологического обследования были получены следующие результаты: у больных с ангиной в 20% выделен *Str. pyogenes*, в 18% *Str. pneumoniae*, *Str. mitis* в 6,8%, *Str. mutans* в 1,5% и *Str. Minor* в 10%. У одного больного была выделена *Corynebacterium diphtheria gravis tox*. *Staph. aureus* являлся этиологическим фактором ангины у 30 % больных. В зеве присутствовала и грамотрицательная микрофлора, представленная в 1,2% случаев *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella oxytoca*. В 14% случаев из носоглотки были выделены микробные ассоциации, представленные *Str. pyogenes* с другими микроорганизмами.

Ведущим в этиологической структуре ОРЗ являлся *Str. pyogenes*, выделенный у 43% больных, вторым по значимости был *Staph. aureus* – 33% больных. В равной степени выделялись *Str. pneumoniae*, *Str. mitis*, *Str. mutans* – 3,3%. Ассоциированная инфекция ротоглотки присутствовала в 6 случаях (20%). Превалирующее значение принадлежало *Str. pyogenes*, который сочетался с другой условнопатогенной микрофлорой. Дети со скарлатиной в 66,0% случаев выделяли *Str. pyogenes* (степень обсемененности составляла 10^4 - 10^5), в 3 случаях был выделен *Str. pneumoniae* (25,0%), в одном случае (8,3%) выделен *Str. agalactiae*. Сочетанной микрофлоры при скарлатине не обнаружено. Как видно, наиболее частыми этиологическими факторами стрептококковых заболеваний являлись грамположительные кокки: ведущим *Str. pyogenes*, второстепенным *Staph. aureus*. Микст-инфекция присутствовала почти у трети больных, превалирующее значение также принадлежит *Str. pyogenes*.

Определялась чувствительность к 18 антибиотикам различных групп. У больных ангиной сохраняется чувствительность *Streptococcus pyogenes* к β -лактамам антибиотикам (пенициллину 33,3% и цефтриаксону 50,0%), макролидам (эритромицин 38,8%). Большинство штаммов СГА *in vitro* были высокочувствительны к рифампицину (83,3%), линкомицину (55,5%), что скорее всего связано с редким применением этих препаратов в педиатрической практике. Резистентность СГА представлена в 11,1% к оксациллину, в 22,2% к пенициллину, в 22,3% к эритромицину, 16,6% к гентамицину. В качестве микст-патогена *Streptococcus pyogenes* регистрировался в 20,3% случаев и был чувствителен в основном к бензилпенициллину и эритромицину.

Проведенные исследования антибиотикочувствительности у больных с ОРЗ показали, сохраняющуюся высокую чувствительность выделенного СГА к бензилпенициллину – 46,1%, доксициклину – 61,3%, оксациллину – 61,5%, рифампицину – 100%, эритромицину – 53,8%, а также к группе цефалоспориновых антибиотиков. Высока резистентность к гентамицину – 53,8%, ампициллину – 46,1% и фузидину – 38,4%. Во всех случаях отсутствует реакция к ванкомицину.

У больных скарлатиной *Streptococcus pyogenes* чувствителен в 66,6% к бензилпенициллину, а также рифампицину, цефотаксиму, цефуроксиму. Резистентность отмечена к эритромицину, гентамицину.

Козько В.Н.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОГЕРПЕСА

г. Харьков, Украина

Герпетические инфекции, обусловленные вирусами простого герпеса (HSV) и цитомегаловирусом (CMV), являются одним из самых распространенных вирусных заболеваний человека. Существует мнение, что длительная персистенция вирусов в нервных ганглиях, слезных и слюнных железах, конъюнктиве приводит к инфицированию роговицы и прилегающих участков кожи. На сегодняшний день 60-65% патологии роговицы связано с герпесвирусами. Нами обследовано 56 больных с офтальмогерпесом в возрасте от 16 до 53 лет, из них 39,6% женщин, 60,4% мужчин. У 25% больных диагностирован кератоконъюнктивит, у 20,8% конъюнктивит. Сравнительно реже отмечались проявления кератоиридоциклита (16,6%) и хориоретинита (16,6%), блефароконъюнктивит и кератит. У большинства обследованных больных выявлялись двухсторонние поражения. Клинико-анамнестические данные свидетельствовали о том, что пусковым моментом поражения глаз были инфекционные факторы – острое начало, сезонность, характер интоксикации. Длительность варьировала от 2-3 месяцев до 5-8 лет. Диагноз герпетической и цитомегаловирусной инфекции подтверждался обнаружением вирусспецифических антител с помощью ИФА-диагностики, а также вирусной ДНК в ПЦР. HSV-инфекция (1,2 типов) диагностирована у 89,6% больных, а CMV-инфекция у 10,4% пациентов.

Всем больным при поступлении в стационар и по окончании лечения проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Все больные получали комплексную терапию, включающую назначение противовирусных препаратов (Ацикловир или Ганцикловир), иммуномодулирующую и интерфероностимулирующую терапию. Группа сравнения 26 пациентов. Основная группа – 30 больным с офтальмогерпесом, кроме указанной терапии, получала местно человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Окоферон), обладающий как противовирусной, так и иммуномодулирующей активностью.

Применение Окоферона в комплексной терапии офтальмогерпеса производило заметный положительный эффект, который выражался в более быстром купировании болевых ощущений, уменьшении гиперемии и отека, а в последующем, в восстановлении или улучшения качества зрения, нормализации самочувствия и общего состояния.

Исчезновение ДНК вируса в материале при исследовании методом ПЦР расценивалось как критерием санации. В группе Больных, получавших Окоферон, негативный результат ПЦР зарегистрирован в 2,2 раза чаще, чем в группе сравнения. Эффективность проводимого лечения в значительной мере зависела от сроков назначения комбинированной терапии. Предиктором положительного результата является наиболее раннее (от начала заболевания) назначение комплексной терапии.

Таким образом, больные офтальмогерпесом нуждаются в комплексной терапии с использованием противовирусных препаратов, иммуномодулирующих средств, интерферонов. У подавляющего большинства больных комбинированная терапия приводила к положительному ближайшему клиническому эффекту и достаточно стойкой ДНК негативации HSV (CMV) в крови. Дальнейшие исследования, катamnестические наблюдения продолжают.

Козько В.Н., Краснов М.И., Морозова Е.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИКРОЭКОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

г. Харьков, Украина

Бактериологически обследовано 100 больных сальмонеллезом и 65 острым шигеллезом и 35 здоровых лиц (контрольная группа КГ). Определялся характер и степень микробной колонизации биоценоза толстой кишки. У 7,2% больных ОКИ наблюдалась тяжелая степень тяжести, среднетяжелое течение у 70,3% и легкая течение – у 22,5%. Степень тяжести заболевания зависела от проявлений интоксикации, диарейного, болевого синдромов и наличия осложнений. При легком течении наблюдалось снижение количества бифидо- ($8,5 \pm 0,2$ lgКОЕ/г) и лактобактерий ($5,6 \pm 0,3$ lgКОЕ/г) по сравнению с КГ ($9,5 \pm 0,2$ lgКОЕ/г; $7,7 \pm 0,3$ lgКОЕ/г, $p < 0,05$ соответственно), возрастание общего числа *E.coli* ($8,0 \pm 0,7$ lgКОЕ/г и $7,6 \pm 0,3$ lgКОЕ/г, $p > 0,05$). Определялось появление эшерихий со сниженными ферментативным (Lac+) и лактозонегативными (Lac-) свойствами у 25,5% больных, с гемолитическими (Hly+) – 22%. В зависимости от тяжести заболевания установлено снижение уровня лактозопозитивных эшерихий у больных ОКИ (КГ – $7,7 \pm 0,3$ lgКОЕ/г; легкое течение – $7,5 \pm 0,3$ lgКОЕ/г; среднее – $6,6 \pm 0,2$ lgКОЕ/г; тяжелое – $5,6 \pm 0,4$ lgКОЕ/г, $p < 0,05$). У больных при среднетяжелом и тяжелом течении наблюдались снижение облигатной флоры (*Bifidobacterium sp.* $7,2 \pm 0,1$ lgКОЕ/г и $5,7 \pm 0,6$ lgКОЕ/г; *Lactobacterium sp.* $4,3 \pm 0,2$ lgКОЕ/г и $3,2 \pm 0,5$ lgКОЕ/г соответственно $p < 0,05$) и общего числа эшерихий ($6,9 \pm 0,1$ lgКОЕ/г, $p > 0,05$), а также появление *E. coli* Lac- (65,4%) и *E. coli* Hly+ (38,5%) в биоценозе. Изменения облигатной микрофлоры толстой кишки приводили к увеличению колонизации условно-патогенных энтеробактерий УПЭ, кокковой и грибковой флоры. На первом месте по частоте выявления были гемолитические и коагулазопозитивные стафилококки (49,6%), на втором – условно-патогенные энтеробактерии (УПЭ) и грибки рода *Candida* (32,3%). В большинстве случаев у больных ОКИ отмечались ассоциации, состоявшие из 2-6 факультативных микроорганизмов. Наиболее частое обнаруживались сочетания *Candida spp.*, *St. aureus*, *E. coli* Hly+ с *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, или *Enterobacter spp.* Для исследования взаимоотношений микроорганизмов в пределах биоценоза толстой кишки у больных ОКИ использовался дифференциальный анализ (Dajoz R. 1975) с применением коэффициента Жаккарда и χ^2 , что позволило выявить стойкие микробные ассоциации, влияющие на процессы восстановления микробиоценоза. Таким образом, у больных ОКИ можно выделить стойкие ассоциации клебсиелл или протеев с *E.coli* Hly+, *St.aureus* и *Candida* ($p < 0,05$). Однако определялись различия по видовому составу в зависимости от доминирующей УПЭ. Такое распределение микроорганизмов, по-видимому, объясняется симбиотическими связями, формирующимися в биоценозе при патологическом состоянии. Обследовано 100 штаммов УПЭ. Большинство штаммов УПЭ, выделенных от больных ОКИ, имели высокую и среднюю степень адгезивности (35% и 45% соответственно). Высокую степень антилизоцимной активности (АЛА) (6 мкг/мл и более) имели 45% штаммов УПЭ. Максимальный уровень АЛА (7-8 мг/мл) отмечался у 12% штаммов УПЭ. У 38% культур наблюдалась средняя степень АЛА (3-4 мг/мл), а низкая (до 2 мг/мл) – у 11,5% штаммов. Таким образом, при ОКИ в зависимости от степени тяжести заболевания отмечается снижение количества облигатной анаэробной и аэробной микрофлоры, приводящее к повышению уровня и разнообразия факультативной флоры. Снижение колонизации

нормальной микрофлоры способствует формированию стойких микробных ассоциаций, которые трудно поддаются коррекции и снижают эффективность лечения. Высокие показатели адгезивности и АЛА способствуют колонизации УПЭ кишечника.

Козько В.Н., Краснов М.И., Юрко Е.В.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЕЗА ПРОБИОТИКАМИ

г. Харьков, Украина

Под наблюдением находилось 72 больных острым шигеллезом. У 56 (77,8%) больных выделена *Sh. flexneri* 2a, а у 16 (22,2%) – *Sh. sonnei*. Больные были распределены на две равноценных группы по возрасту и полу, формой и тяжестью клинического течения. *Первая группа* – 30 больных острым шигеллезом, получавшие норфлоксацин 0,8 г/сут 5 дней. *Вторая группа* – 30 больных, которым назначались энтерол (0,75-1,5 г/сут 5 дней) в комплексе с норфлоксацином (до 3 суток). Контроль эффективности терапии осуществлялся на основании динамики клинических данных и состава микрофлоры толстой кишки. Больных обследовались дважды; до терапии и на 7-8 сутки после начала лечения. Клиника заболевания была типичной, в обеих группах преобладали (65%-80%) колитические варианты течения с явлениями гемоколита. Применение энтерола приводило к уменьшению продолжительности диареи на 3,5 дня раньше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Нормализация стула у больных в первой группе наблюдалась на 5-6 сутки ($5,3 \pm 0,6$) после начала терапии. Длительность болевого синдрома у больных в первой группе составила $3,7 \pm 1,0$ дня, в то время, как во второй группе $4,5 \pm 1,0$ дня. Характер терапии не влиял на длительность лихорадки и синдрома интоксикации. Сравнительный анализ показателей микрофлоры до и после терапии установил, что количество бифидобактерий и лактобактерий у больных в первой группе составляло $7,8 \pm 0,6$ lgКОЕ/г и $5,0 \pm 0,6$ lgКОЕ/г соответственно, что не отличалось от первоначальных данных ($p > 0,05$). В второй группе наблюдалось возрастание количества бифидо- и лакто- флоры ($9,5 \pm 0,2$ lgКОЕ/г и $6,7 \pm 0,8$ lgКОЕ/г соответственно, $p < 0,05$), а также уменьшение уровня условно-патогенной микрофлоры. При назначении норфлоксацина у больных в биоценозе нарастало количество атипичных кишечных палочек (*E. coli Lac+* (до терапии $8,6 \pm 0,7$ lgКОЕ/г после $6,2 \pm 0,4$ lgКОЕ/г); *E. coli Lac-* (до терапии $3,9 \pm 1,0$ lgКОЕ/г после $5,1 \pm 0,9$ lgКОЕ/г); *E. coli Hly+* (до терапии $3,1 \pm 0,7$ lgКОЕ/г после $6,4 \pm 0,8$ lgКОЕ/г)], что существенно отличалось от второй группы, где доминировали лактозопозитивные варианты эшерихий ($7,5 \pm 0,2$ lgКОЕ/г) ($p < 0,05$). По сравнению со второй (16,7%) значительно чаще у больных первой группы (64,1%), выделялись условно-патогенный микроорганизмы. Обращает на себя внимание и тот факт, что при назначении энтерола количество анаэробных микроорганизмов резко возрастает по сравнению с первой группой (анаэробы $9,4 \pm 0,5$ lgКОЕ/г и $7,3 \pm 0,7$ lgКОЕ/г соответственно, $p < 0,05$; аэробы $6,7 \pm 0,8$ lgКОЕ/г и $7,5 \pm 1,0$ lgКОЕ/г). Для оценки прямой антагонистической активности культуры *Saccharomyces boulardii* (in vitro в жидкой питательной среде) были протестированы в опыте по 10 штаммов *Sh. flexnerae*, *S. Typhimurium*, *S. Enteritidis*, *Kl. pneumoniae*, *Pr. vulgaris*. Установлено, что после 48 часовой инкубации смешанных культур тест-штаммов и сахаромисцетов титр микробной культуры отличается от контроля на $4,0 \pm 0,5$ lgКОЕ/г ($p < 0,01$), что свидетельствует об антагонистических свойствах пробиотика.

Таким образом, назначение энтерола (*S. boulardii*) у больных острым шигеллезом способствовало сокращению диарейного синдрома. Использование энтерола позитивно влияет на микрофлору толстой кишки, что сопровождается увеличением количества анаэробных микроорганизмов (бифидо- и лактобактерий) и снижения уровня атипичных эшерихий и условно-патогенных микроорганизмов. Снижение длительности диареи и нормализация стула достигается за счет усиления энтеролом антибактериального эффекта норфлоксацина, путем антагонистического действия культуры *S. boulardii* по отношению к патогенным и условно-патогенным бактериям, что приводит к колонизационному преимуществу нормальной микрофлоры.

Колганов А.В., Богач В.В., Троценко О.Е.

ВЛИЯНИЕ НАРКОМАНИИ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ГВ, ГС И ЗППП В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

г. Хабаровск, Россия

Округ занимает 36,4 % площади и 4,9% населения РФ, здесь самая низкая общая плотности населения $1,14$ чел/км² с колебаниями от 0,3 до 12,1 чел/км²: 75,9% населения проживает в городах, большинство из которых портовые - морские, железнодорожные, воздушные, речные. Почти все административные территории, а их 10, являются пограничными. В округе значителен удельный вес национальных административных образований – республика Саха (Якутия), Корякский и Чукотский автономные округа, Еврейская автономная область. Традиционно в округе много пенитенциарных учреждений, маргинально-криминализованных групп населения. Здесь

наибольшее число безработных среди всех 7 округов РФ. Высока и интенсивна миграция населения, в т.ч. международная. Имеется своя сырьевая база наркотиков – конопля и поэтому наркомания стала развиваться здесь раньше, чем в целом по РФ и заболеваемость на 22% выше среднереспубликанской. Все эти социально-демографические признаки существенно влияют на эпидемический процесс анализируемых инфекций.

Уровни наркомании и указанных инфекций за 1998-2001 годы резко различны по административным территориям региона – до 30-кратности и выше. По наркомании, ВИЧ-инфицированию и ВГВ лидируют Приморский и Хабаровский края, по ВГС – также Приморский край. Минимальные уровни по этим инфекциям – в национальных образованиях. Сифилис и гонорея чаще, чем на других территориях, регистрируются в национальных образованиях и реже – в Приморском и Хабаровском краях.

Динамика заболеваемости в целом по округу во времени имела разный характер – при ВИЧ-инфекции – неуклонный рост, при ВГВ и С – рост с 1998 г. по 2000 г.; по отдельным административным территориям динамика инфекций имела разнонаправленный характер. Прямая, высокой степени тесноты корреляционная связь установлена между наркоманией и ВИЧ-инфицированием, ВГВ – $r=0,69\pm 0,16$; $0,78\pm 0,12$; средней степени тесноты связь с ВГС $r=0,55\pm 0,2$. Связь наркомании с сифилисом и гонореей оказалась слабой и недостоверной – $r=0,3\pm 0,28$ и $0,19\pm 0,3$.

Колесникова О.Б., Дубровина В.И., Безносков М.В., Родзиковский А.В., Старовойтова Т.П., Иванова Т.А.
**ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МОРСКИХ СВИНОК
ПРИ СОЧЕТАННОМ ПРИМЕНЕНИИ КОМПЛЕКСА АНТИГЕНОВ
BACILLUS ANTHRACIS И ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ**

г. Иркутск, Россия

Одним из путей решения проблемы экстренной профилактики в условиях чрезвычайных ситуаций, возникающих при развитии крупных вспышек сибирской язвы среди населения, техногенных аварий, террористических актов и военно-боевых действий является разработка высокоиммуногенных химических вакцин с использованием протективных антигенов, иммуномодуляторов, которые могут применяться с одновременным использованием антибиотиков различного спектра действия.

Цель исследования состояла в изучении влияния комплекса антигенов сибиреязвенного микроба и иммуномодуляторов на показатели неспецифической резистентности организма экспериментальных животных

В качестве вакцинирующего препарата против сибирской язвы использовали комплекс, состоящий из клеточных стенок и протективных антигенов сибиреязвенного микроба, химически сшитых дигидратом адипиновой кислоты в присутствии водорастворимого карбодиимида. В качестве иммуномодуляторов применяли арабиногалактан (АГ) и сквален (СКВ). Конъюгированный препарат в сочетании с арабиногалактаном (конъюгат+АГ) обладает протективной активностью на уровне 60%, (ЕД50 43,35 мкг), конъюгат+СКВ – 70% выживаемости (ЕД50 34,76 мкг).

При изучении показателей неспецифической резистентности морских свинок, иммунизированных вакциной СТИ, конъюгатом, а также конъюгатом в сочетании с АГ или СКВ показано, что введение этих препаратов стимулирует функциональную активность фагоцитов на всех сроках иммуногенеза.

Изучено влияние исследуемых препаратов на активность миелопероксидазы в процессе иммуногенеза, а также при фагоцитозе *Bacillus anthracis* СТИ-1 полиморфноядерными лейкоцитами (ПЯЛ) морских свинок.

Установлено, что активность миелопероксидазы лейкоцитов иммунных морских свинок превосходит аналогичные клетки интактных животных. У нефагоцитирующих сибиреязвенный микроб ПЯЛ активность миелопероксидазы выше после иммунизации морских свинок конъюгатом +АГ + СКВ. Различия в активности миелопероксидазы у животных, вакцинированных конъюгатом, конъюгатом в сочетании с АГ и комплексом: конъюгат + АГ + СКВ, при фагоцитозе *B. anthracis* СТИ-1 в процессе иммуногенеза были незначительными.

Для оценки возможной роли неферментных катионных белков (НКБ) в патогенезе сибирской язвы также исследовано их содержание при взаимодействии ПЯЛ интактных и иммунизированных морских свинок с клетками *B. anthracis* СТИ-1. Установлено, что в процессе фагоцитоза в ПЯЛ наблюдается снижение уровня НКБ. Вместе с тем, в ПЯЛ иммунных морских свинок (конъюгат + АГ + СКВ) экзоцитоз неферментных катионных белков при поглощении сибиреязвенного микроба происходит более активно, чем в лейкоцитах, как интактных животных, так и иммунизированных только вакцинным штаммом или конъюгатом.

Таким образом, в процессе иммуногенеза конъюгат, конъюгат в сочетании с АГ и комплекс, состоящий из конъюгата + АГ+ СКВ стимулируют активность миелопероксидазы фагоцитов морских свинок, способствуют повышению содержания неферментных белков, тем самым, усиливая бактерицидную способность фагоцитов при взаимодействии их с сибиреязвенным микробом.

Коломинов С.И., Стребкова Е.А

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ И ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

г. Самара, Россия

К остаточным явлениям после перенесенной ГЛПС относят прежде всего почечные проявления (Рошупкин В.И., Суздальцев А.А.1990), постинфекционную психастению а также выявленные многими исследователями нарушения в печени, сердечно-сосудистой и эндокринной системах (Жарский С.Л., Родин А.Е., 1998, 2003). Почечные проявления связаны с длительно сохраняющимися нарушениями со стороны канальцевого аппарата с формированием в отдельных случаях хронической тубуло-интерстициальной нефропатии (ХТИН), что обусловлено неполным восстановлением клеток канальцевого эпителия, поврежденного во время болезни. Данные о высокой частоте развития пиелонефритов после перенесенной ГЛПС разноречивы. В клинике инфекционных болезней СамГМУ обследовано 28 человек, переболевших ГЛПС в сроки от 1 до 3 лет. У всех пациентов не имелось убедительных данных о наличии до этого заболевания почек. Мужчин было 18, женщин- 10 человек. В возрасте от 20 до 63 лет РНИФ колебался в титрах 1/400 – 1/1600. Помимо опроса и физикального обследования больного определяли уровни мочевины и креатинина сыворотки крови, содержание креатинина в суточной моче, подсчитывали клиренс эндогенного креатинина, выполняли анализы мочи по Нечипоренко и Зимницкому, проводили ультразвуковое исследование почек и компьютерную динамическую скинтиграфию почек. Практически у всех пациентов были выявлены те или иные патологические изменения. Отмечались периодически чувство тяжести или боли в поясничной области (17 человек), пастозность лица (8), никтурия (6). У 8 пациентов (30.4%) зафиксирован повышенный уровень креатинина в сыворотке крови, сопровождающийся снижением клиренса эндогенного креатинина. У 53,2% обследованных отмечалось снижение относительной плотности мочи в утренней порции. По данным ультразвукового обследования у 17 человек выявлены признаки хронического пиелонефрита, у 7 человек наблюдался нефроптоз. Динамическая компьютерная скинтиграфия почек выявила замедление оттока мочи из чашечно-лоханочной системы у 80% обследованных. Суммарная очистительная функция по данным этого исследования была снижена у одного пациента. Таким образом, у подавляющего числа пациентов, перенесших ГЛПС более чем за 1 год до обследования, наблюдались различные признаки поражения почек. Это говорит о необходимости строгой диспансеризации переболевших, с возможным удлинением ее сроков, а также продолжении научно-исследовательских работ по уточнению характера и разработке новых методов лечения патологии почек у реконвалесцентов после ГЛПС.

Коннов Д.С., Шахгильдян В.И., Шипулина О.Ю., Серебровская Л.В., Богословская Е.В., Иванова Л.А., Юрин О.Г.

КОНЦЕНТРАЦИЯ РНК ВИЧ И СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Москва, Россия

Целью исследования служил сравнительный анализ концентрации РНК ВИЧ и состояния клеточного звена иммунной системы у ВИЧ-серопозитивных беременных женщин с наличием или отсутствием активной ЦМВ-инфекции.

Материалы и методы. В 2003 - 2004 гг. под наблюдением находились 29 ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Диагноз ВИЧ – инфекции был подтвержден обнаружением в сыворотке крови специфических антител к ВИЧ (ИФА, ИБ). Во всех случаях была диагностирована ВИЧ инфекция в латентной стадии. С 28 недель беременности всем женщинам проводили противоретровирусную терапию с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ. Пациенты находились в возрасте 19 - 31 лет. Средний возраст составил 23.6 лет. У большинства женщин беременность протекала без существенных патологических отклонений, у 2 (6.7%) женщин беременность закончилась антенатальной гибелью плода. Обследование беременных предусматривало исследование цельной крови и мочи на наличие ДНК ЦМВ (ПЦР-тест-системы «АмплиСенс Цитомегаловирус-500/ВКО» ЦНИИЭ МЗ РФ, руководитель НП лаборатории Шипулин Г.А.), определение концентрации РНК ВИЧ («ВИЧ-монитор» ЦНИИЭ МЗ РФ), анализ абсолютного и относительного количества CD4+ и CD8+ - лимфоцитов с использованием моноклональных антител фирмы «Becton Diskinsan, USA» методом проточной цитофлюорометрии. Обследование женщин на наличие ДНК ЦМВ в крови и моче проводили не менее двух раз, в основном, во II и III триместрах беременности.

Результаты. Средняя концентрация РНК ВИЧ в крови наблюдаемых беременных женщин до назначения антиретровирусной терапии составила 30394 коп/мм плазмы, среднее абсолютное количество CD3+ - лимфоцитов было 1181 кл/мм³, относительное – 80%, CD8+ - лимфоцитов - 678 кл/мм³ (46%), CD4+ - лимфоцитов- 421 кл/мм³ (29%). Количество CD4+-лимфоцитов менее 300 кл/мм³ имели 5 человек (17.2%). Соотношение CD4/CD8 составило, в среднем, 0.7.

В группе беременных, не имевших ДНК ЦМВ в крови или в моче (24 человека), средние показатели иммунного статуса и вирусной нагрузки были следующими: концентрация РНК ВИЧ в крови 29012 коп/мм, абсолютное количество CD3+-лимфоцитов - 1168 кл/мм³, относительное – 80%, CD8+ - лимфоцитов - 655 кл/мм³ (46%), CD4+ -лимфоцитов 424 кл/мм³ (29%), соотношение CD4/CD8 - 0.7.

ДНК ЦМВ в моче была обнаружена у 3 (10.3%) беременных женщин, ДНК ЦМВ в крови – у 5 (17.2%) женщин. У всех женщин с наличием ДНК ЦМВ в моче была определена ДНК ЦМВ и в крови. В группе беременных с наличием ДНК ЦМВ в крови и/или в моче (5 человек) средние показатели иммунного статуса и вирусной нагрузки были следующими: концентрация РНК ВИЧ в крови 35169 коп/мм, абсолютное количество CD3+-лимфоцитов - 2124 кл/мм³, относительное – 82%, CD8+ -лимфоцитов - 818 кл/мм³ (52%), CD4+ -лимфоцитов - 424 кл/мм³ (27%), соотношение CD4/CD8 - 0.5. Следует отметить, что у 4 из 5 женщин ДНК ЦМВ появлялась в моче и крови в III триместре беременности, несмотря на снижение в этот период (благодаря антиретровирусной терапии) концентрации РНК ВИЧ менее 400 коп/мл и повышения количества CD4+-лимфоцитов крови на 50 - 300 кл/мм³.

Заключение. Для беременных ВИЧ-инфицированных женщин характерна высокая частота обнаружения маркеров активной репликации цитомегаловируса. Основной маркер высокой степени активности ЦМВ – наличие ДНК ЦМВ в крови – имел место у 17% обследованных женщин. Достоверной разницы в количественных характеристиках состояния иммунитета, скорости репликации ВИЧ у женщин с активной ЦМВ-инфекцией (наличием ДНК ЦМВ в крови) и при ее отсутствии не получено. Наиболее частое выявление ДНК ЦМВ в биологических жидкостях в III триместре беременности при низкой концентрации РНК ВИЧ и относительно высоком количестве CD4+-лимфоцитов (абсолютном и относительном) свидетельствует об иных причинах активизации цитомегаловируса у беременных женщин (реинфицирование во время беременности, снижение функций клеточного звена иммунитета, штамм вируса и другие).

Коннова Т.В.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНГИН, ОСЛОЖНЕННЫХ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМИ АБСЦЕССАМИ

г. Самара, Россия

Ангина – это острое инфекционное заболевание, преимущественно стрептококковой этиологии, характеризующееся лихорадкой, явлениями интоксикации, воспалительными изменениями в лимфоидных образованиях ротоглотки (чаще всего в небных миндалинах) и в регионарных к ним лимфоузлах. Ангиной болеют люди практически всех возрастов. Исключение составляют дети первого года жизни. Наиболее восприимчивы к ангине люди молодого возраста. При общей заболеваемости населения, достигающей 20-50%, на больных в возрасте 17 -30 лет приходится до 70-100%. В клинике инфекционных болезней СамГМУ под наблюдением находилось 120 больных паратонзиллярным абсцессом в возрасте от 16 лет и старше, из них 82% - лица трудоспособного возраста (20-50 лет).

Среди обследованных женщин было гораздо больше, чем мужчин (61,42% и 38,58% соответственно). Большая часть больных проживала в городской черте, меньшая - в пригороде (74,7% и 25,3% соответственно). Наибольшее число больных обратилось за медицинской помощью на 3-й день заболевания, в период наибольших клинических проявлений (фебрильная температура, боли в горле при глотании, затруднение при открывании рта). Увеличение подчелюстных лимфоузлов обнаруживалось в 58,2%, в большинстве случаев регионарный лимфаденит сочетается с увеличением количества лимфоцитов в периферической крови. В анамнезе 77,5 % пациентов отмечали рецидивы ангин; 32,5% - рецидивы паратонзиллярного абсцесса. У 72 (60%) человек заболевание началось с лакунарной ангины, а у 33 (27,5%) человек паратонзиллярный абсцесс развился одновременно с ангиной, у 15 (12,5%) человек – на 6 - 7-й день в период стихания острого воспаления.

Мы отметили, что начало болезни в 75,3% случаев отличалось выраженной интоксикацией, быстрым прогрессированием, отеком мягких тканей паратонзиллярной и парафарингеальной клетчатки. Наличие гнойного или казеозного отделяемого в лакунах небных миндалин отмечалось в большом проценте случаев. Всем больным проводилось вскрытие паратонзиллярного абсцесса.

При бактериологическом исследовании выделена следующая микрофлора: Streptococcus pyogenus – 7,5%, Streptococcus viridans – 14,1%, Streptococcus spp. – 11%, Staphylococcus aureus – 11,6%, Staphylococcus epidermidis – 12,5%, Staphylococcus spp. – 6,6%, Escherichia coli – 8,3%, Klebsiella pneumoniae – 4,1%, Proteus – 3,3%, Candida albicans – 4,2%, не обнаружено роста микрофлоры в 16,7% случаев. Среди выделенных штаммов микробов патогенные свойства обнаружены у 48% стрептококков и стафилококков.

Таким образом, следует отметить, что болезнь начинается непосредственно с признаков поражения паратонзиллярной клетчатки. Наблюдается быстрое прогрессирование заболевания с реакцией не только паратонзиллярной, но и парафарингеальной клетчатки. Имели место изменения микробной флоры. Из полости абсцесса у половины пациентов высевалась условно-патогенная флора, что свидетельствует о снижении защитных сил организма.

Конончук О.Н., Аксенова В.Я., Иванова Н.И. Жарова Н.А., г. Кемерово
ПРОБЛЕМА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА В КУЗБАССЕ

Глобальной медико-социальной проблемой третьего тысячелетия в мире являются эпидемии ВИЧ-инфекции и туберкулёза. Установлено, что во всех странах мира туберкулёз является наиболее частой инфекцией регистрируемой у больных СПИДом. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции и туберкулёзу в Кемеровской области представляет собой реальную угрозу для здоровья населения. Пик заболеваемости этими тяжелыми инфекциями пришёлся на период 2000-2002гг. заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Кузбассе превышает Российские данные в 1,1 раза, туберкулёзом в 1,6 раза, а смертность от туберкулёза в 2 раза. Настораживает увеличение числа пациентов страдающих запущенными, распространёнными, лекарственно устойчивыми формами туберкулёза.

Проблемы ВИЧ-инфекции и туберкулёза на территории Кемеровской области осложняются региональными особенностями: насыщенность предприятиями тяжелой промышленности (угольной, рудной, металлургической, химической и т.д.). Реструктуризация угледобывающих; предприятий привела к росту безработицы, увеличению прослойки социально дезадаптированных лиц; неблагоприятными климатическими и экологическими условиями; в Кузбассе сосредоточено большое количество учреждений пенитенциарной; системы, 65,5% всех ВИЧ - инфицированных больных туберкулёзом приходится на долю учреждений исполнения наказаний.

С 2001 года отмечается рост заболеваемости туберкулёзом в регионе. Всего на конец 2003 года в области зарегистрировано 6039 случаев ВИЧ-инфекции, из них с сочетанной инфекцией (ВИЧ и туберкулёз) 267 человек (4,4% от всех выявленных). Среди клинических форм туберкулёза на долю инфильтративного приходится 35,6%, очагового – 25,9%, фиброзно-кавернозного – 11,6%, внелёгочного – 7%.

Серьёзной проблемой является увеличение заболеваемости туберкулёзом ВИЧ - инфицированных в бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции, за 2003 год число новых случаев возросло на 48% в сравнении с предыдущими годами. Наметилась тенденция к частому выявлению злокачественных форм заболевания. Туберкулёз, как СПИД - индикаторное заболевание ВИЧ-инфекции, является ведущей причиной смерти в Кемеровской области, так если за период 10 лет умерло 15 человек, то только в 2003 году - 18 человек.

Таким образом, распространённость туберкулёза на территории Кузбасса определила высокую заболеваемость им ВИЧ - инфицированных лиц. Масштабы заболеваемости ВИЧ-инфекции и туберкулёза представляют реальную опасность для здоровья населения Кузбасса.

Копча В.С., Андрейчин М.А.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФОРМ ФИТОПРЕПАРАТОВ
И ЭНТЕРОЛА ПРИ ОСТРОМ ШИГЕЛЛЁЗЕ**

г. Тернополь, Украина

Под наблюдением находился 441 больной колитической и энтероколитической формой острого шигеллёза Зонне и Флекснера различной тяжести. В комплексной терапии этих пациентов применяли настой из листьев Melissa лекарственной, травы тысячелистника обыкновенного, соплодий ольхи серой и пробиотик энтерол на протяжении 5-7 дней, а также их сочетание с чрезректальным введением аэрозоля указанных фитопрепаратов и энтерола как отдельно, так и в сочетании.

Пероральное применение 2% настоя из листьев Melissa лекарственной, травы тысячелистника обыкновенного, соплодий ольхи серой и энтерола по две растворённые в воде дозы 2 раза в день в течение 5 суток оказалось эффективным при шигеллёзе лёгкой степени: быстрее в сравнении с пациентами, не получавшими такой терапии, нормализовался микробиоценоз толстой кишки.

При шигеллёзе средней и тяжелой степени сочетание энтерального применения фитонастоя и энтерола с опылением слизистой оболочки толстой кишки аэрозолем фитопрепаратов, взятых в равном соотношении, в количестве 2-3 г 3-4 дня подряд на фоне фуразолидонотерапии в течение 5-7 суток оказалось достаточно эффективным: быстрее, чем у больных, получавших только традиционную терапию без фитопрепаратов и пробиотиков, исчезали клинические проявления болезни, нормализовалась ректороманоскопическая картина.

Ещё более эффективным было чрезректальное введение аэрозоля энтерола в количестве 500 мг порошка (2 пакетика) 3-4 дня подряд. Очевидно за счёт конкурентного действия этого пробиотика, вытеснения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов достигалось колонизационное преимущество нормофлоры.

Комплексное применение настоя из листьев Melissa лекарственной, травы тысячелистника обыкновенного, соплодий ольхи серой и энтерола, а также чрезректальное опыление смесью фитопрепаратов и пробиотика 3-4 дня подряд на фоне традиционной терапии с использованием фуразолидона усиливает позитивное воздействие каждой составной части, что приводит к более значительному сокращению длительности заболевания, быстрой нормализации ректоро-

маноскопической картины, деконтаминации шигелл, возобновлению индигенной автофлоры толстой кишки, уменьшению количества условно-патогенных микроорганизмов и к самым благоприятным отдалённым результатам.

Коровина И.В.

ВСПЫШКА КОРИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ И СРЕДНИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В ГОРОДЕ СТАВРОПОЛЕ

г. Ставрополь Россия

Значимость профилактических прививок, проводимых для предупреждения инфекционных заболеваний неоспорима. Массовая иммунизация детей против ряда инфекций позволяет не только снизить уровень заболеваемости, но и сократить количество осложнений, избежать летальных исходов и даже ликвидировать само заболевание. Заболеваемость корью с введением вакцинации резко снизилась как на территории Российской Федерации в целом, так и на территории Ставропольского края. В 2004 году в городе Ставрополе среди студентов высших и средних учебных заведений отмечалась вспышка кори. Всего было зарегистрировано 13 случаев кори, в том числе среди студентов Ставропольской государственной медицинской академии-2, Ставропольского базового медицинского колледжа-2, училища связи-6, Ставропольского государственного университета-2, Ставропольского государственного аграрного университета- 1 случаев.

При выявлении пути заражения корью среди студентов медицинской академии было выявлено, что первый случай заражения связан с учебным процессом (заражение произошло во время занятий на базе Краевой клинической инфекционной больницы). Остальные случаи среди этой группы студентов связаны с совместным обучением в группе и проживанием в общежитии. Для остальных групп студентов источника заражения не выявлено, хотя существовало предположение, что заражение произошло в транспорте от студентов медицинской академии (вышеперечисленные учебные заведения связаны с инфекционной больницей одним транспортным маршрутом). При анализе прививочных документов было выявлено, что все студенты получили как вакцинацию, так и ревакцинацию против кори в дошкольном возрасте.

Для предотвращения распространения инфекции среди студентов была проведена экстренная вакцинация против кори. Всего было привито 5119 студентов ВУЗов и 1699 учащихся средних учебных заведений. Во время проведения вакцинации среди студентов медицинской академии отмечались случаи отказа от вакцинации, особенно среди студентов старших курсов. Для предотвращения распространения инфекции была проведена вакцинация сотрудников высших и средних учебных заведений. Было привито 195 сотрудников средних и 787 высших учебных заведений.

В результате проведенных противоэпидемиологических мероприятий вспышка кори среди студентов высших и средних учебных заведений была ликвидирована.

Коротков Ю.С., Буренкова Л.А.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА НА СКОРОСТЬ РАЗВИТИЯ СЫТЫХ ЛИЧИНОК КЛЕЩА *IXODES RICINUS* (ACARINA, IXODIDAE)

г. Москва, Россия

Лесной клещ *Ixodes ricinus* L. часто используется в качестве лабораторной модели переносчика и резервуара вируса клещевого энцефалита (ВКЭ). Предпочтение данному виду отдается по ряду причин, среди них одно из ведущих мест занимает способность голодных личинок, нимф и взрослых особей этого вида оставаться пассивными при комнатной температуре на протяжении длительного времени в состоянии сходном с поведенческой диапаузой. Мы наблюдали задержку их активности на протяжении 14-19 месяцев (срок наблюдения). За это время клещи испытали две-три смены режима естественной освещенности. При этом голодные особи всех фаз развития оставались пассивными и слабо реагировали на изменение сезонных фотопериодических условий, а их смертность не превышала 3-5%. При столь длительном содержании *I. ricinus* в лабораторных условиях существенно меняется физиологическое состояние клещей. Однако эти изменения не учитываются в должной мере при вирусологических исследованиях, что становится причиной нестабильных и, нередко, противоречивых результатов.

Нами заложена серия опытов по изучению влияния условий содержания клещей на их чувствительность к ВКЭ. На данном этапе исследований проведена оценка влияния вируса на ход развития личинок *I. ricinus* первого лабораторного поколения. До начала опыта, заложенного в январе 2004 г., голодные личинки содержались при температуре 20-22°C и естественном осенне-зимнем освещении, т.е. при коротком дне, продолжительность которого изменялась в пределах 7 ч 00 мин - 9 ч 10 мин (без учета сумерек). В период кормления личинок и в последующие дни, вплоть до линьки на нимфу, клещи также находились при естественном освещении. Длина дня в период от насыщения личинок до прекращения их подвижности и подготовки к линьке бездиапаузных

особей постепенно увеличивалась с 9 ч 10 мин до 11 ч 50 мин, оставаясь в пределах, определяемых как короткий день. Личинки, находящиеся в диапаузе, сохранялись далее в условиях нарастающей длины дня вплоть до максимальных значений, составляющих на широте Москвы 17 ч 34 мин.

Личинки перед кормлением были разделены на две группы. Первая питалась на белых мышах, зараженных ослабленным (по условиям эксперимента) штаммом ВКЭ Софьин в разведении 10-2 - 10-4.5 с шагом разведения 0.5. Вторая - на незараженных мышах. Первая группа была представлена 6 вариантами (по числу разведений ВКЭ), каждый из которых повторялся дважды (всего 12). Вторая (с учетом повторностей) - в 4. На каждой мыши накормилось по 20-30 личинок. По длительности развития все клещи четко разделились на две группы. Личинки, питавшиеся на зараженных мышах, начали дружно линять на 40-42 день после их насыщения независимо от степени разведения ВКЭ. На 52 день (lim: 50-57) перелиняло уже 50% клещей. Массовое окончание линьки (90% перелинявших) во всех 6 вариантах опыта наблюдалось на 62-68 день. На 70-й день перелиняли все личинки опытных партий. Продолжительность периода массовой линьки составила в среднем 22 дня (lim: 11-25). Половина клещей перелиняла в среднем за 14 дней после начала вылупления первых нимф (lim: 10-18). Установленные сроки метаморфоза зараженных личинок указывают на их бездиапаузное развитие даже в условиях короткого дня.

Во всех 4 вариантах контроля наблюдалось характерное для короткодневных условий содержания личинок до и после их кормления - либо состояние морфогенетической диапаузы (задержка развития более чем на 90 дней), либо замедление бездиапаузного развития в среднем на 30 дней по сравнению с клещами, контактировавшими с ВКЭ. Среди интактных личинок без диапаузы развивалось всего 5-10% особей, которые перелиняли на нимф через 65-70 дней после насыщения. Остальные 90-95% - находились в диапаузе. Наличие бездиапаузного развития незначительной части личинок в контроле согласуется с известными данными об аналогичном развитии 5-20% клещей в фотопериодических условиях, ориентированных на развитие с диапаузой (Белозеров, 1972). Очевидно, это та доля клещей, которая генетически детерминирована на бездиапаузное развитие в любых фотопериодических условиях и составляет популяционный резерв на случай изменения условий освещения. Таким образом, развитие сытых, интактных личинок *I. ricinus* проходило по нормам короткодневной диапаузы и полностью соответствовало реакции клещей на подобные условия содержания.

Наши данные показывают, что наличие ВКЭ в сытых личинках *I. ricinus* стимулирует их бездиапаузное развитие. Такая стимуляция невозможна без активации личиночного гормона и снижения концентрации ювенильного гормона (Балашов, 1998). Таким образом, наличие ВКЭ в организме специфического переносчика может приводить не только к изменению поведенческих реакций (Алексеев и др., 1988), но и становится причиной глубокой физиологической перестройки организма клещей, затрагивая нейроэндокринные механизмы, регулирующие ход личиночных процессов, индукцию и прекращение диапаузы. Сокращение продолжительности развития клещей, зараженных ВКЭ "выгодно" для популяции возбудителя, поскольку ведет к увеличению доли векторной части популяции переносчиков, повышает вероятность вертикальной и горизонтальной передачи вируса и его длительного сохранения в очагах КЭ. Очевидно, подобное взаимодействие переносчика и возбудителя сформировалось в ходе их совместной эволюции и закрепилось естественным отбором.

Считаем целесообразным, в свете представленных данных, учитывать фотопериодические условия в качестве одного из обязательных аргументов при интерпретации результатов исследования связей в системе переносчик-возбудитель трансмиссивных инфекций. Такой подход, в частности, может оказаться плодотворным при расшифровке причин, определяющих специфичность переносчиков ВКЭ.

Косова А.А., Алексеева Е.И., Прохорова О.Г., Руколеева С.И.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ТОКСОКАРОЗА НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Екатеринбург, Россия

По официальной статистике показатель заболеваемости токсокарозом в РФ в 2001г. в 8 раз был выше, чем в 1991г. (0,8 и 0,01 на 100 тыс. населения соответственно), а в Свердловской области в эти же годы - в 6 раз выше.

Цель исследования – выявить уровень пораженности токсокарозом населения Свердловской области и оценить степень риска заражения *T. canis* в зависимости от места проживания. Ежегодно показатель заболеваемости токсокарозом на территории Свердловской области увеличивается в 1,4-2 раза. Рост заболеваемости взрослого населения происходит более интенсивно, чем детского (темп прироста 83% и 64% соответственно). Соотношение взрослые/дети до 14 лет в структуре заболеваемости токсокарозом сельских и городских жителей с 1995 по 2003гг. оставалось практически одинаковым (1:2,6 и 1:2,7 соответственно). По нашему мнению, заболеваемость токсокарозом детей до 14 лет в большей степени связана с сезонными факторами.

Для выявления истинного уровня пораженности детского населения токсокарозом на базе ЛКБФ ФГУ ЦГСЭН в Свердловской области с 2000г. проводится серологический скрининг на токсокароз детей 4-5, 7-8 и 11-12 лет. Показано, что в период с 2000 по 2003гг. по данным лабораторных исследований пораженность детей увеличилась в 1,3 раза. В 2003г. было обследовано 1295 детей, при этом в 9,1±1,6% случаев ($p<0,05$) обнаружены антитела к токсокарам. Диагностический титр 1:800 и выше зарегистрирован в 57±9% случаев ($p<0,05$) от числа обследованных.

Аналогичные результаты (48±7,2%) были получены и при серологическом обследовании по клиническим показаниям 2729 человек. При этом процент серопозитивных лиц среди взрослых был достоверно выше, чем у детей до 14 лет (8,77% и 4,2% соответственно). Достоверного различия между показателями пораженности женщин и мужчин отсутствовало (6,5% и 7,3% соответственно).

При серологическом скрининге на токсокароз было выявлено, что большинство серопозитивных детей (60,5±9,2%, $p<0,05$) проживает на территориях сельского типа. По данным исследования пораженность токсокарозом детей дошкольного (4-5 лет) и школьного (7-8, 11-12 лет) возраста существенно не различалась (9,7±4% и 7,4±2,4% соответственно, $p<0,05$).

В соответствии с критериями районирования территорий по токсокарозу (МУ 3.2.1043-01 «Профилактика токсокароза») была составлена карта-схема с учетом уровня заболеваемости на административных территориях Свердловской области. При ранжировании населенных пунктов по степени риска заражения населения токсокарозом учитывались климато-географические особенности территорий, показатели пораженности, полученные при серологическом скрининге. При этом использовались данные Областной ветеринарной станции о пораженности собак *T. canis* (25% животных заражены токсокарами), а также результаты анализа проб почвы (4,86±2,8% проб содержали яйца токсокар). Результаты поведенных исследований позволяют отнести территорию Свердловской области к категории регионов со средней степенью риска заражения населения токсокарозом.

Костенко Г.А., Дегтярь Л.Д., Лысенко И.В.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

г. Краснодар, Россия

С 1996 года число госпитализаций потребителей психоактивных веществ по поводу ВИЧ-инфекции ежегодно растет в связи с решающим вкладом этой группы населения в развитие эпидемии. Под нашим наблюдением находилось 26 пациентов с наркологической патологией, госпитализированных в городскую клиническую инфекционную больницу г. Краснодара с диагнозом ВИЧ-инфекции, подтвержденным методами ИФА и иммунного блота. Диагностировались следующие стадии заболевания (по В.И. Покровскому): II-Б - 1, II-В - 2, III-А - 10, III-Б - 4, III-В - 4, IV-СПИД - 5.

Клинически заболевание проявлялось снижением массы тела, вплоть до кахексии, астеническим синдромом, лихорадкой длительностью более месяца (3), персистирующей генерализованной лимфаденопатией (9), волосистой лейкоплакией языка (2). Возбудителем пневмонии в трех случаях из четырех являлась пневмоциста.

Грибковые поражения кожи и слизистых оболочек выявлялись у большинства больных (15): кандидоз ротоглотки, кандидоз органов ЖКТ, грибковые поражения кожных покровов кандидозной этиологии, рубромикоз, эпидермофития стоп, онихомикоз стоп, сквамозно-гиперкератотическая форма микоза стоп. У двух пациентов, находящихся в терминальной стадии инфекции, была выявлена диссеминированная кожно-слизистая форма саркомы Капоши. Более чем у 1/4 больных установлен туберкулез: легочной (5), лимфатических узлов (1), спондиллит (1). У инъекционных наркоманов в четырех случаях развился стафилококковый сепсис, обусловленный *Staphylococcus lugdunensis* (1), *Staphylococcus carnosus* (1), *Staphylococcus capitis* (1) и *Staphylococcus warneri* (1). Активация очагов хронической инфекции наблюдалась у подавляющего большинства обследованных (18): хронический правосторонний мезотимпанит (1), хронический фарингит (3), хронический пиелонефрит (3), хронический бронхит (5), хронический холецистит (1), хронический панкреатит (2) и др. Субкомпенсированный дисбактериоз кишечника установлен у 11 человек, аскаридоз выявлен у двух пациентов.

Наблюдаемая неврологическая симптоматика была обусловлена как непосредственно ВИЧ-инфекцией: ВИЧ энцефалопатия II степени, СПИД дементный комплекс, психоорганический синдром с нарушением функции тазовых органов (1), так и разнообразной сопутствующей патологией: *lues latens tarda* (1), дисциркуляторная энцефалопатия III ст. (1), церебральная ангиодистония с венозным компонентом (1), токсическая энцефалопатия II, полинейропатия (1), посттравматическая энцефалопатия (1), состояние после перенесенной острой черепно-мозговой травмы (1), ушиб головного мозга тяжелой степени, множественные внутримозговые гематомы - у одного пациента. Хронические гепатиты смешанной этиологии (вирусной и токсической) диагностированы у 12 пациентов, заболевания почек у 4.

Сложный, сочетанный характер проявлений ВИЧ-инфекции у данного контингента больных требует создания специализированных отделений с привлечением врачей разного профиля.

Котлярова С.И., Барановская В.Б., Кожевникова И.Л.
**ПОСТМОРТАЛЬНЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ
 ПРИ ШИГЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ**

г. Санкт-Петербург

Известно, что при тяжелых формах шигеллезной инфекции, нередко приводящих к летальному исходу, наблюдается не только повторное выделение шигелл из фекалий, но и других микроорганизмов. При этом клинические проявления диарейного синдрома и интоксикации сохраняются практически у всех. Мы провели постмортальное бактериологическое исследование крови и тканей больных, погибших от тяжелых форм шигеллеза в инфекционной больнице Санкт-Петербурга. У 98 погибших больных во время аутопсии был взят материал из прямой и сигмовидной кишки (98 исследований), из слепой и ободочной кишки (90), из мезентериальных лимфатических узлов (75), из селезенки (69). Кроме того, у 98 погибших больных было проведено бактериологическое исследование крови. Сразу следует отметить, что из 98 постмортальных гемокультур ни в одном случае не были выделены шигеллы. У 32% погибших посева крови оказались стерильными. В то же время у 46,5% больных постмортально выделено большое число различных микроорганизмов. В 27,5% случаев обнаружена *E. coli*, в 9% - *Proteus*, *Staph. aureus* – 4%; *Acinetobacter* – в 4%, *Enterobacter* – у 1 человека. В 6% случаях выделена смешанная флора: *E. coli* в сочетании с *Staph. aureus*, *Enterococcus*, *Str. faecalis*, *Enterobacter*, в одном случае *E. coli* в сочетании со *Staph. aureus* и в другом – с *Kl. pneumoniae*.

При бактериологическом исследовании материала из прямой кишки в 51% случаев был получен отрицательный результат. У 17% умерших постмортально выделены шигеллы: в 9-х случаях *Sh. flexneri* 3а, у 6 человек - *Sh. flexneri* 2а, у 2-х погибших больных - *Sh. sonnei* II фаготип; у 8 пациентов был выделен только *Staph. aureus* и в 3 случаях - ЭПКП 0144. У 6 умерших больных обнаружена смешанная флора: *Staph. Aureus* + *Proteus* (2 случая), *Staph. aureus* + *Proteus* (1), *Staph. aureus* + *Enterococcus* (1), *Staph. epidermidis* + *Proteus*(1), *Ps. aeruginosa* была найдена у 1 больного.

У 61 погибшего (55%) при исследовании материала из слепой, сигмовидной и ободочной кишки получен отрицательный результат. Рост шигелл выявлен у 19 умерших (21%): *Sh. flexneri* 2а в 7 случаях, *Sh. flexneri* 3а – в 9. В одном случае был рост смешанной флоры (*Sh. flexneri* 2а и *Staph. aureus*); *Sh. sonnei* II фаготип – у 2 больных; *Staph. aureus* – у 6 погибших; *E.coli* - у 2, *Proteus* – у 6, *Staph. epidermidis* у 1.

В мезентериальных лимфатических узлах у 46 % умерших роста патогенной и условно – патогенной флоры не выявлено. *Sh. flexneri* 3а была выделена в 2-х случаях *Sh. flexneri* 2а – в 3-х, то есть в 6,6% случаев, тогда как *E. coli* была выделена в 28% (21 человек). В единичных случаях наблюдали рост *Proteus* (5), *Staph. aureus* (2), *Kl. pneumoniae* (1), *Enterococcus* (3), в остальных 4-х случаях обнаружена смешанная флора: *E. coli* в сочетании с *Proteus* (1), с *E. faecalis* – 3 случая.

Посев из селезенки был отрицателен в 33%. У 19% выделена *E. Coli*, *Proteus* - у 8; *Staph. aureus* – у 3-х; (*Acinetobacter* –1; *Str. pyogenes*- 1; *Kl. pneumoniae* –2 случая; *Ps. aeruginosa* – 2 человека, *Str. faecalis*- 1, *Acinetobacter*- 1, *Enterobacter* – 1. В остальных случаях была выделена смешанная флора: *E. coli* в сочетании с *Proteus*, со *Str. faecalis* и с *Kl. pneumoniae*.

Таким образом, у 1/5 погибших от шигеллеза больных, несмотря на проводимую терапию, санации желудочно-кишечного тракта не происходит. Тяжелые формы дизентерии нередко протекают с активацией условно-патогенной флоры, ведущей к развитию внекишечных поражений организма и в ряде случаев - смертельных вторичных осложнений.

Кравченко А.В., Литвинова Н.Г.

**УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ ТУБЕРКУЛЕЗА В СТРУКТУРЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ
 У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ В 2003-2004 гг.**

г. Москва, Россия

Цель исследования: оценить структуру поражения легких у больных инфекцией ВИЧ, госпитализированных в ИКБ №2 г. Москвы, в течение 2003-2004 гг.

Материалы и методы: В течение 2003 г. в специализированное отделение для больных инфекцией ВИЧ ИКБ №2 г. Москвы было госпитализировано 177 пациентов с поражениями легких различной этиологии. За 6 месяцев 2004 г. в отделении было госпитализировано 114 пациентов, имевших заболевания легких. Диагноз поражения легких основывался на данных аускультативной картины, результатах рентгенографического исследования органов грудной клетки, микробиологических исследований крови, мокроты, лаважной жидкости, а также данных, полученных при исследовании методом ПЦР лаважной жидкости и биопсийного материала бронхов, полученных при проведении фибробронхоскопии.

Результаты: В структуре заболеваний легких в 2003 г. преобладали пневмонии (32,8%) и бронхиты (29,9%) бактериальной этиологии. У 47 пациентов (26,6%) был диагностирован туберкулез легких, у 11 (6,2%) – пневмоцистная пневмония, у 10 (5,6%) – цитомегаловирусное поражение легких, у 8 (4,5%) – микоплазменная пневмония. В единичных случаях поражения легких были обусловлены онкологическими заболеваниями. У 79% больных туберкулезом (37 случаев) отметили выраженное снижение количества CD4+лимфоцитов (<200 клеток/мкл), при этом у 17 человек имел место генерализованный процесс. У 12 из 47 пациентов туберкулез легких сочетался с пневмоцистной, микоплазменной пневмониями, ЦМВ-инфекцией и др. За 6 месяцев 2004 г. у 43 человек (37,7%) наблюдали пневмонии бактериальной этиологии, у 36 (31,6%) – туберкулез легких, у 19 (16,7%) – бронхиты, у 5 (4,4%) – цитомегаловирусную инфекцию. По 3 пациента (2,6%) страдали пневмоцистной и кандидозной пневмониями, 1 больной – пневмонией микоплазменной этиологии, 1 – лимфосаркомой легких. У 10 больных туберкулез сочетался с другими поражениями легких. У 72,2% больных туберкулезом (26 пациентов) количество CD4+лимфоцитов было менее 200 клеток/мкл (15 – с генерализованным процессом). В течение июля – августа 2004 г. диагноз туберкулеза легких был установлен еще 25 пациентам, из которых у 19 количество CD4+лимфоцитов было менее 200 клеток/мкл (у 10 пациентов – генерализованный процесс).

Заключение: В течение 2004 г. имеет место существенное увеличение числа пациентов, госпитализированных в специализированное отделение ИКБ №2 г. Москвы с заболеваниями легких, в значительной степени связанное с ростом случаев туберкулеза. За 8 месяцев 2004 г. туберкулез легких был выявлен у 61 пациента, тогда как за весь 2003 г. – у 47 (прирост почти 30%). У 70% больных туберкулезом легких количество CD4+клеток было менее 200 в 1 мкл, в результате чего в 43-55% случаев наблюдали генерализацию туберкулезной инфекции. Более чем у 30% больных с низким числом CD4+клеток регистрировали смешанную этиологию поражения легких (сочетание туберкулеза с пневмоцистной пневмонией, пневмониями бактериальной, грибковой, вирусной и микоплазменной этиологии), что в значительной мере затрудняло диагностику патологического процесса и проведение адекватных терапевтических мероприятий.

Красавцев Е.Л., Жаворонок С.В., Павлович И.Л., Красавцева Л.М., Романова Е.И., Мицура В.М.

ОЦЕНКА ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПОСЛЕ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

г. Гомель, Беларусь

После окончания терапии препаратами интерферонов наблюдалось 47 пациентов (21 женщина и 26 мужчин). Устойчивый (через 6 месяцев) или длительный (через 12 месяцев) вирусологический ответ был зарегистрирован лишь у 13 (27,7%). Среди них было 10 (76,9%) мужчин и 3 (22,1%) женщины. Возраст этих больных составлял от 7 до 53 лет, больных старше 30 лет было 4 (30,7%). Пациентов с минимальной активностью было 5 (38,5%), умеренной активностью – 7 (53,8%) и один больной был с высокой активностью. У этих лиц курс лечения в течение 12 месяцев был проведен у 10 (76,9%), в течение 6 месяцев – у 3, у одного пациента препараты интерферонов были отменены через 3 месяца лечения в связи с их неэффективностью. Двое (15,4%) из этих пациентов получали комбинированную терапию препаратов интерферонов с рибавирином, 5 (38,5%) – с ронколейкином, 2 (15,4%) – монотерапию препаратами интерферонов по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю и у 4 (30,8%) было высокодозное начало терапии – по 6 млн. МЕ препаратов интерферонов 3 раза в неделю в течение трёх месяцев. Следует отметить, что у 5 (38,5%) из них за время лечения определялась РНК HCV.

Среди лиц, у которых не было устойчивого или длительного вирусологического ответа (31 человек) было 15 (48,4%) женщин и 16 (51,6%) мужчин в возрасте от 3 до 54 лет. Следует отметить, что старше 40 лет было 17 (54,8%) пациентов. Больных с нормальной активностью АЛТ было 4 (12,9%), минимальной активностью – 8 (25,8%), умеренной активностью – 19 (61,3%). Курс лечения препаратами интерферонов в течение 12 месяцев получили 11 (35,5%), различия достоверны с группой пациентов с устойчивым или длительным вирусологическим ответом, $p < 0,05$ пациентов, в течение 6 месяцев – 15 (48,4%) и 5 больным препараты интерферонов были отменены в связи с неэффективности через 3 месяца лечения. Комбинированную терапию с рибавирином получали 4 (12,9%) пациента, с ронколейкином – 10 (32,3%), с рибавирином и ронколейкином - 3 (9,7%), 8 (25,8%) – по монотерапию препаратами интерферонов по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю и у 6 (19,4%) было высокодозное начало терапии. После 3 месяцев лечения вирусологический ответ (ранний) был у 9 из 20, после 6 месяцев лечения – у 2 из 17, а первичный (через 12 месяцев лечения) вирусологический ответ – у 2 из 6. Трём пациентам (все женщины) при исследовании РНК HCV после окончания лечения лаборатория выдавала сомнительный или слабоположительный результат.

Таким образом, устойчивый или длительный вирусологический ответ после лечения препаратами интерферонов наблюдался как у больных с отрицательными результатами выявления РНК HCV на фоне лечения, так и с положительными. Отрицательные результаты при обнаружении РНК HCV во время лечения не всегда соответствовали устойчивому или длительному вирусологическому ответу после окончания лечения. К устойчивому или длительному вирусологическому достоверно чаще приводили 12-месячные курсы терапии. Чаще устой-

чивый или длительный вирусологический ответ наблюдался у мужчин, у молодых (до 30 лет) и при высокодозном начале терапии.

Краснова М. В., Афиногенов Г.Е.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ MRSA и MSSA ШТАММОВ К АНТИСЕПТИКАМ И ДЕЗИНФЕКТАНТАМ

г. Санкт-Петербург, Россия

В травматолого-ортопедической клинике на 830 коек превалентность штаммов метициллинорезистентных *S. aureus* (MRSA) составляла в 1999-2000 гг. 43%, в настоящее время – 26%. Опасность этой группы возбудителей нозокомиальных инфекций заключается в их резистентности к бета-лактамам и другим важным антибиотикам, в связи с чем возможности антибиотикотерапии при MRSA-инфекциях ограничены. На сегодняшний день нет единого мнения о том, одинаково ли устойчивы штаммы MRSA и чувствительные варианты *S. aureus* (MSSA) к антисептикам и дезинфектантам. Целью нашего исследования было изучение распространенности MRSA-штаммов в подразделениях клиники института; изучение чувствительности клинических штаммов *S. aureus* к антисептикам и дезинфектантам; а также выявление различий в чувствительности к биоцидам у штаммов MRSA и MSSA. Антисептиками, включенными в исследование, были: хлоргексидина биглюконат 0,05%; диоксидин 1,0%; повидон 3,0% (коллоидный раствор серебра + поливинилпирролидон (PVP)); катапол 1,0% (соль четвертично-аммониевого соединения (ЧАС)+PVP); йодопирон (йод+PVP). Наряду с антисептиками протестированы дезинфектанты различных химических классов: на основе бисгуанидинов, ЧАС, спиртов, альдегидов, а также комбинированные препараты. Установлено, что около половины (47%) штаммов MRSA изолировано от пациентов отделения гнойной хирургии и более четверти (27%) таких штаммов – из отделений, где осуществляют лечение больных с острой травмой. Нами исследовано 540 клинических изолятов *S. aureus*, из которых 240 – штаммы MRSA. Наиболее часто MRSA выделялись из раневого отделяемого, мазков из полости носа, из пунктатов и крови. Установлено, что все штаммы *S. aureus* были высокочувствительны (70-95%) к антисептикам, включенным в исследование. Наиболее активными оказались полимерные антисептики повидон и катапол, чувствительность к которым у *S. aureus* составила 95% и 90%, соответственно. Около 90% всех *S. aureus* оказались чувствительны и к дезинфектантам различных групп. При сравнении результатов оценки чувствительности диско-диффузионным методом выявлено, что штаммы MRSA ко всем исследованным препаратам были в среднем на 8% устойчивее, чем штаммы MSSA ($p < 0,01$). Данные по определению антимикробной активности антисептиков методом двукратных серийных разведений в агаре также показывают, что минимальные ингибирующие концентрации (МИК) исследованных антисептиков в отношении штаммов MRSA в 1,5-4,5 раза выше, чем у тех же препаратов в отношении штаммов MSSA. Кроме того, при использовании суспензионного чашечного метода установлено, что при различных экспозициях от 5 до 60 мин MRSA оказываются более устойчивыми, чем MSSA, к действию рабочих растворов антисептиков и дезинфектантов. В частности, при воздействии 1% раствора катапола на субстрат, контаминированный штаммами MRSA, их эрадикация осуществлялась на 1-3 логарифмических порядка менее эффективно, чем при воздействии на MSSA-контаминированный субстрат. Полученные данные свидетельствуют о более высокой устойчивости к антисептикам и дезинфектантам штаммов MRSA по сравнению с MSSA, что следует принимать во внимание при лечении локальных MRSA-ассоциированных инфекций, а также при проведении мероприятий по инфекционному контролю. Выбор оптимальных средств и методов антисептики, дезинфекции и стерилизации является существенным фактором в системе профилактики нозокомиальной инфекции.

Кувшинова Т.Д.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

г. Волгоград, Россия

Одной из актуальных проблем здравоохранения является рост заболеваемости вирусными гепатитами у беременных.

Целью нашего исследования явилось изучение характера изменений иммунного статуса у беременных с ХГВ. В связи с задачами исследования мы изучили показатели клеточного и гуморального иммунитета у 25 беременных с ХГВ (у 11 в фазе репликации и у 14 больных в фазе интеграции). Исследование проводилось на базе иммунологической лаборатории поликлиники № 30 г. Волгограда.

Как показали исследования, у беременных с ХГВ снижается общее количество Т-лимфоцитов (CD3+клеток) за счет Т-лимфоцитов с хелперным (CD4+клетки) и эффекторным (CD8+клетки) фенотипом (изменения более выражены в репликативной фазе) без достоверного изменения В-лимфоцитов (CD20+клетки).

Анализ концентрации С3-компонента комплемента у больных показал достоверно выраженное повышение концентрации С3 в сравнении с показателем группы доноров в фазе интеграции и снижение в фазе репликации

($p < 0,05$). Фагоцитарная активность нейтрофилов у беременных с ХГВ как в фазе интеграции, так и в фазе репликации достоверно снижена по сравнению с нормой ($p < 0,05$).

Анализируя концентрацию ЦИК у беременных с ХГВ, мы выявили, что уровень иммунных комплексов в целом по группе больных в фазе интеграции достоверно превышает показатель здоровых лиц ($p < 0,05$). В группе больных в фазе репликации уровень ЦИК имеет лишь тенденцию к повышению.

Уровень сывороточных иммуноглобулинов при ХГВ у беременных изменялся главным образом за счет фракций IgM и IgG. Количество IgA было практически одинаковым как в фазе интеграции, так и в фазе репликации и составило соответственно $122,0 \pm 5,0$ мг% и $121,1 \pm 6,1$ мг% (при норме $131,0 \pm 15,03$ мг%). Уровень IgM достоверно был повышен в фазе репликации – $128,4 \pm 9,0$ мг% ($p < 0,05$) и недостоверно в фазе интеграции – $119,1 \pm 5,0$ мг%. По сравнению с контрольной группой уровень IgG был достоверно повышен как в фазе интеграции, так и в фазе репликации ХГВ (соответственно $1409,1 \pm 21,0$ мг% и $1387,2 \pm 37,0$ мг%; $p < 0,05$).

Таким образом, у беременных с ХГВ отмечается стойкая Т-лимфопения как за счет клеток с хелперным, так и эффекторным фенотипом без достоверных изменений В-лимфоцитов; снижением фагоцитарной активности нейтрофилов; неоднородными изменениями концентрации ЦИК (достоверным повышением в фазе интеграции и лишь тенденцией к повышению в фазе репликации); повышением уровня IgM и IgG.

Кузнецов В.И., Ющук Н.Д., Моррисон В.В., Заяц Н.А.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ БИОМЕМБРАН ПРИ НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

г. Саратов, г. Москва, Россия

В механизме возникновения инфекционной патологии, особенно с наличием полиорганного и системного звена патогенеза, развёртываются типовые реакции этапного воздействия за счёт прямого цитопатогенного эффекта возбудителя и его токсинов и опосредованного действия за счёт развития иммунопатологических процессов, накопления реактогенных метаболитов.

Учитывая данные позиции, изучение процессов свободнорадикального окисления (СРО) биомембран при инфекционном процессе представляется актуальным, так как может прояснить некоторые стороны сложного генеза формирования органов - мишеней, обосновать эффективность проводимой терапии, назначение мембраностабилизирующих и антиоксидантных лекарственных средств, способствовать оценке тяжести течения болезни, полноты выздоровления.

Применяя метод перекисной хемилуминесценции для оценки процессов СРО в эритроцитарных мембранах обследовали 80 больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), 50 больных острым неосложненным гепатитом В (ГВ), 48 больных дифтерией ротоглотки при различных формах тяжести течения, в динамике заболевания.

Полученные результаты свидетельствовали об активации процессов СРО в биомембранах с истощением системы антирадикальной защиты у всех обследованных лиц в остром периоде болезни и реконвалесценции, зависящих от формы тяжести течения инфекционного процесса.

Анализ кинетики СРО в биомембранах позволяет заключить, что в генезе болезней, наряду с цитопатическим действием вируса ГЛПС, дифтерийного токсина, иммунопатологическим эффектом вируса ГВ, важная роль в механизме дестабилизации клеток и формировании органов – мишеней принадлежит свободным радикалам кислорода.

Сохранение активности СРО биомембран в периоде реконвалесценции у обследованных больных: при ГЛПС является одним из патогенетических звеньев формирования резидуального синдрома у переболевших лиц, при дифтерии ротоглотки свидетельствует о дестабилизации клеток как реакции на развившиеся осложнения, при ГВ о сохранении цитолитических процессов в гепатоцитах и, следовательно, об активной фазе болезни.

Кузнецов Н.И., Андреева С.Г., Коробова М.В., Зыбина Н.Н.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА РЕКСОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Оценить возможность применения препарата Рексод у больных с острым вирусным гепатитом В по результатам изменения биохимических и иммунологических параметров у них до и после лечения.

Материал и методы исследования. Изучение возможности использования препарата Рексод проводилось двойным слепым методом у 18 больных, страдающих острым вирусным гепатитом В. Рандомизация больных проводилась с использованием таблицы случайных цифр. Диагноз заболевания подтверждался общепринятыми методами путем определения маркеров вирусного гепатита В и других вирусных гепатитов. Препарат Рексод назначался в дозе 32 мг внутривенно на 5% растворе 400 мл глюкозы один раз в сутки в течение 10 дней в дополнение к базисной терапии. Пациенты контрольной группы получали плацебо и аналогичную базисную терапию.

Всем пациентам проводилось: биохимическое обследование (определение щелочной фосфатазы, ГГТП, общего билирубина, АЛТ, холинестеразы), оценка параметров оксидативного стресса и антиоксидантной защиты (перекисного окисления липидов в нейтрофилах и мононуклеарах, глутатиона и каталазы в эритроцитах, супероксиддисмутазы в эритроцитах, нейтрофилах, тромбоцитах и мононуклеарах, хемолюминисценции) и иммунологические - определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови и продукции цитокинов (ИЛ-8 и ИЛ-6) *in vivo* и *in vitro*. Исследования проводились в первый день поступления в стационар и через две недели после завершения терапии препаратом Рексод.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали хорошую переносимость препарата и отсутствие каких-либо побочных эффектов при его использовании. Выявлены изменения параметров оксидативного стресса и антиоксидантной защиты при терапии препаратом Рексод, отмечена положительная динамика биохимических показателей крови. Изменения параметров клеточного иммунитета характеризовались снижением числа клеток, несущих активационные маркеры CD95,HLAII, CD25, нормализацией продукции цитокинов, отселекцией за "homing"клеток- эффекторов и антителообразование.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод, что препарат Рексод может быть использован в терапии острого вирусного гепатита, но отработка методики введения препарата требует дальнейшего его изучения.

Кузнецова А.Ю., Герасимчик Л.Ф., Серда Т.А.

СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В МСЧ «СЕВЕРСТАЛЬ» в 2003г. - 2004г.

г. Череповец, Россия

Цель: Установить структуру и значение различных микроорганизмов в этиологии инфекций мочевыводящих путей (ИМП), выявить уровень резистентности ведущей микрофлоры к противомикробным препаратам.

Результаты: За период с мая 2003г. по август 2004г. в микробиологической лаборатории было исследовано 1595 образцов мочи от взрослых пациентов с предполагаемой инфекцией мочевыводящих путей. Выделение и идентификация микроорганизмов проводилась согласно стандартным методикам и с помощью тест-систем фирмы «Pliva- Lachema». Учет и идентификация последних проводилась с помощью баканализатора «iEMS-Reader» и компьютерной программы «Бакт». Анализ данных проведен с помощью программного продукта «Система микробиологического мониторинга «Микроб». Положительный результат был получен в 762 образцах (48%). Среди патогенов высокого уровня приоритетности при ИМП представители семейства Enterobacteriaceae были выявлены в 47% образцов, Enterococcus spp. и S.saprophyticus –соответственно в 28% и 19%. В структуре энтеробактерий первое ранговое место принадлежит E.coli (70%). Среди патогенов среднего уровня приоритетности неферментирующие грамотрицательные бактерии выделялись в 15% образцов, из них на долю P.aeruginosa пришлось 37%. Представители Streptococcus spp. выявлялись в 5% и другие представители Staphylococcus spp. в 14% образцов. В 470 пробах мочи (62%) микроорганизмы выделялись в монокультуре, в 292(38%) – в ассоциациях. Выделенные культуры тестировались к противомикробным препаратам диско-диффузионным методом и с использованием ТПК-тестов, с последующим учетом на баканализаторе. Проведя анализ уровня резистентности ведущей микрофлоры, было выявлено, что E.coli резистентна в 51% случаев к ампициллину, к остальным антибиотикам уровень резистентность не превышал 10%. Полирезистентностью отличались представители рода Enterococcus. К амикацину и цефазолину резистентны в 100%, что подтверждает природную устойчивость к данным препаратам, к ципрофлоксацину и норфлоксацину – 74,6%, к ампициллину – 68,2%, к гентамицину – 57,3%, к нитрофурантоину – 49,5%. Резистентность S.saprophyticus к ампициллину составила 37,4%, к остальным антибиотикам не превысила 22%. Отмечается также полирезистентность P.aeruginosa к перечисленным антибиотикам (от 58% до 100%).

Выводы: Подтверждается ведущая роль в этиологии ИМП представителей семейства Enterobacteriaceae, в особенности E.coli, которая является причиной ИМП в 70% случаев в структуре представителей семейства энтеробактерий. Тестирование выделенных возбудителей к химиотерапевтическим препаратам выявило формирование резистентности. Полученные данные позволяют проводить коррекцию этиотропной терапии инфекций мочевыводящих путей у пациентов, находящихся на лечении и обследовании, рекомендовать препараты, активные в отношении основных возбудителей ИМП. Высокий уровень резистентности ведущих возбудителей к