

наиболее широко применяемым противомикробным препаратам, указывает на необходимость микробиологического обследования больного с подозрением на ИМП, с тестированием выделенных культур к противомикробным препаратам.

Лагун Л.В.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ИЗОЛЯТОВ E.COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТАХ

г. Гомель, Беларусь

Мониторинг антибиотикорезистентности микроорганизмов является частью стратегии сдерживания её распространения в условиях ЛПУ. Увеличение числа резистентных изолятов E.coli требует постоянного контроля за изменением уровней чувствительности данного патогена к антибактериальным препаратам.

Цель настоящей работы состояла в изучении спектра антибактериальной резистентности изолятов E.coli, выделенных при пиелонефритах.

Для достижения поставленной цели проанализированы истории болезни пациентов с пиелонефритами, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении Гомельской областной клинической больницы за период с 2000г. по 2003г. Проводился анализ результатов микробиологического исследования мочи и резистентности изолятов E.coli к антибиотикам в данной группе больных.

E.coli является одним из основных возбудителей урологических заболеваний, в том числе и пиелонефритов. Согласно полученным данным было выявлено, что частота выделения этого возбудителя при пиелонефритах составила 28,87% (n = 95). Процент резистентных к антибактериальным препаратам изолятов E.coli, выделенных от пациентов с пиелонефритами за период 2000 – 2003г., составил:

2000г. CP – 77,78%; D – 85,71%; K – 100%; G – 50,0%; L – 0%; P – 16,67%; CF – 0%; CT – 0%; F – 16,67%.
2001г. CP – 71,43%; D – 70,59%; K – 81,25%; G – 50,0%; L – 23,08%; P – 18,18%; CF – 4,0%; CT – 42,86%; F – не опред.
2002г. CP – 62,5%; D – 66,67%; K – 66,67%; G – 44,45%; L – 30,43%; P – 42,11%; CF – 8,0%; CT – 33,33%; F – 20,0%.
2003г. CP – не опред.; D – не опред.; K – не опред.; G – 42,86%; L – 50,0%; P – 41,67%; CF – 12,5%; CT – 16,67%; F – 20,0%.

Примечание: CP - карбенициллин, D - доксицилин, K - канамицин, G - гентамицин, L - левомицетин, P - полимиксин, CF- ципрофлоксацин, CT- цефотаксим, F- фурадонин.

Анализируя полученные результаты исследования, следует отметить высокую резистентность изолятов E.coli к карбенициллину, доксицилину, канамицину. Наблюдается рост (с 2000г. по 2003г.) уровней резистентности E.coli к левомицетину, полимиксину и ципрофлоксацину. Это, возможно, связано с увеличением частоты применения данных препаратов в изучаемый период времени. К цефотаксиму резистентность E.coli за 2001г., по сравнению с 2000г., резко возрастает (что возможно из-за нерационального применения данного антибиотика), а затем к 2002 – 2003г. постепенно снижается.

Ласкин А.В.

ВЫЯВЛЕНИЕ BLASTOCYSTIS HOMINIS У БОЛЬНЫХ С ДИАРЕЕЙ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Заблеваемость кишечными инфекциями в городе С-Петербурге до настоящего времени остается относительно высокой. Так например, из 40 000 больных, поступающих на стационарное лечение в городскую инфекционную больницу №30 имени С.П.Боткина около 15 тысяч пациентов с диарейным синдромом. Очень часто у таких пациентов не удается выявить вирусных или бактериальных возбудителей, которые могли бы служить причиной развития наблюдаемых симптомов.

В течение 2003-2004 гг. для выяснения роли Blastocystis hominis в возникновении заболеваний с гастроэнтероколитическим синдромом нами было проведено паразитологическое исследование 2900 больных, возраст которых составлял от 14 до 84 лет. Количество мужчин и женщин составило по 50%.

Исследования проводились методом световой микроскопии мазков кала, окрашенных раствором Люголя. В результате проведенного исследования у 162 (5,6%) больных в испражнениях были выявлены Blastocystis hominis. В подавляющем большинстве случаев эти простейшие присутствовали в виде вакуолярных форм, и только у двух – в гранулярной. Размер вакуолярных форм составлял от 5 до 15 мкм, чаще всего до 10 мкм. Эти паразиты одинаково часто встречались среди больных всех возрастных групп и лиц обоего пола. При этом в большом количестве, т. е 5 и более паразитов в поле зрения, Blastocystis hominis встречались лишь у 20 пациентов (12,82%).

При бактериологическом и вирусологическом обследовании пациентов с *Blastocystis hominis* в 13,6% были высеяны бактерии рода *Shigella*, в 9,6% - *Salmonella*, у двух больных - ротавирусы.

У 120 пациентов (74% от числа инвазированных *Blastocystis hominis*) никаких других патогенов паразитарной, бактериальной или вирусной природы обнаружено не было. В анамнезе большинства этих пациентов были указания на неустойчивый стул, чувство дискомфорта в животе, метеоризм.

Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать предположение о том, что у некоторых пациентов *Blastocystis hominis* может играть роль этиологического агента в развитии диарейного синдрома.

Ласкин А.В., Козлов С.С.

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

Известно, что многие простейшие, паразиты желудочно-кишечного тракта человека, в том числе и *Blastocystis hominis* способны вызывать клиническую симптоматику, в которой ведущим является диарейный синдром. На протяжении 2003-2004 гг. всем больным с острыми кишечными инфекциями, которые поступали на стационарное лечение в городскую инфекционную больницу №30 имени С.П.Боткина, проводилось паразитологическое, бактериологическое и вирусологическое исследование испражнений. Кроме того, мы амбулаторно обследовали пациентов с дисфункциями кишечника, предъявлявших жалобы на боли в животе, неустойчивый стул, метеоризм. В их анамнезе отмечались частые эпизоды диареи. При этом их обследование у врачей гастроэнтерологов не позволяло выявить какой-либо патологии со стороны желудочно-кишечного тракта.

В 4,1% случаев у стационарных больных в испражнениях были обнаружены простейшие - *Blastocystis hominis*, при этом других возбудителей вирусных или бактериальных инфекций, которые могли бы служить причиной развития наблюдаемых симптомов, выявить не удавалось. Среди амбулаторных пациентов бластоцисты обнаруживались в 60% случаев.

В связи с тем, что бластоцистная инвазия не включена в МКБ-10 и перечень паразитарных болезней, утвержденных МЗ РФ, то стационарным больным в 80% случаев проводилась стандартная терапия ципрофлоксацином перорально по 0,5 г два 2 раза в сутки в течение 5-7 дней. Некоторым из них дополнительно назначался гентамицин внутримышечно в среднем по 0,160 г в сутки на протяжении 4 дней. Среди пациентов были беременные женщины (2,5%), которые получали фуразолидон по 0,1 г 4 раза в день в среднем в течение 7 суток.

Метронидазол по 0,25 г 3 раза в сутки 7 дневным курсом получали 28% больных, макмирор по 0,4 г три раза в сутки на протяжении 7-10 дней - 7% , и 2,5% проводилось лечение секнидазолом 2 г однократно.

После проведенного лечения, на 2-3 день по окончании терапии, всем пациентам проводилось повторное паразитологическое обследование. Применение ципрофлоксацина как в виде монотерапии, так и при его комбинации с гентамицином не позволяло добиться эрадикации *Blastocystis hominis*. Во всех случаях в их испражнениях определялись эти простейшие, хотя интенсивность инвазии, как правило, была более низкой, чем в остром периоде заболевания. Из 4-х больных получавших фуразолидон только в одном случае при повторном обследовании не удалось обнаружить этих простейших.

При лечении метронидазолом эффективность одного курса терапии составила около 50%, а макмирора - 80%, а секнидазола 75%. Следует заметить, что в подавляющем большинстве случаев этиотропная терапия больных с бластоцистной инвазией проводилась в сочетании с патогенетической, путем назначения им эубиотиков. В тех случаях, когда лечение больных ограничивалось только приемом противопаразитарных препаратов, эффективность терапии была значительно ниже.

Лачкова Л.В., Тихомирова О.В., Кветная А.С., Грудинин М.П.

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ У ДЕТЕЙ: ТАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Острая кишечная инфекция (ОКИ), вызванная бактериями рода *Campylobacter*, имеет все более возрастающую актуальность в связи с повсеместной распространенностью этого заболевания, своеобразием клинических проявлений, особенностями лечебной тактики, возможными осложнениями и склонностью к рецидивирующему течению при отсутствии адекватной терапии. К сожалению, несмотря на известный во всех странах мира высокий уровень заболеваемости кампилобактериозом (60-90 на 100 тыс. нас.), в России регистрация этой инфекции остается на низком уровне (3,4 на 100 тыс. нас.), что отражает неудовлетворительный уровень диагностики этой инфекции в нашей стране. Столь значимая роль этого возбудителя в возникновении патологии человека обуславливает интерес к поиску оптимальной тактики диагностики кампилобактериоза. Целью настоящего

исследования явилось изучение информативности двух методов лабораторной диагностики кампилобактериоза – культурального и молекулярно-биологического (ПЦР) методов.

Нами проводилось обследование детей, госпитализированных в клинику кишечных инфекций за период 2002-2004 года. Верификация кампилобактериоза проводилась микробиологическим методом с использованием селективных сред и методом ПЦР-диагностики, основанной на детекции специфического участка ДНК термофильной группы кампилобактерий в кале в первые сутки поступления в стационар.

Результатом данного исследования явилось выявление 68 случаев кампилобактериозной инфекции. В 24 случаях одновременно проведены оба метода, из них культура получена из 14 образцов стула (58,3%), 21 образец был положителен в ПЦР-анализе (87,5%), оба метода дали позитивные ответы в 11 случаях. Таким образом, эффективность ПЦР-диагностики значительно превышает таковую при использовании микробиологического метода. Кроме того, возможность получить результат ПЦР-исследования в первые же сутки с момента поступления ребенка в стационар (в отличие от культурального метода, оцениваемого не ранее 72 часов с момента посева) делают этот метод неоценимым в качестве экспресс-анализа. Тем не менее, более высокая стоимость ПЦР и необходимость в соответствующей комплектации лаборатории ограничивают применение этого метода специализированными лабораториями. Вместе с тем, недорогой и практичный метод селективных сред, позволяющий выделить наиболее часто встречающиеся кампилобактерии (*C.jejuni/C.coli*) и коллекционировать полученные штаммы для дальнейшего исследования, доступен для любой бактериологической лаборатории.

Анализ полученных данных позволил заключить, что введение современных методов диагностики позволяет увеличить выявление кампилобактериозной инфекции почти в четыре раза. Так, если доля кампилобактериоза среди инвазивных диарей у детей в 2001 г. составила 5,5%, то в 2003 г. возросла до 19,7%, что сопоставимо с долей сальмонеллеза и шигеллеза в детском возрасте. Неоспоримое преимущество для быстрого выявления кампилобактериоза у детей с инфекционным гемоколитом имеет ПЦР-анализ. Своевременная диагностика позволяет с первых суток включать в терапию этиотропные средства, отличающиеся от стандартных препаратов для лечения ОКИ, что снижает частоту повторных высевов и рецидивов.

Левенцова А.Е.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

г. Тверь, Россия

В качестве целевой аудитории для работы по профилактике ВИЧ-инфекции были выбраны подростки 14-17 лет - учащиеся средних и средне-специальных учебных заведений. На первом этапе осуществлялись выезды в районные центры Тверской области с группой из 35-40 лекторов (сотрудники кафедры инфекционных болезней и студенты старших курсов ТГМА) для проведения бесед с подростками в школах и других учебных заведениях. На втором этапе - организация в районных центрах и г. Твери школ-семинаров для индивидуальной подготовки старшеклассников к беседам со своими сверстниками по проблемам секса, СПИДа и наркомании. Цель: подготовленные инструктора станут источником достоверной информации на местах, в своих школах по следующим темам: "ВИЧ-инфекция", "Вирусные гепатиты с парентеральным путем передачи", "Наркомания", "Заболевания передающиеся половым путем", «Предупреждение беременности». Положительный момент данного подхода - возраст инструкторов. Наиболее тесный контакт с аудиторией подростков устанавливается, когда лектор близок по возрасту со своими слушателями, а когда беседу по дружески проводит знакомый сверстник, то у слушателей возникает более полное к нему расположение и доверие. При подготовке инструкторов в школе-семинаре используется индивидуальный подход. Слушателям «Школы-семинара» вручается удостоверение, дающее преимущество при поступлении в медицинскую академию (по договоренности с администрацией ТГМА), если абитуриентом набран полупроходной балл. Этот документ подтверждает профессиональную ориентацию молодых людей. С нами сотрудничают и оказывают большое содействие Тверская медицинская академия, Областное отделение Детского Фонда, главные врачи районных больниц, отделы народного образования и департамент здравоохранения Тверской области. По данной проблеме имеется заинтересованность со стороны медицинских работников и со стороны школьников. В перспективе основная нагрузка по организации таких «Школ-семинаров» на местах ляжет на главных врачей ЦРБ и ее специалистов, а также на сотрудников РОНО, а кафедре будет отведена консультативная, направляющая роль.

На кафедре была разработана специальная анкета для подростков. По данным анонимного анкетирования, осуществленного среди 350 выпускников школ в 1996 году, было установлено, что 77% школьников имели половых партнеров. После проведенной работы по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании этот процент в 2002 году снизился до 50,4%, а в 2003 году - до 43% (опрошено с помощью анонимных анкет соответственно 432 и 465 школьников). Уменьшение показателя наличия половых партнеров на 30% является косвенным доказательством реального уменьшения количества случайных половых контактов. Внедрение программы профилактики ВИЧ-инфекции, по данным анонимного анкетирования, значительно повлияло на показатель (умень-

шение) наличия среди школьников инъекционных наркоманов: в 1996 г. - 3%, в 2002 г. - 0,5%. Благодаря данным, полученным в результате анонимного анкетирования в 1996-2003 годах, выявлена степень информированности подростков по проблеме ВИЧ-инфекции. Сравнительные данные анонимного анкетирования этих лет являются критериями эффективности неспецифических методов профилактики ВИЧ-инфекции среди подростков.

Описанный выше комплекс мероприятий позволяет охватить большое количество слушателей, повысить эффективность и направленность неспецифических методов профилактики ВИЧ-инфекции на аудиторию молодежи.

Лесников И.Р., Лесникова М.В.

ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ТЕСТЫ В ИММУНОФЕРМЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

г. Вологда, Россия

Возникающие ложноположительные результаты в иммуноферментной диагностике клещевого энцефалита (КЭ) приводят к необходимости подтверждать специфичность взаимодействия выявленных позитивных образцов с компонентами тест-систем. На рынке препаратов подтверждающие тесты (ПТ) для диагностики КЭ не предлагаются, поэтому мы попытались их сконструировать.

Материалы и методы. Приготовлены три ПТ для доказательства присутствия в сыворотках крови антител класса IgM, IgG и антигенов вируса КЭ (TEV-Ag) в ликворе человека. Основой для конструирования явились тест-системы производства ЗАО «Вектор-Бест»: ВектоВКЭ-IgM-стрип, ВектоВКЭ-IgG-стрип, ВектоВКЭ-антиген-стрип. Испытуемыми образцами послужили две пробы сыворотки и одна проба ликвора от разных больных, ранее реагировавших позитивно только с одной из тест-систем. На первом этапе в трех дополнительных планшетах параллельно в двух рядах приготовили восемь последовательных разведений начиная с 1:10 до 1:1280 в рабочем объеме 150 мкл. из испытуемых проб, контрольных позитивных (КП) и негативных образцов (КН) из наборов: в первом планшете – из Векто ВКЭ-IgG-стрип, во втором - из Векто ВКЭ-IgM-стрип, в третьем- из Векто ВКЭ-антиген-стрип. Для титрования в первых рядах использовали соответствующие растворы для разведения образцов (РРО), а во вторых рядах - КП, предварительно доведенные РРО до объема 10 мл.: в первом и во втором планшетах - КП TEV-Ag, в третьем планшете - КП IgG. Планшеты накрыли крышками и инкубировали при 37 °С 1 час во влажной камере. Затем, 8-канальным дозатором перенесли содержимое лунок в объеме 100 мкл. в соответствующие сорбированные планшеты из наборов и продолжили опыт по инструкциям, прилагаемым к препаратам.

Результаты и обсуждение. Во всех рядах с КН получили значения оптических плотностей (ОП) не превышающие критические уровни. В первых рядах КП в соответствующих тест-системах происходило постепенное уменьшение значений ОП с увеличением разведения. Во вторых рядах отмечалось резкое снижение ОП, начиная со 2-3 лунки вплоть до отрицательных значений. Исследуемые образцы давали результат, схожий с КП в тест-системах, где ранее были выявлены как позитивные. В других системах эти же образцы давали картину, схожую с КН. Это, вероятно, связано с тем, что за время инкубации в дополнительных планшетах во вторых рядах происходило взаимодействие антигенов и антител с образованием иммунных комплексов в жидкой среде. КП, использованные в качестве растворов для титрования, лидировали в конкуренции с иммобилизованными на планшетах компонентами тест-систем. В результате в сорбированных планшетах подобное взаимодействие происходило значительно в меньшей степени. Иммунные комплексы, образовавшиеся за время инкубации в дополнительных планшетах, удалились в ходе первого промывания. Это привело к снижению показателей ОП вплоть до уровня отрицательных контрольных образцов. Отношение показателей ОП в лунках 2,3, 4,5 первого ряда к показателям ОП лунок 2,3,4,5 второго ряда составляло 2,1 и более. Таким образом, в результате опыта подтвердилась специфичность взаимодействия образцов сыворотки крови и ликвора с компонентами тест-систем и, тем самым, достигнута необходимая достоверность при выявлении IgM, IgG и TEV-Ag.

Вывод. Представленные варианты подтверждающих тестов могут быть использованы для доказательства специфичности позитивных результатов в диагностике клещевого энцефалита.

Лиознов Д.А., Николаенко С.Л., Сабадаш Н.В., Беляева Т.В.

ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Изучение особенностей распространения ВИЧ-инфекции и возбудителей вирусных гепатитов В и С в России выявило, что наиболее уязвимой группой населения являются лица молодого возраста. Согласно данным

ФНМЦ СПИД в 2002 г., 80% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составили пациенты в возрасте от 15 до 29 лет. Ведущей причиной инфицирования как ВИЧ, так вирусами гепатитов В и С является внутривенное употребление наркотических веществ.

Хроническое течение вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции характеризуется развитием серьезных осложнений и инвалидизацией пациентов в основном на поздних стадиях развития заболевания. Вместе с тем недостаточные знания о заболевании, показаниях к терапии и ее возможностях, ограниченная доступность лекарственных препаратов для терапии ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов, предубежденное отношение в обществе к инфицированным приводят к социально-психологической стигматизации пациентов уже на ранних стадиях заболевания.

Большое значение принадлежит возрастному аспекту, который кроме будущей неблагоприятной демографической ситуации, определяет особенности ведения больных. Подростковый возраст - это один из периодов развития организма. Именно для этого возраста характерно не только анатомо-физиологическое, но и психосоциальное созревание, определяющее поведение, модели межличностного общения. Подросток часто не осознает необходимости обследования, лечения, наблюдения у врача, у него нет мотивации к лечению, соблюдению режима приема лекарств. Это диктует необходимость особого подхода к оказанию помощи подросткам, больным хроническими вирусными инфекциями. Основным положением этого подхода является тесная кооперация нескольких специалистов, оказывающих помощь пациенту.

Вышесказанное определяет необходимость создания системы подразделений, использующих принципы и опыт работы клиник, дружественных к молодежи, способных оказывать комплексную медицинскую помощь, психологическую и социальную поддержку лицам молодого возраста, больным хроническими вирусными инфекциями, в том числе наркопотребителям, в одном учреждении. Доверительные отношения между пациентом и персоналом, возможность получить за одно посещение помощь квалифицированных специалистов различного профиля и пройти необходимое лабораторное обследование служат залогом длительного наблюдения пациентов и возможности повлиять на стабилизацию ремиссии и предотвращение рецидива наркомании и, соответственно, на улучшение качества и продолжительности жизни пациентов, снижение их эпидемиологической опасности.

Лобзин Ю.В., Васильев В.В., Аверьянова Е.Л., Калинина Н.М., Давыдова Н.И., Бычкова Н.В.,
Калашникова А.А., Козаренко А.А., Куликов Н.В., Васильева И.С.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАТНОГО АНТИГЕНА SAG1 T. GONDII В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Диагностика обострения хронического токсоплазмоза до настоящего времени является достаточно сложной. Это связано с широким распространением инвазии в популяции, протекающей преимущественно в латентной форме, отсутствием как патогномоничных симптомов при манифестных формах болезни, так и корреляции между концентрацией специфических антител и клиническими проявлениями.

Учитывая, что манифестация заболевания обусловлена развитием иммунного дисбаланса с усилением цитолита клеток, инвазированных токсоплазмами, представляет интерес изучение характера реакции целостного макроорганизма или отдельных пулов иммунокомпетентных клеток при взаимодействии с наиболее иммуногенным антигеном токсоплазм (SAG1).

На практике используется два способа выявления таких реакций. Во-первых, внутрикожная проба с неконцентрированным токсоплазмином (ВКП), во-вторых, реакция бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ), выполняемая *in vitro*.

Возможности использования ВКП, являющейся чрезвычайно информативным методом исследования, существенно ограничены из-за отсутствия производства токсоплазм в РФ. Поэтому оценка возможности применения РБТЛ с рекомбинантными антигенами токсоплазм приобретает большое значение.

В 2003 г. авторами начато изучение этой методики исследования с использованием в качестве специфического антигенного стимулятора рекомбинантного SAG1 производства лаборатории молекулярной диагностики «Хеликс» (Санкт-Петербург).

На первом этапе РБТЛ с неспецифическим стимулятором и с SAG1 в различных концентрациях (пикограммы на мл) была выполнена в группе «отрицательного контроля» (у практически здоровых лиц, в сыворотке крови которых не содержалось антител к токсоплазмам). Полученные результаты приняты за «норму». Далее те же исследования выполнены у практически здоровых людей с латентным токсоплазмозом и у пациентов с клиническими проявлениями обострения хронического токсоплазмоза, подтвержденного положительным результатом ВКП. Полученные данные обработаны статистическими методами, в том числе с применением дискриминантного анализа.

По предварительным данным, использование формулы дискриминантного анализа, учитывающей результат РБТЛ, в 90 % случаев на уровне достоверности 99 % позволяет дифференцировать латентный токсоплазмоз и обострение хронического, что может существенно облегчить решение задач дифференциальной диагностики в клинической практике. По-видимому, РБТЛ с рекомбинантным SAG1 окажется перспективной и для объективного контроля эффективности терапии хронического токсоплазмоза.

В случае подтверждения полученных данных в руках клиницистов окажется отечественная, современная и экономичная методика, позволяющая значительно улучшить качество медицинской помощи больным токсоплазмозом.

Лобзин Ю.В., Васильев В.В., Калинина Н.М., Давыдова Н.И., Бычкова Н.В.,
Калашникова А.А., Козаренко А.А., Куликов Н.В., Васильева И.С.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНЫХ АНТИГЕНОВ T. GONDII В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

г. Санкт-Петербург

Проблема токсоплазмоза остается актуальной в силу повсеместной распространенности, частоты манифестных форм болезни, высокого социально-экономического значения этой патологии (врожденный токсоплазмоз, поражение органа зрения, нарушения репродукции и др.).

В последние десятилетия достигнуты серьезные успехи в разработке клинических аспектов токсоплазмоза, в частности, в области совершенствования диагностики и терапии этого заболевания. Для определения концентраций специфических антител создан ряд коммерческих тест-систем, хорошо зарекомендовавших себя, в том числе и в Санкт-Петербурге. Все чаще проводятся исследования с использованием полимеразной цепной реакции. Обоснованы патогенетически различные подходы к лечению острой и хронической стадий приобретенного токсоплазмоза, в том числе – с применением специфической иммунотерапии.

Одним из факторов, влияющих на качество диагностических тест-систем, является степень очистки большого поверхностного антигена (SAG1/p30) токсоплазм, используемого в ИФА. Проблема заключается в том, что для получения антигена необходимо поддержание культуры *T.gondii* либо на культуре клеток, либо в популяции восприимчивых грызунов. Оба метода достаточно трудоёмки, следствием чего является удорожание тест-системы. Кроме того, в процессе получения антигена существует возможность «контаминации» другими антигенами, представленными на поверхности клеток токсоплазм.

Преодолеть указанные недостатки возможно с помощью рекомбинантных антигенов, получаемых методами генной инженерии. Имеется ряд публикации по оценке возможности производства таких антигенов и их практического использования (в подавляющем большинстве случаев – в экспериментах).

В 2001-2002 гг. в лаборатории молекулярной диагностики «Хеликс» (Санкт-Петербург) созданы три различных рекомбинантных антигена *T.gondii* штамма RH, которые введены в тест-системы для определения специфических антител классов Ig M и Ig G к токсоплазмам в ИФА. Результаты исследований показали сопоставимость таких тест-систем по чувствительности и специфичности с лучшими зарубежными аналогами.

Учитывая, что метод получения рекомбинантных антигенов в настоящее время достаточно хорошо освоен производителем, создаваемые с их применением наборы для ИФА могли бы стать отечественной альтернативой зарубежным дорогостоящим тест-системам.

Проведение исследований с определением антител к различным антигенам токсоплазм (иммуноблоттинг) может также способствовать совершенствованию подходов к разграничению обострений хронического токсоплазмоза и других синдромосходных заболеваний, протекающих на фоне латентной инвазии токсоплазмами.

В перспективе рекомбинантный SAG1 может заменить аллерген токсоплазменный для внутрикожной пробы (токсоплазмин), который, являясь высокоэффективным и широко востребованным средством терапии хронического токсоплазмоза, в настоящее время малодоступен для врачей и пациентов.

Лобзин Ю.В., Рахманова А.Г., Степанова Е.В., Евсеева И.Д., Романова Е.И., Комарова Д.В.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ/СПИДОМ

г. Санкт-Петербург, Россия

В данной работе представлен анализ летальных исходов 102 пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция, у 71 из них - в стадии СПИДа. Большая часть больных были в возрасте от 21 до 40 лет – 73 чел. (71,5%), мужчин - 68, женщин – 34. Сроки выявления ВИЧ-инфекции: до 2000г - у 61 больного, после 2000 г. – у 12. У 21 человека

ВИЧ-инфекция была выявлена при госпитализации уже на стадии СПИДа и закончилась смертью больных. На вскрытии диагноз СПИДа был установлен у 7 чел. Антиретровирусную терапию получали 19 пациентов, в том числе моно – 8 и комбинированную – 11.

Анализ летальных исходов больных (71 чел.), умерших в стадии СПИДа показал, что основными причинами, приведшими к смерти больных были: генерализованный туберкулез – 20 человек (28%), причем у 5 диагноз был поставлен на вскрытии, и генерализованная ЦМВИ (20 больных – 28%). Туберкулезный процесс протекал с лимфогенной и гематогенной диссеминацией с поражением кишечника, лимфатических узлов, легких, селезенки, печени, головного мозга. У одного больного на фоне туберкулеза развился генерализованный кандидоз желудочно-кишечного тракта с некрозом толстой кишки, медиастинитом, профузным пищеводным кровотечением. При генерализованной ЦМВИ наблюдались поражения различных органов - менингоэнцефалит, хориоретинит, поражение желудочно-кишечного тракта, печени, почек, надпочечников и других органов, приводящие к смертельному исходу.

У 19 (26,8%) пациентов одной из причин смерти была кандидозная инфекция, у 9 – генерализованный процесс, а у остальных 10 – тяжелые поражения кишечника и пищевода. Криптококковая инфекция, как причина смерти была зарегистрирована у 9 больных (12,7%), причем в 4 случаях в форме генерализованного процесса с поражением оболочек и ткани головного мозга, печени, селезенки, лимфатических узлов, сердца, легких или надпочечников. В 1 случае непосредственной причиной смерти стал крупнофокусный криптококкоз в сочетании с лимфомой мозжечка, теменной доли таламуса, правого полушария головного мозга с развитием вторичного лептоменингита и энцефалита.

У 8 пациентов одной из причин смерти был токсоплазмоз, в 3 случаях диагноз был поставлен патологоанатомами. Другие причины: генерализованный лимфогрануломатоз (4), генерализованная саркома Капоши (4), лимфома (4), в нескольких случаях усугубило течение заболевания и привело к летальному исходу пневмоцистная и бактериальная пневмония, ВИЧ-менингоэнцефалит, сепсис, криптоспоридиоз.

Вирусные гепатиты, наблюдались у 67 (65,7%) из 102 пациентов, причем у 11 - с развитием цирроза, печеночной недостаточности и других осложнений, что оказало влияние на летальный исход. Из других причин смерти были зарегистрированы: септический тромбоэндокардит, пневмонии, тромбофлебит, панкреатит, сепсис, передозировка наркотиков.

Таким образом, следует отметить, что тяжесть течения ВИЧ-инфекции/СПИДа, а так же летальный исход зависят от ряда причин: неблагоприятного социального статуса пациента, сроков госпитализации, давности инфицирования и прогрессирования заболевания, тяжести и многочисленности оппортунистических инфекций и вторичных заболеваний, сложности диагностики, а также ограничений в возможности лечения.

Лобзин Ю.В., Позняк А.Л., Сидорчук С.Н., Бабкин П.А., Позняк А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ МОЧЕПОЛОВОГО ХЛАМИДИОЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Общеизвестно, что, несмотря на разработку и внедрение в практику новых антихламидийных препаратов, резистентность к ним хламидий также неуклонно растет. С целью повышения эффективности лечения больных распространенными формами хламидийной инфекции (РФХИ) в состав комплексной терапии мы включили ферментную терапию. Именно у такой категории больных, по данным УЗИ, наблюдались инфильтраты в предстательной железе, которые, по сведениям большинства исследователей, являются скрытыми, трудно поддающимися санации очагами хламидийной инфекции.

Всего нами был обследован в динамике 121 пациент (мужчины 18-35 лет) с данной патологией. Из больных было сформировано 6 групп (2 контрольные и 4 опытные). Курс лечения больных всех групп составил 20 суток. Группу №1 (n=12) составили пациенты, которым для лечения ХИ использовался джозамицин. Ферментные препараты для их лечения не применялись. В группе №2 (n=22) терапия осуществлялась джозамицином в комбинации с вобэнзимом (по 5 таблеток 3 раза в сутки). Больным третьей группы (n=26) назначались джозамицин в сочетании с лидазой, которая применялась в ректальных свечах (утром и вечером по 32 МЕ в одной свече). В группу №4 (контрольная группа №2) были включены 15 пациентов, которым для их лечения использовалось комбинированное применение джозамицина и макмирора (по 2 таблетки 2 раза в сутки). Ферментные препараты для их лечения не применялись. В группу № 5 вошли 16 пациентов, получавших джозамицин+макмирор, однако дополнительно они принимали вобэнзим (по 5 таблеток 4 раза в сутки). Лица опытной группы №6 (n=19) лечились аналогично пациентам из группы № 5, однако вместо вобэнзима они получали лидазу (по 32 МЕ в виде ректальных свечей 2 раза в сутки). В группе № 7 (n=11) пациенты на фоне приема комбинации препаратов (джозамицин+макмирор) получали в/м ежедневно лидазу по 64МЕ. Все больные контрольных и опыт-

ных групп получали одинаковую бактериотерапию (биоспорин), иммунотерапию (ронколейкин), а также принимали гепатопротекторы (метадоксил по 1 таблетке в сутки). В качестве критериев эффективности лечения использовали показатели клинической и бактериологической санации, которые оценивались сразу же после окончания лечения, а также через 1 месяц и 3 месяца после его завершения.

Анализ полученных результатов показал, что клиническая и бактериологическая эффективность максимально проявлялась сразу же после окончания лечения. При дополнительном использовании энзимных препаратов улучшение общего самочувствия и купирование основных клинических симптомов заболевания наступало у большинства больных (95-100%). У больных, не получавших ферментные препараты, полная элиминация возбудителя наступала значительно реже (75%), чем у больных, применявших данные препараты (80-93%). Исследования, проведенные через 3 месяца после окончания лечения, также выявили ряд особенностей. При сохранении у переболевших клинического улучшения элиминации возбудителя не происходило у тех больных, для лечения которых ферментные препараты не применялись. Об этом свидетельствуют результаты лечения больных обеих контрольных групп. Хламидии не были обнаружены лишь у 66,7% обследованных лиц при лечении только джозамицином и у 77,3% - при комбинированном применении джозамицина и макмирора. Применение энзимотерапии существенным образом повышало эффективность этиотропной терапии. Максимальный эффект наблюдался у больных опытных групп №2 и №5, для лечения которых применялся вобэнзим. Менее эффективным оказались ректальное введение лидазы в виде свечей и внутримышечных инъекций.

Таким образом, результаты исследований позволяют сделать вывод о целесообразности применения в комплексной терапии больных распространенными формами мочевого хламидиоза энзимных препаратов (вобэнзим, лидаза), которые повышают эффективность проводимой терапии и сокращают продолжительность основных клинических проявлений болезни и сроки санации организма от возбудителя.

Лобзин Ю.В., Филиппов А.Е., Шахнович П.Г.

МАРКЕРЫ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

г. Санкт-Петербург Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты выявления маркеров *Chlamydia pneumoniae* (CLPN), *Chlamydia psitaci* (CLPS), *Chlamydia trachomatis* (CLTR), *Toxoplasma gondii* (TG) а также *Virus herpes 1* и *2* типов (HSV), *Epstein-Barr virus* (EBV) и *Cytomegalovirus* (CMV) у больных гипертонической болезнью.

Проведено комплексное обследование 86 молодых мужчины с АГ 1-2 степени, группу контроля составили 50 сопоставимых по возрасту и полу человек. Определение ДНК инфекционных возбудителей в крови проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Кроме того, CLPN идентифицировали также культуральным методом (КК). В сыворотке крови с помощью иммуноферментного метода определялись общие антитела (АТ) к исследуемым возбудителям. Антитела к хламидиям дифференцировали по классам иммуноглобулинов: IgA, IgM и IgG. Диагностически значимыми считались титры хламидийных антител равные и более следующих значений: общих АТ - 1:16; IgA - 1:8; IgM - 1:32; IgG - 1:64. В отношении других инфекций значимыми титрами признавались 1:40 и более. Кроме того, оценивалась суммарная патогенная нагрузка, представляющая собой частоту встречаемости одновременно сразу нескольких инфекционных агентов и/или антител к ним в крови (микст-инфекций).

По данным ПЦР установлено, что у больных АГ, по сравнению с условно здоровыми лицами, достоверно чаще определялись следующие внутриклеточные патогены: CLPN (8,6% против 0,0%), TG (24,3% против 0,0%, $p < 0,05$). Было также отмечено, что частота идентификации CLPN на культуре клеток (32,8% против 18,0%), а так же HSV (27,2% против 16%) имели уровень значимости различий $p = 0,06$. По данным ИФА у больных ГБ достоверно чаще выявлялись АТ к CLPN: общие (22,9%) и класса IgM (11,4%) по сравнению с нормотензивным контролем (8,0% и 0,0% соответственно, $p < 0,05$). С высокой степенью достоверности у пациентов с АГ наблюдалось и увеличение титров антител к HSV - 87,0% против 58,0% в контрольной группе ($p < 0,01$). Кроме того, АТ к EBV был значимо выше в основной группе обследуемых (57,1%) по сравнению с контролем (40,0%, $p < 0,05$).

При оценке микст-инфицированности обращал на себя внимание факт чрезвычайно высокой выявляемости нескольких инфекционных агентов как среди больных ГБ (отсутствие исследуемых возбудителей и/или их антител выявлено только в 4% случаев), так и лиц контрольной группы (только в 28% случаев кровь оказалась «стерильной», $p < 0,05$). Следует особо подчеркнуть, что среди больных, страдающих АГ, более половины имели признаки инфицирования сразу 3 и более инфекционными агентами, тогда как в контроле доля таких лиц составила только 26%, что достоверно меньше ($p < 0,05$).

Таким образом, у молодых мужчин с АГ наблюдается достоверное увеличение частоты выявления в крови *Chlamydia pneumoniae*, *Toxoplasma gondii* и антител к ним, а так же антител к *Virus herpes 1* и *2* типов и *Epstein-Barr virus* по сравнению со здоровыми людьми. Для этих же лиц характерно значимо более частое сочетание трех и более инфекций, чем в контрольной группе.

Луцкий А.А., Кузнецов Н.И., Симбирцев А.С.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕКОМБИНАНТНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ “С”

г. Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время продолжается рост числа наркозависимых лиц. Учитывая тот факт, что большинство из них (до 90%) инфицированы вирусом гепатита “С”, ключевым вопросом является возможность проведения противовирусной терапии на фоне лечения опиатной зависимости, более того, поиск препаратов позволяющих подавлять репликацию вируса и опиатную зависимость одновременно.

Одним из способов позволяющих воздействовать на репликацию вируса, является активация иммунной системы. В клинической практике для этого широко используется гамма – интерферон. Помимо этого, ведутся работы, направленные на изучение возможности использования других цитокинов, в частности интерлейкина 1 (ИЛ1) в терапии HCV инфекции. ИЛ1 обладает иммуностимулирующим и противовирусным действиями. В качестве преимуществ ИЛ1, отмечаются низкая токсичность и быстрое выведение из организма, а также меньшее количество побочных эффектов и более низкая цена по сравнению с препаратами ИФН.

Что касается опиатной зависимости, то одной из ведущих причин ее развития, является снижение продукции эндогенных опиоидов, под воздействием систематического введения в организм их экзогенных аналогов (алкалоидов опия). По этой же причине происходит снижение экспрессии на поверхности многих видов клеток, в том числе на клетках иммунной системы, опиоидных рецепторов.

Исследования последних десятилетий показывают, что имеется тесная взаимосвязь между иммунной и опиоидной системами. В частности Т-клетки способны синтезировать бета – эндорфин, мет- и лей-энкефалин, а так же имеют на своей поверхности рецепторы к этим вещества и способны реагировать пролиферацией и усилением активности в ответ на воздействие эндогенных опиоидов. Кроме того, показано, что ИЛ1 способен повышать продукцию и секрецию иммуоцитами эндогенных опиоидов, а та же приводить к повышению экспрессии опиоидных рецепторов на их поверхности.

Целью настоящей работы является изучение возможности использования отечественного препарата бета-лейкин (рекомбинантный интерлейкин-1) для лечения опиатной зависимости протекающей на фоне хронического вирусного гепатита “С”.

Лысенко И.В., Есипов Е.Н.

ПЕРИОД ОТДАЛЕННОЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЕПТОСПИРОЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ЛЕПТОСПИРАМИ СЕРОГРУППЫ CANICOLA

г. Краснодар, Россия

Течение периода отдаленной реконвалесценции на протяжении 5 лет после лептоспироза, вызванного лептоспирами серогруппы Canicola, изучено у 42 больных. Все наблюдавшиеся заболели лептоспирозом в 1998 г. во время купальной вспышки в г. Абинске. Диагноз был подтвержден обнаружением специфических антител в реакции микроагглютинации (РМА) у всех больных. На момент выписки из стационара возраст больных колебался от 7 до 44 лет. Желтушная форма лептоспироза наблюдалась у 4 (9,5%) больных. Тяжелое течение заболевания имело место в 2 (4,8%) , среднетяжелое – в 40 (95,2%) случаях.

Анализируя общую картину патологии, необходимо отметить, что выраженность и частота выявляемых патологических изменений существенно не зависела от тяжести и формы заболевания в остром периоде, у 5 (11,9%) больных поражения различных органов и систем носили не изолированный, а сочетанный характер. Зарегистрированные осложнения со стороны различных органов и систем в 60,8% случаев манифестировали в сроки от 3 до 18 месяцев после острого заболевания. Спустя 5 лет патологические изменения со стороны различных органов и систем зарегистрированы у 22 (52,4%) человек: астеновегетативные симптомы - у 12 человек (28,6%), гепатобилиарные расстройства – у 8 (19%), нарушение функции почек и поражение глаз – у 2 (4,8%), миокардиодистрофия – у 1 (2,4%).

С целью выявления специфических противолептоспирозных антител использовали реакцию микроагглютинации (РМА) и метод Байрам-Али-слайд-агглютинации (БАСА). Все сыворотки тестированы БАСА с отрицательным результатом, РМА: отрицательных результатов – 2 (4,8%), положительных в недиагностическом титре – 14 (33,4%), положительных в титре 1:200 – 20 (47,6%), 1:400 – 2 (4,8%), 1:800 – 3 (7,1%). Средний геометрический титр положительно реагирующих сывороток составил 105,3.

Таким образом, после перенесенного лептоспироза Canicola формируются нарушения функции гепатобилиарной системы, почек, сердечно-сосудистой и нервной систем, органа зрения. Наличие специфических агглю-

тининов, обнаруживаемых методом РМА в диагностическом титре у 59,7% обследованных спустя 5 лет после перенесенного заболевания, необходимо учитывать при диагностике лептоспироза в эндемичных регионах.

Львов Н.И., Абломейко Э.М., Лачугин Я.Ю.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОФЕРОНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ В ПЕРИОД ЛЕТНЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КОМПАНИИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) сохраняют свою актуальность не только во время эпидемического подъема заболеваемости в зимне-весенний период, но и в летний оздоровительный сезон. Это связано с круглогодичной циркуляцией некоторых респираторных вирусных патогенов (вирусы парагриппа, аденовирусы, энтеровирусы и др.), активным перемешиванием людей в коллективах в период формирования детских оздоровительных лагерей (ДОЛ). Способствуют возникновению ОРЗ и низкие для лета среднесуточные температуры в Северо-западном регионе Российской Федерации, отсутствие централизованного отопления в некоторых ДОЛ.

В настоящее время в целях профилактики гиповитаминозов и эффективного оздоровления детей в ДОЛ проводят искусственную витаминизацию холодных напитков (компот) аскорбиновой кислотой (0,06-0,07 г на порцию). Рекомендуется использование поливитаминного напитка “Золотой шар” (15 г на 1 стакан воды) или других поливитаминных препаратов (1 драже в день во время или после еды), а также витаминизированных и обогащенных минеральными веществами пищевых продуктов (СанПин 2.4.4.1204-03, Письмо заместителя комитета по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями № С09-37/237 от 21.04.2004).

В последние годы в сферу лечения и профилактики ОРЗ внедрены индукторы интерферонов, которые обеспечивают пролонгированность эффекта (Селькова Е.П., 2003). Эти препараты рекомендованы ведущими специалистами для профилактики и лечения ОРВИ у детей (Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., 2001, Селькова Е.П., 2001, Заплатников А.Л., 2002, Колобухина Л.В., 2002 и др.).

Нами для профилактики ОРЗ среди детей в ДОЛ использованы поливитаминный препарат “Ревит-Н.С.” (ОАО “Щелковский витаминный завод”), содержащий ретинола пальмитат (витамин А) – 0,00138 г (2500 МЕ) или ретинола ацетата (витамин А) – 0,00086 г (2500 МЕ), тиамин хлорида (витамин В1) – 0,001 г, рибофлавина (витамин В2) – 0,001 г., кислоты аскорбиновой (витамин С) – 0,035 г., и циклоферон (НТФФ “Полисан”).

Под наблюдением находилось 121 ребенка в возрасте от 10 до 16 лет. Из них ревит-Н.С. получали 41 человек (33,8%), циклоферон – 44 человек (36,4%), остальные 36 человек (29,8%) получали плацебо. Ревит-Н.С. и плацебо дети получали ежедневно по 1 драже или таблетке соответственно, циклоферон по профилактической схеме: по 2 таблетки на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17 и 20 дни. Препараты выдавались утром после завтрака. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, объединены едиными условиями проживания, питания и отдыха. Профилактику ОРЗ проводили в июне месяце, среднесуточная температура которого составила 10-15 °С.

За период наблюдения в медицинский пункт обратилось 18 больных ОРЗ (14,9%), из них с целью профилактики ОРЗ ревит-Н.С. получали 7 человек (17,7%), плацебо – 5 (13,9%), циклоферон – 5 (13,6%). При анализе тяжести течения ОРЗ у лиц, получавших ревит-Н.С., в 3 (6,8%) случаях ОРЗ протекало средней степени тяжести, плацебо – в 4 (11,1%), циклоферон – в 1 (2,3%) случае. Проведенное изучение профилактической эффективности различных препаратов показало снижение частоты встречаемости случаев среднетяжелого течения ОРЗ в группе детей получавших циклоферон.

Любимова А.В., Зуева Л.П., Квеквесири Е.Н.

ИЗУЧЕНИЕ ТАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У РОДИЛЬНИЦ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: Неоправданная или нерациональная антибиотикотерапия ведет к различным неблагоприятным последствиям для здоровья пациента, в значительной степени влияет на удорожание терапии, что приводит к дополнительным экономическим затратам как лечебного учреждения, так и самого пациента.

Цель: Оценить существующую тактику применения антибиотиков в родильном доме.

Материалы и методы: Проведен анализ соблюдения данных инструкций у 247 родильниц, у 35 из которых были роды путем Кесарева сечения.

Результаты: В родильном доме отсутствуют письменные протоколы применения антибиотиков. Тактика их применения определяется устными инструкциями на конференциях. Показаниями применения антибиотиков в родах являются периоперационная антибиотикопрофилактика (ПАП) при Кесаревом сечении, безводный пери-

од более 12 часов. Показаниями для применения антибиотиков в послеродовом периоде являлись: клинические показания (подъем температуры, гнойные лохи, инфекция в области хирургического вмешательства, субинволюция матки), безводный период более 12 часов, ручное обследование полости матки, роды путем Кесарева сечения (КС). Частота ПАП при операции КС составила 65,7%. В качестве препаратов для ПАП использовались цефазолин у 65,2% родильниц, цефазолин и метрогил – у 8,7%, цефтриаксон – у 13%, цефтриаксон и метрогил – у 4,3% и цефотаксим – у 4,3%.

В послеродовом периоде антибиотики назначались всем прооперированным. Количество дополнительных суточных доз антибиотиков в послеродовом периоде составила в среднем 5,2 на 1 родильницу. Стоимость антибиотиков, вводимых в послеродовом периоде составила 10660 рублей (в среднем 304,6 рубля на 1 родильницу). Подъем температуры в послеродовом периоде наблюдался у 1 родильницы (2,86%), которая не получила ПАП.

Антибиотики в послеродовом периоде после естественных родов получили 55 родильниц (25%), из них по клиническим показаниям 47,3%, длительный безводный период – 30,9%, ручное обследование полости матки – 12,7% и неизвестно – 9,1%. Всего было назначено 179 суточных доз антибиотиков. Клинические показания наблюдались у 12,3% родильниц, из них однократный подъем температуры сразу после родов – 57,7%. В 100% случаях были назначены антибиотики. Ручное обследование полости матки было проведено 9 (0,4%) родильницам. 8 пациенткам были назначены антибиотики. В 1 случае наблюдался подъем температуры. Безводный период более 12 часов наблюдался у 33 (15,6%) пациенток, из них 8 были родоразрешены путем КС, в послеродовом периоде антибиотики были назначены 27 (81,8%) родильницам. Несмотря на то, что существуют рекомендации назначения антибиотиков до родов роженицам с длительным безводным периодом, только 9 (27,3%) пациенток получали антибиотики. Подъем температуры наблюдался у 3 пациенток, инфильтрат швов – у 1, субинволюция матки – у 1 (всем назначались антибиотики в послеродовом периоде, но не были назначены антибиотики в период родов). Показания для антибиотикопрофилактики раннего неонатального сепсиса, вызванного стрептококком группы В имели 19 (7,7%) рожениц, ее получила только 1 роженица.

Выводы: Таким образом, несмотря на то, что в родильном доме существуют устные инструкции по применению антибиотиков до родов и в послеродовом периоде, они соблюдаются не во всех случаях. Необходима разработка протокола применения, а также проведение мероприятий для его внедрения.

Мазуркова Н.А., Исаева Е.И., Подчерняева Р.Я.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ДЛЯ КАРТИРОВАНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К НА1 ВИРУСА ГРИППА Н3N2

пос. Кольцово, Новосибирской обл., г. Москва, Россия

Для изучения различий в антигенной структуре близкородственных вариантов вируса гриппа в последнее время используются моноклональные антитела (МКА), специфические по отношению к эпитопу внутри антигенного сайта. Изучено взаимодействие синтетических пептидов, соответствующих аминокислотным последовательностям (АК) 122-133, 136-147, 154-164 и 314-328 тяжелой цепи (НА1) гемагглютинаина штамма А/Аичи/2/68 (Н3N2) вируса гриппа с МКА специфическими к НА этого штамма, методами ИФА, конкурентного РИА, РТГА и РН. Исследование взаимодействия кроличьей поликлональной анти-А/Аичи/2/68 сыворотки с синтезированными нами пептидами показало, что один из этих пептидов, а именно, 136-147 (из сайта А) связывал антитела, полученные к вирусу А/Аичи/2/68.

Отсутствие взаимодействия в РИА с анти-А/Аичи/2/68 сывороткой других пептидов: 122-133 (из сайта А), а также (154-164)Gly и (154-164)Gly (из сайта В), связано с различными конформациями пептида и соответствующего участка в нативной молекуле НА. Проведено изучение в ИФА взаимодействия этих пептидов с панелью МКА к НА вируса А/Аичи/2/68. Выявлено, что с пептидом (136-147) реагировало только одно МКА 152, с пептидом (154-164)Gly связывались три МКА. Установлена специфичность МКА 152 в отношении АК-последовательности 136-147 (сайт А), а 3-х МКА в отношении аминокислотных остатков (154-164)Gle (сайт В). Выявленное нами взаимодействие пептида, представляющего участок 136-147 НА штамма А/Аичи/2/68 с анти-вирусной сывороткой является, таким образом, прямым доказательством наличия антигенной детерминанты в этом районе молекулы НА1.

Консервативный пептид (314-328) С-конца НА1 и пептид (154-164) Gly не взаимодействовали ни с одним из МКА. Нами также была предпринята попытка с помощью пептида 314-328 выявить антитела в кроличьих поликлональных сыворотках. Не было обнаружено взаимодействия данного пептида ни с одной из трех антисывороток, полученных к вирусу гриппа Н3N2.

Проведено картирование двух МКА IV A1 и IV G6 к НА штамма А/Dunedin/4/73 (Н3N2), обладающих необычной кросс-реактивностью с большим числом вирусов Н3N2 в отношении 15 С-концевых АК-остатков НА1 гемагглютинаина - Н3(314-328). Специфичность взаимодействия консервативного пептида Н3(314-328) с МКА IV A1 и IV G6 подтверждена методом конкурентного РИА и конкурентного РТГА и РН вирусов гриппа типа Н3N2.

Макаренко В.Д., Рыбалко Г.Н., Волянский А.Ю., Казмирчук В.В., Кучма И.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА ФЛЕКСНЕРА У ДЕТЕЙ

г. Харьков, Украина

Дизентерия известна с глубокой древности и до сих пор занимает значительный удельный вес в структуре острых кишечных инфекций у детей. В настоящее время отмечается снижение заболеваемости сальмонеллезом и рост шигеллезной инфекции.

Целью нашей работы явилось определение особенностей клиники и течения шигеллеза Флекснера у детей.

Под наблюдением находилось 45 детей в возрасте от 3-х до 6-ти лет, госпитализированных в 2004 году в Областную детскую инфекционную клиническую больницу г.Харькова по поводу острой дизентерии Флекснера. При бактериологическом исследовании кала выделялись шигеллы Флекснера 2А. Дети были госпитализированы в основном на второй день болезни (24 ребенка), 15 детей – в первый день заболевания, 6 детей - на третий день болезни. Преобладали мальчики (30 детей), 15 девочек.

Заболевание протекало по типу гастроэнтероколита. Отмечалась многократная рвота, водянистый стул у 11 детей, кашицеобразный у 12 детей, ректальный плевок у 7-ти детей, явление гемоколита у 15 детей. Тяжесть состояния у всех детей была обусловлена проявлениями интоксикации, обезвоживания, дисметаболическими нарушениями (кетацидоз) у 21 ребенка. Со стороны гематологических показателей отмечалось повышение количества лейкоцитов, нейтрофилов и их палочкоядерных форм, уменьшение количества лимфоцитов, умеренная анемия.

Учитывая тяжесть состояния детей, лечение было комплексным: проведение оральной (регидрон, гастролит) и парентеральной (глюкозо-солевые растворы), регидратации как основы патогенетической терапии; диетотерапия; противомикробная терапия – отмечалась эффективность применения цефтриаксона парентерально и амикацина или норфлоксацина per os; энтеросорбенты, эубиотики. На фоне проводимой терапии симптомы заболевания регрессировали в течение – 3 - 4-х дней. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8 дней.

Таким образом, в настоящее время отмечается рост заболеваемости дизентерией, острый шигеллез Флекснера протекает тяжело с дисметаболическими нарушениями, как правило, в виде гастроэнтероколита. Назначение адекватной терапии способствовало быстрому клиническому выздоровлению детей.

Макаров В.К.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ HBV-ИНФЕКЦИИ И АЛКОГОЛЯ

г. Тверь, Россия

Известно, что под воздействием алкоголя и HBV-инфекции изменяется иммунореактивность организма человека. Так, И.И.Кутько и соавт.(1988) обнаружили при алкогольном поражении печени Т-лимфопению, уменьшение CD4 клеток, снижение иммунорегуляторного индекса CD4/CD8. При нормоэргической иммунной реакции, характерной для больных острым вирусным гепатитом В (ОВГ В) наблюдается понижение уровня CD3, CD4-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, сопровождающееся повышением показателей CD19 и увеличением содержания IgM и IgG (А.Л. Бондаренко, 2002, Лобзин Ю.В., и соавт., 2003).

Целью исследования явилась изучение особенностей иммунореактивности у больных при комбинированном воздействии HBV-инфекции и алкоголя.

Нами было обследовано 50 здоровых лиц, 30 больных острым вирусным гепатитом В (ОВГ В), 30 больных хроническим вирусным гепатитом В (ХВГ В), не злоупотреблявших алкоголем и 40 больных хроническим вирусным гепатитом В, злоупотреблявших алкоголем. Все обследованные были мужского пола в возрасте от 25 до 55 лет.

Больные острым вирусным гепатитом В (ОВГ В) без сопутствующих заболеваний циклического течения с полным выздоровлением были выбраны в качестве эталона адекватного иммунного ответа, обеспечивающего купирование инфекционного процесса (Лобзин Ю.В. и соавт., 1999), то есть нормоэргической иммунной реакции.

У больных ОВГ В по сравнению со здоровыми лицами наблюдались более высокие показатели CD19, IgG и IgM, но более низкие CD3, CD4-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 – нормоэргическая реакция. У больных ХВГ В, не злоупотреблявших алкоголем, наблюдался более высокий уровень CD3, CD4 и низкий CD19-лимфоцитов по сравнению с больными ОВГ В. То есть отсутствовала нормоэргическая иммунная реакция.

Отклонения от нормоэргической реакции ещё более увеличивались при комбинированном воздействии HBV-инфекции и алкоголя. Так, уровень CD3, CD4-лимфоцитов у больных ХВГ В, злоупотреблявших алко-

лем, был значительно выше, чем у больных ОВГ В. Содержание IgA у больных ХВГ В, злоупотреблявших алкоголем, по сравнению с больными ОВГ В оказалось практически в 2 раза более высоким. Напротив, уровень CD19 –лимфоцитов был почти в 2 раза ниже по сравнению с аналогичным показателем у больных ОВГ В.

В свою очередь, по сравнению с больными ХВГ В, без сопутствующего злоупотребления алкоголем, у больных ХВГ В, злоупотреблявших алкоголем, содержание CD3, CD4, CD8 -лимфоцитов, IgG, IgA, значение иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 было достоверно выше, а CD19 –лимфоцитов – ниже. То есть, отклонения от нормоэргической реакции прогрессировали.

Таким образом, злоупотребление алкоголем (алкоголизм) является дополнительным неблагоприятным фактором, ведущим к более глубоким изменениям иммунореактивности при HBV-инфекции по сравнению с изолированным вирусным поражением печени.

Макарова А.В., Дьячковская П.С., Иванова В.В., Охлопкова С.А.
**ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РОЖЕЙ**

г. Якутск, Россия

Цель: оценить влияние озонотерапии на клинические данные у больных с рожей. Клинические наблюдения были проведены у 43 больных различными формами рожи в возрасте 40-60 лет, из них первичная рожа 53,5 %, рецидивирующая 46,5 %, эритематозная 93,0 %, эритематозно-геморрагическая 7,0 %. Все больные были средней степени тяжести. 53 больных (контрольная группа) получали базисную терапию, включающую антибиотики, преимущественно пенициллинового ряда, дезинтоксикационные средства, общеукрепляющие и др. У 43 больных (основная группа) на фоне базисного лечения применялся озонотерапия 3-6.

Проведенные наблюдения свидетельствуют о положительной динамике основных клинических симптомов. Это проявлялось более быстрым исчезновением симптомов интоксикации в остром периоде. При назначении озонотерапии с первых дней отмечено прекращение лимфореи, значительное снижение отека, который полностью проходил на 3-5-й день, существенное уменьшение выраженности эритемы. За время лечения не наблюдалось ни одного случая побочного эффекта озонотерапии. Применение озонотерапии позволило сократить сроки стационарного лечения до 10-12 дней, тогда как средний койко-день в контрольной группе составил 15-20 дней.

Таким образом, отчетливая клиническая эффективность, отсутствие побочных явлений, сокращение длительности лечения, хорошая переносимость позволяют рекомендовать назначение озонотерапии в комплексной терапии рожи.

Макашова Е.В., Аксёнова В.Я., Иванова Н.И.
**ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ АНТИГЕРПЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ
В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ (ГИ 1,2 ТИПОВ)**

г. Кемерово, Россия

При рецидивирующих формах ГИ часто неудачные попытки лечения связаны с тем, что врачи общей практики, не учитывая законы течения иммунопатологического процесса вызывают иммунодепрессию и так «выжатых» иммунокомпетентных клеток. Мы знаем, что течение иммунопатологического процесса проходит 4 стадии, которые характеризуются различным состоянием цитокинового статуса, что необходимо использовать для назначения иммунозаместительной или иммуностимулирующей терапии.

Таким образом, при назначении лечения нашим больным, мы руководствовались, прежде всего, параметрами: Степень (тяжесть течения). 2. Стадия (острая, хроническая). 3. Иммунологические показатели (иммунный статус, определение в динамике титра АТ к ВПГ).

Нами были применены следующие схемы лечения рецидивирующей ГИ:

1. Тяжелое течение (обострение около 1 раза в 1-2 месяца, распространенные по объему поражения, высокие титры АТ до лечения Ig M+; G >800), а также период выраженного обострения при любой степени тяжести:

- Специфические антигерпетические препараты: - Валацикловир 0,5г.-2р/д – 5-7дней (Зовиракс, Ацикловир–400мг.-5р/д–7-10дней), затем противорецидивные курсы (валацикловир 0,5г.-1р/д–3дня), удлиняя курсы до 6 месяцев в зависимости от тяжести.

- Местное применение (крем «Зовиракс»).
 - Заместительная иммунокоррекция: - Виферон (свечи) (цитокин ИФН альфа 2а+ вит.) 1 млн.ед.-2 р/д -3дня, затем по 1 млн. на ночь через день, повторный курс через месяц, при дисбиозе кишечника Кипферон (свечи).
 - Курсами прием антиоксидантов (вит. Е, С).
 - НПВС (Ибупрофен 1т.Зр/д -3 дня)
 - Препараты, действующие на ЦНС – уменьшение стрессового иммунодефицита (Прозак, Энерион и др.)
 - Иммуномодуляторы: гепон, полиоксидоний.
 - После применения заместительной терапии и угасания обострения возможно назначение индукторов: Циклоферон (по схеме), Ридостин (2,0 в/м 1 р/д через день), Амиксин (по схеме); Курсы иммуностимулирующей и/или иммунозаместительной терапии возможно повторить 3-4 раза.
2. Средней степени тяжести и легкое течение в период ремиссии (титр Ig G обычно не более 1: 400 при отр. IgM):
- Валацикловир 0,5-1 раз/ день-5 дней (Зовиракс, Ацикловир – 0,2-5 р/день-5 дней).
 - Местное применение «Зовиракс» профилактически 1-2 раза в неделю.
 - Использование иммуностимуляторов (см. выше) либо иммуномодуляторов (гепон, галавит, полиоксидоний, глютоксим).
 - Использование адаптогенов: жень- шень, лимонник, арника; антиоксидантов 1 раз в месяц по 10 дней.
3. В состояниях выраженной гипоэргии и анергии выработки АТ применяли антивирусные препараты в высоких дозах с курсами противорецидивного лечения (см. выше)
- В результате применения комбинации антигерпетических иммуномодулирующих препаратов по представленным схемам, нами был получен наибольший эффект лечения ГИ (ремиссия 4-6 месяцев, уменьшения объема и продолжительности высыпаний).

Малышев В.В., Семена А.В.

ЭКОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВОЙСКАХ

г. Санкт-Петербург, Россия

Проблема острых кишечных вирусных инфекций (ОКВИ) является актуальной для медицинской службы ВС РФ. Последнее десятилетие характеризовалось неуклонным ростом острых кишечных инфекций (ОКИ) в войсках. До 80% всех ОКИ – неустановленной этиологии. Возбудители ОКВИ - вирусы полиомиелита, ЕСНО, Коксаки А, Коксаки В, гепатита А, гепатита Е, ротавирусы и другие - распространены повсеместно, обладают высокой устойчивостью в окружающей среде, имеют небольшую заражающую дозу.

Клинико-эпидемиологическая характеристика ОКВИ свидетельствует об актуальности энтеровирусных и ротавирусных инфекций, которые, наряду с гастроэнтеритом, сопровождаются повсеместным распространением эпидемической миалгии, серозного менингита, острого инфекционного конъюнктивита, миокардита и другой патологии.

Изучение циркуляции кишечных вирусов среди военнослужащих проводится с помощью современных наиболее специфичных и информативных лабораторных методов обнаружения энтеро- и ротавирусов и (или) их маркеров (полимеразная цепная реакция, молекулярная гибридизация, электрофорез в полиакриламидном геле вирусных нуклеиновых кислот, иммуноферментный анализ, иммуноцитохимический анализ и др.).

Проявления эпидемического процесса энтеровирусных инфекций, может быть объяснено с позиций саморегуляции. Имеет большое значение смена циркулирующих доминирующих штаммов кишечных вирусов в воинских коллективах (ЕСНО 30, ЕСНО 11, энтеровирусы 68-71, ротавирусы и др.), изменения как антигенной характеристики, так и вирулентности кишечных вирусов, что находит свое отражение в уровне заболеваемости.

В плане профилактики ОКВИ в войсках требуется проведение всего комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включая этиологическую идентификацию возбудителей, дезинфекционные мероприятия в эпидемических очагах с использованием препаратов с вирулицидным действием (Виркон, КРКА, Словения) и более полное внедрение всего комплекса средств иммуно- и экстренной профилактики (вакцины против гепатита А и ротавирусной инфекции, иммуноглобулины с высоким содержанием специфических антител к вирусу гепатита А и к ротавирусам, интерфероны и др.).

Малюгина Т.Н., Зайцева И.А.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ДИФТЕРИЮ РОТОГЛОТКИ

г. Саратов, Россия

Целью нашей работы было выявить причины летальности лиц, перенесших дифтерию ротоглотки.

Обследовано 413 человек в возрасте от 19 до 74 лет, перенесших дифтерию ротоглотки. Обследование проводилось в течение 10 лет после их выписки из стационара. Установлено, что за этот период из 413 человек умерло 36 человек (8,7%). Из них мужчин – 13 (36%), женщин – 23 (64%). Большой процент летальных исходов – 64% (23 человека) – зарегистрирован в первые 5 лет после перенесенного заболевания. Среди умерших 15(42%) человек перенесли тяжелую; 16 (44%) – среднетяжелую и 5 (14%) – легкую форму дифтерии ротоглотки. Средний возраст умерших составил 54 ± 16 лет. Смерть от сердечно-сосудистой патологии наступила у 20 (56%) лиц, перенесших дифтерию ротоглотки. Причиной смерти являлись: инфаркт миокарда – у 4 (11%) лиц, инсульт – у 3(8%), сердечная недостаточность – у 10 (28%), сосудистая патология – у 3(8%).

Летальные исходы от онкологических заболеваний зарегистрированы у 16(44%) лиц, перенесших дифтерию ротоглотки. У 7(19%) умерших отмечалась онкология органов брюшной полости, у 3(8%) был установлен рак молочной железы, у 2(6%) – рак ротоглотки. У остальных – онкология других органов и систем. Следует отметить, что средний возраст в этой группе составил 44 ± 8 лет.

Таким образом, причинами летальных исходов у лиц, перенесших дифтерию ротоглотки, были либо сердечно-сосудистые, либо онкологические заболевания, причем от последних констатированы летальные исходы в молодом возрасте (от 36 до 49 лет). Большой процент летальных исходов приходится на лиц, перенесшие дифтерию ротоглотки тяжелой и среднетяжелой формы. Чаще умирали женщины, чем мужчины.

Малюгина Т.Н., Зайцева И.А., Зрячкин Н.И.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОРТИЗОЛА И γ -ИНТЕРФЕРОНА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ДИФТЕРИЮ РОТОГЛОТКИ

г. Саратов, Россия

Доказано, что на направленность иммунных реакций влияет концентрация глюкокортикоидных гормонов.

Цель работы – изучить динамику показателей кортизола и γ -интерферона у лиц, перенесших дифтерию ротоглотки различной формы тяжести.

Уровень кортизола и γ -интерферона определяли у 110 человек в возрасте от 30 до 60 лет через год, 5 и 10 лет после выписки из стационара. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей в возрасте от 30 до 60 лет (кортизол – $484,5 \pm 25,1$ нмоль/л, γ -интерферон 33 ± 3 пг/мл).

У лиц, перенесших дифтерию ротоглотки локализованной формы уровень кортизола через год после выписки из стационара находился на цифрах $477,5 \pm 28,4$ нмоль/л, через 5 лет – $465,1 \pm 35,5$ нмоль/л и через 10 лет – $340,1 \pm 50,2$ нмоль/л, а γ -интерферона – 36 ± 4 кг/мл, 43 ± 8 пг/мл и 49 ± 7 пг/мл соответственно.

У лиц, перенесших дифтерию ротоглотки распространенной формы, через год после выписки из стационара содержание кортизола равнялось $495,5 \pm 53,8$ нмоль/л, через 5 лет – $340,2 \pm 63,8$ нмоль/л и через 10 лет – $306,5 \pm 57,3$ нмоль/л, а γ -интерферона – 46 ± 17 пг/мл, 41 ± 13 пг/мл и 82 ± 11 пг/мл соответственно.

У лиц, перенесших дифтерию ротоглотки токсической формы, через год после выписки из стационара количество кортизола определялось в пределах $462,8 \pm 38,7$ нмоль/л, через 5 лет – $339,1 \pm 45,3$ нмоль/л и через 10 лет – $275,8 \pm 22,1$ нмоль/л, а γ -интерферона – 22 ± 8 пг/мл, 39 ± 9 пг/мл и 52 ± 11 пг/мл соответственно.

Таким образом, имеется зависимость между изменениями уровней кортизола и γ -интерферона. В динамике наблюдения у лиц, перенесших дифтерию ротоглотки различной формы тяжести, на фоне уменьшения количества кортизола увеличивается содержание γ -интерферона.

Малюгина Т.Н., Зайцева И.А., Зрячкин Н.И., Окунькова Е.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ДИФТЕРИЮ РОТОГЛОТКИ

г. Саратов, Россия

Цель работы – изучить функцию щитовидной железы у лиц, перенесших дифтерию ротоглотки тяжелой формы.

Обследовано 38 человек (10 – через год, 12 – через 5 лет и 16 – через 10 лет после выписки из стационара) в возрасте от 19 до 65 лет. Использовали ультразвуковое исследование щитовидной железы, метод степ-тестов для выявления аутоантител и радиоиммунологический метод для определения уровня гормонов Т3 и Т4.

Через год после выписки из стационара у 20% обследуемых выявлено увеличение перешейка щитовидной железы и наличие диффузных изменений. Аутоантитела определялись у всех наблюдаемых в титрах 1:16 – 1:32. Уровень Т3 достигал $3,6 \pm 0,2$ нмоль/л, Т4 – $143,7 \pm 4,2$ нмоль/л (у здоровых людей: Т3 – $2,3 \pm 0,1$ нмоль/л, Т4 – $103,9 \pm 4,0$ нмоль/л).

Через 5 лет после выписки из стационара у 17% обследуемых отмечалось увеличение объема щитовидной железы до $18,02 \pm 2,01$ мл с образованием в правой доле очагов с повышенной эхоплотностью. Титры аутоантител варьировали от 1:16 до 1:64. Уровни Т3 и Т4 несколько снижались по сравнению с таковыми у лиц, обследованных через год после выписки, но оставались повышенными по сравнению с данными показателями у здоровых людей: $2,92 \pm 0,02$ нмоль/л и $114,9 \pm 4,2$ нмоль/л соответственно.

Через 10 лет после выписки из стационара только у 13% обследованных отмечалось увеличение в объеме щитовидной железы до $17,01 \pm 1,04$ мл с узловыми изменениями. Титр аутоантител равнялся 1:8 – 1:64. Уровень гормонов снижался до нормы (Т3 – до $2,4 \pm 0,1$ нмоль/л, а Т4 – до $105,5 \pm 9,9$ нмоль/л).

Таким образом, у всех обследованных, перенесших тяжелую форму дифтерии ротоглотки, отмечалась в течение 5 лет гипертиреозная реакция, которую можно расценить как компенсаторную. Но, нельзя исключить и ее аутоиммунный генез. Какой-либо закономерности в структурном изменении щитовидной железы выявить не удалось.

Мамыкина В.М., Емельянова Ю.А.

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО МАСЛА НА НЕКОТОРЫЕ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ ПРИ РОЖЕ

г. Саранск, Россия

Естественные физиологические механизмы защиты одни из самых древних и стойких. Однако с возрастом, на фоне различных заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза, они могут нарушаться, что способствует развитию осложнений и рецидивов. Одной из важных задач клинической практики является их повышение. Положительные результаты были получены Алфериной Е.Н. (2000) при использовании *per os* озонированного растительного масла (ОРМ), включенного в программу лечения больных рожей, дополнительно к базисной терапии.

Целью настоящей работы было оценить местное применение ОРМ, включенного в базисную терапию при первичной эритематозно-буллезной роже, а именно, его влияние на естественную клеточную и гуморальную защиту.

Материалы и методы. У 45 пациентов при поступлении в стационар (1-3 день) и в момент клинического выздоровления (12-14 день) на фоне базисной терапии и с включением в нее озонированного растительного масла (ОРМ) изучали активность фагоцитоза (АФ) и функциональное состояние нейтрофилов. Использовали цитолюминисцентную микроскопию нативных препаратов периферической крови, окрашенных акридиновым оранжевым (АО) с последующим расчетом индекса неустойчивости (ИНН%) и КАН – коэффициента активности нейтрофилов (Мамыкина В.М., 1900). ДНК потенциально функционально-активных нейтрофилов (пФАН) давала зеленое свечение, оранжево-красных синтетически активных (ОК-САН) – оранжево-красное. Бактерицидная активность сыворотки крови (БАСК) определялась по методу Бухарина О.В. и Чемного А.Б. (1972), лизоцимная – по Дорофейчуку В.Г. (1970).

Результаты исследования. В первые дни заболевания АФ возрастала в 2,5 раза. Фагоцитировали ОК-САН, содержание которых было повышено по сравнению с донорами в 35 раз ($35,43 \pm 1,72\%$; $p < 0,001$). Это свидетельствовало о наличии в организме выраженного воспалительного процесса. В условиях базисной терапии содержание ОК-САН% к моменту клинического выздоровления сократилось в четыре раза ($p < 0,001$). Дополнительное местное применение ОРМ приводило содержание ОК-САН% к величине у доноров.

Индекс неустойчивости ОК-САН на фоне базисной терапии составлял $21,27 \pm 1,63\%$ - $20,0 \pm 2,06\%$ ($p < 0,05$). Дополнительное применение ОРМ приводило его к показателю у доноров $1,14 \pm 0,4\%$ ($p < 0,05$). В свою очередь ИНН пФАН имел отрицательную величину ($-21,27 \pm 1,63\%$), что ниже донорских показателей в 18,5 раз ($p < 0,05$). В условиях базисной терапии КАН был повышен в 13 раз и составлял $0,21 \pm 0,06$. Включение в терапию ОРМ снижало КАН в 10,5 раз, доводя его до контрольных величин.

В первые дни БАСК не изменялась ($89,9 \pm 1,40\%$; $p < 0,05$). На фоне базисной терапии она снижалась в 3,2 раза ($p < 0,001$). Местное использование ОРМ сохраняло БАСК на исходном уровне ($p < 0,001$). Лизоцимная активность сыворотки крови, сниженная изначально в три раза ($1,07 \pm 0,25\%$; $p < 0,01$), сохранялась на этом уровне в условиях базисного лечения до 12-14 дня. Дополнительное применение ОРМ повышало содержание лизоцима сыворотки крови в 1,3 раза ($1,8 \pm 0,20$; $p < 0,05$).

Таким образом, сочетание базисной терапии с местным применением озонированного растительного масла способствует повышению активности фагоцитоза, нормализации ОК-САН%, ИНН%, КАН и неспецифической гуморальной защиты. Этот вид терапии следует признать целесообразным.

Мамыкина В.М., Кудашкина Е.А.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА ПРИ ВГВ В УСЛОВИЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ТРИОВИТА»

г. Саранск, Россия

Нарушение регуляции перекисного окисления липидов (ПОЛ) клеточных мембран рассматривают в качестве патогенетического маркера целого ряда инфекционных заболеваний. В связи с этим особое внимание уделяется изучению биологической роли антиоксидантов как факторов, способных регулировать интенсивность перекисидации липидов при лечении инфекционных поражений различной этиологии (Петров А.Ю. с соавт., 2003). Повышение уровня ПОЛ компенсируется за счёт активации антиоксидантной системы организма. Однако усугубление тяжести состояния больного ведёт к истощению этой системы. Исходя из этого, возникает необходимость включения в программу терапии больных ВГВ препаратов с антиоксидантным действием. Установлена эффективность применения природных биоантиоксидантов (α -токоферола, аскорбата, витамина А и др.) в лечении пневмоний, токсических гепатитов, рожи и других заболеваний. Их включение в комплексную терапию приводит к уменьшению степени выраженности и длительности интоксикации, оказывает положительное влияние на клиническое течение заболевания (Юнева М.В., 1990; Ахмедов Д.Р., 1994).

Целью работы было изучить состояния ПОЛ, антиоксидантной защиты и сорбционной способности эритроцитов при вирусном гепатите В (ВГВ) в условиях базисного лечения и на фоне включения в программу базисной терапии антиоксидантного комплекса «Триовит».

Материалы и методы. О состоянии перекисного окисления липидов судили по уровню конечного продукта ПОЛ – малонового диальдегиду (МДА), антиоксидантную защиту оценивали по содержанию фермента каталазы в плазме крови, показатель сорбционной способности эритроцитов (ССЭ) определяли фотоэлектроколориметрическим методом. Все перечисленные показатели были изучены у пациентов ВГВ в условиях базисной терапии (15 человек) и на фоне включения в нее триовита (15 человек). Группу относительного контроля составили 15 доноров.

Результаты исследования. Выявлено, что уровень МДА при ВГВ в первые дни заболевания на фоне базисной терапии повышался в пять раз и составлял $10,9 \pm 0,5$ мкмоль/л ($p < 0,05$). К 14-16 дню содержание МДА снижалось в 1,5 раза ($7,1 \pm 0,4$ мкмоль/л; $p < 0,05$), оставаясь повышенным в три раза. На фоне повышенного содержания МДА активность каталазы после кратковременного повышения до $11,9 \pm 0,7$ мккат/л ($p < 0,05$) снижалась почти в три раза ($4,26 \pm 0,4$ мккат/л; $p < 0,05$) и была ниже нормы ($5,1 \pm 0,1$ мккат/л).

В условиях включения в программу базисного лечения триовита уровень МДА у больных ВГВ повышался менее значительно – 2,8 раза ($6,1 \pm 0,2$ мкмоль/л; $p < 0,05$). При этом активность фермента АОЗ (каталазы) по сравнению с базисной терапией была повышена 1,7 раза и сохранялась на этом уровне весь период наблюдения (14-16 дней), составляя $8,7 \pm 0,7$ мккат/л ($p < 0,05$).

При ВГВ в первые три дня заболевания ССЭ снижалась в 1,2 раза ($32,4 \pm 1,2$ %; $p < 0,05$). На фоне базисной терапии её уровень продолжал снижаться и к 14-16 дню составлял $22,0 \pm 1,5$ % ($p < 0,05$). Дополнительного применения триовита повышало ССЭ до $33,4 \pm 1,5$ % ($p < 0,05$).

Таким образом, в условиях базисной терапии у пациентов ВГВ отмечается повышенное содержание МДА при низких уровнях фермента АОЗ каталазы и ССЭ. Включение в базисное лечение триовита снижает уровень липопероксидации, усиливает антиоксидантную защиту организма и повышает ССЭ.

Мангутов Д.А., Филиппов А.Е.

ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучить влияние латентных внутриклеточных инфекций *Chlamydia Pneumoniae*, *Herpes Simplex Virus 1,2*, *Epstein-Barr virus (EBV)*, *Toxoplasma gondii (TG)* и их ассоциаций на клиническое течение ИБС и неблагоприятные коронарные события.

Материал и методы. Обследовано 102 больных мужского пола, в зависимости от клинического течения заболевания разделенных на 3 группы. Первую (контрольную) группу составили 38 человек без клинических признаков ИБС. Во 2 группу (30 человек) были включены больные стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса (СН2ФК); 3-ю группу (34 человека) составили больные с обострением ИБС: неста-

бильная стенокардия – 19 человек, инфаркт миокарда с зубцом Q – 15 человек (НСИИМ). Все группы были однородны ($p > 0,05$) по возрасту, средний возраст составил $51 \pm 3,0$ лет.

Объем лабораторных исследований включал общеклинический анализ крови, биохимический анализ сыворотки крови на холестерин и его фракции, триглицериды, сахар, креатинин, мочевины, общий белок, КФК-МВ, белки острой фазы, интерлейкины 1 β , 6, 8 и фактор некроза опухолей α . Функциональное состояние эндотелия оценивалось по пробе на реактивную гиперемии и содержанию циркулирующих десквамированных эндотелиальных клеток (ЦЭК) в венозной крови.

Результаты исследования. У больных нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда антитела к *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia pneumoniae* и Herpes Simplex Virus 1,2, ДНК возбудителя (*Toxoplasma gondii*), ДНК и антитела (Herpes Simplex Virus 1, 2) определялись значимо чаще, чем у здоровых лиц. До 70% больных имели признаки инфицированности сразу по 3 и более инфекциям, тогда как среди здоровых лиц и больных стабильной стенокардией напряжения доля таких лиц была в 2,7 и 1,8 раза меньше. Величина инфицированности больного острым коронарным синдромом сочетаниями различных внутриклеточных инфекций была в 2 раза больше, чем пациента, не имеющего ИБС в анамнезе, и в 1,5 раза больше, чем больного стабильной стенокардией напряжения ($p < 0,01$), что свидетельствует о клиническом значении микст-инфицирования. У них же достоверно чаще выявлялась серопозитивность по 3 и более инфекционным агентам в сочетании с признаками эндотелиальной дисфункции.

Для определения возможных механизмов влияния инфекций на прогрессирование ИБС были проанализированы ассоциации изучаемых инфекции с общеизвестными доказанными факторами риска: неблагоприятной по ИБС наследственностью, возрастом, курением, индексом массы тела, систолическим и диастолическим артериальным давлением, холестерином, триглицеридами, липопротеидами низкой, высокой плотности, коэффициентом атерогенности, систолической и диастолической дисфункции миокарда, лабораторными показателями воспаления. Выявлена значимая связь средней силы маркеров (фрагмент генома или гомологичные антитела) внутриклеточных инфекций *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia* и Herpes Simplex Virus 1-2 с большей частью факторов сердечно-сосудистого риска, уровнем провоспалительных цитокинов и белков острой фазы, а также уровнем эндотелиемии.

Таким образом, больным ИБС, характеризующимся нарушенной вазомоторной реакцией в тесте с реактивной гиперемией, выявление возможных факторов сердечно-сосудистого риска должно дополняться определением маркеров персистирующих внутриклеточных инфекций.

Мартынова А.В., Шепарев А.А., Туркутюков В.Б.

УСТОЙЧИВОСТЬ ШТАММОВ *S.PYOGENES*, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

г. Владивосток, Россия

S.pyogenes является ведущим возбудителем в этиологической структуре инфекций дыхательных путей различных клинических форм, таких как пневмонии, бронхит, ангина, тонзиллиты, а также ЛОР-патологии практически во всех возрастных группах. Появление устойчивых к антимикробным химиопрепаратам штаммов *S.pyogenes* значительно осложняет рациональную терапию этих инфекций.

Целью нашего исследования являлось изучить спектр чувствительности к антимикробным химиопрепаратам штаммов *S.pyogenes*, выделенных от больных Главного Госпиталя ТОФ с различными клиническими формами инфекции, вызванных данным возбудителем.

Материалы и методы: в исследование были включены 100 штаммов *S.pyogenes*, выделенных от больных с различными формами стрептококковых инфекций, таких как пневмонии (65 штаммов), отит (23 штамма), синусит (5 штаммов), прочее (7 штаммов). Чувствительность к антимикробным химиопрепаратам (пенициллины, эритромицин, азитромицин, тетрациклин, ванкомицин) исследовалась согласно стандартам NCCLS диск-диффузионным методом и методом с определением МПК, с применением среды Мюллер-Хинтон. Генетические исследования устойчивости к антимикробным химиопрепаратам включали мультилокусное сиквенирование и *erm* типирование.

Результаты: среди выделенных штаммов преобладали тетрациклиноустойчивые штаммы *S.pyogenes* (38%). 14% были устойчивы к эритромицину, при этом только 6% всех штаммов обладали устойчивостью к эритромицину с М-фенотипом, что подтвердилось присутствием у них *mef(A)* гена. Соответственно, устойчивость штаммов с MLSB-фенотипом (8%) была обусловлена наличием *erm(TR)* гена у 6 штаммов и гена *erm(B)* у 2 штаммов. Кроме того, 2 *erm(B)*-содержащих изолята были устойчивы к телитромицину.

Выводы: среди штаммов *S. pyogenes*, выделенных от больных различными формами стрептококковыми инфекциями, отмечается нарастание устойчивых к антимикробным химиопрепаратам штаммов, что потребует, вероятно, рационализации применяющейся сейчас терапии в отношении *S. pyogenes*.

Марченко В.И., Ключников Ю.И.
ПРОТЕЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ
г. Ставрополь, Россия

Среди инфекционных болезней человека вызванных «нетрадиционными» возбудителями, ведущее место занимает протейная инфекция. Протеи широко распространены во внешней среде, обнаруживаются в воде открытых водоемов, почве, на овощах, в разлагающихся органических веществах, сапрофитируют на коже, слизистых человека и в просвете кишечника. Протеи устойчивы во внешней среде и способны продуцировать экзотоксины (энтеротоксин и цитотоксин) в различных пищевых продуктах. Энтеротоксин (термолабильный и термостабильный) усиливают секрецию жидкости в просвет кишечника, а цитотоксин повреждает мембраны эпителиальных клеток и нарушает в них белково-синтетические процессы.

Мы наблюдали 68 больных протейной инфекцией (спорадическая заболеваемость). Лиц женского пола было 67,7%, мужского - 32,3%, средний возраст больных составил 61,6±3,7 года. Факторами передачи инфекции являлись мясные и рыбные котлеты (32,4%), колбаса (20,6%), окрошка (17,6%), молочные продукты (16,2%). «Подозрительные» пищевые продукты не удалось подвергнуть бактериологическому исследованию. В 13,2% случаев установить фактор передачи не удалось. Средняя продолжительность инкубационного периода составила около 14 часов. В 1-й день болезни госпитализировано 17,6%, 2-й - 53,0% и на 3-й - 29,4% больных.

Во всех случаях болезнь начиналась остро, с озноба, боли в животе, тошноты, повторной рвоты и зловонного жидкого стула. Отмечены следующие клинические формы: гастритическая (5,9%), гастроэнтеритическая (72,0%), гастроэнтероколитическая (22,1%). Легкое течение отмечено только в 13,3% случаев. Преобладали среднетяжелые (48,5%) и тяжелые (38,2%) формы болезни. По тяжести состояния 10,3% больных находились в отделении ИТАР. Тяжесть течения объяснялась, неблагоприятным преморбидным фоном: сахарный диабет, состояние после операции удаления молочной железы, постинсультные гемипарезы, радио - или химиотерапия опухолей, и др.

Все больные поступали с субфебрильной температурой и жаловались на боль в эпигастральной или околопупочной области, а 36,8% - и на боль в подвздошных областях. Частота стула от 6 до 20 раз в сутки. Стул обильный, зловонный, с комочками или хлопьями слизи. Примесь крови в стуле выявлена у 23,5% больных.

Симптомы эксикоза преобладали над симптомами токсикоза. Обезвоживание I степени было у 32,4 %, II - у 41,2%, III - у 26,4% больных. Отмечалась обложенность языка, бледность кожных покровов, в 38,2% случаев - цианоз слизистых и акроцианоз. Тоны сердца глухие или приглушенные, артериальное давление было в пределах возрастной нормы или пониженным. У 47,1 % больных наблюдалось кратковременное коллаптоидное состояние.

У всех больных диагноз был подтвержден выделением возбудителя из рвотных масс, промывных вод желудка и/или копрокультурой. Выделялись *P. mirabilis*, *P. morganii*, *P. rettgeri*, *P. vulgaris*, и др., причем в 17,6% от одного больного выделялось 2 разных вида протеев. При признаках поражения мочевыводящей системы проводилось бактериологическое исследование мочи. В 26,5% случаев из мочи были выделены *P. Morganii* или *P. rettgeri*. Дисбактериоз 1-2 степени выявлен у 32,8%, пневмония - у 13,2%, трофические язвы конечностей и пролежни - у 26,4% больных.

Следовательно, протейная инфекция отмечается преимущественно у пожилых людей, протекает в среднетяжелой или тяжелой форме, с преобладанием явлений гастроэнтерита, обезвоживанием, токсикозом и частым присоединением осложнений.

Марченко В.И., Попов П.Н., Ключникова О.П., Ключников Ю.И.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ПОЖИЛЫХ
г. Ставрополь, Россия

Процесс старения воздействует на печень в меньшей степени, чем на остальные органы и системы человека. Однако размеры печени и кровотоков в ней с возрастом уменьшаются, нарушается белковый и углеводный обмен, метаболизм холестерина, замедляется регенерация гепатоцитов и др.

Для изучения особенностей клинических проявлений вирусных гепатитов у пожилых мы наблюдали 237 больных. Средний возраст составил 65,3 года, лиц мужского пола было 38,8%, женского - 61,2%. Острый ВГА отмечен у 6,8%, острый ВГВ - у 25,7%, хронический ВГВ - у 26,6%, хронический ВГС - у 24,5%, микст-гепатиты (ВГВ+ВГС, ВГВ+ВГД, ВГВ+ВГС+ВГД) - у 16,4%. Диагноз у всех подтвержден вески-ми клинико-

эпидемиологическими и биохимическими данными, обнаружением соответствующих маркеров, результатами УЗИ, а у 26,2% и обнаружением РНК или ДНК вирусов в ПЦР. При хроническом ВГВ НВеAg отсутствовал у 73,7% больных, что означало меньшую инфекциозность и уменьшало необходимость применения α -интерферона.

У пожилых выявлена достоверно более низкая заболеваемость вирусными гепатитами, чем у лиц молодого возраста. Это связано с тем, что старики обычно не относились к группе высокого риска заражения. Клинически у них преобладало среднетяжелое (51,2%) и тяжелое (38,8%) течение болезни с частым (58,3%) и выраженным холестазом. Недостаточный ответ на медикаменты и биологические препараты отмечен в 26,6% случаев.

Возникновение осложнений болезни отмечено у 16,3%, присоединение вторичной инфекции, чаще пневмонии – у 38,2%. Предпосылкой к возникновению пневмоний явились снижение мукоцилиарного клиренса, нарушения глотания на фоне сосудистых заболеваний мозга, наличие гастроэзофагального рефлюкса при введении назогастрального зонда, эндотрахеальная интубация и длительная ИВЛ.

Присоединение инфекции билиарного тракта отмечено у 21,9%. Частота холецистита и холангита увеличивалась с возрастом, но у пожилых они протекали со стертой симптоматикой, без выраженной боли в правом подреберье и в точке Кера, отсутствием перитонеальных симптомов, лихорадки и лейкоцитоза. Инфекция мочевыводящих путей отмечена у 13,6% больных. В большинстве случаев она протекала бессимптомно и подтверждалась наличием пиурии.

Первыми признаками, которые позволяли заподозрить возникновение осложнений и/или присоединение вторичной инфекции являлись лихорадка, спутанность сознания, декомпенсация сопутствующей патологии и немотивированные падения больных.

Гепатиты у пожилых протекали длительно, из-за затягивания периода реконвалесценции. Продолжительность пребывания больного на койке составила в среднем 42,7 дня. Неблагоприятное течение болезни отмечено в 11,4% случаев.

Учитывая преобладание явлений холестаза у больных, дифференциальная диагностика от механических желтух вызывала известные трудности. Сложной была и дифференциальная диагностика от лекарственных гепатитов, поскольку по поводу сопутствующих заболеваний две трети пациентов принимали по 3-5 медикаментов.

Помимо органоспецифических особенностей гериатрического контингента, причинами частого возникновения осложнений и/или присоединения вторичной инфекции являлись: запоздалая диагностика, несвоевременное начало адекватной терапии, инволюционный иммунодефицит, связанный с возрастом, сопутствующей патологией, нарушение фармакокинетики и гепатотоксичность ряда медицинских препаратов.

Матейко Г.Б., Дикий Б.Н., Никифорова Т.А.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА НА АВИДНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ КЛАССА IgG В ДИАГНОСТИКЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

г. Ивано-Франковск, Украина

Герпесвирусные инфекции (ГВИ) – наиболее распространённые вирусные заболевания человека. Согласно данным ВОЗ, они занимают второе место после гриппа как причина смерти от вирусных инфекций. Около 90 % населения планеты инфицированы одним или несколькими серотипами вирусов семейства Herpesviridae, 12 % среди них страдают от рецидивирующих герпесных заболеваний и требуют постоянной медицинской помощи в течение всей жизни.

Выраженный полиморфизм клинических проявлений ГВИ, а также сложность дифференциальной диагностики выдвигают на первый план разработку и внедрение в практику здравоохранения новых, более усовершенствованных методов расшифровки этиологии заболевания, оценки активности и длительности инфекционного процесса. Актуальность ранней диагностики ГВИ также продиктована возможностью своевременного проведения эффективного специфического лечения.

Нами проведены исследования у 96 пациентов с герпетической и у 92-х цитомегаловирусной инфекциями по усовершенствованию иммуноферментной тест-системы производства ЗАО «Биосервис» (Москва), для определения специфических антител к ВПГ 1 и 2 типов и к ЦМВ с обнаружением низкоавидных IgG.

Целью исследования была оценка диагностической значимости полученных результатов от больных с различными клиническими проявлениями и вариантами течения ГВИ. Разработанная система интерпретации результатов обследования разрешила с высокой степенью достоверности дифференцировать анамнестические высокоавидные IgG от ранних низкоавидных.

Установлено, что индекс авидности (ИА) антител класса IgG, составляющий 35% и менее, является надёжным критерием острого течения первичной инфекции, обусловленной как ВПГ 1/2, так и ЦМВ. При рецидиве

ГВИ или поздней стадии первичного инфицирования ИА специфических IgG может варьировать в пределах от 36% до 41% и свидетельствует об подостром течении инфекции. Обследование лиц контрольной группы (52), а также больных в стадии реконвалесценции (65) показало, что ИА IgG – 42% и более, указывает на наличие анамнестических высокоавидных антител, свидетельствующих о перенесенной в прошлом ГВИ или хроническом процессе.

Данный метод может быть включён в комплекс серологических диагностических тестов, являющихся высокоинформативными для уточнения сроков инфицирования, что особенно важно для беременных. Проведенные серологические исследования методом ИФА с определением ранних маркеров инфекции (специфических IgM и IgA), а также наблюдение за динамикой антител классов IgG с 3-х недельным интервалом часто не позволяют однозначно интерпретировать результаты. Длительное ожидание следующих результатов серологического исследования создаёт для беременной угрозу несвоевременной диагностики активной ГВИ и трансмиссии вирусов к плоду или назначение ненужной и не всегда безопасной для плода противовирусной терапии. В таких ситуациях важно установить свежее инфицирование – определить силу связывания специфических IgG с антигенами вирусов, то есть авидность антител: низкая авидность свидетельствует об активном процессе, а высокая – характерна для хронической инфекции, то есть свидетельствует о давнем инфицировании.

Авидность специфических IgG к ВПГ 1/2 и к ЦМВ дополняет серологическую диагностику ГВИ и во многих случаях позволяет уточнить диагноз после однократного серологического обследования пациента.

Милютина Л.Н., Цешковский И.С.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ENTERITIDIS У ДЕТЕЙ *г. Москва, Россия*

Сальмонеллезы, несмотря на тенденцию к стабилизации заболеваемости в последние годы, продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре острых кишечных инфекций у детей. При этом, начиная с середины 80-х годов, ведущее место в этиологической структуре (до 80%) занимают *S. enteritidis*. Заболевание протекает с преобладанием клинических вариантов с поражением толстой кишки (гастроэнтероколиты - у 70,8% детей старше 3-х лет и энтероколиты - у 74,2% больных до года) и у половины детей, независимо от их возраста, сопровождается симптомами геморрагического колита, что затрудняет их клиническую дифференциальную диагностику с шигеллёзами. В отличие от сальмонеллёза *typhimurium*, доминировавшего в 70-е годы, сальмонеллёз *enteritidis* нередко протекает тяжелее у детей старших возрастных групп: процент тяжёлых форм болезни у них в разные годы составлял 12,3-34,0% против 4,2-15,0% у детей раннего возраста соответственно.

Важной проблемой является и наметившаяся тенденция роста лекарственной резистентности возбудителя. Так, в 1993-1998 гг. удельный вес штаммов, чувствительных ко всем изученным антибактериальным препаратам, сократился в 17 раз (с 57,3 до 3,3%), а в 2004 г. они не выявлялись вовсе; процент штаммов, резистентных к 1-2 антибиотикам, возрос с 34,2 до 88,0 и 92,1%, а доля полирезистентных штаммов сохраняется пока на одном уровне (10,4, 8,7 и 7,9% соотв.). Установлено, что изменение свойств возбудителя оказывает влияние и на клиническое течение болезни - в том же направлении, как это ранее было выявлено нами при сальмонеллёзе *typhimurium*. Так, *S. enteritidis*, резистентные к налидиксовой кислоте, по сравнению с чувствительными, вызывают менее выраженный местный процесс в кишечнике, но большую длительность основных клинических симптомов, особенно диареи (7,7 и 5,8 дней соотв., $p < 0,05$).

Многолетние клинические наблюдения показали, что в этиотропной терапии сальмонеллёза *enteritidis* у детей, где имеются показания для её назначения, наиболее эффективны: в качестве "стартовой" терапии у детей до года - амикацин внутрь, а у детей старше года - невигамон (полный клинический эффект у 63,0 и 72,2% соотв.), а в качестве препаратов "резерва" - нетромицин (парентерально и внутрь) и норфлоксацин (последний - только у детей старше 7 лет). Эффект же прочих, широко применяющихся на практике, препаратов, включая фуразолидон, ничтожно мал и отсутствовал у 83,9% детей. Однако в последнее время, в связи с ростом лекарственной устойчивости *S. enteritidis*, появились случаи неэффективности и налидиксовой кислоты, а также упорного длительного бактериовыделения после клинического выздоровления, что было свойственно сальмонеллёзу, вызванному полирезистентными *S. typhimurium*.

Таким образом, современный сальмонеллёз у детей, вызванный доминирующим в настоящее время сероваром *S. enteritidis*, характеризуется дизентериеподобной клиникой, нередко тяжёлым течением у детей старших возрастных групп и тенденцией к росту лекарственной резистентности возбудителя, что сопровождается снижением эффективности "стартовой" антибактериальной терапии. Необходимо дальнейшее изучение клинико-микробиологических аспектов этой проблемы и совершенствование этиотропной терапии.

Миронов В.Ю.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХОЛЕРОЙ

г. Одесса, Украина

Анализ вспышек и эпидемий холеры за последнее десятилетие XX века на юге Украины (Одесская область, 1991, 1995 г.г., Республика Крым, 1994г., Херсонская область, 1994г., Николаевская область, 1994-1995г.г.) дает основание еще раз заострить внимание врачей-инфекционистов на организации лечебных мероприятий в очагах холеры. В межэпидемический сезон в первую очередь необходимо отработать планы перепрофилирования лечебно-профилактических учреждений на случай единичных и массовых заболеваний холеры, дооборудовать инфекционные стационары холерными койками, весами, наборами для определения удельного веса плазмы, проверить обеспеченность стационара солевыми растворами, одноразовыми системами, шприцами, наборами катетеризации подключичной вены. В обязательном порядке иметь запас реополиглокина, зуфиллина, лазикса для выведения больных из почечной недостаточности.

Порядок оказания помощи больным алгидными формами холеры: взвешивание больного, определение удельного веса плазмы, гематокрита. Введение солевых растворов в первые полтора часа осуществляется со скоростью 120 мл/мин в подогретом виде. В случае острой гипокалиемии проводить коррекцию содержания калия в плазме крови больного. Дальнейшее введение солевых растворов осуществляют по продолжающимся потерям.

При соблюдении вышеперечисленных мероприятий неблагоприятных исходов не наблюдали. Летальные исходы при холере обусловлены, главным образом, поздним поступлением и, соответственно, поздней регидратацией, либо нарушением принципов восстановления водно-электролитных потерь.

Анализируя случаи алгидных форм холеры убедились, что осложнения вызваны двумя причинами: при бурном течении холеры нередко развивается острейшая гипокалиемия, что вызывает парез кишечника. В этой связи при клинике явного алгида нет соответствующих видимых потерь, что дезориентирует врачей, и водно-электролитные нарушения не компенсируются должным образом. В таких случаях необходимо срочно компенсировать дефицит калия. Вторая причина летальных исходов – развитие острой почечной недостаточности (анурии). Для выведения больных из острой почечной недостаточности применяли нами разработанную методику – на фоне регидратации вводили до 800 мл реополиглокина, восстанавливающего терминальное кровообращение, в т.ч. в почечных канальцах, затем 20 – 30 мл зуфиллина и через 30 - 40 мин – до 120 мг лазикса. Во всех случаях применения разработанной нами методики эффект был позитивный.

Миронов И.Л., Ермакова Н.В.

ВЛИЯНИЕ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА НА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ДВУХВОЛНОВОГО ТЕЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

г. Челябинск, Россия

Как известно, в патогенезе вирусных инфекций большое значение имеет развитие интерферонового дефицита, так как от скорости включения системы интерферона в процесс противовирусной защиты организма зависят течение и исход заболевания. Таким образом, отсроченная или сниженная продукция эндогенных интерферонов может привести к хронизации или злокачественному прогрессированию вирусной инфекции.

Клинический особый вариант развития клещевого энцефалита (КЭ) представляет КЭ с двухволновым течением. При этом, схема заболевания выглядит следующим образом: инкубация, лихорадочная волна, мнимое выздоровление, вторая лихорадочная волна, выздоровление. Общеизвестно, что введение специфического иммуноглобулина не предупреждает развитие двухволнового течения КЭ.

Под нашим наблюдением находилось 290 пациентов в возрасте от 15 до 75 лет, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 140 больных лихорадочной формой КЭ, получавших традиционную терапию специфическим иммуноглобулином. Во вторую группу вошли 150 пациентов лихорадочной формой КЭ у которых указанное лечение было дополнено пероральным введением амиксина по 125 мг в первый и второй дни терапии, затем через день (на курс 6 таблеток). Этиологическая верификация диагноза КЭ осуществлялась методом ИФА. Для выявления специфических антител классов иммуноглобулинов М и G использовались тест-системы ЗАО «Вектор-Бест». Отбор больных осуществлялся методом случайной выборки. Пациенты групп сравнения были сопоставимы по возрасту и полу.

Как показали наши исследования, двухволновое течение КЭ в первой группе наблюдалось у 24,3% больных (34 человека, из них у 10 пациентов нами отмечено развитие второй лихорадочной волны, у 24 пациентов – серозного менингита). Продолжительность апирексии в течение 6-9 дней была у 59% больных, 3-5 дней – 26%, до 15 и более – у 15% больных. Нами отмечено, что на второй волне лихорадки температура тела у больных дос-

тигала максимальных цифр (38-39) на второй – третий дни от начала подъема и держалась в среднем 6 ± 2 дня. При манифестации на второй волне заболевания серозного менингита продолжительность лихорадочного периода составила $14,4 \pm 0,7$ дней. Кроме того, на второй волне лихорадки температура тела у больных была выше ($39,2 \pm 0,5$), чем на первой волне ($38,8 \pm 0,3$) в среднем на $0,5$ С.

Во второй группе пациентов двухволновое течение заболевания наблюдалось значительно реже – в 3 случаях (2%), когда на второй волне отмечено развитие серозного менингита. При этом продолжительность лихорадки у этих пациентов составила в среднем $4,1 \pm 2,2$ дня, а средняя температура – $38,4 \pm 0,4$ С.

Таким образом, проведенными клиническими исследованиями установлено, что включение амиксина в терапию КЭ способствовало резкому снижению частоты регистрации двухволнового течения КЭ.

Мирошниченко А.В., Канестри В.Г., Кравченко А.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВААРТ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

г. Москва, Россия

Обоснование. Проблема диагностики и терапии стадии острой ВИЧ-инфекции остается малоизученной. Вопрос об эффективности применения ВААРТ на этой стадии заболевания является дискуссионным.

Цель исследования. Определить эффект от использования короткого курса ВААРТ у пациентов на стадии острой ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 51 ВИЧ-инфицированный пациент на стадии острой инфекции (30 женщин и 21 мужчина). Возраст больных колебался от 17 до 47 лет, причем 92,2% составили лица до 35 лет. 94,1% обследованных пациентов инфицировались половым путем. В зависимости от исходного количества CD4-лимфоцитов и уровня РНК ВИЧ, а также клинических проявлений все пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили больные, получавшие ВААРТ в течение 3 месяцев (13 человек), вторую – больные, получавшие 6-месячный курс ВААРТ (16 человек), а третью – пациенты, не получавшие лечение (22 человека). ВААРТ состояла из комбинации комбивира (зидовудин и ламивудин) и неврирапина. Эффективность лечения оценивали по уровню РНК ВИЧ и содержанию CD4-лимфоцитов в периферической крови. Среднее содержание CD4-лимфоцитов (по медиане) составило $444 \pm 186,8$ клеток/мл, а уровень РНК ВИЧ (по медиане) – $4,65 \pm 0,75$ lg. При этом 23,1% больных из первой группы (3 человека) и 56,3% из второй группы (9 человек) имели высокий уровень вирусной нагрузки (>100 тыс. копий/мл).

Результаты. Через месяц наблюдения прирост количества CD4-лимфоцитов (по медиане) был примерно одинаков во всех трех группах и составил 108-122 клетки/мл. Уменьшение уровня вирусной нагрузки зафиксировали, прежде всего, в группах, где проводилась ВААРТ (на $1,62$ и $1,59$ lg в 1 и 2 группах соответственно). При этом у 53,8% пациентов 1 группы и у 28,6% пациентов 2 группы определяли низкий уровень РНК ВИЧ (<400 копий/мл). Все больные, не получавшие лечение, имели более высокий уровень вирусной нагрузки. Через 3 месяца от начала исследования прирост числа CD4-лимфоцитов составил 132, 81 и 79 клеток/мл, а уровень РНК ВИЧ снизился на $1,65$ lg, $2,07$ lg и $1,47$ lg в трех группах соответственно. Только у пациентов, получавших ВААРТ (17 человек) определяли низкий уровень вирусной нагрузки (63,6% и 91,7% в 1 и 2 группе соответственно). Через 6 месяцев лечения у всех больных 2 группы уровень РНК ВИЧ был менее 400 копий/мл. За 9 месяцев наблюдения содержание CD4-лимфоцитов (по медиане) возросло на 80, 86 и 66 клеток/мл, а вирусная нагрузка уменьшилась на $0,58$ lg, $0,77$ lg и $0,45$ lg (по медиане) в трех группах соответственно. Вместе с тем, у 4 из 7 пациентов, получавших терапию 3 месяца, к 9 месяцу наблюдения произошло существенное повышение уровня РНК ВИЧ.

Выводы. Предварительные результаты показывают, что продление ВААРТ больным острой ВИЧ-инфекцией до 6 месяцев оказывается более эффективным, особенно у пациентов с количеством CD4-лимфоцитов менее 350 клеток/мл и уровнем РНК ВИЧ более 100 тыс. копий/мл.

Михно Н.А.

ЛЯМБЛИОЗ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПАРАЗИТОЛОГИИ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

г. Калининград, Россия

С 1859 года, со времени первого описания лямблий и на протяжении многих последующих десятилетий велась дискуссия об их патогенной роли у человека. Ранее считалось, что эти простейшие существуют в организме человека на положении комменсалов, не нанося ему какого-либо вреда. В настоящее время лямблии относят к патогенным простейшим, вызывающим заболевание – лямблиоз. По оценке научной группы ВОЗ (1983 г.) лямблиоз отнесен к числу паразитарных болезней, имеющих наибольшее значение для общественного здравоохранения. Распространенность лямблиоза зависит от состояния питания, водоснабжения и санитарно-гигиенических навыков населения. По данным ВОЗ (1983, 1998 г.) доля инвазированных детей в мире достигает

15-20%, среди взрослого населения лямблии встречаются у каждого десятого жителя развивающихся стран и в 3-5% развитых. При скрининговом обследовании больных с различной патологией желудочно-кишечного тракта с помощью иммуноферментной тест-системы, антитела к лямблиям выявлялись у 42% пациентов (Л.М. Дедкова, 1998 г.). В официальных отчетах о заболеваемости лямблиозом в России приводятся цифры, как правило, на два порядка меньше. Например, в Ленинградской области в 2000-2002 гг. заболеваемость этим протозоозом составляла 35-52 на 100.000 населения.

В течение 2001-2003 гг. под нашим наблюдением в Светлогорском центральном военном санатории находилось 113 больных с впервые диагностированным у них лямблиозом. Среди них: 57 мужчины (50,5%), 48 женщин (42,5%) и 8 детей (7%) в возрасте от 7 до 14 лет. Большая часть больных (79 чел.) предъявляли жалобы, характерные для патологии со стороны желудочно-кишечного тракта. Все пациенты отмечали частые эпизоды ноющих болей средней и низкой интенсивности в различных отделах живота (чаще в эпигастральной области - 83%), которые в 75% случаев не были связаны с приемом пищи. В 85% случаев боли сопровождались неприятными ощущениями в правом подреберье. Ощущение тяжести отмечали 40% больных, ноющие боли, сопровождающиеся тошнотой - 45%. Интенсивные, приступообразные боли в проекции головки поджелудочной железы - 15%, иногда сопровождающиеся однократной рвотой. Очень часто (70%) в анамнезе больных были указания на неустойчивый стул, преимущественно со склонностью к запорам, практически в половине случаев (48%) отмечались эпизоды «непонятной» диареи.

В анамнезе этих пациентов имелись указания на ряд сопутствующих заболеваний. Диагноз хронического холецистита имело 18 больных (23%), синдром раздраженного кишечника - 46 (46%), доброкачественная гипербилирубинемия у 5 (6%), хронический панкреатит у 8 (10%), язвенная болезнь 12 перстной кишки у 10 (13%), хронический гастрит у 26 (34%) и у 6 пациентов (8%) – другие заболевания (дерматит и крапивница).

Другая часть больных (34 человека, 30%) никаких жалоб не предъявляла, однако в их периферической крови регистрировалась умеренная эозинофилия (до 12%) в связи с этим им было назначено паразитологическое исследование кала.

У всех больных при пальпации живота отмечалась болезненность в эпигастрии. В 82% - в правом подреберье (симптом Кера), в точке Кача у 62% больных; точке Де Жардена у 55% и в 70% случаев по ходу толстой кишки, особенно в зоне слепой и сигмовидной кишки.

ЭФГДС была выполнена 60 больным (53%). У подавляющего большинства пациентов выявлены морфологические (поверхностные, эрозивно-язвенные) и функциональные (недостаточность сфинктеров, рефлюксы) нарушения.

У больных с лямблиозом, при сопоставлении клинических проявлений с эндоскопическими данными отмечалось несоответствие скудной и неспецифической клинической симптоматики с яркой эндоскопической картиной. Таким образом, одним из часто встречающихся клинических признаков в течении лямблиоза у взрослых является феномен диссоциации между эндоскопическими и клиническими проявлениями заболевания.

Мицура В.М., Демчило А.П., Воропаев Е.В., Красавцев Е.Л., Жаворонок С.В.

СПЕКТР АНТИТЕЛ К ВИРУСУ ГЕПАТИТА С (НСV) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С (ХГС), ЕГО ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ДИНАМИКА ПРИ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ

г. Гомель, Беларусь

Целью исследования явилось изучение частоты выявления антител к различным белкам HCV (Core, NS3, NS4, NS5), а также анти-HCV IgM у больных ХГС, их прогностическое значение и динамика при получаемой интерферонотерапии.

Обследовано 176 больных ХГС, находившихся на стационарном лечении. Сыворотки крови этих больных исследовались методом ИФА на определение спектра антител к четырем белкам HCV (Core, NS3, NS4, NS5). У 142 больных также определялись антитела к HCV класса IgM (анти-HCV IgM). Проводилась качественная оценка результатов иммуноферментного анализа в соответствии с инструкциями по применению данных тест-систем («Спектр-4» и «ИФА-ВГС-IgM» фирмы «ИмБио», Нижний Новгород). Всего из 176 обследованных сывороток в 173 образцах (98,3±1,1%) были выявлены антитела к core-протеину (анти-core), в 171 образце (97,2±1,2%) – антитела к NS3 (анти-NS3), в 169 образцах (96,0±1,5%) – антитела к NS4 (анти-NS4), в 111 образцах (63,1±3,6%) – антитела к NS5 (анти-NS5). Анти-HCV IgM выявлялись у 69 из 142 больных (48,6±4,2%). По спектру выявляемых антител к HCV [анти-core, анти-NS3, анти-NS4, анти- NS5] больные разделились на несколько групп: 1) [+,+,+,+] – 105 человек (59,6±3,7%); 2) [+,+,+,-] – 57 (32,4±3,5%); 3) [+,+,-,-] – 7 (4,0±1,5%); 4) [+,-,+,+] – 4 (2,3±1,1%); 5) [-,+,+,+] – 2 (1,1±0,8%); 6) [-,-,+,+] – 1 (0,6±0,6%).

Интерферонотерапию получали 48 больных. Для выявления возможной связи между обнаружением специфических антител и исходом интерферонотерапии ретроспективно проанализирована частота выявления анти-

тел анти-NS5 и анти-HCV IgM до начала интерферонотерапии в зависимости от вирусологического ответа (отрицательный результат РНК HCV методом ПЦР) к завершению курса лечения. При этом из 48 больных вирусологический ответ (ВО) на терапию зарегистрирован у 16 (33,3%), а отсутствие вирусологического ответа (вирусологический неответ, ВН) – у 32 (66,7%). Антитела к NS5-белку HCV выявлялись у 28 из 48 больных (58,3%), анти-HCV IgM – у 22 из 48 (45,8%). Анти-NS5 до начала лечения выявлялись у 6 (37,5%) ответивших на терапию и у 22 (68,7%) не ответивших ($\chi^2=4,29$; $p=0,038$). Анти-HCV IgM определялись у 4 (25%) ответивших на терапию и у 18 (56,3%) не ответивших ($\chi^2=4,20$; $p=0,040$).

У 18 больных, получающих интерферонотерапию, определение антител к HCV проводилось в динамике: до назначения терапии и на ее фоне (через 3-9 месяцев). У всех больных были выявлены антитела к core-, NS3- и NS4- белкам HCV, которые сохранялись и в динамике. Антитела к NS5- белку выявлялись у 11 больных до начала терапии и сохранялись у тех же больных на фоне лечения. Анти-HCV IgM выявлялись у 8 из 18 больных перед курсом интерферонотерапии. При этом у 6 человек анти-HCV IgM продолжали выявляться и в динамике терапии, а у 2 антитела в динамике не выявлены (у обоих пациентов был достигнут вирусологический ответ к окончанию 12-месячного курса терапии). Из 10 пациентов, не имевших изначально анти-HCV IgM, у 5 в динамике они также не были выявлены, а у 5 – антитела стали позитивными (у 3 вирусологический ответ не был достигнут, у 2 был вирусологический ответ к окончанию 12 месячного курса терапии, однако у 1 из них вскоре после завершения курса терапии развился рецидив).

Таким образом, антитела к NS5 и анти-HCV IgM могут использоваться в качестве прогностических факторов эффективности интерферонотерапии. Изучение анти-HCV IgM в динамике интерферонотерапии позволяет оценивать эффективность лечения.

Моисеенко А.В., Кашуба Э.А., Орлов М.Д., Савин В.А., Сметанин А.Л.,
Крючков М.Я., Морозов Н.А., Крутецкий А.В., Гончарук Г.П.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ «В И С» С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

г. Тюмень, Россия

В последние годы отмечается рост числа случаев микст-гепатитов (В и С), сочетанных с ВИЧ-инфекцией, у лиц молодого возраста, что обусловлено довольно широким распространением среди наркоманов внутривенного способа введения наркотических препаратов и случайных половых контактов.

Представлены результаты изучения некоторых особенностей клинических и иммунологических показателей микст-гепатитов (В и С), сочетанных с ВИЧ-инфекцией в стадии первичных проявлений (2А и 2Б), у 47 больных молодого возраста (17-35 лет). Диагноз вирусного гепатита верифицирован методами ИФА и ПЦР. ВИЧ-инфекция подтверждена в ИФА и иммуноблоте «New LAW Blot-1». Эпидемиологический анализ позволил установить, что большинство (76,6%) обследованных вводило наркотические препараты внутривенно, реже (17,0%) имели случайные сексуальные связи, а у некоторых из них уточнить пути инфицирования не удалось. Легкое течение болезни наблюдалось у 55,3 %, среднетяжелое – у 42,6% и у одного больного заболевание протекало тяжело. Анализ социального положения обследованных больных позволил определить, что многие из них (74,5%) не имели постоянных занятий, учащихся средних специальных заведений было (21,3%) и 4,2% рабочих.

Сравнительный анализ показателей иммунного статуса наблюдаемых пациентов позволил выявить заметное снижение лимфоцитов ($1,82 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,001$), иммунокомпетентных клеток с фенотипом CD3 ($1,13 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,01$) и нейтрофилов ($2,70 \pm 10^9/\text{л}$; $p < 0,05$) по сравнению с аналогичными показателями нормы ($2,64 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$; $1,31 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$ и $3,39 \pm 0,11 \times 10^9/\text{л}$). Необходимо отметить, что в этот период у обследованных больных установлено заметное ($p < 0,001$) увеличение относительного и абсолютного числа лимфоцитов с фенотипом CD8 ($30,06 \pm 0,69\%$, $0,72 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$) по сравнению с контрольной группой ($25,07 \pm 0,46\%$, $0,55 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$)

Относительное ($28,35 \pm 0,31\%$) и абсолютное ($0,52 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$) количество мононуклеарных клеток с фенотипом CD4 достоверно ($p < 0,001$) уменьшено по сравнению показателей нормы ($38,52 \pm 0,41\%$ и $1,0 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$). В такой же степени ($p < 0,001$) снижено содержание В-лимфоцитов ($6,09 \pm 0,36\%$ и $0,1 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$) относительно контроля ($8,04 \pm 0,33\%$ и $0,15 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$).

Анализ концентрации иммуноглобулинов у больных микст-гепатитов (В и С), сочетанных с ВИЧ-инфекцией, позволил выявить тенденцию ($p > 0,05$) к повышению уровня IgA, концентрация IgM и IgG оказалась достоверно ($p < 0,001$) повышенной ($2,45 \pm 0,25$ г/л и $13,37 \pm 0,27$ г/л) по сравнению с нормой.

Установлено значительное ($p < 0,001$) увеличение содержания средне- и низкомолекулярных циркулирующих иммунных комплексов ($30,83 \pm 1,16$ оп.ед. и $135,3 \pm 3,96$ оп.ед.; $p < 0,01$) по сравнению с нормой ($20,81 \pm 0,80$ оп.ед. и $91,80 \pm 2,01$ оп.ед.). Уровень крупномолекулярных ЦИК не отличалось ($p < 0,05$) от нормы ($6,75 \pm 0,043$ оп.ед.).

Показатели спонтанного варианта NST-теста достоверно ($p > 0,01$) увеличивались ($16,21 \pm 1,27\%$) по сравнению с нормой ($11,39 \pm 0,54\%$), а показатели уровня стимулированного варианта NST-теста ($28,34 \pm 2,45\%$) не отличались ($p > 0,05$) от значений контрольной группы.

В заключение следует отметить, что течение микст-гепатитов (В и С) на фоне ВИЧ-инфекции часто носит малосимптомный характер, относительно редко (44,7%), завершается выздоровлением с нормализацией функциональных проб печени и на фоне сопутствующей патологии формируют группу риска хронизации болезни.

Моргацкий Н.В., Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Иванова М.В., Карасев В.В.

СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕРО -ПРОФИЛАКТИКИ И - ТЕРАПИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

Проблема клещевого энцефалита является актуальной в связи с ростом заболеваемости, инвалидизации и формирования хронических форм. В настоящее время в России общепринятым подходом к профилактике и терапии клещевого энцефалита является применение гомологичного специфического иммуноглобулина, однако, единой точки зрения по данному вопросу нет. С одной стороны предполагается, что использование специфических антител способствует нейтрализации вируса, но с другой - введение высоких доз специфических антител оказывает супрессивное действие на собственный гуморальный иммунный ответ, изменяя нормальное течение инфекционного процесса. Целью данного исследования явилась скрининговая оценка клинической эффективности серопротекции и серотерапии клещевого энцефалита у 139 детей (95 мальчиков и 44 девочек), госпитализированных в клинику нейроинфекций НИИДИ в 1994-2003 гг. В ходе исследования установлено, что у больных, получивших иммуноглобулин с целью серопротекции ($n=82$) и у пациентов контрольной группы ($n=57$), которым иммуноглобулин не вводился ввиду позднего обращения, развивался клещевой энцефалит идентичный по тяжести течения и формам, причем сроки введения иммуноглобулина (1, 2 или 3 день с момента укуса клеща) не оказывали влияния на течение инфекционного процесса. Поскольку для лечения клещевого энцефалита применялись различные схемы введения специфического иммуноглобулина в зависимости от клинической формы заболевания для оценки эффективности больные были разделены на 3 группы: 1-я группа - 112 человек, которым противоклещевой иммуноглобулин вводился в низкой дозе до 3,0 мл; 2-я группа - 14 человек, получивших иммуноглобулин в дозе 0,1 мл на кг массы тела; 3-я группа - 13 человек, которым противоклещевой иммуноглобулин не применялся в связи с поздними сроками поступления больного или установления диагноза. Анализ полученных результатов показал, что клиническое течение клещевого энцефалита не зависело ни от сроков начала введения иммуноглобулина с лечебной целью, ни от курсовой дозы препарата. При введении иммуноглобулина как в 1-е, 2-е, так и на 3 сутки заболевания в дозах как до 3,0 мл, так и до 22,0 мл, в зависимости от клинических форм, не выявлено различий в длительности лихорадки, интоксикации, менингеальных проявлений, нормализации крови и санации ликвора, а также в продолжительности пребывания больных в стационаре. Также не установлено достоверной разницы в исходах заболевания при применении противоклещевого иммуноглобулина в различных дозах. У пациентов с клещевым энцефалитом как полное выздоровление, так и наличие неврологического дефицита имело место с одинаковой частотой при различных схемах иммунотерапии, а хронизация процесса развивалась у больных, не получавших серотерапию, или получавших низкие дозы иммуноглобулина. Таким образом, эффективность применения специфического иммуноглобулина для экстренной профилактики сомнительна, поскольку не предотвращается развитие клещевого энцефалита, а назначение специфических антител с целью терапии не облегчает течение заболевания, что является основанием для разработки новой тактики ведения этих пациентов.

Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А.

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА, ИНТЕРФЕРОНА И ИММУНИТЕТА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

г. Уфа, Россия

Целью работы явилось изучение связи в функционировании системы гемостаза (тромбоциты) ИФН и иммунитета (цитокины ИЛ-1, ФНО- α) у больных ГЛПС.

Нами изучены показатели гемостаза, ИФН статуса и иммунитета у 40 больных ГЛПС (из них 25 – со средне-тяжелой и 15 - тяжелой формой болезни) общепринятыми лабораторными методами.

При среднетяжелом течении ГЛПС в олигурический период выявлена выраженная тромбоцитопения, в динамике их количество повышалось, однако и к выписке не достигло нормы ($p < 0,05$). Тромбоцитопения сопро-

вождалась значительной активацией их агрегационной способности, в периоде олигурии она превышала норму в 3 раза, постепенно снижаясь, в стадии выздоровления нормализовалась.

У больных тяжелой формой ГЛПС в олигурическом периоде количество кровяных пластинок было в 2 раза ниже нормы, и в периоде реконвалесценции сохранялся достоверно низкий их уровень ($p < 0,01$). Снижение количества тромбоцитов сопровождалось значительной стимуляцией их агрегационной способности: в 3,5 раза больше нормы в разгар болезни, в 2 раза - в периоде полиурии и 1,5 раза - в стадии выздоровления.

Развитие ГЛПС сопровождалось существенным повышением уровня сывороточного ИФН с одновременным угнетением α - и γ -ИФН-продуцирующей способности лейкоцитов периферической крови. При этом наблюдалось более выраженное снижение образования γ -ИФН. К моменту выписки из стационара при среднетяжелой и тяжелой форме ГЛПС полного восстановления функционирования системы ИФН не наступило. Также ранее нами было выявлено, что у пациентов среднетяжелой и тяжелой формой ГЛПС регистрировалось значительное повышение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ФНО- α) в ранние (олигурический и полиурический) периоды болезни у больных среднетяжелой и тяжелой формой ГЛПС, в стадии выздоровления их значения снижались до нормы.

Нами изучены корреляционные связи в функционировании указанных систем. Уровень провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-1) находился в обратной сильной взаимосвязи с содержанием тромбоцитов как при среднетяжелой, так и при тяжелой форме ГЛПС в разгар болезни ($r = -0,657$; $p < 0,01$ и $r = -0,944$; $p < 0,001$, соответственно) и в периоде полиурии ($r = -0,762$; $p < 0,01$ и $r = -0,580$; $p < 0,05$, соответственно). В стадии выздоровления средней силы обратная связь сохранялась при среднетяжелом течении болезни. Была выявлена в разгар болезни сильная ($r = -0,860$; $p < 0,01$ при среднетяжелой и $r = -0,627$; $p < 0,05$ при тяжелой форме ГЛПС), в периоде полиурии средней силы обратная связь между уровнем сывороточного ИФН и количеством тромбоцитов. Выявленная связь, по-видимому, обуславливается опосредованными эффектами ИФН. В-лимфоциты, макрофаги/моноциты продуцируют α - и β -интерфероны, которые в свою очередь, помимо противовирусного действия, активизируют макрофаги, синтезирующие провоспалительные цитокины. Цитокины, действуя аутокринно, усиливают цитотоксическую и киллерную активность макрофагов и опосредованно оказывают прокоагулянтный эффект. На развивающиеся иммунные и воспалительные реакции на стенке мелких сосудов реагируют и тромбоциты, повышая адгезивную и секреторную способности. Каскад иммунных и воспалительных реакций при развитии ГЛПС обуславливает нарушения в системе гемостаза. Основываясь на полученных данных, можно полагать, что иммунитет, неспецифическая резистентность, включая систему ИФН и гемостаз, составляют единую клеточно-гуморальную систему защиты организма.

Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Мамон А.П., Мухаметов Р.Я., Хусаинова Ф.М.

ЙОДАНТИПИРИН И СИСТЕМА ИНТЕРФЕРОНА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

г.Уфа, Россия

Нами проводилось изучение терапевтической эффективности йодантипирина (1-фенил-2,3-диметил-4 йодпиразолон-5) при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС). Препарат обладает противовирусным и интерферогенным действием и выпускается ООО «Наука. Техника. Медицина» (г. Томск).

У 74 больных, из них 56 - со среднетяжелым и 18 - с тяжелым течением ГЛПС, наряду с общепринятой терапией, было проведено лечение йодантипирином (основная группа). Контрольная группа - 47 пациентов (29 - со среднетяжелой и 18 - с тяжелой формой болезни) получала стандартную терапию.

Препарат назначали рано, не позднее 5 дня болезни, перорально, после еды, по 0, 2 (2 таблетки) 3 раза в день в течение 4 дней, затем по 0, 1 (1 таблетка) 3 раза в день в течение следующих пяти дней. Противопоказанием для назначения йодантипирина были индивидуальная непереносимость йода и гиперфункция щитовидной железы. Для оценки лечебной эффективности препарата, помимо клинических параметров, использовали показатели системы интерферона (ИФН) (сывороточный ИФН, продукция α - и γ -ИФН лейкоцитами крови при индукции вирусом болезни Ньюкасла (1 ЦПЕ/мл) и стафилококковым энтеротоксином А (0,1 мкг/мл) до и после лечения йодантипирином и перед выпиской из стационара (в контрольной группе в эти же сроки). Титрование активности ИФН проводили микрометодом на клетках СПЭВ (сывороточный и α -ИФН) и перевиваемых клетках L-41 (γ -ИФН) против вируса везикулярного стоматита.

При сопоставлении динамики клинических проявлений болезни в сравниваемых группах при среднетяжелом и тяжелом течении ГЛПС было установлено, что при раннем применении препарата отмечалось достоверное ($p < 0,05$) уменьшение длительности лихорадки, головных болей и болей в пояснице (в среднем на 2 дня). Переносимость йодантипирина в целом была удовлетворительной. Однако при тяжелом течении ГЛПС у 1/3 пациентов прием препарата оказался невозможным из-за выраженных диспепсических явлений, развивающихся в разгар болезни. У больных основной группы при среднетяжелом течении ГЛПС в олигоанурическом периоде было выявлено достоверное снижение пиковых показателей креатинина и мочевины в крови ($p < 0,05$).

Нами изучалось функционирование системы ИФН у больных сравнимых групп. При среднетяжелой форме ГЛПС применение йодантипирина способствовало достоверному повышению титра сывороточного ИФН в разгар болезни с последующим снижением до значений группы здоровых лиц в периоде выздоровления и стимуляции α - и γ -интерфероногенеза в динамике болезни с нормализацией их в стадии реконвалесценции. При тяжелом течении заболевания темпы восстановления функций ИФН системы были существенно замедлены и к выписке значения стимулированного α - и γ -ИФН значительно отставали от нормы, хотя были достоверно выше, чем в группе сравнения, также сохранялся высокий показатель циркулирующего ИФН в обеих группах.

Таким образом, раннее применение йодантипирина у больных среднетяжелой формой ГЛПС способствовало значительной стимуляции системы ИФН и положительному клиническому эффекту. При тяжелой форме болезни отмечалось умеренное воздействие препарата на интерфероногенез, также на обратное развитие некоторых клинических проявлений заболевания. Полученные данные позволяют обосновать целесообразность включения йодантипирина в комплексную терапию больных со среднетяжелой, при отсутствии диспепсического синдрома ограниченному контингенту (2/3) пациентов с тяжелой формой ГЛПС в ранние сроки болезни, учитывая отсутствие токсичности и дешевизну препарата.

Мухин В.Ф., Болехан В.Н., Карапац М.М., Буланьков Ю.И.

ПОДГОТОВКА МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

г. Санкт-Петербург, Россия

Министром обороны России при утверждении Комплексной программы по предупреждению распространения в Вооруженных Силах РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), была поставлена задача разработать новые санитарно-просветительные материалы по нравственному, половому воспитанию и формированию навыков здорового образа жизни у личного состава Вооруженных сил (ВС).

Ранее военно-медицинская служба ВС России неоднократно разрабатывала, издавала и направляла в войска и медицинские учреждения санитарно-разъяснительные и методические материалы по профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. Расширение эпидемии ВИЧ-инфекции в России, особенности ее развития и проявлений вызвали необходимость пересмотра отдельных подходов к профилактике этого заболевания, в частности, санитарному просвещению в ВС.

В ходе реализации Комплексной программы разработан ряд санитарно-просветительных материалов, включающий буклет, выставку цветной печати, брошюру и памятку по профилактике ВИЧ-инфекции.

Для более полного усвоения и простоты восприятия информации нами был использован методический подход подачи материалов в виде вопросов и ответов на них. Брошюра, составленная в форме вопрос-ответ, предназначена для военнослужащих по призыву и контрактной службы. Информация, изложенная на страницах этой разработки, представляет интерес также для офицерского состава и членов семей военнослужащих. Материалы включают несколько наиболее важных профилактических и воспитательных аспектов: понятие о безопасном сексуальном поведении; обоснование необходимости применения индивидуальных средств профилактики; доказательства связи между риском заболевания ВИЧ-инфекцией, наркоманией и употреблением алкоголя.

Выставка включает содержательную часть, рисунки, заглавные и пояснительные тексты, в которых изложены сведения о ВИЧ/СПИДе, распространении ВИЧ в стране и ВС, действие ВИЧ на организм, пути заражения и передачи болезни, сведения о группах риска и обстоятельствах заражения, стадии и основные клинические проявления болезни, способы защиты от заражения личного состава и медицинского персонала, общие меры профилактики и порядок их проведения, правовые аспекты, связанные с ВИЧ-инфекцией. Выставка проиллюстрирована специально подобранными рисунками и цветными фотографиями, дополняющими и раскрывающими содержание кадров. Ее можно использовать как для самостоятельного изучения, так и для проведения занятий по профилактике ВИЧ-инфекции, при оборудовании тематических стендов в местах размещения войск. Коллективом авторов также подготовлены буклет «Что надо знать о СПИДе» и памятка «Как предупредить заражение ВИЧ/СПИД», которые предназначены для экспресс-информирования военнослужащих по интересующей проблеме.

Мысливец Ю.Э. Вечелковский Ю.Л.

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

г. Кемерово, Россия

Определённую опасность для беременных женщин представляют герпетические инфекции в случае их активизации. Одним из критериев их активности являются показатели ИФА. Нами обследована группа из 159 беременных женщин на сроках беременности от 12-ти до 25 недель. Определялись IgM и IgG в сыворотке методом

ИФА к герпесу 1,2. Параллельно обследовались 377 не беременных женщин. Группы были примерно одинаковы по возрастному составу (18 – 36 лет). Ни в одном случае не выявлены IgM. IgG в титре 1:100 выявлены у 1,3% беременных и у 5,6% контрольной группы, 1:200 соответственно у 5 и 18,6; 1:400 - 17,0 и 36,9; 1: 800 - 41,5 и 23,3; 1:1600 - 22,6 и 12,2; 1:3200 - 10,1 и 3,4; выше 1:3200 обнаружены только у беременных в 2,5%.

По нашим данным относительно низкие титры (до 1:400) типичны для небеременных женщин - 61,1%, тогда как эти показатели не часто сопровождают беременность - 23,3%. Высокие титры (1: 800 – 1:3200), напротив, чаще (76,6%) регистрировались у беременных, чем в контрольной группе (38,9%). Лишь у 23,3% беременных женщин титры IgG не превышают 1 : 400, тогда как у не беременных это отмечено у 61,1%. Высокие титры (выше 1 : 800) значительно чаще (79,2%) регистрировались у беременных, чем в сопоставляемой группе (38,9%) Факт нарастания титров антител достоверно чаще (62,3%) выявлялся у беременных, чем в контрольной группе (13,4%).

Полученные данные позволяют считать, что сама беременность может быть причиной повышения титров антител к герпетической инфекции, что повышает риск активизации данного вируса. Эти же группы женщин параллельно были обследованы и на цитомегаловирусную (ЦМВ) инфекцию. IgM тоже не были выявлены. Статистически достоверного различия в титрах IgG к ЦМВ инфекции в обследованных группах не обнаружены, хотя самый низкий титр (1:100) у беременных регистрировался несколько чаще (32,6% против 13,0%).

Таким образом, активизация герпетической инфекции представляет большую опасность для беременности, чем ЦМВ.

Набиева У.П., Касымов И.А.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА У ДЕТЕЙ

г. Ташкент, Узбекистан

Проблема острых кишечных инфекций, в числе которых сальмонеллезы, дизентерия, брюшной тиф все еще остается актуальной для Центрально Азиатского региона. Течение инфекционных заболеваний, клинические проявления, осложнения, исходы находятся в прямой зависимости от возраста детей.

Учитывая вышеизложенное нами была изучена клиническая картина спорадических случаев брюшного тифа у детей. Под нашим наблюдением находились 76 детей в возрасте от 3 лет до 14 лет. Все дети нами были условно разделены на 3 группы: I группу составили 4 ребенка в возрасте 1-3 года, II группу – 25 детей 4-7 лет, а III группу – 47 детей 8-14летнего возраста.

Начало заболевания в 78,9% случаев было острым, а в 21,1% случаях постепенным ($P<0,001$). Причем у всех детей I группы начало было острым, а у детей II и III групп острое начало наблюдалось в 68,0% и 85,1% случаев соответственно. Разница показателей острого и постепенного начала заболевания во II и III возрастных группах была достоверной ($P<0,01$ и $P<0,001$ соответственно).

Общая слабость, лихорадка, бледность кожных покровов, приглушенность сердечных тонов, плохой аппетит встречаются в 100% случаях как во II, так и в III группах. Нарушение сна по нашим наблюдениям коррелирует с возрастом больных: чем младше больной, тем чаще встречается этот признак (75,0% - в I группе, 64,0% - в II группе, 51,1% - в III группе).

Розеолезная сыпь, один из классических симптомов брюшного тифа наблюдался лишь у больных II и III (32,0% и 25,5% соответственно) ($P>0,05$). Сыпь в основном появлялась на 2-ой неделе заболевания. Причем высыпания у детей II группы держались примерно в 1,5 раза дольше, чем у детей III группы (7,4 и 5,0 дней, соответственно), и разница приведенных показателей достоверна ($P<0,02$).

Если же рассматривать изменения со стороны ССС, то выявляется, что относительная брадикардия чаще наблюдается у детей III группы (31,9% случаев), чем у детей II группы (12,0% случаев). Также и систолический шум на верхушке сердца достоверно ($P<0,05$) чаще наблюдался у детей III группы (23,4% случаев против 12,0% у детей II группы).

В процессе изучения клинических проявлений брюшного тифа со стороны желудочно-кишечного тракта, отмечено, что запор, как и другие признаки ваготонии (такие как относительная брадикардия, гипотония) достоверно ($P<0,05$) чаще встречался у больных детей III группы (55,3% случаев), чем у больных детей II группы (32,0% случаев). А жидкий стул достоверно ($P<0,05$) чаще отмечен среди детей II группы (68,0%), чем среди детей III группы (42,6%). У детей II группы гепатомегалия (92,0% случаев) встречается достоверно чаще ($P<0,01$), чем у детей III группы (78,7% случаев). Легкое течение заболевания отмечалось у 3,9% больных, среднетяжелое у 53,9% больных, а тяжелое течение наблюдалось у 40,7% больных. По отдельным возрастным группам существенных отличий ($P>0,05$) не выявлено. Осложнения наблюдались у детей старше 3-х лет. Со стороны органов брюшной полости - перфорация кишечника у 1 (4,0%) больного II группы и у 1 (2,1%) больного III группы.

Таким образом течение брюшного тифа у детей имеет некоторые особенности связанные с разным уровнем функционирования и анатомической зрелости разных органов и систем, в частности вегетативной нервной системы, иммунной системы и др.

Набока Ю.Л.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ И ПАПИЛЛОМНЫХ ВИРУСОВ В БИОПТАТАХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

г. Ростов-на-Дону, Россия

Инфекционно-воспалительные заболевания органов мочевой системы у детей являются одной из актуальных проблем детской урологии и характеризуются этиологической многофакторностью. Полностью неизученной остается проблема инфицирования герпетическими и папилломными вирусами паренхимы почек при описываемой патологии.

Цель исследования – изучение роли герпетических и папилломных вирусов в генезе обструктивной урологической патологии у детей.

Были обследованы 34 ребенка, которым проводили нефрэктомии в терминальной стадии обструктивного процесса в почке, чаще обусловленного гидронефротической трансформацией вследствие обструкции лоханочно-мочеточникового и пузырно-мочеточникового сегментов, пузырно-мочеточникового рефлюкса, а также инфравезикальной обструкции. Участки коркового и мозгового слоев почек иссекали сразу после нефрэктомии. Вирусы простого герпеса I типа (HSV1), второго типа (HSV2), цитомегаловирусы (CMV), вирусы Эпштейна-Барр (EBV), папилломавирусы (HPV) определяли с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР), используя при этом коммерческие ПЦР-диагностические наборы производства АО «ДНК-Технология», «Диа-Лат», «Литех» (Москва).

Проведенные исследования показали отсутствие вирусов в биоптатах в 14 случаях (41,2%). У 20 (58,8%) больных исследуемые патогены присутствовали в монокультуре и в ассоциациях. Вирусы были обнаружены в моноварианте у 14 (41,2%) больных, в том числе у 8 детей – HPV, персистирующие в корковом и мозговом слоях паренхимы почек, у 6 детей – EBV, находившиеся или в корковом или мозговом слое.

Чаще у больных с обструктивной урологической патологией в паренхиме почек присутствовали HPV (50,0%) и EBV (40,0%), реже - HSV2 и CMV. Вирусы простого герпеса I типа у всех обследуемых обнаружены не были. У 6 (17,6%) больных исследуемые патогены выделяли в 2- и 3-компонентных ассоциациях: HSV2+CMV и HSV2+EBV+HPV.

Таким образом, в паренхиме почек у детей с обструктивной урологической патологией доминировали вирусы папилломы человека и вирусы Эпштейна-Барр, что утяжеляло и пролонгировало клиническое течение заболевания. Это обстоятельство необходимо учитывать при назначении адекватной комплексной терапии, включающей также противовирусные препараты.

Навроцкий А.Н., Басова Л.С., Власова М.А.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

г. Омск, Россия

Из известных к настоящему времени возбудителей вирусных гепатитов (ВГ) способность вызывать хроническое поражение печени у человека доказана для вирусов гепатитов В (HBV), С (HCV) и D (HDV), медико-социальная значимость которых с годами возрастает. Это обусловлено высоким экономическим ущербом, развитием тяжелых последствий в виде цирроза и гепатокарциномы, отсутствием высокоэффективных и доступных средств этиотропной терапии. Особое значение проблема ВГ приобретает при заражении медицинского работника.

Цель работы. Дать оценку эпидемиологической ситуации по хроническим ВГ (ХВГ) среди сотрудников лечебных учреждений (ЛУ) г. Омска.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ случаев ХВГ у медицинских работников по материалам ЦГСЭН в г. Омске и ГИКБ № 1.

Результаты исследования. Регистрация случаев впервые выявленных ХВГ у медработников в г. Омске ведется с 2000 г., когда инцидентность составила 12,50/0000 (по 6,250/0000 для ХВГВ и ХВГС) и была в 2,7 раза ниже среднероссийской (33,40/0000). В последующие годы показатели заболеваемости медиков отражали популяционную динамику, однако темпы роста были таковы, что к 2003 г. заболеваемость медицинского контингента ХВГВ и ХВГС превысила городскую уровень в 2,1 раза и составила 64,20/0000 и 96,20/0000 соответственно. Структура пациентов ГИКБ № 1 отражает эпидемиологическую обстановку по ВГ среди трудоспособного населения города. За период 1999-2003 г.г. в стационаре было пролечено 35 сотрудников ЛУ, в т.ч. 7 человек с

ХВГВ, 18 с ХВГС, 8 с ХВГ смешанной этиологии и 2 сотрудника с неverifiedированными ХВГ. Среди микст-форм встречались следующие сочетания: HBV/HCV – 5 человек, HBV/HDV – 2 и HBV/HDV/HCV – 1 человек. Большинство заболевших составляли женщины – 30 человек. В возрасте от 20 до 39 лет находились 25 человек, от 40 до 49 лет – 6 и от 50 до 59 лет – 4 человека. Преобладающей профессиональной группой являлся средний медперсонал – 20 работников. Врачи и младший медперсонал представляли значительно меньшее число – 8 и 7 человек соответственно. Чаще других заболевали сотрудники лабораторий (4 человека), ОРИТ и хирургии (по 3 человека), скорой помощи и инфекционных отделений (по 2 медработника). Единичные случаи зарегистрированы среди персонала гематологических, дерматовенерологических, стоматологических, эндоскопических и различного профиля терапевтических отделений. Основным резервуаром инфекции, по праву, считаются больные «латентными» формами ВГ, выявляемые среди медиков, в основном, по итогам ежегодного иммуносерологического тестирования. С 2001 г. по 2003 г. число вновь выявленных «носителей» HBsAg и/или а-HCV снизилось в 2 раза, а показатели инцидентности в 2003 г. составили 70,60/0000 и 125,10/0000 для HBsAg- и а-HCV - «носителей» соответственно. Несмотря на это распространенность HBV-и HCV-инфицирования в группе работников ЛУ значительно превышает среднегородские показатели. Так, в 2003 г. значения превалентности «носительства» HBsAg составили 359,20/0000, а а-HCV – 304,70/0000, что превысило соответствующие показатели среди городского населения в 7,8 и 2,2 раза.

Выводы. Высокие показатели распространенности маркеров ВГ, рост заболеваемости ХВГ, высокий удельный вес смешанных форм среди медиков г. Омска диктуют необходимость совершенствования системы эпидемиологического надзора, проведения активной разъяснительной работы среди медиков по вопросам ранней диагностики ВГ, диспансерного наблюдения медперсонала с различными формами ХВГ и применения различных мер профилактики, в первую очередь вакцинации.

Нагашян О.З.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСОБО ОПАСНЫХ ЦЕСТОДОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

г. Ереван, Армения

За последнее десятилетие широкое распространение в Армении получили такие зоонозные цестодозы как цистицеркоз крупного рогатого скота и свиней, эхинококкоз, дипилидиоз и церебральный ценуроз.

Цистицеркоз свиней и человека (нейроцистицеркоз) в настоящее время достаточно широко распространен в сельской местности и практически не диагностируется. Тениоз диагностируется чаще однако несоблюдение правил дегельминтизации больных людей во многом способствует распространению данного заболевания среди промежуточных хозяев – свиней и последующему заражению населения.

В настоящее время в республике широко распространен также цистицеркоз крупного рогатого скота и, как следствие тениаринхоз человека, до недавнего времени исходя из клинического проявления ошибочно считавшийся одной из наименее патогенных инвазионных болезней. Однако, согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения возбудитель заболевания – *Taenia hydatosa*, цепень длиной до 10 м., оказывает на организм хозяина гораздо более глубокое и разностороннее воздействие, нежели предыдущий возбудитель – *Taenia solium*.

Распространение данных заболеваний в нашей республике обусловлено децентрализованным убоем крупного рогатого скота и свиней без надлежащего ветеринарно-санитарного контроля, а также отсутствием условий, необходимых для утилизации зараженных туш. Помимо этого, распространению болезней способствуют неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия в населенных пунктах, дороговизна энергоносителей и практически полная неосведомленность населения о данных заболеваниях.

Для борьбы с тениозом и тениаринхозом в развивающихся странах были разработаны и внедрены краткосрочная и долгосрочная программы. В их основе лежит разработка соответствующего законодательства и усиление ветеринарно-санитарного надзора в отношении продуктов животноводства.

Следующий не менее опасный цестодоз – эхинококкоз. Широкому распространению данного заболевания способствует резкое увеличение количества домашних и бродячих (безнадзорных и условно поднадзорных) собак, а также диких животных семейства *Canidae* беспрепятственный ввоз в республику животных из зарубежных стран, а также отсутствие мероприятий по учету количества собак, равно как и плановых ветеринарных профилактических мероприятий. Ввиду отсутствия мясокомбината убой животных производится в непригодных для данных целей местах, без надлежащего ветеринарного контроля. Отсутствуют условия для централизованного сбора и утилизации пораженных органов, что создает беспрепятственный доступ к ним собак и синантропных грызунов. Торговые объекты превратились в своеобразные антропоургические микроочаги эхинококкоза в республике.

Наиболее рациональная программа по борьбе с эхинококкозом была разработана в 1971 году на Кипре. В рамках данной программы были организованы истребление бродячих собак, обязательная стерилизация сук и

регулярная дегельминтизация домашних и служебных собак ареколином с 45-дневными интервалами. Установлен жесткий ветеринарный контроль над убоем животных и реализацией продуктов животноводства. Кроме того, население ознакомлено с правилами личной гигиены и социальной профилактики эхинококкоза.

Настало время, когда ветеринарные и здравоохранительные органы Армении совместными усилиями должны наконец вплотную заняться решением актуальной проблемы предохранения населения от зоонозных цестодозов.

Нагоева М.Х.

ИЗУЧЕНИЕ ФАГОЦИТАРНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ С ПОМОЩЬЮ НСТ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ АНГИНОЙ

г. Нальчик, Россия

Известно, что НСТ-тест дает информацию о степени функционального раздражения нейтрофилов периферической крови *in vivo* под влиянием возбудителей инфекционных заболеваний (Б.С. Нагоев, 1986, 1992). Стимулированный НСТ-тест основан на воздействии антигена на лейкоциты *in vitro* до их контакта с нитросиним тетразолием и показывает готовность нейтрофильных гранулоцитов к завершённому фагоцитозу (Wodman et al., 1995). В связи с этим изучена активность спонтанного и стимулированного бактериальным эндотоксином НСТ - теста у 54 больных бактериальными ангинами в возрасте 16-60 лет. В числе больных у 20 диагностирована лакунарная, у 22 фолликулярная и у 12 флегмонозно-некротическая ангина. Активность спонтанного НСТ-теста определяли по Stuart с соавт. (1975) в модификации Б.С. Нагоева (1983), стимулированного с помощью эндотоксина и живой культурой стрептококков НСТ-теста по В.И. Покровскому и Б.С. Нагоеву.

В результате проведенных исследований у больных бактериальной ангиной обнаружено закономерное и достоверное возрастание активности НСТ-теста лейкоцитов с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В период угасания клинических симптомов, параллельно улучшению общего состояния, снижению лихорадки, уменьшению интоксикации, болей в горле, наблюдалось достоверное снижение активности НСТ-теста с приближением уровня тетразолиевого теста к норме в период реконвалесценции. При этом показатели активности НСТ-теста зависели от стадии, степени тяжести заболевания и характера деструктивных изменений в миндалинах. У больных с тяжелой ($49 \pm 1,8$ ед.) и среднетяжелой ($38 \pm 2,0$ ед.) формой заболевания, выявлено было выраженное повышение активности НСТ-теста, чем при легкой форме заболевания ($20 \pm 1,9$ ед.). У больных флегмонозно-некротической формой деструктивного процесса в миндалинах отмечено резкое возрастание активности НСТ-теста ($52 \pm 1,8$ ед.), при лакунарной ($44 \pm 2,3$ ед.), фолликулярной ($30 \pm 2,0$ ед.) формах наблюдалось умеренное возрастание и небольшое повышение активности тетразолиевого теста обнаружено при катаральной форме ($20 \pm 1,9$ ед.). При проведении стимуляции лейкоцитов с помощью бактериального эндотоксина и живой культурой стрептококков, отмечено резкое увеличение показателей НСТ-теста по сравнению со спонтанным тестом. Так, тетразолиевая активность была повышена соответственно в 1,8 и 2 раза по сравнению со средней величиной соответствующих показателей спонтанного и стимулированного НСТ-теста, которые под влиянием антибиотикотерапии и дезинтоксикационной терапии заметно снижались. На 4-6 дни болезни уровни индуцированного НСТ-теста продолжали достоверно возрастать, превышая соответствующие уровни спонтанного НСТ-теста в 2,0-2,2 раз. На 7-14 дни болезни показатели стимулированного теста достоверно снижались, однако нормализация показателей стимулированного эндотоксином НСТ-теста происходит в периоде поздней реконвалесценции.

Таким образом, изучение фагоцитарной активности лейкоцитов у больных бактериальной ангиной с помощью определения спонтанного и стимулированного НСТ-теста выявило закономерное возрастание активности тетразолиевого теста, зависящее от стадии, степени тяжести, клинической формы и характера деструктивных изменений в миндалинах, а также полноты выздоровления. Причину повышенных значений спонтанного НСТ-теста в периоде угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции можно связать с циркулирующей в крови иммунных комплексов. Высокие показатели спонтанного и стимулированного НСТ-теста в динамике заболевания бактериальной ангиной свидетельствуют о значительных потенциальных возможностях нейтрофильных лейкоцитов в выполнении такой важной функции, как фагоцитарная.

Наумов Б.П., Суздальцев А.А., Зотова Л.М., Трошкина Н.П.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Самара, Россия

Заболеваемость вирусным гепатитом С в Самарской области в течение ряда лет остается высокой, хотя в последние годы и отмечается тенденция к её снижению. Так, максимальные показатели заболеваемости вирусным

гепатитом С в 1999 году составили 38,15 на 100 тыс. населения (в Российской Федерации 19,3 на 100 тыс.). К 2002 году этот показатель составил 6,49 на 100 тыс. населения (в Российской Федерации – 7,16 на 100 тыс.). В эпидемический процесс вовлечены преимущественно лица мужского пола (74 %) в возрасте 15-30 лет из числа городского населения.

Среди детей в возрасте до 14 лет также отмечается снижение заболеваемости с 5,52 на 100 тыс. населения в 1999 году до 2,05 на 100 тыс. в 2002 году. Путь передачи возбудителя преимущественно парентеральный – гемоконтактный – 57,3%, а также половой – 20,8%, неизвестен в 21,9% случаев.

Актуальным является профессиональное заражение. В период с 1996 по 2003 годы в инфекционную клинику было госпитализировано 114 медицинских работников с вирусным гепатитом С, из них врачи составили 32,5%, медицинские сестры и специалисты лабораторных отделений – 35,1%, студенты медицинского университета – 2,6%. В структуре заболеваемости преобладали хронические формы.

Причиной инфицированности в 70,6 % случаев является профессиональная деятельность (через контаминированный медицинский инвентарь, случайные порезы, уколы иглами), в 10,8 % медицинские вмешательства (в эпидемиологическом анамнезе указания на экстракцию зуба, оперативные вмешательства, гемотрансфузии в течение последних 6 месяцев), в 2,9% - половой, в 1,5% - внутривенное введение наркотиков, в 14,2% случаев причина не установлена. При стаже работы до 5 лет инфицированность зарегистрирована у 14,3%, от 5 до 10 лет у 9,8%, более 10 лет у 75,9%.

Некрасова Л.И.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕПТОСПИРОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Архангельск, Россия

В результате многолетних исследований установлено наличие лептоспирозной инфекции на всех административных территориях Субарктики Евразии. Этиологический спектр циркулирующих в тундровой зоне лептоспир представлен распространенными и в других регионах России возбудителями трех геномных видов: *Leptospira interrogans* s.s., *L. Kirschneri* и *L. Borgpetersenii*. В различных районах Субарктики в нативных сыворотках крови коренных жителей лептоспирозные антитела в реакции микроагглютинации и лизиса с использованием стандартного диагностического набора лептоспир из 13 серологических групп обнаружены у 10,3 – 26,56% обследованных. В диагностических титрах (1:100и выше) лептоспирозные антитела были определены только у 12,88% серопозитивных лиц. При обработке сывороток крови 2 – меркаптоэтанолом по методике Н.Ф. Deutsch и J.J.Morton (1957) было установлено, что агглютинационная активность сывороток у аборигенов по отношению к паразитическим лептоспирам различных серологических групп обусловлена специфическими макроглобулинами (JgM). Только у 3-х человек были выявлены JgG - антитела в титрах 1:20 1:50 к лептоспирам серогруппы *Icterohaemorrhagiae*. Отсутствие официально зарегистрированных заболеваний аборигенов Субарктики лептоспирозом, выявление IgM – антител по отношению к паразитическим лептоспирам различных серогрупп преимущественно в низких титрах в среднем у 18,46% обследованных коренных жителей позволили предположить, что в формировании иммунологической структуры коренного населения в тундровой зоне существенную роль играет фактор «бытовой» иммунизации.

С целью определения физико-химической природы антител и динамики их формирования при иктерогеморрагическом лептоспирозе в зависимости от заражающей дозы были проведены экспериментальные исследования. Взрослым кроликам породы Шиншилла однократно подкожно вводили живых 10-14 дневных лептоспир серогруппы *Icterohaemorrhagiae* в дозе 10^8 клеток (3 кролика), 10^5 (2 кролика) и 10^2 (один кролик). Два кролика, зараженные лептоспирами в дозе 10^8 , синтезировали лептоспирозные антитела обоих классов, суммарная концентрация которых достигала максимума в титрах 1:12800 и 1:25600 на 21 день после введения лептоспир. На первой неделе после заражения определялись только лептоспирозные IgM антитела. Появление макроглобулинов (IgG) отмечено с 10 – 11 дня, когда их уровень соответствовал титрам 1:20 - 1:40. В процессе иммуногенеза у кроликов происходила последовательная смена IgM антител продукцией IgG. После 30 – 36 дня синтезировались только лептоспирозные IgG антитела. После 55-62 дня отмечено снижение интенсивности биосинтеза IgG и сохранение их в титре 1:200 – 1:400 до конца наблюдения (120 дней). Уменьшение дозы иктерогеморрагических лептоспир до 10^5 приводило к некоторому снижению максимального уровня антител, также выявляемого на 21 день после заражения, более поздней продукции IgG антител с полной заменой синтеза IgM продукции IgG после 48 дня. Более значительное снижение заражающей дозы лептоспир до 10^2 степени не стимулировало синтез IgG антител на всех этапах иммуногенеза в течение 90 дней наблюдения от момента инфицирования, а также сопровождалось значительным снижением максимального уровня лептоспирозных антител (1:160), зафиксированного на 23 день. С 60 дня после заражения титр IgM антител составлял 1:20.

Нетесов С.В., Сандахчиев Л.С.

ВИРУСЫ - ГЛАВНЫЙ ИСТОЧНИК БИОЛОГИЧЕСКИХ УГРОЗ ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ В 21 ВЕКЕ

Кольцово, Новосибирская обл., Россия

В последние годы стало особенно ясно, что вирусные инфекции представляют все более растущую, глобальную угрозу здоровью человечества среди всего спектра заболеваний инфекционной природы. Это связано с тем, что весьма скудным арсеналом противовирусных средств, хронизацией инфекций, трудностями в разработке вакцин против многих из них и большим эволюционным потенциалом. При этом существует несколько видов угроз со стороны вирусных патогенов: вновь возникающие инфекции (из-за нарушений в периодичности вакцинаций); искорененные и искореняемые инфекции (из-за потенциальной возможности ненамеренной утечки патогенов из лабораторий); инфекции, связанные с наркоманией и с другими поведенческими изменениями (из-за плохого осознания последствий); биотерроризм и, возможно, биологическое оружие третьего поколения (криминальные угрозы и преступления глобального и частного характера на основе природных и искусственно полученных патогенов); ненамеренное создание новых патогенов (на примере попытки конструирования вируса, направленного на контроль размножения кроликов в Австралии). В рамках вышеперечисленных угроз следует учитывать, что ряд вирусов, патогенных для животных, также эволюционирует и иногда начинает поражать и человека. Таких примеров немало даже за последние годы: ТОРС-коронавирус, метапневмовирус и вирус оспы обезьян в США.

В докладе подчеркнута необходимость усиления контроля над лабораторными запасами искореняемых патогенов, показана растущая необходимость генетического мониторинга вирусных патогенов животных для оценки возможности «переключения» этих патогенов на человека, указано на необходимость отслеживания эволюции патогенных для человека РНК-вирусов, а также указано на растущую потребность в новых эффективных противовирусных препаратах, диагностикумах и вакцинах. Показана высокая эффективность уже имеющегося международного сотрудничества в области борьбы со вспышками новых инфекций, а также растущая необходимость развития такого сотрудничества для изучения патогенов с целью более успешной, скоординированной борьбы с имеющимися и возникающими инфекциями, биотерроризмом и другими биологическими угрозами человечеству.

Нечаев В.В., Жаворонков В.Г., Ломтев А.Ю., Горбанев С.А

ЭКОЛОГО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ДИФТЕРИИ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Дифтерия до настоящего времени остается серьезной проблемой инфекционной патологии на многих территориях России, поскольку заболеваемость в постэпидемический период сохраняется на уровне 1-3 на 100000 населения и нередко возникают летальные исходы.

Специфическая профилактика дифтерии сохраняет свое значение как фактор, сдерживающий эпидемический процесс, однако превентивная роль прививок снижается в условиях экологического неблагополучия. Считают, что выработка антитоксина у привитых в загрязненных районах происходит менее интенсивно, а продолжительность поствакцинального иммунитета укорачивается.

Нами проведен эпидемиологический анализ заболеваемости дифтерией в Ленинградской области за 1991-2003 годы на различных стадиях эпидемии в зависимости от санитарно-экологического состояния окружающей среды. По суммарному показателю антропогенного воздействия экологическая ситуация в области в целом оценивается как умеренно напряженная.

Исходя из конкретной локальной ситуации, выделены районы и города с высокой (1 группа) и низкой (2 группа) антропогенной нагрузкой. В свою очередь, вторая группа была разделена на 2 подгруппы, отличающиеся различной удаленностью от Санкт-Петербурга. В первую (2 а) подгруппу вошли районы значительно удаленные от города, а во вторую – расположенные рядом, то есть прилегающие к Санкт-Петербургу, имеющие хорошие транспортные связи с ним. Изучение заболеваемости дифтерией на различных этапах эпидемии по средним годовым показателям районов, разбитых в зависимости от экологической обстановки.

Установлено, что в начале эпидемии (1991-1993 гг.) заболеваемость дифтерией в 1 группе достоверно превышала таковую во второй (18,5 и 12,9‰ соответственно), в том числе в районах удаленных и близко расположенных к городу. На пике эпидемии (1994-1995 гг.) показатели заболеваемости в экологически неблагополучной группе районов превышали таковые в альтернативной группе (95,2 и 73,2 на 100000 населения). На спа-

де эпидемии (1996-1998 гг.) во время интенсивного проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий различия в показателях заболеваемости в сравниваемых группах практически стерлись (12,8 и 11,7‰/10000). На «хвосте» эпидемии дифтерии 1-ая группа районов имела более высокие уровни заболеваемости по сравнению со второй, причем они превышали средне областные показатели.

Таким образом экологическая обстановка и уровень антропогенной нагрузки влияют на эпидемический процесс дифтерии, активизируя его интенсивность. Конкретные причины и экологические факторы активизации эпидемического процесса дифтерии и патогенетические механизмы их действия нуждаются в дальнейшем изучении. В частности, необходимо исследование влияния антропогенных факторов на формирование иммунологической структуры населения в районах с различным уровнем антропогенного загрязнения.

Никитенко В.И.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Оренбург, Россия

В настоящее время одним из основных методов профилактики госпитальной инфекции является широкое использование химических антисептиков широкого спектра действия. Микрофлора больничных учреждений постепенно становится устойчивой к ним. Кроме того, антисептики довольно токсичны, являются потенциальными аллергенами, подавляют нормальную микрофлору человека и способствуют формированию такого состава бактерий, который резко отличается от природного. Например, золотистый стафилококк крайне редко выделяется уже в 2-3 метрах от больничного здания, тогда как в нем это одна из наиболее часто высеваемых культур. Все это обосновывает необходимость разработки принципиально новых способов борьбы с госпитальной инфекцией.

Для этих целей мы попытались использовать природные механизмы. Во внешней среде широкому распространению возбудителей госпитальной инфекции во многом препятствуют сапрофиты. Микроорганизмы рода *Bacillus* неприхотливы в росте, устойчивы к температурным воздействиям, непатогенны и нетоксичны. Для экспериментов был взят штамм *Bacillus subtilis* 534. Он наиболее изучен и является основным действующим компонентом лекарственного препарата "споробактерин жидкий". Данный пробиотик рекомендован МЗ РФ для лечения энтероколитов, дизентерии, профилактики и лечения инфекции в хирургии и гинекологии как у взрослых, так и у детей. Он входит в стандарт лечения дисбактериозов кишечника. По данным сотрудников ГИСК им. Л.А.Тарасевича Ld_{50} штамма для белых мышей точно не установлена, так как животные даже не заболевают при внутривенном введении 170 млрд живых бактерий. Больше число бактерий белым мышам практически ввести невозможно. Штамм *Bacillus subtilis* 534 продуцирует во внешнюю среду антибиотик белковой природы широкого спектра действия. Последний подавляет рост стафилококков, стрептококков, протей, синегнойных, кишечных, дизентерийных палочек, сальмонелл, клостридиальных и неклостридиальных анаэробов, дрожжевых грибов и др.

В гнойной перевязочной площадью 20 м² с большой интенсивностью работы (около 15 перевязок в час) седиментационным методом на чашках Петри с экспозицией 15 минут была изучена степень загрязненности и видовой состав микрофлоры воздушной среды. После общепринятой санитарной обработки и кварцевания воздух в перевязочной становился практически стерильным. Однако уже через час работы высевались колонии золотистых, эпидермальных и сапрофитирующих стафилококков, синегнойных палочек и пр. В последующие два часа число микроорганизмов ещё больше увеличилось.

На физиологическом растворе хлористого натрия нами изготавливалась взвесь суточной агарной культуры палочки *B. subtilis* (штамм № 534) в концентрации 100 млн клеток на мл (по оптическому стандарту мутности ГИСК им. Л.А.Тарасевича). Она в количестве 6-10 мл распылялась в воздухе гнойной перевязочной после её санитарной обработки и кварцевания. По сравнению с общепринятым методом обработки через 1-3 часа после начала перевязок число высеваемых колоний золотистого стафилококка уменьшилось в 4,7 - 5,2 раза, эпидермального и сапрофитирующего стафилококка – в 2,1 - 2,8 раза, грамотрицательных палочек – в 6,3 - 8,8 раза. Подобные действия проведены в палатах гнойного хирургического отделения. Положительный эффект биологической дезинфекции прослеживался в течение недели (авторское свидетельство СССР на изобретение №1091544). Осложнений и нежелательных побочных реакций у больных мы не наблюдали.

Таким образом, появились новые возможности для предотвращения распространения госпитальной инфекции. Для целей биологической дезинфекции пригодны и другие полученные нами штаммы палочек рода *Bacillus*. В частности, в клинике с успехом использовался штамм № 538 (авторское свидетельство СССР на изобретение №1235896). Считаем перспективным направлением использование живых бактерий-сапрофитов в качестве средства борьбы с госпитальной инфекцией.

Никитин Е.В., Сервецкий К.Л., Чабан Т.В.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

г. Одесса, Россия

Одной из наиболее частых причин возникновения патологии печени являются вирусные гепатиты. Наиболее опасными среди гепатотропных вирусов считаются вирусы гепатита В, С и D, что объясняется высокой частотой развития тяжелого течения гепатита, переходом в хроническую форму болезни, переходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Основными целями проводимой противовирусной терапии является замедление прогрессирования болезни, подавлением репликативной активности вируса, улучшением гистологической картины.

В клинической практике для лечения вирусных гепатитов широко применяются α -интерферон, его рекомбинантные (интрон-А, реалдирон, пегасис и т.д.) и нативные (вэллферон, человеческий лейкоцитарный интерферон) формы. Положительный эффект отмечен при использовании комбинированной терапии: α -интерферон + синтетические нуклеозиды (ламивудин, зидовудин, рибавирин). Однако, курсы лечения этими препаратами часто прерываются, что связано с плохой переносимостью лекарственных средств, а также их высокой стоимостью.

Известно, что хронические вирусные гепатиты сопровождаются выраженными нарушениями в иммунной системе больного. Поэтому перспективным направлением в терапии вирусных гепатитов, на наш взгляд, является использование иммуномодуляторов. Действие этих веществ заключается в воздействии на отдельные клетки иммунной системы, что обуславливает выработку цитокинов. Цитокины, в свою очередь, определяют не только адекватный уровень иммунного ответа, но и регулируют взаимодействие нервной, иммунной и эндокринной систем организма.

Положительный эффект, по нашим данным, получен при лечении больных ХГС амиксином. Этот препарат обладает иммунокорректирующими свойствами, способен нормализовать иммунную реакцию организма, играет важную роль в модуляции функционирования интерфероновой и интерлейкиновой систем. По предварительным данным достигается положительный клинический эффект и у больных хронической HCV-инфекцией, которым назначена комбинация амиксина и рибамидила. Адекватную коррекцию иммунных дисфункций обеспечивает применение рекомбинантных цитокинов (ронколейкин, кипферон).

Следует подчеркнуть, что терапия с использованием цитокинов, особенно интерлейкинов, должна проводиться под постоянным контролем состояния больного и его иммунного статуса.

Никитенко В.И., Стадников А.А., Копылов В.А.

НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПУТЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ И МЕТОДЕ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКЕ

г. Оренбург, Россия

Согласно современной точке зрения основными путями распространения возбудителей госпитальной инфекции являются контактный и воздушный. Считается, что бактерии непосредственно проникают в рану из внешней среды. В связи с этим противоэпидемические мероприятия направлены на разрыв данной цепи. Используются асептические и антисептические повязки, уделяется большое внимание обработке инструментария, оборудования, рук хирурга и пр. Ни в коем случае не отвергая необходимости данных действий, следует отметить, что они далеко не всегда эффективны. Изучая феномен транслокации бактерий из желудочно-кишечного тракта, мы получили сведения о неизвестном пути и механизме распространения госпитальной инфекции.

Экспериментальный раздел работы выполнен на 610 животных (кролики, белые крысы, мыши, морские свинки). В различных вариантах в полость желудка вводили живые культуры сенной палочки, кишечной палочки, золотистого стафилококка, предварительно меченные ^3H -лейцином. Части животным под наркозом были нанесены резаные и огнестрельные раны мягких тканей, открытые переломы, вызван локальный некроз толстого кишечника. Кроме того, нами наблюдалось 572 больных. Проводилось лечение гнойно-воспалительных процессов современными антибиотиками, препаратами споробактерином, бактисубтилом, бифидумбактерином, лактобактерином, колибактерином. После выведения животных из опыта исследовались различные ткани путем изготовления гисторадиографических препаратов по методике Л.Н.Жинкина (1959). Выполнялись посевы с идентификацией культур бактерий. Наряду с клиническими наблюдениями и традиционным комплексом клинических и биохимических анализов у больных выполнялись посевы из ран, крови, мочи, кала, с кожи для изучения состава микрофлоры.

Оказалось, что живые бактерии золотистого стафилококка, сенной палочки и др., примерно 1 из 1000, при введении их в желудок проникают в кровь, лимфу, накапливаются в селезенке, лимфатических узлах, печени, области очагов воспаления или других повреждений. В тканях, в зависимости от вида бактерий и места их нахождения, микроорганизмы сохраняют жизнеспособность от часа до нескольких суток. Установлено, что бактерии начинают обнужаться в селезенке при их введении *per os* в дозе, большей или равной 10^6 микробных тел на 1 кг массы животного. При увеличении количества вводимых бактерий в 100 и 1000 раз, число проникающих во внутреннюю среду

микроорганизмов практически не увеличивалось. Нанесение повреждения снижало порог проникновения бактерий до 10^4 микробных тел на 1 кг массы. Однако количество проникающих бактерий оставалось независимым от увеличения дозы вводимых микроорганизмов. При одних и тех же дозировках число бактерий в селезенке крыс с повреждениями оказалось ниже, чем у здоровых животных. Меченые микроорганизмы были обнаружены в области раны и зоне перелома экспериментальных животных. Введение бактерий в дозе до 10^9 микробных тел на 1 кг массы животного не вызывало стрессовой реакции. Подобный путь распространения госпитальной инфекции в настоящее время практически не учитывается в клинической практике.

Между тем, уже существуют методы профилактики транслокационного пути распространения госпитальной инфекции. Это назначение пробиотиков, содержащих живые бактерии. В настоящее время в мировой литературе транслокацию бактерий авторы расценивают как патологический процесс, развивающийся вследствие стресса, иммунодефицита, интоксикации, гематологических заболеваний. (R.D. Berg 1982, 1992; C.H. Tancrede and A.O. Andemot, 1985; L. Gianotti et al., 1993; M. Gautreaux et al. 1994; X.B. Fu et al. 1996; R. Fukushima et al. 1998; P. Sileri et al., 1999 и др.). Мы же считаем, что транслокация может быть естественным защитным механизмом, который целесообразно использовать в клинической практике.

Никифоров В.В., Зуева М.В., Шахмарданов М.З.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

г. Москва, Россия

Изучение клинических проявлений шигеллезов проводилось нами на базе инфекционной клинической больницы №3 г. Москвы с января по август 2004 года. Проанализировано 100 историй болезни больных с бактериологически верифицированным диагнозом шигеллеза. Из них 74 – больные шигеллезом Зонне, 26 – шигеллезом Флекснера. Сравнительно с периодом конца 90-х годов удельный вес шигеллеза Флекснера в общей структуре шигеллезов снизился приблизительно в 2 раза, вновь уступив лидирующее место шигеллезу Зонне. Случаев шигеллеза Бойда и Григорьева-Шига в 2004 г. в ИКБ №3 г.Москвы не зафиксировано. Как и в прошлые годы среди изолированных от больных шигеллезом Флекснера штаммов на долю *S.flexneri* 2a приходится не менее 80%. Преобладают спорадические случаи заболеваемости больных – свыше 90%. Из очагов шигеллезов поступает не более 10% больных.

Клинические варианты течения шигеллеза Флекснера у наблюдаемых больных, по нашим данным, представлены в настоящее время колитическим - 77% и гастроэнтероколитическим - 23%. При шигеллезе Зонне чаще встречается гастроэнтероколитический вариант – 54%, реже – колитический – 46%. Случаев гастроэнтерита у больных с шигеллезами мы не наблюдали. Тяжелое течение при шигеллезе Флекснера отмечено 8% больных, среднетяжелое - у 61%, легкое - у 31%. При шигеллезе Зонне, соответственно, 3%, 65%, 32%. Осложнения отмечены только при тяжелом течении шигеллеза Флекснера у 2 больных: паретическая толстокишечная непроходимость и кишечное кровотечение.

Клинический анализ показывает, что интенсивность проявлений синдрома интоксикации, также как и частота встречаемости колита при шигеллезе Зонне ниже по сравнению с шигеллезом Флекснера. Тошнота, повторная рвота, спастические боли в верхних отделах живота отмечаются чаще при шигеллезе Зонне, что соответствует преобладанию явлений гастроэнтерита. Напротив, частота встречаемости гемоколита и глубина патологических изменений в слизистой толстой кишки ниже при шигеллезе Зонне, по сравнению с шигеллезом Флекснера.

Наблюдаемые в последние годы в нашей стране такие осложнения шигеллеза Флекснера как инфекционно-токсический шок, кишечное кровотечение, паретическая кишечная непроходимость к настоящему времени снизились и не характерны для шигеллеза Зонне, что, по-видимому, связано с умеренными проявлениями интоксикации и менее выраженными и распространенными патоморфологическими изменениями на слизистой толстой кишки, по сравнению с шигеллезом Флекснера.

Никифорова Т.А., Дикий О.Б., Остяк Р. С., Пюрик В.Ф., Кобрин Т.З.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ЭПШТЕЙНА – БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

г. Ивано-Франковск, Украина

Под наблюдением было 37 больных в возрасте от 3 до 30 лет, которые находились на лечении в ОКИБ г. Ивано-Франковска. Диагноз устанавливался по клиническим симптомам и наличию антител к вирусу Эпштейна-Барр (EBV), которые определяли методом ИФА. Капсидные антитела (VEB-VCA-IgM), которые свидетельствуют об остром процессе, выявлены в концентрации $1,26 \pm 0,10$ ед. у 11,5% от всех больных, чаще выявляли ранние (EA-EBV-IgG-61%) и нуклеарные (EBNA-IgG-77%) антитела в концентрации $0,68 \pm 0,05$ ед. и $3,53 \pm 0,52$

ед. соответственно, у здоровых эти показатели составляли - $0,30 \pm 0,03$, $0,25 \pm 0,01$, $0,16 \pm 0,01$ ед. Что свидетельствует об обострении персистирующей инфекции.

В клинической картине болезни наблюдались следующие симптомы: повышение температуры выше 38°C (92%), лимфоаденопатия (100%), тонзиллит (76%), гепатоспленомегалия (69%), эпифарингит (25%), экзантема (26,9%), желтушность кожи (53,8%), лимфоцитоз крови (60%), наличие атипичных мононуклеаров больше 10% (30,8%), повышение активности АлАТ (77%). При этом общее количество лимфоцитов у больных повысилось до $2,32 \pm 0,10 \times 10^6$ против здоровых - $1,25 \pm 0,10$ ($p < 0,05$), Т-лимфоцитов - снизилось до $42,50 \pm 2,2\%$ против $58,3 \pm 4,6\%$ ($p < 0,05$), В-лимфоцитов – значительно повысилось до $57,25 \pm 5,15\%$ против - $18,9 \pm 2,1\%$ ($p < 0,01$), атипичные мононуклеары составляли в среднем - $15,36 \pm 1,00\%$. Содержание иммуноглобулинов крови всех классов (А, М, G) до начала лечения было повышенным ($5,03 \pm 0,19$, $2,16 \pm 0,20$, $18,25 \pm 1,52$ г/л против здоровых $1,66 \pm 0,13$, $0,90 \pm 0,01$, $10,32 \pm 1,05$ г/л соответственно, $p < 0,01$), также как и ЦИК ($0,56 \pm 0,05$ ед. против $0,06 \pm 0,01$ ед., $p < 0,001$).

Всех больных разделили на 2 группы. В первую группу вошли 17 больных, которые принимали базис-терапию (детоксикация, десенсибилизация, симптоматические средства). Во второй группе – 20 больных на фоне базис-терапии получали растительный противовирусный иммуномодулирующей препарат «Протефлазид» с 3-4 дня пребывания в стационаре и до 1 месяца.

Анализ клинико-иммунологических данных больных 1 и 2 групп уже через 14 дней показал, что приём протефлазида способствовал скорейшему исчезновению симптомов интоксикации: температура и общее состояние нормализовались у 76, 8% больных этой группы (против 50 % больных 1 группы). Лимфоаденопатия и гепатоспленомегалия в это время сохранялась в обеих группах, однако размеры печени и селезёнки значительно уменьшились у 35,7 % больных 2 группы (в 1 группе – у 25% больных). Показатели билирубина и активности трансаминаз у больных 2 группы нормализовались на $3,5 \pm 0,12$ дней скорее, чем у больных 1 группы. Под влиянием протефлазида снизилось общее количество лимфоцитов $1,72 \pm 0,20 \times 10^6$ против $2,02 \pm 0,15 \times 10^6$ – в 1 группе, а также количество В-лимфоцитов до $20,45 \pm 1,30\%$ против $34,64 \pm 0,22\%$, $p < 0,05-0,01$, ЦИК – до $0,12 \pm 0,01$ ед. против $0,26 \pm 0,01$ ед., содержание всех классов иммуноглобулинов, $p < 0,05-0,01$.

Таким образом, препарат «Протефлазид» (НКП «ЭКОФАРМ», Украина) имеет выраженную эффективность при лечении больных с EBV-инфекцией: скорее исчезают интоксикация, лимфопролиферативные явления, восстанавливается функция печени, достоверно снижается уровень иммуноглобулинов крови.

Николаева Т.Н., Селянская Н.В., Гаптрахманова Р.Р., Тимершина Н.В., Галанина Э.М., Шеремет Л.Н., Смелков С.Н.

ЭШЕРИХИОЗ О6

г. Вологда, Россия

Ежегодно в г. Вологде регистрируется около 2 тысяч случаев острых кишечных заболеваний (ОКЗ). Развитие лабораторной диагностики бактериальных и вирусных инфекций позволяет установить этиологию диарей в 65%-70% случаев. Преобладающей нозологической формой являются ротавирусные гастроэнтериты, которые составляют 55-60%. На долю заболеваний, вызываемых патогенными эшерихиями, приходится не более 15% документированных диарей. Показатель заболеваемости эшерихиозами возрос с 16,7 в 1997 г. до 46,8 на 100 тысяч населения в 2003 г. Средний темп прироста заболеваемости составлял 12,3%.

С 1997 г. по 2000 г. в этиологии эшерихиозов преобладали представители серогруппы O144 K. В 1996 г. впервые от пациентов инфекционного стационара выделена E.coli O6 K15, циркуляция которой нарастала и с 2001 г. стала доминирующей над другими эшерихиями. Высеваемость данных возбудителей в последние годы достигала 3,7%, а удельный вес O6 K15 составлял до 58% в сумме патогенных эшерихий.

В течение 7 лет наблюдения регистрировалась только спорадическая заболеваемость эшерихиозом O6. Среди заболевших преобладали дети первого года жизни, удельный вес которых составлял 51,6%. Анализ внутри-годовой динамики заболеваемости не выявляет сезонных особенностей распространения указанного эшерихиоза.

Всего выделено и изучено 1009 культур E.coli O6 K15. Идентификация проводилась по общепринятой методике. Эшерихии хорошо росли на средах Эндо и Левина, в 95% случаев были подвижными, 82% культур ферментировали лактозу и сахарозу, все утилизировали ацетат, декарбоксилировали лизин и давали положительную реакцию с метиловым красным. Все культуры не ферментировали адонит и инозит, другие углеводы и многоатомные спирты сбрасывали вариабельно. У 88% культур на 5% кровяном агаре наблюдалась продукция гемолизина. Указанные эшерихии давали убедительную агглютинацию в эшерихиозной сыворотке O6 K15 и адсорбированной O6 производства АО «БИОМЕД» им. И.И.Мечникова. У большинства культур выявлены антигенные связи с эшерихиями серогруппы O75, а у 30% - с сальмонеллами редкой группы O40. Все выделенные E.coli O6 были чувствительны к цефуроксиму, цефотаксиму, цефтриаксону, ципрофлоксацину, 85% культур были чувствительны к цефоперазону. Вместе с тем, у данных эшерихий выявлена устойчивость к линкомицину, оксациллину, эритромицину, пенициллину и доксициклину.

Проведен анализ 280 историй болезни и амбулаторных карт. Установлено, что инкубационный период инфекции, в среднем, продолжался 1-2 дня. Заболевание начиналось остро и характеризовалось тошнотой и рвотой в течение 1-2 суток, водянистой диареей, часто переходящей в жидкокаловый стул со слизью, субфебрилитетом до 3-4 дней, разлитыми болями в животе, симптомами интоксикации. Копрограмма была чаще без признаков воспаления. Преобладали среднетяжелые формы заболевания. У 30% госпитализированных больных инфекция протекала в тяжелой форме, обусловленной интенсивностью диареи, симптомами гемоколита и развитием эксикоза, а также сочетанием с ротавирусной, стафилококковой, респираторной и другой инфекцией. У 16% переболевших детей (с неблагоприятным преморбидным фоном, сниженным иммунитетом и пр.) формировалось длительное бактерионосительство.

Лечение цефалоспоридами, сорбентами, ферментами и пробиотиками (в зависимости от степени тяжести) приводило к полной санации.

Новиков Е.И., Года И.Б., Кравченко П.Б., Мельников А.С., Романов В.Е.
**ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ
ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

г. Санкт-Петербург, Россия

Проанализированы 62 случая прерывания беременности во втором триместре, находившихся на стационарном лечении в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе и родильного дома № 9 г. С-Петербурга. Средний возраст беременных составил 24±2,3 года. Из них первобеременных - 41 (66,1 %) женщина, повторнобеременных - 21 (33,9 %) женщина. У всех женщин беременность закончилась при сроке 22-27 недель. В анамнезе у 54 пациенток (87,1 %) беременных до и во время беременности была выявлена урогенитальная инфекция (микоплазмоз, хламидиоз, герпес и др.).

При анализе в 12 (19,3 %) случаях выявлены замершие беременности, а в остальных 50 (80,7 %) случаях - преждевременное излитие околоплодных вод и самопроизвольное прерывание беременности. При этом антенатально погибло 22 (35,5 %) плодов, интранатально 4 (64,5 %), постнатально-35 (56,5 %)-плодов, и 1 (1,6 %) плод переведен в детскую больницу для выхаживания.

Для выявления причин невынашивания производились морфологические и микробиологические исследования плода и последа, а также иммунологические исследования крови женщин. Среди микробиологических методов в 48 (77,4 %) случаев использовались методы ПЦР-диагностики, и посевы на культуральные среды. Морфологические исследования проводились по общепринятым методикам.

По данным ПЦР обнаружены микоплазмы – в 40 (64,5%) случаях, вирусы простого герпеса типа 1 и 2 - в 24 (38,7%), хламидии – в 13 (21,0%), уреаплазмы – в 8 (12,9%), цитомегаловирус – в 6 (9,7%). Более чем в половине случаев отмечена смешанная инфекция.

По данным первичного иммунологического статуса в 45 (72,6%) случаях выявлена иммунная недостаточность, что несомненно способствовало переходу присутствующих в организме матери инфекционных агентов к плоду.

В 50 (80,6%) случаях причиной невынашивания беременности во втором триместре беременности является внутриутробная инфекция плода.

Вывод: одной из главных причин прерывания беременности во втором триместре является внутриутробная инфекция.

Нурсултанов С.К., Сыздыков М.С., Мекебеков М.З.

**ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРФТОРУГЛЕРОДНЫХ
СОЕДИНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДИАРЕЯХ**

г. Алматы

Известно, что для тяжело протекающих инфекционных заболеваний, включая диарейные инфекции, характерен синдром эндогенной интоксикации (СЭИ), ведущий к нарушению микроциркуляции в органах и тканях и развитию ишемически-реперфузионных осложнений. Следствием подобных нарушений является прогрессирование тяжести течения основного заболевания, появление таких грозных осложнений как транслокация кишечной флоры, кишечный сепсис и др. (А.Н. Кузнецов, 2001; Н.Р. Кабдыкапаров, 2001).

Цель исследования – получение теоретического и клинического обоснования целесообразности применения перфторорганического кровезаменителя «Перфторан» в терапии больных острыми бактериальными диареями, сопровождающимися синдромом эндогенной интоксикации (СЭИ II-III ст.).

Материалы и методы: изучена литература по влиянию Перфторана на ишемически-реперфузионные нарушения, сопутствующие критическим состояниям различной этиологии; опыту его клинического применения при различных заболеваниях, включая инфекционные, по исследованию иммуномодулирующих свойств перфторуглеродных соединений.

Степень тяжести СЭИ у больных острыми бактериальными диареями различной этиологии (шигеллёз, сальмонеллёз и др.), находившихся на лечении в Военном клиническом госпитале МЗ Республики Казахстан, оценивали по клиническим (пульс, частота дыхания, нарушение функции ЦНС, цвет кожного покрова, перистальтика кишечника) и лабораторным (билирубин, мочевины сыворотки, общий белок, трансаминазы, молекулы средней массы, лейкоцитарный и лимфоцитарный индексы интоксикации) критериям, предложенным В.К. Гостищевым и соавт. (1992). Кроме того, у данных больных косвенно оценивали содержание оксида азота (NO) в сыворотке крови по уровню его стабильного метаболита - нитрита, который определяли с помощью метода Грисса-Илосваля с сульфонамидом и нафтилэтилендиаминдигидрохлоридом. В качестве контроля исследовалась сыворотка крови 30 здоровых доноров в возрасте от 18 до 35 лет. Поскольку NO является основным показателем СЭИ, изучение его динамики под влиянием Перфторана позволяет с достаточной степенью объективности судить об эффективности данного метода лечения.

Результаты: Как показали наши наблюдения, Перфторан в комбинации с волемическими растворами препятствует развитию ишемии тканей, лактат-ацидозу и, как следствие, развитию ишемически-реперфузионных повреждений у больных острыми бактериальными диареями. Препарат способен тормозить чрезмерную активность макрофагов, отвечающих за выброс медиаторов воспаления, что проявлялось как нормализацией биохимических показателей крови – маркёров эндогенной интоксикации, так и выраженным снижением NO в крови наблюдавшихся больных.

Выводы: имеется теоретическое и клиническое обоснование патогенетической целесообразности применения перфторорганического кровезаменителя «Перфторан» в терапии больных острыми бактериальными диареями, сопровождающимися синдромом эндогенной интоксикации.

Оразаев Н.Г.

СОДЕРЖАНИЕ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ

г. Нальчик, Россия

Основным показателем, позволяющим оценить степень тяжести у больных гриппом, является выраженность синдрома интоксикации. Синдром эндогенной интоксикации сопутствует многим заболеваниям и патологическим состояниям, определяя их тяжесть и прогноз (Н.П. Метальникова с соавт., 1990).

Под нашим наблюдением находилось 29 больных неосложненным гриппом, у 3-х больных – легкой формы, у 20 – среднетяжелой и 6 – тяжелой формы. Все больные лечились в клинике инфекционных болезней г. Нальчика во время эпидемической вспышки гриппа в декабре 2003 и в январе 2004 года. Диагноз ставился на основании клинико-лабораторных данных и при нарастании титра антител в 4 и более раза в РТГА. Для определения уровня концентрации молекул средней массы в плазме крови был использован скрининговый метод В.В. Николайчика и соавт. (1991) в модификации М.И. Габриловича (1998). Определение содержания среднемолекулярных пептидов проводили в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов и перед выпиской больных из стационара.

При неосложненном гриппе в первые 1-3 дня болезни, т.е. в периоде разгара заболевания отмечено значительное и достоверное возрастание содержания СМП в плазме крови, причем это возрастание СМП было наиболее существенным в периоде разгара заболевания. На 4-ые дни болезни уровень СМП снижался параллельно положительной динамике заболевания, т.е. при уменьшении синдрома интоксикации. На 7-12 день, т.е. в периоде ранней реконвалесценции продолжалось ступенеобразное падение уровня СМП в плазме крови, однако этот показатель не достигал до уровня здоровых людей (контрольная группа).

Изучение изменения уровня СМП в плазме крови при неосложненном гриппе в зависимости от тяжести заболевания выявило достоверно более высокие значения СМП в плазме крови при тяжелом течении, чем при среднетяжелой и легкой форме заболевания, а при среднетяжелой форме заболевания концентрация СМП было существенно выше чем при легкой форме. При тяжелой форме гриппа уровни СМП возвращались к нормальным показателям в периоде поздней реконвалесценции, т.е. через 1 месяц после выписки из стационара. В тоже время нормализация исследуемого показателя у больных легкой и среднетяжелой формы заболевания происходила перед выпиской из стационара.

Таким образом, полученные данные подтверждают значение определения СМП как показателя эндогенной интоксикации, дающей дополнительную информацию о развитии патологического процесса в динамике заболевания гриппом, в зависимости от периода и степени тяжести заболевания. Следовательно, уровень среднемолекулярных пептидов плазмы крови может служить одним из маркеров интоксикационного синдрома.

Осипов В.А., Тапальский Д.В., Жаворонок С.В., Нараленков В.А.

СИСТЕМА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПАТОГЕННЫХ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАЗЫ ДАННЫХ WHONET 5.1

г. Гомель, Беларусь

Стратегия и тактика антимикробной терапии должны быть строго регламентированы. При планировании политики антибактериальной химиотерапии и разработке мероприятий по снижению уровня резистентности к традиционно используемым препаратам необходимо опираться на локальные данные. Для этого необходимо проведение постоянного, методически корректного мониторинга антибиотикорезистентности и доведение его результатов до врачей различных специальностей и организаторов здравоохранения, планирующих закупки лекарственных препаратов.

Данные, полученные в ходе микробиологического мониторинга, служат хорошей основой для выработки рекомендаций по включению антибактериальных препаратов в локальные лекарственные формуляры и позволяют планировать мероприятия по снижению резистентности и повышению эффективности этиотропной терапии.

Цель исследования – с использованием электронной базы данных оценить динамику антибиотикорезистентности патогенных энтеробактерий в Гомельской области и выработать рекомендации по проведению эмпирической антибактериальной терапии бактериальных кишечных инфекций.

Исследование проводилось в 2000-2004 гг. на базе бактериологической лаборатории Гомельского областного клинического центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья. Организована система сбора и доставки штаммов энтеробактерий для их централизованной реидентификации и определения антибиотикорезистентности. Внедрена централизованная автоматизированная система для получения, хранения, передачи и анализа микробиологической информации. Исследовано около 2300 штаммов сальмонелл и шигелл, выделенных в лечебно-профилактических учреждениях г. Гомеля и Гомельской области. Антибиотикорезистентность определялась диско-диффузионным методом и методом разведений с использованием бактериологического анализатора АТВ Expression. Для всех штаммов определена чувствительность к ампициллину, левомецитину, гентамицину, налидиксовой кислоте, ципрофлоксацину, цефтриаксону. Результаты интерпретировали в соответствии со стандартом NCCLS M2-A7. Для внутреннего контроля качества использовали штамм E.coli ATCC 25922. Для хранения и анализа микробиологической информации использовали пакет программ для бактериологических лабораторий WHONET 5.1 (ВОЗ, Женева). Показаны высокие аналитические возможности WHONET для подбора антимикробных препаратов и определения проблем контроля качества при лабораторных исследованиях. Предложено использовать профили антибиотикорезистентности, полученные с помощью WHONET 5.1, для эпидемиологического маркирования штаммов сальмонелл и идентификации вспышек внутрибольничных инфекций.

Прослежена динамика антибиотикорезистентности сальмонелл и шигелл в целом по Гомельской области и по отдельным районам и лечебным учреждениям. Отмечена тенденция снижения резистентности к препаратам, ранее применявшимся для эмпирической терапии кишечных инфекций, нарастание резистентности к препаратам, применяющимся в настоящее время. На основании полученных данных создан «Формуляр эмпирической антибактериальной терапии острых кишечных инфекций». Централизация микробиологических исследований позволила поддерживать их качество во всех районах области на уровне, достаточном для своевременного и эффективного проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Отараева Б.И., Бутаев Т.М., Отараева Н.И.

ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

г. Владикавказ, Россия

Среди республик Южного Федерального округа Республика Северная Осетия-Алания занимает значимое положение по разнообразию инфекционных болезней. На протяжении последних 10 лет в республике сохраняется высокая заболеваемость зоонозными инфекциями: бешенством, бруцеллезом, лептоспирозом, трихинеллезом (биогельминтоз), вирусными гепатитами В и С, ВИЧ - и капельными инфекциями.

В 2001 году в республике резко ухудшилась эпизоотическая и эпидемиологическая обстановка по бешенству, связанная с активизацией этой инфекции в природе. С 1999г отмечен подъем заболеваемости среди животных: с 19 (1999г) до 91 (2001г). Напряженная эпизоотическая ситуация поддерживалась за счет собак (14 очагов – 55,6%).

Впервые в 2001г зарегистрировано 6 случаев заболевания людей (показатель 0,9) – в РФ соответственно (0,02). В 2001г в 3 административных территориях республики зарегистрировано 15 случаев бруцеллеза людей (показатель на 100тысяч – 12,2), что в 3 раза больше, чем в 1999году. С 1991 по 2001г в РСО-А зарегистрировано 42 случая заболевания людей лептоспирозом (среднегодовой показатель 0,6 на 100 тысяч населения). Ежегодно регистрируется спорадическая заболеваемость от 1 до 6 случаев, большинство из которых дети до 14 лет. Доля отдельных серогрупп в этиологической структуре заболеваемости составила для помона - 38,1%, иктерогеморрагия- 35,7%, гриппотифоза – 26,2.

В течение последних 10 лет (1994 – 2003гг) зарегистрировано 467 случаев трихинеллеза, в том числе детей до 14 лет – 61. Основным источником заболевания явились домашние свиньи и дикие кабаны, употребление мяса которых вызвало вспышечную (247чел) и спорадическую (220чел) заболеваемость. В структуре заболевших преобладали взрослые (86,9%) и дети (13,1%). Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ – инфекции продолжает ухудшаться. В 2001г количество выявленных ВИЧ - инфицированных увеличилось в 2,2 раза по сравнению с 2000г, что в 6,8 раз больше числа случаев, выявленных на территории республики в 1999году.

С 1991г активно регистрировались больные дифтерией с максимумом в 1995г – 67 больных (11,7 на 100тыс населения) результат общего нигилизма. С 1992 – 96г зарегистрировано 7 летальных исходов, 2 - детей. В 1996г – в результате сплошной иммунизации заболеваемость дифтерией снизилась в 16раз.

Б.И.Отараева, Т.М.Бутаев, Н.И.Отараева.

СИБИРСКАЯ ЯЗВА: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ

г. Владикавказ, Россия

Актуальность сибирской язвы в Северо-Кавказском регионе с развитым животноводством, значима более в Республике Северная - Осетия Алания, т.к. регистрируется издавна. Заболеваемость среди населения была высокой до 1947 года и составляла 12,0-20,0 на 100 тысяч населения, тогда как в 1993-2003 гг. соответственно – 0,1.

Под наблюдением клиники находилось 15 больных (14-кожная форма, 1-генерализованная (септическая)) соответственно 93,3% и 6,6%. Заболевание протекало в тяжелой форме у 6,6%, средне-тяжелой - 53,3%, легкой - у 40%. Карбункулы располагались на верхних конечностях (кисти, предплечья). Установить длительность лихорадочного периода было затруднительно ввиду развития у одного больного тяжелой септической формы с осложнениями. У 11 (73,3%) больных обнаружено по одному карбункулу, у 3 (20%) – по три – пять, у 1 (6,6) – множественные (генерализованная форма с активизацией процесса на этапе лечения ассоциированной бактериальной флоры – стафилококковый сепсис и развитием контрактуры кисти и проведением пластики кожи). Заболевание развилось в сроки от 1 до 9 дней. Профессия больных была связана с животноводством.

Бактериологически диагноз был подтвержден у (26,6%) больных. Больные получали комплексную терапию с использованием противосибирезявного иммуноглобулина в соответствии с тяжестью процесса (при легком течении – 20-40мл по Безредка, средне-тяжелом - 40-60мл, тяжелом – 80-100мл), антибиотики, кортикостероиды, кардиотонические средства.

Отараева Б.И., Тавасиева В.Э., Боллоева Ж.Л., Плиева Ж.Г.

О БРУЦЕЛЛЕЗНЫХ САКРОИЛЕИТАХ

г. Владикавказ, Россия

Актуальность проблемы бруцеллеза в Республике Северная Осетия-Алания определяется наличием больных различными формами заболевания с поражением костной системы и развитием инвалидности.

Поражение крестцово-подвздошного сочленения при подостром и хроническом бруцеллезе встречаются в 6-32% случаев (Отараев И.О., Отараева Б.И., 1978) при несвоевременной диагностике и лечении.

Под наблюдением находилось 100 больных бруцеллезом. При о. бруцеллезе сакроилеит был выявлен только у 2 (2% больных, а у больных подострым и хроническим – у 21 (22,4%) и 77 (78,5%).

Клинические симптомы сакроилеита резко выражены и отличаются полиморфизмом в зависимости от тяжести и выраженности воспалительных изменений в сочленениях. Основное субъективное проявление болезни – интенсивная боль в области крестцово-подвздошного сочленения. Поза больного неподвижная. Движения сопровождаются выраженными болями, стоном. Объективные критерии: сглаженность физиологического поясничного лордоза (при одновременном поражении крестцово-подвздошного сочленения и позвоночника: сакроилеит и спондилит). У 27% больных в области пораженного сочленения наблюдались отечность и ригидность поясничных мышц. Сакроилеит в 43% случаев сопровождался поражением суставов конечностей в виде артрита, перипараартрита, синовита, бурсита. У всех больных – потливость, микрополиаденит, гепатолиенальный

синдром. У 19% больных-носовые кровотечения. В крови у 71% больных лейкопения, нейтропения, п/я сдвиг, относительный лимфо-моноцитоз, СОЭ ускорена у 67%.

Для диагностики бруцеллезного сакроилеита нами (Отараев И.А., Отараева Б.И.) предложен диагностический прием: легкая нагрузка на выпрямленную нижнюю конечность (с пораженной стороны) путем поколачивания перкуSSIONным молоточком по пяточной кости вызывает усиление боли в крестцово-подвздошном сочленении. Он оказался положительным при бруцеллезном сакроилеите у всех больных. Диагностическое значение придается гиперестезии кожи над пораженным сочленением.

Отараева Б.И., Тавасиева В.Э., Боллоева Ж.Л., Плиева Ж.Г., Гусалова З.Н., Гериева Ф.Х.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

г. Владикавказ, Россия

При бруцеллезе в остросептической и септико-метастатической фазе, в основном поражаются нервная система и локомоторный аппарат. Нередко, однако, возможно вовлечение в процесс органов дыхания. Н.И. Рогозин, С.Р.Татевосов, И.А.Отараев обнаруживали изменения в легких в виде бронхопневмоний, бронхитов и экссудативных плевритов в 6-8% случаев в периоде лихорадки. И.И. Рогозиным из посева плеврального экссудата была выделена бруцелла мелитензис.

И.С.Новицкий, Б.И.Отараева (1981) выявили поражение легких у лиц, погибших от бруцеллеза (очаговую, дольковую, преимущественно перибронхиальную пневмонию); при этом в мелких бронхах, бронхиолах и альвеолах были обнаружены наиболее типичные патологические изменения. В продолжение 20 лет в клинике инфекционных болезней СОГМА из 200 больных различными формами бруцеллеза мы обнаружили сухой бронхит у 31 больного (15,5%), адгезивный плеврит у 2 (1%), экссудативный плеврит у 3 (1,5%), сухой плеврит у 6 (3%), очаговые пневмонии у 2 (1%). Характерными для указанных изменений является атипичное их клиническое течение: все явления нарастают в периоде экзacerbации, при этом антибиотики пенициллиновой группы оказывались неэффективными, а в периоде апирексии с исчезновением симптомов основного заболевания явления со стороны органов дыхания регрессировали при использовании вакцинотерапии в/к малыми дозами.

Основная симптоматика выражалась в укорочении перкуторного звука с одной или обеих сторон, аускультативно – в нижних легочных полях крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы, усиленная бронхофония. Мокрота у 2 (1%) больных – вязкая, слизисто-гнойная. Температура имела волнообразный или интермиттирующий характер. Рентгенологически – крупнофокусные инфильтраты. Общее состояние больных оставалось средне-тяжелым, при высокой лихорадке, наличии кашля и одышки. Выраженный гипергидроз, у 22 (11%) – микрополиаденит; гепатолиенальный синдром у всех больных пневмонией, плевритом, бронхитом. У 38% больных-носовые кровотечения, у 1% - орхит и петехии на коже. Изменения крови: лейкопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз. СОЭ у 60% больных была в пределах 20 – 50 мм/час. У большинства – тромбоцитопения, серологические реакции Райта и Хеддльсона были положительными: 1/200 + - 1/800 +. Т.о., при септико-метастатической и остросептической фазах бруцеллеза различные изменения со стороны легких отмечены у 18% больных, причем они имеют атипичное течение, исчезают при лечении препаратами рифампицина и фторхинолона с использованием в/к вакцинотерапии малыми дозами.

Павелкина В.Ф., Амплеева Н.П., Альмяшева Р.З., Игнатьев В.Н.

БЕШЕНСТВО В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

г. Саранск, Россия

В республике Мордовия за 2003 и неполный 2004 годы зарегистрировано 30 случаев бешенства среди животных, в результате чего появилась болезнь и у людей (два случая бешенства за полгода).

1 случай. Больной В., 16 лет поступил в ЦРБ с жалобами на высокую температуру тела, боли тянущего характера в области шеи и плеча слева, повышенное слюноотделение, невозможность проглотить жидкость. Из анамнеза болезни выявлено, что в течение 2-х дней его беспокоили общая слабость, головная боль, потливость, повышение температуры тела. На 3-й день болезни стал плохо спать, при попытке выпить жидкость появлялись судорожные спазмы мышц глотки и кратковременное расстройство дыхания в виде чувства нехватки воздуха. Аналогичная симптоматика появлялась на яркий свет и движение воздуха. На 4-й день болезни присоединилось повышенное слюноотделение, стал возбужден. В этот день доставлен в ЦРБ, где выявлено, что за 2 месяца до заболевания укушен бездомной кошкой в левую кисть, за медицинской помощью не обратился. В дальнейшем отмечалась отрицательная динамика: неоднократно развивалось выраженное психомоторное возбуждение, усилились саливации, гидро- и аэрофобия, развился паралитический синдром. На 7 день болезни зафиксировано нарушение сердечной деятельности по типу кратковременной фибрилляции желудочков и дыхательная недостаточность, больной переведен на ИВЛ. На 12 день произошла остановка сердечной деятельности. Констатирована смерть.