

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.

Случай 2. Больная Б., 46 лет поступила на 6 день болезни в неврологическое отделение с жалобами на слабость, периодическое затруднение глотания, головную боль, чувство страха, бессонницу, повышение температура до субфебрильных цифр с начала заболевания. Затем на фоне стрессовой ситуации присоединились психические и поведенческие нарушения. Больная перестала спать, беспокоили слабость в ногах и затруднение глотания. При осмотре выявлено ограничение движения и мышечной силы в нижних конечностях по типу вялого нижнего парапареза. На 7-й день болезни усилилась бессонница, появились агрессивность и водобоязнь, выросла слабость в ногах. На 13 день – состояние расценивалось как тяжелое (больная в коме, рефлексы с конечностей отсутствовали, затем произошла остановка дыхательной и сердечной деятельности, после чего переведена на ИВЛ). На 15 день болезни наступила смерть. Из эпиданамнеза выявлено, что в течение последних 6 месяцев по непонятной причине в личном подворье погибло 3 собаки.

В обоих случаях диагноз подтвержден гистологически и иммунофлюоресцентным методом. Если в первом случае при убедительном эпиданамнезе и типичном течении заболевания в постановке диагноза трудностей не возникало, то во втором – отсутствие четких эпиданамнеза и не совсем типичное течение заболевания (длительный начальный период – 6 дней, слабо выраженная гидрофобия, отсутствие типичного психомоторного возбуждения) привели к диагностическим трудностям. Проводилась дифференциальная диагностика между острым вирусным рассеянным энцефаломиелополирадикулоневритом, острым реактивным состоянием на стресс, истерическим неврозом, однако диагноз бешенство не исключался.

Таким образом, врачам различного профиля необходимо иметь в виду не совсем типичное течение болезни и уделять достаточное внимание эпидемиологическим данным. Среди населения должна регулярно проводиться санитарно-просветительная работа по бешенству и при наличии укусов и ослюнения различными животными необходимо обращаться за медицинской помощью, в частности в антирабический центр, так как именно специфическая профилактика может предотвратить эту болезнь.

Паевская О.А., Малов В.А., Горобченко А.Н., Нехаев С.Г., Чернова М.Е., Каншина Н.Н., Микерин С.М.

МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ СТАФИЛОКОККОВОГО ЭНТЕРОТОКСИНА А НА ЛЕЙКОЦИТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

г. Москва, Россия

Оценку функциональной активности лейкоцитов проводили методом хемилюминесценции (ХЛ), основанном на регистрации активных форм кислорода (АФК).

Как известно, лейкоциты при встрече с антигеном (АГ) активизируются с выделением активных форм кислорода. В данном случае мы изучали стафилококковый энтеротоксин А (СЭА). Этот токсин является суперантигеном и для эксперимента использовали микродозы токсина. Брали следующие разведения: 20 мкл, 10 мкл, 5 мкл, 1 мкл. В основе метода выделения лейкоцитов мы использовали методику по Ferrante и Thong (1982) на градиенте плотности Histopaque.

Забор крови осуществлялся у здоровых доноров (мужчины 18-45 лет (n=25), не имеющие в анамнезе каких-либо указаний на перенесенные инфекционные заболевания, как минимум, в течение последнего года), натошак из локтевой вены, в стерильные полипропиленовые пробирки. Выделенные клетки окрашивали раствором трепанового синего для микроскопического определения их жизнеспособности (не менее 95% жизнеспособных клеток). В качестве неспецифического люминесцентного зонда был выбран люминол, т.к. он не изменяет концентрацию АФК. Рассчитывали также индекс стимуляции (ИС). Спонтанная ХЛ лейкоцитов составила $11,6 \pm 2,4$, при стимуляции СЭА (1 мкл/мл) - $5,0 \pm 1,9$, и ИС имел отрицательное значение (-0,7). При 10, 20 и 5 мкл данные хемилюминесценции не отличались от контрольных значений. Достоверные отличия отмечались при 1 мкл.

Таким образом, при стимуляции лейкоцитов СЭА наблюдалось снижение активности лейкоцитов периферической крови у практически здоровых лиц (достоверно снижалась выработка клетками АФК). Это свидетельствует о выраженном торможении функциональной активности клеток периферической крови здоровых лиц при стимуляции микродозами токсина, при отсутствии реакции клеток на большие дозы СЭА.

Панкратов О.В., Панкратов Ю.В., Бала М.А.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОГОКИШЕЧНИКА

г. Липецк, Россия

Хронические поражения желудка и толстого кишечника занимают одни из первых мест в структуре заболеваний органов пищеварения. Представляется актуальным улучшение результатов комплексной реабилитации больных хронической патологией желудка и толстого кишечника на модели санаторно-курортного лечения пу-

тем разработки и внедрения комплексных индивидуализированных схем эндоэкологической реабилитации, включающих бальнеологические факторы, энтеросорбцию и биопрепараты.

В качестве бальнеологического лечения использованы минеральные воды Липецкого курорта хлоридно-сульфатно-натриевого состава. Энтеросорбционная терапия также акцентирована на препаратах отечественного производства (угли, силоксановые матрицы). В отношении биопрепаратов представляется необходимым отказ от слепого назначения любых препаратов на основании только рекламы. В лечении применяются индивидуальные назначения, базирующиеся на исследовании микробиоценоза толстого кишечника.

Включение в комплексную терапию пробиотиков в целом способствует более выраженному и комплексному клиническому эффекту терапии заболеваний, что сопровождается субъективным, физикальным, лабораторным прогрессом в сторону нормализации контролируемых параметров по сравнению с базовой стандартизированной терапией.

Включение в состав диагностических манипуляций электропунктурной диагностики по Фоллю позволяет получить дополнительную информацию и иначе подойти к оценке эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. В то же время следует отметить, что данный метод диагностики более целесообразен к применению в условиях реабилитационных и санаторно-курортных учреждений, поскольку отражает ряд комплексных характеристик гомеостаза. Эти характеристики в остром периоде патологических процессов могут изменяться динамично, и не отражать при этом истинную картину вегетативного статуса пациентов.

Оценка результатов лечения проводится прежде также и на основании динамики качества жизни больных.

Панкратов О.В., Панкратов Ю.В., Бала М.А.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

г. Липецк, Россия

Эрадикация *H. pylori* приводит к изменению течения язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки, и желудка, так как предотвращает рецидивы этой болезни. Не вызывает сомнений, что благодаря успешной антигеликобактерной терапии резко сокращается число обострений, которые в среднем наблюдаются лишь у 5% больных.

Обследовали 48 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии (от 4 до 7 месяцев после последнего обострения), находящихся под динамическим диспансерным наблюдением. У 38 больных ежегодно, а у 10 больных дважды в анамнезе отмечались обострения. Возраст обследуемых от 24 до 58 лет. У всех больных выявлена *H. pylori* с помощью уреазного теста. Обследуемые были разделены на три группы (по 16 человек). Все больные в течение семи дней получали эрадикационную терапию. Первая группа - кларитромицин по 250 мг 2 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день, коллоидный субстрат висмута 120 мг 3 раза в день за 30 мин до еды и 4-й раз перед сном. Вторая – амоксициллин 1 г 2 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день, коллоидный субстрат висмута 120 мг 3 раза в день за 30 мин до еды и 4-й раз перед сном. Третья – тетрациклин 500 мг 4 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день, коллоидный субстрат висмута 120 мг 3 раза в день за 30 мин до еды и 4-й раз перед сном.

В результате последующих наблюдений в течение 13 месяцев у 75% обследуемых не наблюдалось рецидива заболевания. У 20% больных обострение язвенной болезни наступило через 7 месяцев, у 5% через 10 месяцев после проведенной эрадикационной терапии. Во всех случаях обострений была обнаружена с помощью уреазного теста *H. pylori*. У 68% больных с рецидивом заболевания эрадикационная терапия проводилась с использованием кларитромицина, у 21% - тетрациклином, у 11% - амоксициллином.

Таким образом, эрадикационная терапия необходима больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Проведённые наблюдения позволяют отдать предпочтение использованию в схеме медикаментозного лечения амоксициллина.

Паршин М.Ж., Болехан В. Н., Буланьков Ю.И., Харченко В.И.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

г. Москва, г. Санкт-Петербург, Россия

В развитии эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Вооруженных Силах (ВС) РФ условно выделяют два периода – до 1996 года и после 1996 года. Отличия этих периодов проявляются в характере заболеваемости и интенсивности её роста, особенностях путей заражения (факторов риска), изменении категорий военнослужащих, подвергающихся риску заражения. С 1989 года заболеваемость ВИЧ-инфекцией в ВС РФ регистрирова-

лась в виде единичных разрозненных случаев носительства ВИЧ. Начиная со второй половины 1996 года, в России, а затем и в Вооруженных силах отмечается резкий подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Особенности проявлений эпидемического процесса свидетельствуют о влиянии эпидемической ситуации в неблагополучных по ВИЧ-инфекции регионах Российской Федерации на заболеваемость военнослужащих, регистрируемую в военных округах (флотах). В настоящее время наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в Приволжско-Уральском, Северо-Кавказском, Московском и Дальневосточном военных округах. Территории этих округов соответствуют городам и областям России, где регистрируются максимальные показатели заболеваемости среди гражданского населения.

В целом, на конец 2003 года, заболеваемость ВИЧ-инфекцией по видам Вооруженных сил и родам войск распределилась следующим образом: Сухопутные войска – 44,5%, Военно-морской флот – 16,8%, Военно-воздушные силы – 8,8%, Космические войска – 1,4%, Ракетные войска стратегического назначения – 7,4%, Воздушно-десантные войска – 3,8%, части центрального подчинения – 10,3%, прочие части – 6,6%.

До 1996 года офицеры и прапорщики составляли 70% от всех ВИЧ-инфицированных военнослужащих. После 1996 года наиболее пораженной категорией становятся военнослужащие, проходящие военную службу по призыву. За период 1996-2003 годов офицеры и прапорщики составили 4%, солдаты и матросы по призыву 92,4%, солдаты и матросы по контракту 3,6% среди всех выявленных случаев ВИЧ-инфекции у военнослужащих. В 2003 году доля офицеров и прапорщиков увеличилась с 3 до 8%, солдаты и матросы по призыву составили 88% и эта же категория по контракту – 4% от вновь выявленных инфицированных.

До 1996 года основным путем инфицирования военнослужащих ВИЧ являлся половой. С 1996 года он уступил свою значимость парентеральному пути заражения. Период 1996-1998 годов характеризовался ростом активности парентерального пути передачи ВИЧ (при внутривенном введении наркотиков) и снижением активности полового пути. Однако в последние годы ситуация стала кардинально меняться и в 2003 году половой путь уже составил 62%, в то время как парентеральный (при употреблении наркотиков) – 36%.

Таким образом, в настоящее время в Вооруженных силах действует так называемый "смешанный" – половой и парентеральный путь передачи ВИЧ. Также, следует отметить, что в современных условиях выявляются новые особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Вооруженных силах; регистрируются случаи заражения военнослужащих при нанесении татуировок нестерильными инструментами и пользовании общими бритвенными приборами. Отмеченные факторы риска заражения, а также условия их реализации являются специфическими для Вооруженных сил и связаны с существующими армейскими (флотскими) традициями, условиями быта личного состава, недостаточной информированностью его по проблеме ВИЧ/СПИД.

Анализ выявляемости и показаний для обследования военнослужащих на ВИЧ-инфекцию свидетельствует об их реверсивной динамике на протяжении отмеченных периодов наблюдения. До 1996 года максимальные показатели выявляемости ВИЧ-инфекции регистрировались у военнослужащих, возвращающихся из зарубежных командировок (30,8%), что говорит о завозном характере этой инфекции в период 1989-1995 годов. После 1996 года ВИЧ-инфекция в этой категории обследуемых выявлена только в 0,1% случаев. Такую же, но менее выраженную динамику проявили показатели выявляемости при проведении обследований групп риска (гомо- и бисексуалисты) и заключении контракта с Минобороны РФ в период прохождения военно-врачебных комиссий.

После 1996 года (начала эпидемии ВИЧ-инфекции в России) возрастает число ВИЧ-инфицированных военнослужащих, выявляемых среди доноров (19,1%), наркопотребителей (9,5%) и обследованных в добровольном порядке (обратившихся по собственной инициативе, 12%). До 1996 года ВИЧ-инфекция в отмеченных группах практически не выявлялась.

ВИЧ-инфицированные военнослужащие, выявленные по клиническим показаниям и при поступлении на стационарное (амбулаторное) обследование и лечение, на протяжении обоих периодов наблюдения, составляют основную долю всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди военнослужащих (в среднем по 27%). Однако, следует отметить, что в 1996-2003 годах выявляемость по клиническим показаниям стала ниже, чем до этого периода времени. Как было сказано выше, показатель выявляемости ВИЧ-инфекции при поступлении на стационарное лечение составляет практически одну треть (27,7%). Это очень высокий показатель для этой группы, поскольку все положительные тесты, полученные в результате обследования при поступлении в стационар (то есть не по показаниям), носят характер случайных находок. Следовательно, для повышения качества клинической диагностики, раннего выявления больных ВИЧ-инфекцией в лечебно-профилактических учреждениях Минобороны РФ медицинские работники должны хорошо ориентироваться в актуальных вопросах ВИЧ-инфекции (клиника, диагностика, профилактика) и знать показания для проведения исследования на ВИЧ.

В заключение необходимо отметить, что эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Минобороны РФ остается неблагоприятной. Максимальная заболеваемость регистрируется в воинских контингентах, дислоцирующихся на неблагополучных по ВИЧ-инфекции территориях Российской Федерации. В последние годы заражение военнослужащих в основном связано с половым и парентеральным (при внутривенном употреблении наркотиков) путями передачи. Наиболее пораженной категорией остаются военнослужащие, проходящие службу по призыву.

Пастушенков В.Л., Беженарь В.Ф., Курганская Н.А.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКИ И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

г. Санкт-Петербург, Россия

В своей практической деятельности врачи многих специальностей встречаются с заболеваниями, вызванными вирусами семейства *Herpesviridae*. Это определяется как их повсеместным распространением, так и высоким уровнем заболеваемости. Однако следует учитывать, что при лечении больных с рецидивирующим вирусом простого герпеса (РВПГ), особенно с преимущественно генитальными поражениями, недостаточно использовать только противовирусные препараты.

Цель исследования: оптимизация методов иммунодиагностики и иммунотерапии рецидивирующей герпетической инфекции у женщин.

Материал и методы. Обследовано 63 пациентки с рецидивирующей герпетической инфекцией гениталий. Средний возраст больных составил $26,3 \pm 3,2$ года. Длительность заболевания $5,2 \pm 0,3$ года при среднем числе рецидивов $8,4 \pm 0,4$ в год (от 4 до 19).

При разработке индивидуализированных подходов в диагностике рецидивирующей герпетической инфекции нами учитывалось, что развитие рецидива возможно при условии снижения показателей специфического противогерпетического иммунитета. В связи с этим оптимальным является использование иммунодиагностических методик, направленных на выявление специфических противогерпетических антител класса М и G методом иммунохимического анализа «Biogendex» (США). При обнаружении низких титров специфических иммуноглобулинов проводили изучение индивидуальной реакции клеток иммунной системы пациенток в реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) с различными разведениями культуральной инактивированной сухой герпетической вакцины. Оптимальным признавали РТМЛ, укладывающуюся в интервал 40-60%. На основе полученных данных проводили персонализированную вакцинацию в течении 5 дней с интервалом 1 день с контролем эффективности иммунотерапии через 14 суток по возрастанию специфических иммуноглобулинов класса G.

Использование в лечебной практике разработанных на кафедрах клинической биохимии и лабораторной диагностики и акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии методических подходов по индивидуализированной (персонализированной) стратегии и тактике диагностики и иммуноориентированной терапии герпетических инфекций позволило унифицировать методики лабораторного обследования и лечения, а также добиться существенного увеличения межрецидивного периода у больных.

Пелешок С.А., Верич Е.Н., Еспаев Б.А.

УРОКИ ВСПЫШКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО СИНДРОМА (ТОРС)

г. Санкт-Петербург, Россия

Цель предлагаемой работы — выявление ключевых направлений медицинской и военно-медицинской готовности к профилактическим и противоэпидемическим мерам по противодействию ТОРС-подобным вспышкам, в том числе, преднамеренным. Данный материал посвящен информационному направлению, приоритетному на ранних стадиях угрозы или осуществления предполагаемого биотерракта. Вспышка ТОРС в 2003 году, к счастью, не переросла в эпидемию и, по мнению компетентных авторов, не была преднамеренным актом. Впрочем, "азиатская привязанность", обстоятельства и способ распространения ТОРС вызвали некоторую настороженность, поскольку наблюдаемая картина вспышки была весьма близка к модели биотеррора.

В условиях преднамеренного распространения инфекционной болезни, имитирующей возникшую или возвратившуюся инфекционную болезнь (ВВИБ), стратегическое лидерство в подготовленности предотвращения и готовности к отражению такой атаки будет принадлежать эпидемиологической службе.

Уроки ТОРС показали, что подобная ему преднамеренная эпидемия окажет серьезное экономическое, политическое, социальное и психологическое воздействие на общество. Мероприятия эпидемиологической службы могут вступить в противоречие с принятыми правовыми нормами, находящимися вне медицинской или военно-медицинской юрисдикции.

Уроки борьбы с распространением вспышки ТОРС американских центров контроля и профилактики заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention - CDC), ВОЗ, военно-медицинских институтов США, консультативно-экспертной коллегии вооруженных сил США (Armed Forces Epidemiological Board - AFEB) показали, что на ранних этапах противодействия распространению ВВИБ ключевую роль будут играть главные компоненты *информационного* просвещения и обучения общества и учрежденных сообществ, — команда, контроль

(управление), компьютеры, коммуникации и точные сведения (концепция "C4I", — Command, Control, Computers, Communication and Intelligence).

Команда, возглавляемая эпидемиологами, с функциями *управления и контроля* осуществляет *планирование* профилактических и противоэпидемических мероприятий; устанавливает наилучшую для ситуации структуру управления и полномочий; определяет расхождения в юрисдикциях и согласует юридические полномочия для ответа на ВВИБ.

Компьютеры и коммуникации являются аппаратно-программной базой для сбора и обработки оперативных данных о статусе ВВИБ; для формирования и информационного обслуживания аудиторий, получающих *в реальном времени* адекватные им данные и знания, свойственные текущей ситуации; для полномочной и безопасной стыковки с действующими специализированными информационно-аналитическими системами и с информационными сетями широкого доступа, в частности, Интернет.

Точные сведения подразумевают своевременность и непредвзятость фактических и научных данных о том, что известно и неизвестно о примененном биоагенте и вызываемой им болезни; почему необходимы предпринимаемые усилия по противодействию биотерракту и его последствиям и каковы их динамика и результаты. Сведения, поступающие в информационную систему, подвергаются *эпидемиологическому расследованию*, основанному на селекции событий и сопоставлении сведений от разных независимых источников.

Пестерова В.Н., Макаров А.Д., Алексеева М.Н.

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ

г. Якутск, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение морфо-функционального состояния щитовидной железы у больных с хроническим гепатитом.

Материалы и методы: Нами обследовано 35 пациентов с хроническим гепатитом., в возрасте от 17 до 76 лет, находившихся на обследовании в диагностическом отделении НЦМ. Из них у 12 пациентов был выявлен хронический гепатит С, у 17- гепатит В, в 3 случаях – mixed (гепатит В и С), в 2 случаях- гепатит D, в 1 случае – неverified гепатит . Среди обследованных женщин- 23, мужчин 12. Всем пациентам было проведено цветное доплеровское картирование щитовидной железы с помощью аппарата Акусон-180. Линейным датчиком 7,5 гц. Для верификации аутоиммунного тиреоидита у всех пациентов определяли антитела к тиреоглобулину и антитела к микросомальной фракции.

Результаты : Диффузное увеличение щитовидной железы 1 степени выявлено у 7 пациентов, 2 степени – у 4, 3 степени – у 1. При изучении васкуляризации щитовидной железы при цветном доплеровском картировании гипervasкуляризация тиреоидной паренхимы , &# 1093;арактерная для аутоиммунного тиреоидита, отмечалась у 1 пациента с хроническим гепатитом С, у 1- с хроническим гепатитом С и В. У пациентов с повышенной васкуляризацией щитовидной железы были обнаружены антитела к тиреоглобулину и микросомальной фракции, что подтверждает наличие хронического аутоиммунного тиреоидита. Диффузное увеличение щитовидной железы с нормальной васкуляризацией тиреоидной паренхимы, вероятнее в 89%;его, а обусловлено тем, что обследованные пациенты проживают в эндемичном по зубу регионе. Таким образом, можно предположить, что вирус гепатита С имеет тропность к тиреоидной паренхимы и тем самым инициирует аутоиммунные процессы в щитовидной железе.

Петленко С.В., Начарова Е.П., Харит С.М.

«ТИМОГЕН», КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ АКТИВНОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДОПРИВИВОЧНЫЙ ПЕРИОД

г. Санкт-Петербург, Россия

Иммунопрофилактика детей с врожденной патологией ЦНС, а также часто и длительно болеющих детей, представляет определенную проблему в связи с недостаточным иммунным ответом на вакцинацию. Для повышения эффективности иммунного ответа на прививку возможно использование специфических средств, подготавливающих иммунную систему к адекватному восприятию антигенной нагрузки.

Под нашим наблюдением было 28 детей в возрасте до одного года с патологией ЦНС и отнесенных к категории часто и длительно болеющих. После первичного иммунологического обследования детям назначался синтетический регуляторный пептид тимуса —«Тимоген». Препарат вводился интраназально в суточной дозе 25 мкг на протяжении 5 дней. Через 7 дней после окончания курса иммуностропной терапии было проведено повторное углубленное изучение состояния иммунной системы.

Применение «Тимогена» приводило к повышению относительного и абсолютного содержания лимфоцитов с фенотипами CD4 (Т-хелперы) и CD20 (зрелые В-клетки). Эти изменения сопровождались увеличением индекса CD4/CD8 на 9% и значительным приростом концентрации IgG (на 39,6%). Клональное распределение субпопуляций иммунокомпетентных клеток под воздействием «Тимогена» характеризовалось снижением на 30,6% содержания естественных киллеров (CD56) и, в большей степени (на 60,8%), лимфоцитов специфичности CD25 (рецептор IL-2). По сравнению с первичным исследованием на 16% снизилось количество лимфоцитов CD95 (FasL-рецептор апоптоза), что является закономерным для преимущественно тимомиметического эффекта «Тимогена».

Применение дипептидного препарата тимуса - «Тимогена» в предвакцинальный период у часто и длительно болеющих, а так же детей с неврологической патологией, способствовало умеренной стимуляции клеточных (TCR-стимуляция) и гуморальных механизмов иммунного ответа в сочетании с понижением провоспалительной и апоптотной готовности. Изменения иммунной системы, индуцированные применением «Тимогена», могут способствовать формированию более полноценного ответа на вакцинацию детей обследованных групп.

Петрова А.Г., Варнакова Р.Д., Киклевич В.Т., Москалёва Е.В., Домбаева Т.Д., Смирнова С.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРА ИНТЕРФЕРОНА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

г. Иркутск, Россия

Основные аспекты применения индуктора интерферона Циклоферона у ВИЧ-инфицированных пациентов включают лечение собственно ВИЧ-инфекции (Покровский В. В., 1999), вирусных гепатитов, вторичных заболеваний (герпес, ЦМВ-инфекция, кандидоз, вирусные, бактериальные инфекции и др.), а также профилактику гриппа и ОРВИ в период эпидемического подъема.

Профилактика инфекционных заболеваний имеет особую важность у детей с ВИЧ-инфекцией (Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., 2002). Любая инфекция среди детей в учреждении закрытого типа представляет высокую эпидемиологическую опасность, а для детей с иммунодефицитом угрожает развитием осложненных форм, обострением хронической патологии и усугублением иммунодефицита. Впервые в этом году нами проведена профилактика гриппа и ОРВИ у ВИЧ-инфицированных детей сочетанным применением вакцинации и индуктора интерферона Циклоферона. Её получили 19 детей с установленной ВИЧ-инфекцией в стадии 2А-3В (В. И. Покровский, 1989) в возрасте от 1, 5 до 6 лет и 21 ребенок с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции в возрасте от 6 до 18 месяцев, находящиеся на лечении в специализированном отделении. Не были вакцинированы только больные в III В стадии заболевания. Программа включала введение вакцины «Ваксигрип» одно- или двукратно с интервалом в 30 дней, через 24 - 48 часов после которой ВИЧ-инфицированным детям назначался индуктор интерферона Циклоферон в дозе 10 мг/кг по схеме (дни): 1,2,4,6,8,11,14,17,20,23, затем 1 раз в 5 дней на протяжении всего эпидемического сезона (ещё 2,5 месяца). Кроме этого в течение 4 недель дети получали витаминно - микроэлементные комплексы с наличием vit C, A, E, B, сироп шиповника, эубиотики. Учитывалась кратность, тяжесть, продолжительность ОРЗ и ОРВИ и их осложненных форм, а также герпеса, ОКИ и другой интеркуррентной патологии за 4 месяца программы в сравнении с этим же периодом прошлого сезона без вакцинопрофилактики гриппа и назначения Циклоферона. Следили также за динамикой иммунного статуса детей. Клинических и иммунологических осложнений не было ни у одного ребенка. Реакция на вакцинацию была у 2 детей (однократно субфебрильная температура). Гриппа зарегистрировано не было. Частота ОРВИ (ринит, назофарингит) составила 0,27 на 1 ребенка против 1,13 в прошлом сезоне. Все ОРВИ протекали в легкой форме. Не было ни одного случая бактериального осложнения ОРВИ со стороны ЛОР - органов и легких (против 0, 3 случаев гнойных отитов и 0,2 – бронхопневмоний на 1 ребенка в 2003 году). Локализованный Herpes labialis отмечен только у 1 ребенка с ВИЧ-инфекцией (в сезоне 2003 года – 5 случаев, в том числе 2 – распространенная форма Herpes zoster). Таким образом, результаты программы можно считать успешными не только в отношении профилактики гриппа и ОРВИ, но также в результате назначения индуктора интерферона в предотвращении обострений герпетической, бактериальной и грибковой инфекции и улучшения показателей иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных детей.

Петрова А.Г., Варнакова Р.Д., Москалёва Е.В., Березовская Е.К., Маруева Л.М., Киклевич В.Т., Смирнова С.В.

ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

г. Иркутск, Россия

Нами проанализировано течение ВИЧ-инфекции у детей, находящихся на лечении в отделении для ВИЧ-инфицированных детей при городской инфекционной клинической больнице г. Иркутска. Среди 20 детей с ВИЧ-инфекцией, двое инфицированы парентерально (в настоящее время они в возрасте 6 и 7 лет), у 18 детей установ-

лен перинатальный путь инфицирования. Средний возраст детей 2,5 года (от 1 до 4 лет). Из них 7 (38,9 %) девочек и 11 (61,1%) мальчиков. На сегодняшний день больные находятся в следующих клинических стадиях ВИЧ-инфекции (В. И. Покровский, 1989): II Б – 2 (11,1 %), II В – 9 (50 %), III А – 3 (16,7 %); III Б – 2 (11,1 %), III В – 2 (11,1%). По иммунологическим показателям (CDC, 1994) не отмечено иммуносупрессии у 14 (77,8%) детей, умеренную иммуносупрессию имеют 3 (16,7%) больных и тяжелую иммуносупрессию 1 (5,5%) ребенок. При исследовании показателей клеточного иммунитета у ВИЧ – инфицированных детей, по сравнению с нормальными возрастными показателями, обнаружено достоверное снижение CD3, CD4, CD16 субпопуляций лимфоцитов. Нарушения гуморального звена иммунитета выражается достоверным снижением субпопуляции лимфоцитов В (3F3) и выраженным увеличением концентрации Ig G в сыворотке крови. Уровень ЦИК в сыворотке крови у ВИЧ – инфицированных детей в 2 раза выше, чем у здоровых детей. Кроме того, отмечено достоверное увеличение абсолютного количества лимфоцитов, экспрессирующих мембранный гликопротеин CD95, ассоциированный с апоптозом. Тенденция к быстрому прогрессированию болезни имеется у 5 детей, им всем назначена антиретровирусная терапия, в том числе четверым – высокоактивная (ВААРТ). Среди 18 ВИЧ-инфицированных не получают антиретровирусную терапию 5 (27,8 %) детей, получают монотерапию ретровирусом – 5 (27,8 %), битерапию – 2 (11,1%), тритерапию – 6 (33,3%) (в том числе ВААРТ – 4 (22,2 %) детей). У всех больных отмечается сопутствующая неврологическая патология и задержка психоречевого развития, в том числе у 4 (22,2 %) – грубая. Среди них 4 ребенка с ДЦП (22,2 %). Рецидивирующая и хроническая ЛОР-патология у 6, атопический дерматит – 3, рецидивирующая герпетическая инфекция у 3 детей, кандидоз у 4 детей, кандидоносительство – у всех больных. Аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура - у 1 ребенка (стадия IIIВ, В3 по CDC). Кроме всех проблем, пациенты отделения имеют проявления анемии, чаще легкой и средней степени выраженности, 1 ребенок имел тяжелую анемию. Данный синдром является полиэтиологичным, в том числе в 100 % случаев выявляется дефицит железа в организме. Назначение препаратов железа позволило в большинстве случаев нормализовать показатели красной крови. Кардиомиопатия пока не зарегистрирована ни у одного ребенка. Однако у всех ВИЧ - инфицированных детей имеются изменения процессов реполяризации на электрокардиограмме, а клинически регистрируется систолический шум в сердце. Данное состояние трактуется кардиологом как вторичная кардиопатия и в отдельных случаях миокардиодистрофия. Больные получают метаболические препараты курсами. По показаниям детям проводится Эхо - кардиографии в динамике. В отделении дети вакцинируются. Впервые в этом сезоне проведена профилактика гриппа и ОРВИ (Ваксигрипом и циклофероном), которая была эффективной. Не прививаются больные в III В стадии ВИЧ-инфекции.

Петухов В. С., Петухова Л. Н.

МЕДИКО – ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ОКИ) НА ТЕРРИТОРИИ ПРИМОРЬЯ

г. Санкт – Петербург, Россия

Нами, на протяжении пяти лет анализировались температурные, гидрометеорологические показатели региона и оценивалась эпидемиологическая ситуация по ОКИ установленной и не установленной этиологии. Установлено, что средняя температура воздуха января составляла $-20 - -27^{\circ}\text{C}$ в материковых районах и $-12 - -14^{\circ}\text{C}$ на побережье. Абсолютный минимум температуры воздуха января до -45°C во внутренних частях края. Сход снежного покрова обычно происходит в середине апреля. Средняя температура воздуха июля-августа $+14-+21^{\circ}\text{C}$. Абсолютный максимум температуры воздуха $+38^{\circ}\text{C}$. Относительная влажность воздуха: среднегодовая 76-82%, в августе 84-92%, зимой 70-75%. Количество осадков в год составляет 600-900 мм. Сочетание высокой температуры и большой относительной влажности воздуха в летний период оказывает неблагоприятное воздействие на организм. Показатели резистентности людей весьма чувствительны к метеорологическим воздействиям. При неблагоприятном метеокомплексе снижается действие факторов неспецифической защиты. В большей мере снижение резистентности людей к инфекции проявляется весной, в годы с жарким летом. Жаркое лето как раз характерно для Приморья. В настоящее время 77% населения Приморского края проживает в городах и поселках городского типа. Приморский край входит в число субъектов РФ с наиболее высоким уровнем заболеваемости ОКИ, вызванными установленными возбудителями. В 2002 году она выросла по сравнению с 2001 годом на 7% и составила 142,1 на 100 тыс. населения (в среднем по РФ 84,6). В этой группе инфекций продолжался рост ротавирусной инфекции на 20% в 2002 году. Для водоснабжения населения используется вода местных рек и артезианские скважины. В связи с низким дебитом скважин многие воинские части испытывают дефицит питьевой воды до 40-60%. В этот же период наибольшее количество проб воды не соответствует требованиям СанПиН 2.1.4.1074-01 по микробиологическим и физико-химическим показателям. В весеннее половодье (продолжительностью 10-20 дней) вода в реках прибывает на 1,0-1,5 м. В конце весны – начале лета уровень рек падает, многие реки мелеют и возникают проблемы с водозабором. В конце лета и начале осени бывают 3-4 паводка, продолжительностью 5-10 дней, уровень воды повышается на 2-3 метра. Из особенностей климата необходимо отметить, что больше всего осадков выпадает в летние месяцы, особенно при прохождении тайфунов. Приморье характеризуется частыми летними наводнениями, вызываемыми муссонными дождями, выпадающими в период июля, августа. Во время катастрофических на-

воднений уровень воды в реке Уссури превышает ординар на 5-7 метров. Паводки сопровождаются селями и оползнями. Осенние наводнения, вызванные ливневыми или обложными муссонными дождями, связаны с циклонами, часто посещающими Приморье. Атмосферные осадки могут составить 250 – 300 мм за один дождь. При этом резко ухудшается качество питьевой воды, подаваемой потребителям.

При сравнении заболеваемости ОКИ с температурой окружающей среды за 5 лет в организованном коллективе, дислоцирующемся в западном районе Приморья, отмечено, что в годы с наибольшей температурой регистрировалась и более высокая заболеваемость ОКИ. Так, в 2000 году, когда температура воздуха в районе дислокации коллектива в июле достигала +35°C, а в августе +30°C заболеваемость ОКИ составляла 140,6%. И наоборот, в 1999 году, когда максимальные дневные температуры июля и августа составляли соответственно +24°C и +15°C, заболеваемость ОКИ составляла 8,64%. В другие годы заболеваемость также коррелировала с температурой атмосферного воздуха, наряду с другими факторами (неудовлетворительное водоснабжение и др.).

Таким образом, можно говорить о влиянии медико-географических особенностей Приморья на уровень заболеваемости ОКИ.

Петухов В. С., Петухова Л.Н.

О РОЛИ УСЛОВНО – ПАТОГЕННЫХ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВСПЫШКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

В сентябре 2003 года в одном из организованных коллективов Дальневосточного региона возникла крупная вспышка острых кишечных инфекций (ОКИ), когда в течение короткого периода времени заболело около 120 человек. При этиологической расшифровке вспышке установлено, что у 75% заболевших выделялись *Klebsiella pneumoniae*, у остальных 25% возбудителей не обнаружено. При внеочередном бактериологическом обследовании работников питания у 35,3% из них выделены бактерии *Klebsiella pneumoniae*. У 94% пострадавших наблюдались легкие формы и у 6% - средние формы заболеваний. Динамика заболеваемости в очаге характеризовалась внезапным началом, быстрым подъёмом (в течение 3 дней) и быстрым спадом. По версии эпидемиолога территориального центра госсанэпиднадзора, причиной высокой заболеваемости послужили грубые нарушения в обеспечении личного состава доброкачественной питьевой водой. В части в течение восьми недель проводились работы силами УНР по замене участка водовода. Однако результаты анализов проб питьевой воды из этой части в этот период по микробиологическим показателям соответствовали СанПиН 2.1.4.1074-01. В то же время санитарное состояние солдатской столовой оценивалось как неудовлетворительное. Более того, обсемененность оборудования и инвентаря столовой бактериями группы кишечной палочки составила 65%. О пищевом характере вспышки ОКИ также свидетельствовали питание преобладающего числа заболевших в одной столовой; нарастание числа случаев в срок, близкий к минимальному инкубационному периоду; моноэтиологичность (*Klebsiella pneumoniae*); участие лиц суточного наряда по столовой и работников питания в ремонте канализации накануне вспышки.

Таким образом, общность источника питания для преобладающего числа заболевших, а также неудовлетворительное его санитарное состояние; внезапное появление заболеваний; нарастание числа случаев в срок, близкий к минимальному инкубационному периоду; быстрое прекращение заболеваний после отстранения от работы работников питания, носителей возбудителей ОКИ; моноэтиологичность (*Klebsiella pneumoniae*) свидетельствуют о пищевом характере вспышки ОКИ, вызванных условно-патогенными энтеробактериями.

Петухов В.С., Петухова Л.Н.

ОЦЕНКА ВОЕННО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ОКИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

г. Санкт-Петербург, Россия

Оставаясь одной из важных проблем здравоохранения, острые кишечные инфекции (ОКИ) наносят ощутимый урон боеспособности воинских формирований Вооруженных Сил РФ. При определении проблем профилактики возникновения и распространения заболеваний среди личного состава ВС РФ необходимо отметить, что в 1991-2001 гг. ОКИ устойчиво занимали 3-е место в структуре инфекционной патологии военнослужащих по показателям первичной обращаемости. Их доля варьировала от 1,4% в 1991 году до 5,7% в 1999 году. А в 2002-2003 годах ОКИ занимали уже 2-е место, уступая лишь микозам, их доля составляла 20,55% и 17,7% соответственно. Изменения в структуре связаны в основном с переходом на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра и отнесением в связи с этим острых респираторных инфекций и острого тонзиллита в класс болезней органов дыхания.

Обосновывая военно-эпидемиологическую значимость ОКИ, следует отметить, что показатель средней пораженности личного состава ВС РФ, проходящего военную службу по призыву (неэффективности использования личного состава по причине болезни) в 2000 году составил 0,512%. Это означает, что в течение года каждый 2-й день 1 человек (каждые 10 дней 5 человек) из 1000 не участвовал в повседневной деятельности части в связи с заболеванием ОКИ. В 2001 году этот показатель составил 0,454%, то есть каждый 2,2-й день 1 человек (каждый 11-й день 5 человек) из 1000 не участвовал в повседневной деятельности части. Аналогичный показатель среди военнослужащих, проходящих службу по контракту, в 2000 году составил 0,052%. Это означает, что в течение года каждый 19-й день 1 человек из 1000 не участвовал в боевой подготовке. В 2001 году этот показатель составил 0,047% и каждый 21-й день 1 человек из 1000 не участвовал в боевой подготовке. Показатели 2002-2003 годов незначительно отличаются от аналогичных показателей 2001-2002 годов. Экономический ущерб от этих инфекций в целом по Вооруженным Силам составил: в 2000 году 30,52; в 2001 г. 30,45; в 2002 г. 28,56; в 2003 г. 21,24 млн. рублей (расчет произведен по методике И. Л. Шаханиной с соавторами) в ценах на декабрь 2000г.

Оценивая военно-эпидемиологическую значимость ОКИ в ДВО, следует отметить, что показатель средней пораженности личного состава ДВО, проходящего военную службу по призыву (неэффективности использования личного состава по причине болезни) в 2000 году составил 0,692%. В 2001 году этот показатель составил 0,531%. Аналогичный показатель среди военнослужащих, проходящих службу по контракту, в 2000 году составил 0,066%. В 2001 году этот показатель составил 0,079%. Экономический ущерб от этих инфекций в целом по ДВО составил: в 2000 г. 5,11; в 2001 г. 4,985; в 2002 г. 4,07; в 2003 г. 2,546 млн. рублей (расчет произведен по методике И. Л. Шаханиной с соавторами) в ценах на декабрь 2000 г.

Таким образом, перечисленное выше свидетельствует о высокой социально – экономической и военно – эпидемиологической значимости ОКИ для Вооруженных Сил РФ.

Подборонов В.М., Смирнова И.П., Подборонов А.М., Новикова В.П., Болурова Т.Н., Овчинникова И.Ю.
ИНДУКЦИЯ СИНТЕЗА ЛИЗОЦИМА КЛЕЩЕЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА
г. Москва, Россия

Лизоцим – это бактериолитический фермент, который расщепляет гликозидную связь между первым атомом углерода N-ацетилмурамовой кислоты и четвертым атомом углерода пептидогликана наружной стенки бактерий, что приводит к гибели микроорганизмов (Jolles P., Jolles J., 1984). Антибактериальный эффект лизоцима был открыт Флемингом в 1922 году, который и установил важное биологическое свойство фермента – бактериолитическое и бактериостатическое влияние на некоторые микроорганизмы (Fleming A., 1922). Лизоцим синтезируется, в основном, в клетках, способных к фагоцитозу – нейтрофильных лейкоцитах, макрофагах и локализуется в их азурофильных и специфических гранулах. Лизоцим является широко распространенным ферментом в различных биологических жидкостях и тканях.

Ранее нами показано, что такое вещество, обладающее антибактериальным действием, содержится в кишечнике, слюне, гемолимфе членистоногих (Подборонов В.М., 1986, 1993, 2004 гг.). При инфицировании клещей различными возбудителями болезней нами установлено, что с увеличением числа макрофагов в гемолимфе у зараженных клещей обнаруживаются клетки с фагоцитированными бактериями. По морфологическим признакам макрофаги могут быть отнесены к гемато- или плазматоцитам.

Синтез лизоцима клетками гемолимфы клещей не исследован, что и явилось целью настоящей работы. В опытах использовали клещей *Ornithodoros papillipes* лабораторной культуры. Гемолимфу брали из лапки и вносили в сосудик небольшого объема с 0,85% физиологическим раствором и подвергали воздействию ультразвуком на аппарате фирмы “MSE” (Англия) при максимальной мощности (3 раза по 10 с при 4°C), центрифугировали 5 мин при 5000 об/мин для удаления нерастворимого материала. Для титрования использовали один и тот же объем – 0.1 мл. Центрифугат подвергали исследованию на наличие антибактериальных свойств по отношению к *Micrococcus luteus* var. *lysodeikticus* и *Staphylococcus aureus*, для чего смоченные центрифугатом диски помещали на газон указанных культур. В качестве контролей использовали яичный лизоцим, гемолимфу клещей без воздействия ультразвуком и физиологический раствор. Учеты размеров зоны лизиса проводили через 24 и 48 часов, с повторной проверкой в течение 3-5 суток. О результатах антибактериального действия судили по максимальному диаметру зоны лизиса в мм. В некоторых случаях использовали убитую культуру *M. lysodeikticus*.

Как показали опыты, яичный лизоцим и лизоцим гемолимфы клещей без воздействия ультразвуком существенно уступают по мощности бактерицидного эффекта лизоциму после воздействия на гемолимфу ультразвуком, зона лизиса которого составила $29,0 \pm 1,4$ мм (среднее из 5 наблюдений в отношении *M. Lysodeikticus*), контроль (яичный лизоцим – $20,0 \pm 0,6$ мм и гемолимфа клещей без воздействия ультразвуком – $14,4 \pm 0,8$ мм). Лизоцим гемолимфы клещей после воздействия ультразвуком в 1,5–2 раза активнее яичного лизоцима и лизоцима гемолимфы клещей без воздействия ультразвуком.

Заметное и достоверное отличие в бактерицидной активности лизоцима гемолимфы клещей после воздействия ультразвуком показано и в отношении *S. aureus*, диаметры зон лизиса 27,2 и 15,6 мм. В контроле (физиологический раствор) бактерицидного действия не отмечено.

По-видимому, разрушение клеток гемолимфы клещей ультразвуком приводит к достоверному увеличению продукции лизоцима, что имеет практическое значение в инфекционной патологии.

Подчерняева Р.Я., Исаева Е.И., Семирнина В.В., Мезенцева М.В.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИГРИППОЗНОГО ПРЕПАРАТА «ИНФЛЮЦИД»

г. Москва, Россия

Проведено 2 серии экспериментов *ин vitro* и *ин vivo*, а также на здоровых школьниках: 1. Изучение активности нового гомеопатического препарата «Инфлюцид» на культуре клеток почек собак (МДСК), чувствительной к вирусу гриппа и в экспериментах на белых мышах; 2. Применение «Инфлюцида» для профилактики гриппа и ОРВИ у школьников в период сезонного подъема заболеваемости гриппом в 2003 г. в г. Москве.

Комплексный гомеопатический препарат «Инфлюцид» содержит комбинацию известных гомеопатических препаратов, применяемых для лечения и профилактики различных лихорадочных заболеваний: *Aconitum*, *Gelsemium*, *Iresacuanha*, Фосфор, *Bryonia*, *Eupatagium*. Подробное изучение «Инфлюцида» представлено М.В. Мезенцевой и др. в Ж. Клиническая фармакология и терапия, 2003 г., № 5, с. 73-76.

В первой серии экспериментов *ин vitro* препарат вносили в культуру клеток МДСК одновременно с вирусом гриппа H3N2 (штамм A/Aichi 2/68), за 24 часа до заражения и через 24 часа после заражения. Титр вируса определяли в культуральной жидкости через 72 часа по наличию гемагглютининов (ГА). Выявлено, что «Инфлюцид» обладал противовирусным эффектом и снижал титр ГА при введении его одновременно с вирусом (до 0,2 lg ГА Ед/мл) и по лечебной схеме (<1,0 lg ГА Ед/мл) по сравнению с контролем (7,2 lg ГА Ед/мл). В исследовании *ин vivo*, мышей инфицировали штаммом A/Aichi 2/68 в дозе 100 LD₅₀, предварительно адаптированным к легким мышам. «Инфлюцид» вводили внутривентрально по 0,2 мл/мышь за 24 часа до заражения, в момент заражения и через 24 часа после него. Применение «Инфлюцида» по профилактической схеме защищало 60%, а по лечебной 40% животных, инфицированных летальной дозой вируса гриппа. Наблюдалось подавление размножения вируса в легких мышам на 2,5-4,5 lg LD₅₀. Индекс эффективности «Инфлюцида» при гриппозной инфекции составлял 80%, что позволяет считать его высокоактивным противогриппозным препаратом. Для определения интерферониндуцирующего (ИФН) действия «Инфлюцида» забор крови у мышам проводили через 24 и 48 часов после введения препарата с последующим титрованием его на культуре мышинных клеток L₉₂₉. «Инфлюцид» обладал ИФН-индуцирующей активностью в сыворотке крови мышам в титрах 80-320 Ед/мл, а при добавлении в клетки крови – индуцировал ИФН в титрах 64-128 Ед/мл. Т.е. его действие можно сравнить с эффектом известных индукторов ИФН: ридостином (титр ИФН составлял 256 Ед/мл), циклофероном (128 Ед/мл) и амиксином (32 Ед/мл).

Во второй серии экспериментов был подтвержден профилактический эффект «Инфлюцида» при клиническом изучении на 100 здоровых школьниках. Отмечено снижение заболеваемости у детей в 2 раза, 78% перенесли грипп в легкой форме, только 5% в тяжелой форме. В контрольной группе (269 человек) легкая форма течения отмечена у 24%, тяжелая форма у 21% детей.

Таким образом, препарат «Инфлюцид» обладает достаточно выраженным противогриппозным действием и может быть рекомендован для применения в период эпидемического подъема.

Позняк А.Л., Сидорчук С.Н., Захаркив Ю.Ф., Гудков Р.В.

ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТРИХОМОНОЗОМ ОТ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ШТАММОВ ВОЗБУДИТЕЛЯ К АНТИПРОТОЗОЙНЫМ ПРЕПАРАТАМ

г. Санкт-Петербург, Россия

В последнее время многие клиницисты все чаще отмечают случаи неэффективности противотрихомонадной монотерапии. Единое мнение о причинах таких неудачных курсов лечения отсутствует. Одни авторы связывают снижение эффективности 5-нитроимидазольных препаратов с низким содержанием цинка в сыворотке крови больных, другие – с низкой абсорбцией препаратов, низкой их концентрацией в очаге поражения или инактивацией препаратов под воздействием микрофлоры влагалища. Однако в большинстве публикаций в качестве одной из главных причин отмечается широкое распространение устойчивых штаммов *Trichomonas vaginalis* к метронидазолу, в результате чего происходит возрастание частоты рецидивов мочевого трихомоноза и/или хронизация воспалительных процессов урогенитального тракта.

В связи с вышеизложенным, за период с сентября 2002 г. по сентябрь 2004 г. нами была отобрана группа из 16 больных мочеполовым трихомонозом, у которых не были выявлены другие возбудители воспалительных заболеваний урогенитального тракта, что было подтверждено методами ПЦР и НРИФ. Все больные получали этиотропную терапию метронидазолом по схеме 1 сутки по 0.5 г 2 раза, 2 сутки 0.5 г 3 раза; 3-7 сутки 0.5 г 2 раза. Оценку эффективности лечения проводили с помощью паразитологического критерия (сроков исчезновения трихомонад из исследуемого материала на фоне проводимой терапии).

При контрольных паразитологических исследованиях штаммы *Trichomonas vaginalis* были выявлены на 3 день лечения – у 15 больных, на 5 день лечения – у 13 больных, на 1 день сразу же после окончания лечения – у 7 больных, а также через 1 неделю после окончания лечения – у 9 больных и через 3 недели после окончания лечения у всех больных. Клиническая эффективность оценивалась по срокам исчезновения и повторного возникновения симптомов. У 2 больных наблюдалось бессимптомное течение, у 4 пациентов симптомы исчезали на 3 сутки после начала этиотропной терапии и повторно возникали через 2-3 недели, у 6 больных эти сроки составляли соответственно 5-7 сутки и 3 недели; у 4 больных симптомы не исчезали вовсе.

Перед повторным курсом антитрихомонадной терапии проводилась оценка чувствительности штаммов *T.vaginalis*, выделенных от каждого пациента к современным антипротозойным препаратам и их комбинациям. 9 штаммов (56.25%) оказались чувствительными к орнидазолу, причем 7 из них – в комбинации с нифурателем, и 1 – с фуразолидоном. 7 оставшихся штаммов (43,75%) оказались чувствительны к комбинации ниморазола с нифурателем. Всем больным была проведена этиотропная терапия с учетом чувствительности штамма возбудителя к антипротозойным препаратам, которая оказалась успешной (по данным контрольных клинико-паразитологических исследований).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в связи с широким распространением резистентных к метронидазолу штаммов *T.vaginalis* целесообразно использование метода определения их чувствительности к антипротозойным препаратам с целью подбора рациональных схем этиотропной терапии.

Помогаева А.П., Потарская Е.В., Уразова О.И.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ МОНОЦИТОВ И КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ВИФЕРОНОМ

г. Томск, Россия

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – острое доброкачественное лимфопролиферативное заболевание, возбудителем которого в 90 % случаев является вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ). ВЭБ способен вызывать значительные нарушения в иммунном статусе макроорганизма: изменение количества и свойств отдельных популяций лимфоцитов, моноцитов и гранулоцитов. В противовирусной защите большую роль играет система эндогенных интерферонов. Рекомбинантный $\alpha 2b$ -интерферон – действующее начало препарата виферон.

Цель работы – установить влияние препарата виферон на функциональную активность моноцитов и субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови у детей при инфекционном мононуклеозе, вызванном ВЭБ (ИМ-ВЭБ).

Материалы и методы: под наблюдением находились 39 детей в возрасте от 1 года до 6 лет с диагнозом ИМ-ВЭБ. Диагноз ИМ устанавливали по наличию типичных клинических симптомов, изменений в ОАК и положительного ИФА. У всех детей была среднетяжелая форма ИМ-ВЭБ, гладкое течение болезни. 19 детей получали в качестве специфической терапии виферон-1 по 1-й свече 2 раза в день в течение 10 дней. Группа сравнения: 20 детей того же возраста с диагнозом ИМ-ВЭБ, не получавших виферон. Пациенты обследовались через 1,5 месяца после болезни. Группа контроля - 20 здоровых детей аналогичного возраста. Иммунологическое обследование включало исследование фагоцитоза моноцитов периферической крови по поглощению частиц красителя методом фотоколориметрии, Fc γ - рецепторов моноцитов методом ЕА-розеткообразования, С3b- рецепторов моноцитов методом ЕАС-розеткообразования, определение субпопуляций лимфоцитов с помощью моноклональных антител в лимфоцитотоксическом тесте. Статистическую достоверность различий показателей в трёх группах детей оценивали с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение: у детей с ИМ-ВЭБ отмечались выраженные изменения показателей неспецифической резистентности и специфического иммунитета. Уровень фагоцитарной активности на фоне применения виферона был достоверно выше, чем в группе сравнения (соответственно $385,33 \pm 77,62$ опт.ед. и $82,22 \pm 9,19$ опт.ед. при уровне здоровых детей $66,25 \pm 15,14$ опт.ед.). Содержание С3b-рецепторов достоверно не отличалось в 3-х группах детей ($13,80 \pm 2,52\%$; $15,40 \pm 1,31\%$ и $19,17 \pm 1,70\%$). Уровень Fc γ - рецепторов на фоне терапии вифероном был ниже, чем у детей, не получавших специфическое лечение и детей контрольной группы ($4,10 \pm 1,06\%$; $17,65 \pm 1,47\%$ и $16,75 \pm 2,29\%$). Содержание CD3-лимфоцитов в опытной группе было выше, чем у детей группы сравнения и контрольной группы ($44,80 \pm 3,19\%$; $28,82 \pm 3,89\%$ и $36,47 \pm 5,04\%$). Уровень CD8-

лимфоцитов был выше у детей, получавших виферон ($28,93 \pm 3,00\%$ при уровне группы сравнения $17,64 \pm 3,00\%$ и контроля $14,00 \pm 2,15\%$). Содержание CD16-лимфоцитов в опытной группе ($8,77 \pm 2,27\%$) было ниже, чем у детей группы сравнения ($17,55 \pm 2,57\%$) и здоровых детей ($13,31 \pm 2,36\%$). Уровень CD72-лимфоцитов на фоне виферона был чуть выше, чем у детей 2-х других групп ($28,00 \pm 3,49\%$; $23,36 \pm 3,74\%$ и $15,73 \pm 1,62\%$).

Таким образом, на фоне лечения вифероном отмечается усиление фагоцитарной активности моноцитов, повышение процентного содержания CD3-, CD8-, CD72-лимфоцитов, что способствует формированию полноценного иммунного ответа и улучшает прогноз заболевания.

Пономаренко Т.Н., Бала М.А., Шевцов Д.В.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

г. Белгород, г. Липецк, Россия

Аллергическая патология респираторной системы, формирующаяся в раннем детском возрасте в экологически неблагоприятных зонах постоянного проживания, к наступлению призывного возраста может перерасти в бронхиальную астму. Существующие в настоящее время лечебно-методические подходы к данной патологии не позволяют осуществлять своевременную диагностику и реабилитацию респираторных аллергозов.

В городе отмечается высокая заболеваемость детей с поражением дыхательной системы (в 1,5 раза выше, чем по России) среди которых наиболее распространены обструктивные и рецидивирующие бронхиты, острые пневмонии, стенозирующие ларинготрахеиты, респираторные аллергозы, в том числе бронхиальная астма).

Материалами исследований служили результаты наблюдения 782 больных, поступивших на стационарное лечение в клиническую инфекционную больницу г.Липецка в 1999 г. с диагнозами “Острый стенозирующий ларинготрахеит” и “Бронхообструктивный синдром”. Возраст больных был от 28 дней до 2 лет 11 мес.

Заболевание обычно начиналось остро в 89,7%, реже подостро (10,3% случаев). В первые часы клиника соответствовала респираторно-катаральному и интоксикационному синдромам. Через несколько часов, чаще в ночное время отмечалось резкое ухудшение состояния, на первый план выступали явления ОСЛТ: приступообразный грубый сухой (“лающий”) кашель, афония, инспираторная одышка с нарастанием дыхательной недостаточности.

В лечении был сделан упор на патогенетические средства с максимально возможным отказом от средств этиотропной терапии. Лечение было проведено 94 детям с ОСЛТ и БОС в возрасте от 6 мес. до 4 лет. Наблюдалась достоверно более быстрая динамика регресса синдромов интоксикации, дыхательной недостаточности, катаральных явлений.

Принципами терапии острого периода осложненных форм ОРЗ служили обеспечение рационального режима, гипоаллергенная диета, применение муколитических и бронхолитических средств в пероральной и ингаляционной форме, десенсибилизирующая и антиоксидантная терапия.

Результаты позволяют рекомендовать еще более сократить показания для назначения антибиотиков при осложнениях ОРЗ у детей из зон экологического риска, а также рекомендовать пересмотреть тактику реабилитационного лечения часто болеющих детей.

Пономаренко Т.Н., Бала М.А., Шевцов Д.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

г. Белгород, г. Липецк, Россия

Под наблюдением находились 86 детей с частыми эпизодами острых респираторных заболеваний, осложнявшимися острыми стенозирующими ларинготрахеитами и бронхообструктивным синдромом, в анамнезе в возрасте от 2 до 6 лет.

В отношении симптоматики поражения верхних дыхательных путей удалось зарегистрировать в группе контроля наличие частых периодов “небольшого подкашливания”, “небольшого насморка”, которые отмечались в сырую облачную погоду. Лишь у 6 детей группы контроля период диспансеризации прошел без подобных поражений дыхательных путей.

В группе наблюдения жалобы на заложенность носа, насморк и кашель предъявлялись жалобы 16 пациентами. Они отказались от регулярного использования сосудосуживающих капель, физиопроцедур, антигистаминных препаратов, средств от кашля. Сделанный упор на антиоксидантную терапию, восстановление биоценоза кишечника и неспецифическую десенсибилизацию в сочетании с подготовкой родителей к принятию неотлож-

ных мер при развитии осложнений ОРЗ позволил снизить количество развившихся рецидивов ОСЛТ и БОС – они наблюдались у 4 детей (8,3%).

Динамика НАР-состояния пациентов показала, что в контрольной группе сохраняется в течение всего срока наблюдения достаточно большая группа пациентов с НАР “переактивация” (32%), в группе наблюдения данная категория НАР определялась всего у 2% детей. Параллельно значительно выросла доля пациентов с НАР “тренировка” и “активация” с 68% до 98%.

Работа с контингентами детей в зонах экологического неблагополучия требует переноса акцента с медикаментозного варианта на проведение индивидуальных комплексных мероприятий по вышеуказанным принципам.

Бессистемное назначение “модных” иммуномодуляторов не дает достаточного эффекта при “укреплении иммунитета” у часто болеющих детей. Определяющими принципами реабилитационной работы с этой категорией больных предлагаем: 1. Смена места жительства или 1-2 раза в год отдых в “чистых зонах” (лесные массивы, морское побережье); 2. Дискретные курсы энтеросорбции 3-4 раза в год; 3. Гипоаллергенная диета; 4. Применение антиоксидантов 3-4 раза в год курсами по 15-30 дней (токоферол, аскорбиновая кислота, ОПЦ, селен, хлорофилл и др.); 5. Максимальный отказ от антибиотиков и антигистаминным средств; 6. Применение в остром периоде заболеваний только жизненно показанных патогенетических средств синдромной терапии.

Пономаренко Т.Н., Шевцов Д.В.

К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ХЛАМИДИОЗОВ

г. Белгород, Россия

Литературные данные свидетельствуют о значительном полиморфизме клинических проявлений хламидиозов. Нередко хламидийная инфекция протекает в микст-вариантах, сочетаясь с вирусами и бактериями. Частота регистрации хламидиозной инфекции определяется в основном работой дерматовенерологической службы.

В то же время обращают на себя внимание особенности поражений респираторной системы при хламидиозах, протекающие в различных клинических формах, в т.ч. под маской аллергических проявлений. Существующая лабораторная база позволяет расширить обследование на наличие хламидиозной инфекции в различных возрастных контингентах больных. Поступающая информация может существенно менять лечебную тактику в соответствующих случаях.

Остаются не до конца изученными вопросы профилактики хламидиозов. Большинство сообщений посвящены урогенитальному хламидиозу. Однако хламидийная инфекция, в широком смысле, не ограничивается урогенитальной патологией. Многие аспекты, а именно эпидемиологическая значимость, особенности отдельных видов хламидий, клинико-диагностические критерии различных форм болезни, информативность лабораторной диагностики, лечения и профилактики требуют дальнейшего изучения.

Пономаренко Т.Н., Шевцов Д.В., Бала М.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

г. Белгород, г. Липецк, Россия

Респираторные заболевания, протекающие с повторными эпизодами бронхообструкции, могут усугублять бронхиальную гиперреактивность, создавать предпосылки для развития реакций гиперчувствительности немедленного и замедленного типа. В перспективе у таких больных формируются рецидивирующие формы бронхитов, бронхиальная астма.

Эффективность терапии определяется во многом способами введения лекарственных средств. Ингаляционный путь, реализуемый небулайзерной терапией, в последнее время все шире применяется в неотложной терапии бронхообструктивного синдрома.

Под наблюдением находились 40 детей, находившихся на лечении по поводу ОРЗ, осложненного синдромом бронхообструкции. Возраст больных – от 1,5 до 3 лет. Верификация диагноза проводилась по наличию комплекса общепринятых клинических критериев: экспираторная одышка, малопродуктивный кашель, аускультативные изменения в легких. В группу контроля вошли 15 больных, получавших традиционное лечение, включавшее использование эуфиллина, парентеральное введение преднизолона при тяжелых формах заболевания. Эуфиллин назначали в дозе 8-10 мг/кг внутривенно капельно каждые 8 часов. В группе наблюдения (25 чел.) использовались атровент или беродуал в сочетании с базисными противовоспалительными средствами. Атровент назначали в дозе 10-12 капель на ингаляцию 3-4 раза в сутки. Беродуал – 10-15 капель 3-4 раза в день.

Анализ результатов терапии показал, что в группе контроля обратное развитие клинических симптомов отмечалось с 3-5 дня лечения, в то время как в группе наблюдения – со 2 дня терапии. В группе контроля отмечены побочные эффекты применения эуфиллина. В группе наблюдения переносимость препаратов была хорошей.

Таким образом, можно сделать предварительный вывод о предпочтительности использования небулайзерной терапии при бронхообструктивном синдроме у детей ввиду большей ее эффективности, хорошей переносимости и технической легкости ее осуществления.

Попов П.Н., Павлова О.М.

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ФНО α И ИЛ 1 ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

г. Ставрополь, Россия

Открытие биологически активных веществ – цитокинов, регулирующих пролиферацию и уровень функциональной активности клеток как в норме, так и при патологии, позволяет с новых позиций оценить механизм формирования воспалительных реакций, аллергических и иммунных состояний и разработать схемы патогенетической иммунной коррекции заболевания. Между тем, в доступной литературе роль нарушений обмена цитокинов при бруцеллезе, в том числе отражающих активность макрофагов, ведущая роль которых при этой инфекции была показана в большом количестве научных исследований, не получила достаточного освещения. В связи с этим, нами была изучена в изолированной культуре мононуклеарных клеток периферической крови *in vitro* у 30 больных острым и 30 больных хроническим бруцеллезом спонтанная и стимулированная ФГА продукция фактора некроза опухоли α как цитокина, отражающего прямую цитотоксичность макрофагов и интерлейкина 1β характеризующего активность макрофага на этапе активации Т-хелпера.

Уровень спонтанной продукции ФНО α в норме составляет $1187 \pm 30,63$ пкг/мл, у больных острым бруцеллезом отмечается достоверное увеличение продукции этого цитокина ($2602 \pm 199,4$ пкг/мл, $p < 0,001$), при хроническом бруцеллезе продукция его от нормы не отличается ($1050 \pm 90,13$ пкг/мл). Стимулированная продукция ФНО α в норме составляет $3366 \pm 237,3$ пкг/мл, у больных острым бруцеллезом продукция его возрастает почти в два раза и составляет ($5003 \pm 199,6$ пкг/мл, $p < 0,001$), у больных хроническим бруцеллезом отмечается достоверное снижение стимулированной продукции ФНО α ($2536 \pm 249,9$, $p < 0,05$).

Базальная продукция ИЛ 1β в норме составляет $156,1 \pm 8,10$ пкг/мл, у больных острым бруцеллезом отмечается достоверное увеличение его ($277,4 \pm 28,55$ пкг/мл, $p < 0,001$), а больных хроническим бруцеллезом она достоверно снижается ($126,8 \pm 7,82$ пкг/мл, $p < 0,05$). Стимулированная продукция ИЛ 1β мононуклеарными клетками в норме составляет $296,1 \pm 16,7$ пкг/мл. У больных острым бруцеллезом отмечается достоверное повышение ее ($462,1 \pm 39,83$ пкг/мл, $p < 0,001$), а у больных хроническим бруцеллезом достоверное снижение ($162,7 \pm 14,24$ пкг/мл, $p < 0,001$).

Таким образом, у больных острым бруцеллезом отмечается повышение цитотоксической активности мононуклеарных фагоцитов, о чем свидетельствуют повышение ими стимулированной продукции ФНО α , а также возрастает способность их активировать Т-хелперы на этапе распознавания антигена, о чем свидетельствует увеличение продукции ИЛ 1β . У больных хроническим бруцеллезом снижается как прямая цитотоксическая активность макрофагов, так и их способность активировать Т-хелперы, в пользу чего говорит снижение продукции ИЛ 1β и ФНО α .

Попов П.Н., Павлова О.М.

ПОЛИМЕРАЗНАЯ ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БРУЦЕЛЛЕЗА

г. Ставрополь, Россия

Существующие методы диагностики бруцеллеза не удовлетворяют практическую медицину из-за сложности, необходимости специальных сред и лабораторий, позднего получения результатов и разноречивости в их трактовке. Полиморфность клинических проявлений затрудняет своевременное выявление бруцеллеза клиническими методами и диктует необходимость использования дополнительных лабораторных методов в диагностике этого заболевания. Это обуславливает актуальность внедрения в практику современных методов идентификации возбудителя, одним из которых является метод ПЦР.

У 43 больных острым и 87 больных хроническим бруцеллезом нами проведена сравнительная характеристика диагностической ценности метода ПЦР в сравнении с общепринятыми методиками (серологическими методами Райта, РПГА, кожно-аллергической пробой Бюрне).

В реакции Райта диагностические титры агглютининов были выявлены у 32 больных острым бруцеллезом ($74,4 \pm 6,7$ %) и у 17 больных хроническим ($19,5 \pm 4,2$ %). По данным РПГА диагностические титры геммагглютининов выявлены у 35 больных острым бруцеллезом ($81,4 \pm 5,9$ %) и у 54 больных хроническим ($62,0 \pm 5,2$ %). По-

лученные данные указывают на то, что серологические методы диагностики наиболее информативны при остром бруцеллезе, при хроническом же течении заболевания их диагностическая ценность снижается.

Положительная кожно-аллергическая проба Бюрне была у 12 больных острым бруцеллезом ($27,9 \pm 6,8$ %) и у 62 больных хроническим ($71,3 \pm 4,8$ %), что убедительно указывает на высокую информативность этого метода в диагностике хронического бруцеллеза.

Методом ПЦР у больных острым бруцеллезом ДНК бруцелл в периферической крови была выявлена в 35 случаях ($87,4 \pm 5,2$ %), а у больных хроническим – в 31 случае ($77,6 \pm 6,6$ %).

Таким образом, данные определения ПЦР свидетельствуют, что у $87,4$ % больных острым и у $77,6$ % больных хроническим бруцеллезом имеется наличие бруцелл в организме, что не вызывает сомнения в постановке диагноза. Это значительно превосходит диагностическую ценность серологических реакций. Полученные результаты позволяют отнести метод ПЦР к одному из наиболее информативных и специфических методов диагностики как острого, так и хронического бруцеллеза.

Прилуцкий А.С., Лысенко К.Л., Майлян Э.А., Кошкарёва И.Н., Селивёрстова В.Г.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТАМ В, С, G У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ *г. Донецк, Украина*

В последние годы отмечается значительный прогресс, позволивший во многом расширить наши знания по эпидемиологии, этиологии, патогенезу, особенностям течения, лечению и прогнозу вирусных заболеваний печени. На сегодняшний день доказана этиологическая роль в развитии хронического гепатита для вирусов В, С, D, G. Которые имеют сходные пути передачи. Аналогичные пути передачи имеет и вирус иммунодефицита человека, вследствие чего у ВИЧ инфицированных повышена частота регистрации хронических вирусных гепатитов.

Целью работы явилось изучение эпидемиологических характеристик вирусных гепатитов В, С, G у ВИЧ инфицированных.

При выполнении работы обследовано 208 ВИЧ инфицированных. В сыворотке крови определялись HBs-Ag, антитела к вирусу гепатита С, G. Использовались иммуноферментные тест-системы производства «Укрмедсервис» (Украина).

Проведенные исследования показали, что среди ВИЧ инфицированных 96 человек ($46,2$ %) относятся к группе инъекционных наркоманов. Для 92 пациентов ($44,2$ %) был установлен половой путь передачи. У остальных 20 человек ($9,6$ %) путь передачи определен не был. Распределение маркеров вирусных гепатитов в зависимости от пути передачи ВИЧ показал, что среди инъекционных наркоманов антитела к вирусам гепатитов С и G встречаются соответственно в $83,3 \pm 3,8$ % и $33,3 \pm 4,9$ % случаев, что значительно чаще ($P < 0,001$), чем в группе лиц с половым путем заражения ($16,3 \pm 3,9$ % и $10,9 \pm 3,3$ % соответственно). HBs-Ag был выявлен всего лишь у 3-х ВИЧ инфицированных ($1,4$ %). Все 3 носителя австралийского антигена были наркоманами.

Анализ в группе инъекционных наркоманов показал, что 36 человек использовали наркотики в течение последних 5-ти лет. У остальных 60 лиц стаж употребления наркотических препаратов составил более 5 лет (6-20 лет). В первой группе ВИЧ инфицированных антитела к вирусу гепатита С регистрировались в $63,9 \pm 8,1$ % случаев, а антитела к ВГГ – в $11,1 \pm 5,3$ %. У наркоманов с более длительным стажем введения наркотиков (> 5 лет) аналогичные показатели были значительно выше ($P < 0,001$) и составили соответственно $95,0 \pm 2,8$ % и $50,0 \pm 6,5$ %.

Пшеничная Н.Ю., Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАТРАТ ПРИ РОЖЕ И СХОДНЫХ С НЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ *г. Ростов-на-Дону, Россия*

Одной из приоритетных задач здравоохранения настоящего периода является изучение целесообразности расходов на те или иные медицинские услуги и поиск решений, направленных на оптимизацию затрат при сохранении надлежащего качества оказания медицинской помощи населению.

Целью исследования явилось проведение анализа затрат при роже и сходных с ней заболеваний на этапе оказания первичной медицинской помощи и оценка их целесообразности.

Для реализации поставленной цели были проанализированы теоретические и реальные затраты на больных, обратившихся с направительным диагнозом: «Рожа» в 5-е инфекционное отделение МЛПУЗ ГБ-1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону в 2001-2003 годах. При изначально верной постановке диагноза практиковались два

варианта оказания медицинской помощи больным рожей на догоспитальном этапе приведшие к госпитализации: I вариант - обращение в поликлинику или приемное отделение непрофильного стационара и направление на госпитализацию в стационар; II вариант - вызов на дом бригады скорой помощи и транспортировка в инфекционное отделение.

Теоретические расходы определяли, суммируя тарифы стоимости оказания медицинских услуг всем больным, прошедшим за год по 1-му или 2-му варианту. По скорой медицинской помощи в разные годы госпитализировалось от 75 до 88 пациентов, по направлению из поликлиник и непрофильных стационаров - от 44 до 71. В идеале за изученный период расходы должны были составить порядка 20205,9 – 22550,3 рублей.

При анализе данных журналов госпитализаций и отказов оказалось, что госпитализированные пациенты составляли лишь 1/3 от числа всех, обратившихся в стационар. Как выяснилось, часть пациентов была направлена или доставлена по скорой помощи в отделение с ошибочным диагнозом: «Рожа». Другой части госпитализация не была показана вообще. Третья группа пациентов, получив консультацию врача инфекционного приемника, от госпитализации отказались. Это вело за собой дополнительные расходы. Их расчет в соответствии с действующими тарифами приводим ниже. Общая сумма дополнительных расходов за 2001 год составила 13885,7 руб. При изучении соотношения теоретических и дополнительных расходов за этот же период оказалось, что реальные расходы превысили теоретические на 68,7%.

Начиная с конца 2001 г. и по 2003 г. включительно, на выездном цикле «Ранняя диагностика инфекционных болезней» ФПК и ППС Ростовского медуниверситета прошли обучение более половины врачей скорой помощи, работающих в бригадах общего профиля. Повышение квалификации специалистов этой службы привело к сокращению ошибочного распознавания рожи с 20,6% (в 2001 г.) до 10,7% (в 2003 г.) и позитивно отразилось и на экономии реальных расходов. В 2002 г. общий перерасход средств на оказание первичной медицинской помощи больным рожей и клинически сходных с ней заболеваний составил 54,2%, в 2003 г. – уже 40,8%. Повышение квалификации врачей скорой помощи оказалось экономически выгодным. В сравнении с 2001 г. медицинские расходы в 2003 г. сократились на 27,9%.

В связи с вышеизложенным, назрела острая необходимость в повышении уровня подготовки врачей первичного звена медицинской службы, что в значительной мере позволит сократить медицинские расходы на догоспитальном этапе.

Раводин Р.А., Теличко И.Н., Иванов А.М., Раздольская Н.В.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Трихомониаз в настоящее время является одной из самых распространённых ИПППП в мире. В России в 2003 году зарегистрировано на 100 тыс. населения 261 случаев трихомониаза, 101 случай сифилиса, 82,3 случая гонореи и 95 случаев хламидиоза. Обилие малосимптомных форм, а также редкая встречаемость специфических симптомов обуславливают важность использования и совершенствования лабораторных методов в диагностике этого заболевания. Среди последних наиболее часто применяется культуральный метод, микроскопия фиксированного и окрашенного метиленовым синим мазка, ПЦР, а также микроскопия нативного («влажного») препарата, приготовленного по методике «раздавленная» капля. Для повышения чувствительности микроскопии нативного препарата нами предложена методика его подкрашивания, особенностью которой является нанесение капли 1% водного раствора метиленового синего рядом с краем покровного стекла сразу после приготовления препарата «раздавленная» капля по стандартной методике. Благодаря капиллярному эффекту, со стороны нанесения красителя происходит частичное (не более половины) окрашивание препарата, при этом вторая половина препарата не окрашивается.

Были обследованы 62 женщины с предварительным диагнозом «урогенитальный трихомониаз». По длительности заболевания все пациентки были разделены на 2 группы: первая была представлена 24 женщинами с предварительным диагнозом «свежий уrogenитальный трихомониаз» (длительность заболевания менее 2 месяцев), вторую группу составили 38 женщин с предварительным диагнозом «хронический уrogenитальный трихомониаз» (длительность заболевания более 2 месяцев). Для подтверждения диагноза использовались следующие методы: микроскопия нативного препарата, приготовленного по методике «раздавленная» капля; микроскопия нативного подкрашенного препарата; микроскопия фиксированного и окрашенного метиленовым синим мазка; ПЦР и культуральное исследование. В первой группе диагноз был подтверждён у 20 (83,3%) человек, а во второй – у 33 (86,8%) пациенток. Чувствительность методики подкрашенного нативного («влажного») препарата в первой группе составила 100% и не отличалась по этому показателю от стандартного метода «влажного» препарата. Во второй группе чувствительность методики подкрашенного нативного препарата составила 94%, тогда как чувствительность стандартного метода «влажного» препарата не превышала 73%.

Полученные результаты, возможно, связаны с тем, что при хроническом воспалении количество возбудителя несколько уменьшается и *T. vaginalis* чаще представлены малоподвижными особями, которые трудно диф-

ференцировать с другим клеточным материалом при использовании стандартной микроскопии нативного («влажного») препарата, приготовленного по методике «раздавленная» капля. Предложенная методика подкрашенного нативного («влажного») препарата позволяет выявлять малоподвижные и неподвижные особи *T. vaginalis* и может быть рекомендована для практического использования.

Радченко В.Г., Тимофеева Е.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С НАРУШЕНИЯМИ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: уточнить клинические особенности хронического гепатита (ХГ), сочетающегося с кишечным дисбактериозом (КД.)

Материал и методы. Под наблюдением находилось 115 больных ХГ средним возрастом $42,5 \pm 13,1$ года, которым было проведено комплексное обследование, включающее общепринятые клинические, лабораторные, бактериологические и морфологические методы, необходимые для верификации диагноза. Полученные результаты изучались с использованием методов многомерного статистического анализа.

Результаты. У всех больных ХГ имеются нарушения кишечного микробиоценоза, при этом КД 1 степени диагностировался у 18 (15,7%) больных, 2 степени у 81 (70,4%) пациентов, 3 степени у 16 (13,9%) человек. Степень КД у больных ХГ была прямо пропорциональна длительности заболевания.

Частота таких проявлений как боль и болезненность вокруг пупка, метеоризм, шум плеска в слепой кишке (дифференциальные признаки) у больных ХГ была прямо пропорциональна степени КД. При этом, клиническая картина у больных ХГ с КД 1 степени характеризовалась почти полным отсутствием вышеуказанных симптомов и спленомегалии, а также наличием боли в эпигастрии, отрыжки воздухом, гепатомегалии, болезненности в эпигастрии, правом подреберье, зоне Шофара, редким выявлением печеночных знаков. Для больных ХГ с КД 2 степени было характерно редкое выявление дифференциальных признаков, наличие боли и болезненности в правом подреберье, гепатомегалии, снижения аппетита, нечастой встречаемостью печеночных знаков, спленомегалии, болезненности в эпигастрии и зоне Шофара. У пациентов с ХГ с КД 3 степени клиническая картина характеризовалась частой выявляемостью дифференциальных признаков, разлитой боли по всему животу, выраженного снижения аппетита, диареи (неустойчивого стула), гепатоспленомегалии, болезненности в правом подреберье, печеночных знаков, относительно редкой встречаемостью боли в эпигастрии, зоне Шофара.

Заключение. У всех больных ХГ диагностируются проявления КД, при этом преобладает 2 степень нарушений. Клинические проявления ХГ имеют свои особенности в зависимости от степени КД.

Радченко В.Г., Тимофеева Е.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С НАРУШЕНИЯМИ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: уточнить морфологические особенности хронического гепатита (ХГ), сочетающегося с кишечным дисбактериозом (КД.)

Материал и методы. У 52 больных ХГ, ассоциированным с КД, средним возрастом $42,5 \pm 13,1$ года было проведено комплексное обследование, включающее общепринятые клинические, лабораторные, бактериологические и морфологические методы, необходимые для верификации диагноза.

Результаты. Жировая дистрофия отмечалась у 43,5% больных ХГ, протекающим с КД 2 степени, что было достоверно больше, чем при ХГ с 1-й степенью КД (13,3%). По мере прогрессирования нарушений кишечного микробиоценоза отмечался рост числа больных с более высокими степенями жировой дистрофии.

Наибольшая выраженность поражения печеночной ткани отмечалась среди пациентов с ХГ с КД 2-й степени, у которых преобладал мостовидный некроз (у 43,5%), несколько меньшая – у больных ХГ с 3-й степенью КД (ступенчатый некроз у 50%) и минимальная – при ХГ с 1-й степенью КД (внутридольковый фокальный некроз у 53,3%).

Перипортальный фиброз отмечался достоверно чаще у пациентов с ХГ с 1-й (46,7%) и 2-й (43,5%) степенью КД, чем у лиц с КД 3-й степени (21,4%). Портопортальный фиброз встречался чаще у больных ХГ со 2-й степенью КД, по сравнению с пациентами с дисбактериозом 1-й степени (26,7%). Портоцентральный фиброз достоверно чаще регистрировался при ХГ, ассоциированном с 3-й степенью КД (42,8%) в отличие от пациентов с 1-й (6,6%) и 2-й (17,4%) степенью КД.

Заключение. Степень КД у больных ХГ коррелирует со стадией заболевания, наибольшая выраженность некрозов и жировой дистрофии характерна для 2-й степени КД.

Разуванова И.А., Мицура В.М., Красавцев Е.Л., Терешкова М.Э., Кармазин В.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА ПРИ РОЖЕ С НАЛИЧИЕМ ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА (ССВО)

г. Гомель, Беларусь

В остром периоде рожи на фоне бактериальной и токсической агрессии формируется супрессия иммунного ответа, снижается количество и функциональная активность Т-хелперов, сохраняется или повышается содержание и функциональная активность Т-супрессоров на фоне общего Т-клеточного иммунодефицита [Краснова Е.И. и др., 1999]. В этих условиях продукция эндогенного ИЛ-2 может оказаться недостаточной, и вводимый с целью заместительной терапии рекомбинантный ИЛ-2 компенсирует проявления иммунной недостаточности [Козлов В.К., 2002]. ССВО сопутствует многим инфекционным заболеваниям, его выраженность определяет тяжесть состояния.

Цель работы – анализ опыта использования Ронколейкина при роже с наличием признаков ССВО. Эффективность рекомбинантного ИЛ-2 (Ронколейкина) оценивалась у 15 больных в возрасте от 35 до 78 лет, средний возраст $61,9 \pm 3,5$ лет. Среди них было 11 женщин и 4 мужчины. У 5 человек была эритематозная форма рожи, у 6 – эритематозно-буллезная, у 4 – буллезно-геморрагическая. У 14 больных процесс локализовался на нижних конечностях, у 1 – на лице. Тяжелая рожа диагностирована у 9 пациентов, среднетяжелая – у 6. Больные поступали в стационар в среднем на $4,8 \pm 1,3$ день заболевания. Наличие 2-х и более признаков ССВО было выявлено у 14 больных. Были повышены гематологические показатели интоксикации [Васильев В.С. и др., 1994]: ККП ($3,99 \pm 0,65$), ЛИИ ($2,73 \pm 0,66$), ГПИ ($3,30 \pm 0,86$), ЛИ был снижен ($0,37 \pm 0,07$).

Рекомбинантный ИЛ-2 (Ронколейкин) применяли на фоне стандартной терапии (антибиотики, НПВС, десенсибилизирующая терапия) внутривенно или подкожно по 500 000 МЕ, однократно – у 8 человек, двукратно с интервалом в 2-4 дня – у 7 человек. Показаниями к назначению Ронколейкина в более ранние сроки заболевания, на 1–3 день пребывания в стационаре (10 человек) явились тяжесть состояния, выраженность и длительность интоксикации, наличие 2-х и более признаков ССВО, выраженность местных проявлений (отек, гиперемия, гипертермия кожи). В более поздние сроки Ронколейкин назначался при недостаточной эффективности стандартной терапии, при присоединении вторичных бактериальных осложнений. После введения Ронколейкина интоксикация длилась $1,6 \pm 0,2$ дня, болевой синдром $2,1 \pm 0,2$ дня, местные проявления $1,9 \pm 0,2$ дня. Лучшие результаты лечения были достигнуты у больных, получавших Ронколейкин в первые 5 дней от начала заболевания, у них меньше длилась интоксикация, болевой синдром, местные проявления.

Таким образом, назначение Ронколейкина в ранние сроки заболевания показано при тяжелом течении рожи, при выраженной, длительной интоксикации, обширных местных проявлениях, при буллезных формах (угроза вторичных бактериальных осложнений), при наличии двух и более признаков ССВО. В более поздние сроки – при неэффективности стандартной терапии, развитии вторичных осложнений. Наиболее перспективной, на наш взгляд, следует считать схему 2-кратного подкожного введения Ронколейкина на фоне традиционной терапии.

За 2 года наблюдения только 2 больных с рецидивирующей рожей, получавших Ронколейкин, поступили в стационар повторно. У этих больных был неблагоприятный преморбидный фон (хроническая венозная недостаточность). У одной больной рожа рецидивировала трижды за 4 месяца. При третьем рецидиве она получила Ронколейкин 500 000 МЕ внутривенно и в течении последних 10 месяцев не обращалась за медицинской помощью. Это позволяет предположить возможность использования Ронколейкина при рецидивирующей роже с целью профилактики рецидивов как альтернатива бициллинопрофилактике.

Ракул Е.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ И СОЧЕТАННЫМ С МИКОПЛАЗМОЗАМИ МОЧЕПОЛОВЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

г. Санкт-Петербург, Россия

Обследованы 148 женщин в возрасте 20 – 35 лет, страдавших самостоятельным и сочетанным с микоплазмами мочевым хламидиозом. Диагноз заболевания верифицирован результатами генномолекулярных (ПУР) и микробиологических исследований.

Средние показатели СД 3 -, СД 4 -, СД 8 – и СД 20 – лимфоцитов крови в группах пациенток, страдавших самостоятельным и смешанным инфекционным процессом не имели достоверных различий, по сравнению со здоровыми. Наряду с этим, у части обследованных выявлено существенное снижение количества упомянутых клеток. При самостоятельном мочеполовом хламидиозе подобные изменения касались СД3 – (у 26,0%), Сд4 – (у 22,0%) и СД8 – (у 8,0%) клеток. При мочеполовом уреоплазмозе их регистрировали, соответственно, у 24,0%, 21,0% и 6,0%, а при микоплазмозе их не было вообще.

При мочеполовом хламидиозе, сочетавшемся с другими инфекциями, снижение количестве иммуннокомпетентных клеток зафиксировано в 1,5 – 2 раза большей части обследованных, чем при самостоятельном инфекционном процессе.

Показатели циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК'ов) у пациенток с мочеполовыми инфекциями было повышенными. Эта закономерность в наибольшей степени проявлялась у среднемoleкулярной и низкомoleкулярной фракций гуморального типа. При самостоятельных мочеполовом хламидиозе и уреаниазмозе они в 1,5 – 2 раза превышали их значения у здоровых, а при микоплазмозе – практически не отличались от их уровня у здоровых.

Содержание ЦИК'ов в крови больных смешанным с другими инфекциями мочеполовом хламидиозе достоверно превышало их уровень при самостоятельном заболевании. Эти изменения были в наибольшей мере выражены в группе пациенток с хламидиозом в сочетании с уреаплазмозом, чем с микоплазмозом и касались преимущественно низкомoleкулярной фракции упомянутых веществ.

Ракул Е.Ю.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО И СМЕШАННОГО С ДРУГИМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕПОЛОВОГО ХЛАМИДИОЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Изучена клиника мочеполового хламидиоза у 206 женщин молодого возраста (20 – 35 лет). Чаще всего у них диагностировали цервицит (в 78,0% случаев), кольпит (в 72,0%), уретрит (в 67,0%) и несколько реже – сальпингоофорит (в 31,0%) и эрозию шейки матки (в 28,0%).

Из числа обследованных у 112 чел. мочеполовой хламидиоз был самостоятельным инфекционным процессом, а у 94 чел. – сочетанным с уреаплазмозом, микоплазмозом, трихомониазом, гонореей и другими инфекциями.

Анализ клиники заболевания в различных группах пациентов выявил определенную ее зависимость от характера его этиологии.

У женщин с самостоятельным хламидиозом цервицит регистрировали у 66,1% обследованных, а при смешанном с другими инфекциями – 92,5%. Кольпит диагностировали, соответственно, в первой и второй группах больных – у 59,8 и 75,5%, сальпингоофорит – у 23,2 и 40,4% и эрозию шейки матки – у 15,1 и 43,6%.

Упомянутые заболевания мочеполовых органов у большинства пациенток чаще были сочетанными, чем самостоятельными. При этом, полиорганные поражения мочеполового тракта регистрировали в 2 раза чаще при смешанном с другими инфекциями мочеполовом хламидиозе, чем при самостоятельном. Эта закономерность в наибольшей мере выражена при хламидиозе, сочетавшемся с уреаплазмозом, чем при других вариантах смешанного инфекционного процесса. Моноорганные поражения проявлялись в основном цервицитом и кольпитом, а полиорганные – цервицитом с уретритом (кольпитом), цервицитом с кольпитом и эрозией шейки матки, сальпингоофоритом с цервицитом (кольпитом) и уретритом, сальпингоофоритом с цервицитом (кольпитом), уретритом и циститом.

Рахманова А.Г., Альстерлуд Р., Яковлев А.А., Виноградова Е.Н., Комарова А.Я.

ПРОГРАММА «СНИЖЕНИЯ ВРЕДА» В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ (ПРОЕКТ МАЛЬМО – САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

г. Санкт-Петербург, Россия

Проект по снижению вреда - профилактика ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов – в России был задуман в 1998 году на примере аналогичного проекта, проводимого в Швеции. В мае 1999 года Российская группа участников проекта, состоящая из профессора инфекционных болезней (лидер команды, являющийся главным инфекционистом Комитета здравоохранения Администрации Санкт-Петербурга), врача от Центра Госсанэпиднадзора и двух медсестер, посетила отделение инфекционных болезней и детоксикации Университетского госпиталя г. Мальмо и несколько реабилитационных центров для наркоманов.

Совместный Шведско-Российский проект в Санкт-Петербурге начался в 1998 году на базе инфекционной больницы № 10. В то время в России официально было зарегистрировано около 7000 человек с ВИЧ-инфекцией. В Санкт-Петербурге, городе с пятимиллионным населением, число зарегистрированных случаев ВИЧ составляло 350. Однако, уже в то время были зловещие признаки нарастания эпидемии. Так, наблюдался «взрыв» использования внутривенных наркотиков. В Санкт-Петербурге количество внутривенных наркоманов, по оценочным данным, составляло от 60 до 120 тысяч, среди них наблюдались случаи ВИЧ-инфекции. В Калининграде уже было зарегистрировано около 2000 случаев выявления ВИЧ инфекции среди внутривенных наркопотребителей. Поэтому можно было предполагать быстрое развитие эпидемии ВИЧ во многих регионах России, во-первых, среди лиц, употребляющих внутривенные наркотики, но с возможным распространением заболевания половым путем среди широких слоев населения.

Наиболее важными казались две позиции. Во-первых, нужно было информировать население вообще и молодежь, в частности, об опасности ВИЧ-инфекции (и других инфекциях, передаваемых половым путем и также быстро распространяющихся в России) и внутривенного использования наркотиков. Второй, более срочной задачей, была попытка предотвратить распространение ВИЧ инфекции среди наркопотребителей. В Швеции имеется положительный опыт организации молодежных центров для пропаганды здорового образа жизни среди молодежи, включая профилактику ВИЧ, других инфекций с половым путем передачи и абортов. Наш проект состоял из двух частей: Автобус, который мог передвигаться по городу и часто размещался на главных площадях. Автобус был укомплектован водителем и двумя медсестрами. Здесь наркопотребители могли обменять использованные шприцы и иглы на чистые, получить информационные материалы, презервативы и исследовать кровь на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис. Вторая часть проекта была представлена в поликлинике, Drop-in-Center. В нем проводилась такая же работа, как и в автобусе, но имелись большие возможности медицинской помощи (консультация нарколога, психолога). Наркопотребители получали информацию о неправительственных организациях, проводящих реабилитацию. В последнее время им также предлагались некоторые продукты. Интересной частью проекта было проведение анкетирования среди наркопотребителей с целью получения большей информации об их отношении к образу жизни. Дальнейшим шагом было создание фокус-групп для более детального обсуждения проблем.

Результатом проекта по снижению вреда от употребления наркотиков Мальмо-Санкт-Петербург стало создание четырех Drop-in-Center в Городском Центре СПИДа (1), в инфекционной больнице № 30 им. С.П.Боткина (2), в наркологическом (3) и венерологическом (4) диспансерах, названные «профилактическими отделениями для наркопотребителей». Другой важный результат – значительное уменьшение количества положительных тестов на ВИЧ среди повторно посещающих автобус (с 11,6% до 1,8%).

Рахманова А.Г., Лобзин Ю.В., Яковлев А.А., Виноградова Е.Н.,
Комарова А.Я., Крыга Л.Н., Андреева Н.В., Лебедева Н.Н.

О РЕГИСТРАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

г. Санкт-Петербург, Россия

В Санкт-Петербурге наибольшую актуальность имеет заболеваемость гемоконтактными вирусными гепатитами (ГВ) В и С значительный рост регистрации которых отмечен с 1999 г. и сохранялся вплоть до 2001 г., превышая среднероссийские показатели в 1,5-2,9 раза (гепатит В). Синхронно с ростом ГВ отмечен рост гепатита С, но с еще более высоким уровнем заболеваемости – до 57,0 на 100 тыс. населения, что превышает уровень по РФ в 3,4-5 раз.

Рост заболеваемости гемоконтактными гепатитами отмечен как среди взрослых, так и среди детей. Причина эпидемиологического неблагополучия заключается в первую очередь в социальных факторах (высокий уровень внутривенных потребителей наркотиков, низкий уровень бытовой культуры, моральных ценностей и т.д.). Повышение заболеваемости среди лиц детородного возраста способствовало росту вертикального пути передачи инфекции. Однако в течение 2002 и 2003 гг. отмечена тенденция к снижению заболеваемости острыми гепатитами: 2002 г - 93,9; 2003 г. - 57,4.

Следствием многолетнего неблагополучия по заболеваемости острыми формами гемоконтактных гепатитов явился рост хронических форм гепатитов В и С, в том числе в цирротической стадии. Так в 2003 г. показатель заболеваемости ХВГ суммарно составил 148,4 на 100 тыс., в то время как по РФ – 50,2. на 100 тыс. В определенной мере это может быть связано с регистрацией эпидбюро города хронических вирусных гепатитов, в том числе с неустановленной вирусной этиологией, еще с 70-х годов, задолго до принятия классификации хронических гепатитов 1994 г. (Лос-Анджелес). В эти же годы Санкт-Петербурге регистрировался хронический вирусный гепатит в цирротической стадии, что явилось основанием для открытия специализированно-хирургического отделения в ГИБ № 30 им. С.П. Боткина, а в последующем и в городском гепатологическом центре. Однако специализированные методы лечения цирротической стадии не нашли широкого применения и выполняются лишь в рамках научных исследований.

Возросла и остается высокой частота обнаружения скрытых форм носителей хронической инфекции вирусных гепатитов среди контингентов риска: доноров, беременных, медицинских работников. Особой проблемой является разграничение так называемых носителей гепатита С от больных с хроническими формами заболевания. Ввиду этого, более правомочно учитывать одновременно носителей и больных хроническими гепатитами С ибо их разграничение требует детальных клинико-морфологических и молекулярно биологических методов обследования.

В инфекционных стационарах (ГИБ № 30 им. С.П. Боткина и гепатологическом подразделении Центра СПИД) хронические вирусные гепатиты в цирротической стадии определяют показатели летальности от суммы инфекций. Причинами смерти являются: кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка и другие вирусно-бактериальные осложнения. Это диктует необходимость внедрения в практику эндоваскулярных и других специальных хирургических методов профилактики и/или их лечения (эмболизация сосудов печени, склеротерапия, лигиро-

вание и других). Эти методы в настоящее время имеют ограниченное применение из-за дефицита финансирования и недостаточной подготовки специалистов, как по проблемам инфекционной патологии, так и по методам эндоваскулярной хирургии. Вместе с тем, комплексный подход к обследованию и лечению таких пациентов с включением средств патогенетической и этиотропной терапии еще до развития грозных осложнений у больных с цирротической стадией заболевания ХВГ, позволил бы обеспечить позитивный прогноз.

Большой проблемой остается диспансеризация больных хроническими вирусными гепатитами в условиях отделений инфекционных заболеваний поликлиник. На учете в 2003 г. состоит 110785 больных ХВГ и около 300 больных в цирротической стадии заболевания. С учетом носителей HBV и HCV инфекций их число в полтора раза выше.

Важной задачей является лабораторный мониторинг больных с хроническими вирусными гепатитами с использованием молекулярно-биологических методов исследования, определения вирусной нагрузки, генотипов вируса, что имеет приоритетное значение для прогноза заболевания и назначения противовирусной терапии с последующей оценкой ее эффективности. Бюджетом и системой ОМС средства на эти цели не предусмотрены, что диктует необходимость принятия Федеральной целевой программы и соответствующих региональных программ, включающих комплексный подход к профилактике и лечению этих угрожающих жизни, широко распространенных инфекционных заболеваний.

Заключение: В целях профилактики и снижения заболеваемости гемоконтактными вирусными гепатитами необходима своевременная и полная диагностика в первую очередь среди контингентов риска, предусмотренных санитарными правилами СП 3.1.958-00; финансирование противовирусной терапии хронических гепатитов с целью снижения их эпидемической значимости и профилактики тяжелых осложнений (рак, цирроз); внедрение новых методов лечения хронического и острого гепатитов; организация реабилитационной помощи в рамках диспансеризации больных хроническими гепатитами.

Ребенок Ж.А.

БАНКРОТСТВО СИНДРОМАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ СЕПСИСА

г. Минск, Беларусь

Барселонская декларация по сепсису 2002г. представляет собой реабилитационную программу синдромальной концепции сепсиса 1991-95 гг. Она призывает медицинские организации и правительства (!) способствовать максимально раннему распознаванию сепсиса, чтобы, используя рано начатое лечение, снизить удручающе высокую (в среднем 30%) и нарастающую (за последние 5 лет возросшую на 25%) летальность больных сепсисом. Если и таким путем не удастся снизить указанную летальность, придется заключить, что сепсис столь роковая болезнь, что даже международные усилия не в состоянии изменить ситуацию. Следовательно, к авторам нынешних рекомендаций по диагностике и лечению сепсиса, т.е. авторам Чикагской синдромальной концепции сепсиса, претензий быть не может.

Однако идея реабилитации синдромальной концепции сепсиса противоречит фактам. Неудовлетворительные итоги Западной медицины в борьбе с сепсисом обозначились именно с 1991 – 92 гг., т.е. времени внедрения рекомендаций Чикагской синдромальной концепции сепсиса 1991 г. Летальность больных сепсисом в противосепсисных центрах инфекционных больниц, в 1980-е годы т.е. до опубликования синдромальной концепции, составляла, как известно, в среднем 13%. Барселонская декларация по существу конечный результат 13-летнего тотального засилья рекомендаций синдромальной концепции сепсиса. Его негативный итог результат не роковой природы сепсиса, а следствие банкротства самой синдромальной концепции сепсиса в виду ее полного несоответствия потребностям диагностики и лечения. Активация работы с больными сепсисом на основе все той же синдромальной концепции, к чему призывает Барселонская декларация, может только усугубить ситуацию.

Необходима срочная реорганизация специализированной медицинской помощи больным сепсисом на основе такой теоретической концепции, которая сможет обеспечить научное обоснование адекватной диагностики и максимально эффективной терапии с гарантированным снижением летальности. *Таким условиям соответствует отечественная инфектологическая концепция сепсиса: «сепсис есть генерализованная бактериальная и/или грибковая инфекция в иммунонедостаточном организме».* Причина иммунной недостаточности больных сепсисом – иммуносупрессивное воздействие антигенов и суперантигенов возбудителя/возбудителей сепсиса. Сепсисная иммунная недостаточность ликвидируется с подавлением и устранением возбудителя в процессе лечения.

Лечение сепсиса состоит в ликвидации причины болезни – подавления возбудителя и восстановления протективных и репаративных функций иммунитета с помощью антибиотиков направленного действия и иммуновосстановительных средств, из которых наиболее эффективным остается *ронколейкин* – интерлейкин – 2 «Биотех», С-Пб. Летальность больных сепсисом при адекватной противосепсисной терапии приближается к нулю. Неудачи в лечении больных сепсисом результат несвоевременного или непрофессионального применения противосепсисной терапии. Больных сепсисом должны лечить специалисты. Врачам, работающим с больными сепсисом, необходима профессиональная специализация по клинической сепсисологии с основами инфекционной патологии, поскольку сепсис – тяжелая инфекционная болезнь, а не изобретенный анестезиологами/реаниматологами воспалительно-дисвоспалительный синдром.

Ребенок Ж.А.

РОНКОЛЕЙКИН – ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ИММУННОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

г. Минск, Беларусь

Антигены и суперантигены инфекционных возбудителей могут вызывать подавление либо истощение функций иммунитета и развитие вторичной иммунной недостаточности. Опасные острые и хронические инфекционные заболевания все без исключения протекают на фоне признаков иммунной недостаточности, поэтому средства иммуноориентированной терапии – необходимый компонент их лечения. С открытием цитокинов стало известно, что при опасных острых и хронических инфекционных заболеваниях влияние эндогенных цитокинов либо недостаточно, либо не соответствует возросшим потребностям. Экзогенное введение цитокинов способно восстановить протективную и репаративную активность иммунитета, что представляет собой дополнительный шанс на выздоровление. Отсюда принцип иммуноориентированной терапии в инфектологии: «*иммуноактивные средства – необходимый и обязательный компонент эффективного лечения опасных острых и хронических инфекционных заболеваний*». Показания к назначению иммуноактивных средств при лечении инфекционных заболеваний клинические.

Генно-инженерный аналог интерлейкина-2 – *ронколейкин* («Биотех», С-Пб.) является фактором роста, активации и дифференциации иммунокомпетентных (Тл, НК и др.), в т.ч. противоопухолевых надзорных клеток, и повышения активности или восстановления иммунных процессов протекции и репарации. Указанное воздействие на иммунитет обеспечивает терапевтический эффект *ронколейкина* практически при всех опасных инфекционных заболеваниях.

Ронколейкин – 0,5 млн МЕ в/вен, 18 вливаний с интервалом 3 суток – использован при хроническом гепатите С у 7 больных с результатом: стабильная ремиссия с негативной ПЦР – 2 сл., стабильная ремиссия без негативации ПЦР – 2 сл. при 1в генотипе HCV, субъективное улучшение – 3 сл.

Ронколейкин в той же дозе 2 – 3 вливания при хронически рецидивирующем герпесе с последующей стабильной ремиссией – 10 сл.

Ронколейкин в той же дозе с полным выздоровлением при сепсисе, септикопиемией – 8 сл., хронически рецидивирующей роже нижних конечностей – 2 сл., ожоговой инфекции – 5 сл., пиодермии кожи лица, фурункулезе – 2 сл., свищи из толстого кишечника – 3 сл., синдром хронической усталости – 1 сл.

По сведениям из литературных источников *ронколейкин* эффективен при туберкулезе, тяжело протекающей пневмонии, в т.ч. осложненной плевритом, хеликобактериозе желудка и 12-перстной кишки, генерализованном и генитальном хламидиозе и микоплазмозе, синдроме хронической усталости.

Ронколейкин – высоко эффективное и перспективное средство лечения опасных острых и хронических инфекционных заболеваний, а также заболеваний, где необходимо усиление репаративной активности иммунитета, например, при ожоговой болезни и кишечных свищах. Заслуживает особого внимания высоко эффективное лечебное действие *ронколейкина* при синдроме хронической усталости.

Ремезов А.П.

СИСТЕМНЫЕ ЭНЗИМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Повышение эффективности терапии хронической хламидийной инфекции (ХИ), обусловленной *S. trachomatis*, и простого герпеса с преимущественно генитальными поражениями (ПГГ) стало одной из важных клинических задач последних лет. Широкое распространение резистентных к этиотропным препаратам штаммов возбудителей, большое число больных с иммунодефицитными состояниями, значительное количество случаев комбинированных форм ХИ с мультифокальными поражениями и часторецидивирующего ПГГ, а также риск многочисленных осложнений и формирования обширной клиники последствий при этих инфекциях заставляют искать новые возможности лечения больных. В этой связи системная энзимотерапия (СЭТ) может рассматриваться как важный компонент бустер-терапии («терапии усиления») и сервис-терапии («терапии снижения побочных эффектов»), изучению эффективности которых посвящено настоящее исследование.

Цель работы. Изучение эффективности использования СЭТ в комплексном лечении пациентов с хронической хламидийной урогенитальной инфекцией (Х) и простым герпесом с преимущественно генитальными поражениями (Г).

Задачи. 1) изучение и оценка в динамике клинического и иммунного статуса пациентов с Х и Г, получавших в комплексном лечении СЭТ, и без СЭТ; 2) анализ и оценка результатов использования СЭТ.

Методы. Применялись две схемы комплексной терапии X и Г: с использованием СЭТ и без СЭТ (4 группы по 200 человек 18-45 лет, мужчин и женщин поровну). Для СЭТ назначался вобэнзим (В) по 10 драже 3 раза в день. Оценивалась частота эрадикации возбудителя (X), сроки наступления клинического улучшения, переносимость лечения, частота развития побочных эффектов и клиники дисбактериоза (X) и другие клинические параметры, а также иммунологические показатели.

Результаты. При использовании СЭТ было меньше обострений в тяжёлой форме (при Г и X); отмечалось достоверное сокращение продолжительности фазы обострения (при Г и X) и/или сроков клинического выздоровления (при X), увеличение продолжительности ремиссии (при Г); при X в большем на 10% числе случаев была достигнута эрадикация возбудителя; наблюдалось снижение количества специфических и неспецифических урогенитальных и экстрагенитальных осложнений более, чем в 1,5 раза; отмечалось заметное (на 82%) уменьшение частоты развития некоторых побочных эффектов антибиотикотерапии X (тошноты, диспепсических расстройств, метеоризма и т.п.). Улучшались показатели иммунитета, в частности, фагоцитоза и интерферонового статуса; повышалась активность НК-клеток, а также снижалось содержание ЦИКов периферической крови.

Выводы. Использование СЭТ в схемах комплексного лечения больных с X и Г, особенно на фоне выраженного ИД, позволяет добиться существенно большей интегративной эффективности.

А.П.Ремезов, А.П.Бочков

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ ВЫБОРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ - ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ, ПРОСТОГО ГЕРПЕСА И ИЕРСИНИОЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Создание алгоритмов выбора эффективной терапии с использованием точных математических методов всегда было привлекательной исследовательской и практической задачей. Особенно актуальным это представляется при хронической хламидийной инфекции (ХИ), обусловленной *S. trachomatis*, простого герпеса с преимущественно генитальными поражениями (ПГГ) и иерсиниозе (И), при которых погрешности в лечении повышают риск развития осложнений и формирования клиники последствий. В связи с этим разработка математической модели и на её основе – схем выбора оптимального лечения становится предметом интересного и практически значимого исследования.

Цель работы. Изучение возможностей использования математического моделирования на этапах оценки клинической ситуации и выбора схем наиболее эффективного лечения больных некоторыми инфекционными болезнями - хронической хламидийной инфекцией, простым герпесом и иерсиниозом.

Задачи: 1) определить основные показатели, по которым оценивается ожидаемая эффективность терапии у больных ХИ, ПГГ и И; 2) рассчитать коэффициенты важности показателей эффективности; 3) оценить эффективность соответствующих методов лечения относительно выбранного показателя; 4) провести процедуру обобщенной оценки схемы терапии по совокупности показателей и непосредственный выбор схемы лечения с соответствующими уточнениями и изменениями как заключительный этап разработки алгоритма выбора оптимальной схемы лечения.

Методы. Порядок выбора схемы лечения инфекционных заболеваний разрабатывался на основе метода анализа иерархии (МАИ).

Результаты. Разработан порядок (алгоритм) выбора схемы лечения.

1. Изучение истории болезни пациента, результатов анализов, его состояния здоровья (образ жизни, наследственность, состояние иммунитета, характеристика болезни), уточнение основных схем лечения – А, Б и В.

2. Определение групп показателей, по которым будет оцениваться схема лечения (качество мер по лечению, способы реализации мер по лечению, условия применяемых мер по лечению).

3. Построение иерархической схемы, на основе которой можно использовать МАИ.

4. Составление матрицы попарных сравнений показателей второго уровня и получение на основе её вектора приоритетов показателей.

5. Составление матриц попарных сравнений схем лечения в соответствии с выбранными показателями и получение на основе их векторов приоритетов схем.

6. Определение согласованности локальных приоритетов (индекса согласованности, отношения согласованности) в п.4 и 5. В случае их несогласованности осуществляется переход к п.4.

7. На основе полученных вектора приоритетов показателей и векторов приоритетов схем лечения рассчитываются обобщенные приоритеты схем.

8. Анализ и интерпретация результатов расчета, выводы по лучшей схеме лечения болезни, её соответствующая корректировка.

Выводы. Предлагаемый порядок выбора схемы лечения способствует более взвешенному и продуманному плану лечения больного со сложной инфекцией, требующей разностороннего и дифференцированного подхода при назначении конкретных лекарственных препаратов.

Предлагаемый порядок выбора схемы лечения выгодно отличается тем, что при его реализации происходят постоянные упорядоченные сравнения бинарной природы. Известно, что сравнивать два объекта всегда легче, чем сразу несколько. Таким образом, в результате обобщений при попарных сравнениях в силу соблюдения системного принципа «от частного к общему» могут быть получены конкретные рекомендации по выбору оптимального для конкретной клинической ситуации лечения.

Ремезов А.П., Неверов В.А.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Прогнозирование наиболее неблагоприятного течения хронической хламидийной инфекции (*C. trachomatis*) лечения и изыскание на этой основе новых возможностей более эффективного лечения пациентов является одной из важных современных клинических проблем. Оценка значения клинико-иммунологического прогнозирования в выборе лечения при хронической хламидийной инфекции посвящено настоящее исследование.

Цель работы. Выявление и обоснование критериев прогнозирования неблагоприятного течения хронической хламидийной урогенитальной инфекции (Х).

Задачи. 1) охарактеризовать клинические проявления различных форм и вариантов Х; 2) оценить в динамике комплекс показателей иммунитета и результатов некоторых специальных тестов, включая содержание антифосфолипидных антител (АФА), простат-специфического антигена (ПСА) и антиспермальных антител (АСА) при Х и установить их взаимосвязь с неблагоприятным течением болезни; 3) сформулировать клинические и иммунологические критерии прогноза неблагоприятного течения Х; 4) обосновать необходимость конструирования патогенетически наиболее корректного комплексного лечения для каждого из больных индивидуально.

Материалы и методы. Клинико-anamnestически обследовано 318 больных с верифицированным Х: 173 мужчины и 145 женщин от 15-ти до 65-ти лет. Проведён анализ комплексных иммунологических тестов в динамике (68 показателей) и данные специальных исследований (ПСА, АСА и др.).

Результаты. 64 человека (20,1%) имели локализованную неосложнённую форму Х, у 254 больных (79,9%) была комбинированная (мультифокальная) и у 285 (89,6%) - осложнённая форма Х. Клинико-anamnestические и лабораторные данные позволили отнести к иммунокомпрометированным (ИКМПР) - 248, а иммунокомпетентным (ИКМП) - 70 обследованных. Результаты лабораторных тестов у ИКМПР и ИКМП пациентов с Х существенно отличались. Уменьшение количества CD4-лимфоцитов (до $0,328 \pm 0,02 \cdot 10^9/\text{л}$, $\geq 50\%$ ниже нормы), снижение функциональной активности фагоцитирующих клеток (индекс завершённости фагоцитоза $0,5 \pm 0,06$, $\geq 50\%$ ниже нормы; НСТ стимулированный $19,4 \pm 2,8\%$, $\geq 50\%$ ниже нормы) и ухудшение интерферонового статуса (снижение ИФН_{стим} α/β до $92,4 \pm 6,2$ МЕ/мл, $\geq 60\%$ ниже нормы; снижение ИФН_{стим} γ до $40,1 \pm 3,2$ МЕ/мл, $\geq 60\%$ ниже нормы), находки АФА, ПСА и АСА являлись наиболее патогенетически значимыми изменениями иммунитета у больных Х. Использование рассчитанной иммуноориентированной терапии в комплексном лечении хронической хламидийной инфекции у иммунокомпрометированных больных решающим образом сказывалось на конечной эффективности (99% эрадикации возбудителя вместо 74%, $p \leq 0,05$).

Выводы. Анамnestические, клинические и лабораторные признаки иммунокомпрометированности у больных Х являются важными прогностическими маркерами наиболее неблагоприятного развития болезни, отличающегося высокой частотой тяжёлых форм и осложнений, и могут стать основой конструирования патогенетически наиболее корректного комплексного лечения для каждого из больных индивидуально.

Романов А.О., Гинтовт Е.А.

КОМБИНИРОВАННЫЙ АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ CTLA-4, TNF α И MBL У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПИОДЕРМИЕЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

Гены CTLA-4 и TNF α кодируют синтез белков, участвующих в развитии иммунного воспаления при atopическом дерматите (АД), приводящего к повреждению кожи и развитию на этом фоне инфекционных осложнений. CTLA-4 является рецептором и экспрессируется на мембранах Т хелперов после их активации антигеном, опосредуя ингибирование иммунного ответа Т клеток. Аллель G полиморфизма +49A/G гена CTLA-4 характеризуется снижением контроля

над пролиферацией Т клеток и связан с развитием иммунопатологических заболеваний. Провоспалительный цитокин TNF α вызывает экспрессию адгезионных молекул на мембранах эндотелиальных клеток, опосредующих процесс экстравазации иммунокомпетентных клеток. Уровень транскрипции аллеля А полиморфизма – 308 G/A гена TNF α от двух до пяти раз выше чем аллеля G. Маннозо-связывающий лектин (MBL) является важным элементом врожденного иммунитета. Полиморфизм в позиции +230G/A гена MBL приводит к замене глицина на аспарагин, вследствие чего синтезируется функционально неполноценный белок, что связано с повышенным риском развития тяжелых форм бактериальных инфекций у детей и взрослых.

Белки, синтез которых кодируют гены CTLA-4, TNF α и MBL участвуют в процессах, лежащих в основе этиопатогенеза АД и его осложнений. Цель данной работы- оценить значение полиморфизмов генов CTLA-4, TNF α и MBL в патогенезе АД.

Исследуемую группу I составили 68 больных АД, в возрасте от 1 года до 14 лет. Диагноз АД установлен в первый год жизни на основании критериев Hanifin, Rajka, 1980. 43 больных, имевших в анамнезе не более двух эпизодов пиодермии составили группу I.1, 25 больных с числом эпизодов от трех до десяти -группу I.2. В контрольную группу вошли 22 ребенка, сопоставимые по полу и возрасту с исследуемой группой. Полиморфизмы генов CTLA-4, TNF α и MBL идентифицировали методом ПЦР-ПДРФ. Достоверность различий частот генотипов и аллелей в сравниваемых группах определяли с помощью χ^2 и точного критерия Фишера. Статистически значимым считали различие при величине $p < 0,05$.

Генотип MBL GG/CTLA-4 AA/TNF α GG определен у 7 больных в исследуемой группе I, в контрольной группе - у 7 детей, в группе I.1 - у 7 больных, в группе I.2 данный генотип не обнаружен. Генотип CTLA-4 AG/TNF α GA/MBL GA определен у 12 больных исследуемой группы I, у детей в контрольной группе и группе I.1 данный генотип не обнаружен, в группе I.2 данный генотип обнаружен у 12 больных.

Комбинированный анализ полиморфизмов генов CTLA-4, TNF α и MBL у больных атопическим дерматитом и в контрольной группе выявил достоверное различие между больными АД и здоровыми детьми ($\chi^2 = 5,86; df = 1; p < 0,05; P = 0,0052$). Анализ распределения частот совместной встречаемости изученных полиморфизмов у больных атопическим дерматитом в зависимости от числа эпизодов пиодермии показал значительное отличие между группами I.1 и I.2 ($\chi^2 = 14,94; df = 1; p < 0,001; P = 0,000019$), что свидетельствует о существенном риске рецидивирования пиодермии у больных гетерозигот по сравнению с гомозиготами CTLA-4 AA, TNF α GG, MBL GG. Генотип CTLA-4 AG/TNF α GA/MBL GA может быть использован как прогностический фактор, связанный с развитием инфекционных осложнений у больных АД.

Ртищева Л.В., Ткаченко Л.И., Каитова О.А., Турбанова Т.А., Попов П.Н.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

г. Ставрополь, Украина

Лихорадка является симптомом многих заболеваний, особенно часто она наблюдается при инфекционной патологии. Повышение температуры тела играет важную роль в защите организма от инфекции. Термин «лихорадка неясного генеза» (ЛНГ) предполагает повышение температуры до фебрильных цифр, длящееся более 3 нед и сопровождающееся лишь неспецифическими общими симптомами лихорадочной интоксикации и островоспалительными сдвигами в лабораторных тестах при отсутствии сколько-нибудь выраженных локальных или специфических патологических признаков. При этом этиология лихорадки остается неясной, несмотря на обследование больного (Сучков А.В., 1980). Существенно здесь то, что лихорадка является ведущим симптомом. В последние годы отмечается небольшое нарастание числа больных неясными лихорадками по данным их учета в кабинетах инфекционных заболеваний поликлиник. В общей структуре доля больных неясными лихорадками составляет от 2,32% в 2001г. до 4,56% в 2003г. Процент подтверждения инфекционной природы заболевания после стационарного обследования составляет среди больных около 50%, но в последние годы отмечается снижение этого показателя в связи с трудностями обследования.

Нами проанализировано 76 историй болезни больных, поступивших в отделения ККИБ г.Ставрополя. Возраст больных колебался от 21 до 76 лет, из них мужчины составили 56,5%, женщины – 43,4%. Наибольшее число больных с диагнозом «ЛНГ» поступало в летние месяцы (41,5%). В первые 5 дней заболевания за медицинской помощью обратились лишь 54,5% заболевших. Это было связано с тем, что большинство из обратившихся в поздние сроки не придавали большого значения лихорадке, особенно если она была субфебрильной. Средние сроки госпитализации больных «ЛНГ» в 2001 г составили 12,3 дня, в 2003 г. – 33,4 дня. Как видно, сроки госпитализации больных ЛНГ увеличились более чем в 2 раза. Это свидетельствует о недостаточной настороженности практических врачей амбулаторно-поликлинического звена в отношении раннего выявления инфекционных заболеваний. Среди обследованных доля острых инфекционных заболеваний составила в 2001г 58,6%, в 2003г.- 42,9%. Хронические инфекционные заболевания были выявлены у 6,25% и 14,7% соответственно. В общем процент инфекционных больных был стабилен. среди инфекционных заболеваний, выявленных у госпитализированных с диагнозом ЛНГ чаще всего были зарегистрированы ОРВИ(23,79%), вирусные гепатиты В и С

(15,8%), иерсиниозы (9,4%), хламидийная инфекция (до 7,57%). Среди неинфекционных заболеваний, диагностированных в процессе обследования, чаще всего регистрировались заболевания соединительной ткани (9,9%), заболевания почек (5,3%), желчевыводящих путей (8,6%), крови (3,2%). В 7,2 % у больных после исключения инфекционной патологии заболевание не было диагностировано, и больные были переведены в другие клиники для дальнейшего обследования.

Таким образом, при ЛНГ госпитализация в инфекционный стационар показана в ранние сроки заболевания при высокой лихорадке. Госпитализация больных с субфебрильной лихорадкой в поздние сроки заболевания в большинстве случаев не обоснована, при этом процент верификации инфекционных заболеваний не превышает 10-15 %. Намечилась тенденция повышения доли хронических инфекционных заболеваний, что может быть связано с изменением иммунореактивности жителей Ставропольского края, приводящей к более частой хронизации острых инфекционных заболеваний.

Рудакова А.В., Гусев Д.А., Жданов К.В., Рязанов А.Н.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

г. Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: оценить эффективность затрат на противовирусную терапию хронического гепатита С с использованием комбинации интерферона и его пегилированной формы с рибавирином.

Методы: произведена оценка эффективности затрат с расчетом коэффициента «затраты/ эффективность» с использованием марковской модели прогрессирования хронического гепатита С (программа TreeAge 3.5).

Результаты: комбинация препаратов интерферона и рибавирина обеспечивает значительные клинические преимущества по сравнению с отсутствием противовирусной терапии. Использование пегилированного интерферона в комбинации с рибавирином позволяет увеличить продолжительность жизни по сравнению со стандартной терапией у пациентов с вирусом I типа при максимальной эффективности затрат. Инфицирование вирусом I типа, высокая вирусная нагрузка и увеличение возраста пациентов влекут за собой увеличение стоимости лечения и коэффициента «затраты/эффективность».

Выводы: противовирусная терапия с использованием интерферона и рибавирина характеризуется достаточно высокой эффективностью затрат и приемлема при централизованном лекарственном обеспечении в качестве терапии I линии. Пегилированный интерферон в комбинации с рибавирином целесообразно использовать у пациентов с хроническим гепатитом С I типа.

Русев И.Т.

АЗОВО-ЧЕРНОМОРСКИЙ ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ КОРИДОР ТРАНСКОНТИНЕНТАЛЬНОГО ПЕРЕЛЕТА ПТИЦ И ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

г. Одесса, Украина

В последние годы в мире все больше обостряются проблемы социально-биологического характера. Прежде всего, это касается проблем распространения ареалов и изменения агрессивности известных, а также возникновения новых особо опасных вирусных болезней, вызывающие непредвиденные по своим последствиям чрезвычайные эпидемические ситуации.

Среди такой группы инфекций особо следует выделить тех возбудителей, которые способны за кратчайшие сроки пересекать не только отдельные регионы, но целые страны и континенты. Это, прежде всего – арбовирусы, перемещающиеся посредством мигрирующих птиц. Ведь, известно, что птицы в эволюционном плане – один из древнейших резервуаров возбудителей болезней вирусной, бактериальной, грибковой, протозойной природы (Львов, Ильичев, 1979).

В настоящее время орнитофауна Украины представлена 416 видами птиц. Причем, только в Азово-Черноморском регионе Украины более 30% из них имеют высокий эпидемический потенциал, как возможные «транспортёры» возбудителей арбовирусов и орнитозов, а также иксодовых клещей, как переносчиков возбудителей.

Сезонные перемещения и миграции птиц через Украину, особенно через такие экологические коридоры, как бассейн Днестра, Северского Донца, а также через основные зональные ландшафты страны – зону Полесья, лесостепные и степные экосистемы, включая и такие интразональные как Азово-Черноморский прибрежный регион, т.е. в целом – через восточноевропейский коридор перелетов определяют вероятность трансконтинентального переноса возбудителей птицами.

Птицы, как составная часть экосистем таких коридоров, перемещаются по ним, формируя их эпидемический потенциал. Причем доминирующую роль могут иметь птицы околородного комплекса, зимующие в природных очагах арбовирусов центральной Африки, о чем свидетельствуют наши данные по кольцеванию птиц и данные Центра кольцева-

ния (Русев, 2003). Так, например, если взять одного из самых массовых представителей цапель Азово-Черноморского региона Украины – квакву или ночную цаплю (*Nycticorax nycticorax*), то для нее характерны послегнездовые кочевки в северном направлении от мест гнездования, что может приводить к рассеиванию возбудителей арбовирусов. Ведь известно, что эти птицы являются основными хранителями и транспортерами возбудителей лихорадки Западного Нила (ЛЗН). Результаты кольцевания птиц свидетельствуют о тесном контакте гнездящихся и зимующих птиц в Украине с эндемичными территориями опасных инфекций Африки. При этом Азово-Черноморский регион Украины и России благодаря наличию водно-болотных угодий международного значения, является одним из самых насыщенных миграционных коридоров, прежде всего, для водоплавающих и водно-болотных птиц, где в разные сезоны обитает несколько миллионов особей. Более того, наличие такого огромного миграционного коридора с охватом многих стран Афро-Евразийского региона, послужило основанием для принятия Афро-Евразийского соглашения по охране водно-болотных птиц, которое в 2000 г. подписала Украина, Россия и ряд других стран СНГ.

В результате проведенных в последние десятилетия исследований выявлена спонтанная зараженность многих водно-болотных, наземно-кормящихся и полусинантропных птиц, а также иксодовых клещей и комаров вирусом лихорадки Западного Нила, что свидетельствует о его циркуляции в регионе. От пастбищных клещей, снятых с кормящихся птиц на земле, а также зяблика, изолирован вирус клещевого энцефалита. При этом выявлено наличие антител к этому и другим арбовирусам среди населения всей изучаемой территории (Бощенко и др., 1991, Русев и др., 1991, Русев, Бощенко, 2003). От иксодовых клещей также впервые для этой территории выделен и вирус Трибеч.

Таким образом, наличие в сыворотках крови перелетных и оседлых птиц возбудителей и антител к вирусам ЗН, КЭ и Синдбис, а также выделение возбудителей от переносчиков свидетельствует о вовлечении птиц региона в циркуляцию арбовирусов (ЗН, Синдбис) и вируса КЭ. А значительное количество нейротропных вирусных агентов (63), не типированных имевшимся набором антигенов, позволяет предполагать вовлечение птиц в циркуляцию и ряда других арбовирусов (Греков, Русев, Бощенко, 2000). С учетом растущей тенденции проявления и распространения ЛЗН в последние годы на территории Румынии, России и особенно в США, необходимо продолжение углубленных научных исследований и организации соответствующего эколого-эпидемиологического мониторинга в трансграничных зонах. Это, наряду с изучением экологии эпидемически значимых видов, адаптации их к динамичным антропогенным трансформациям, позволит выработать соответствующие механизмы управления популяциями носителей и переносчиков и профилактики заболеваний в трансграничных зонах.

Рышкова Л.И., Шапкина Г.В., Русанова Д.В.
СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ БОТУЛИЗМА
г. Ставрополь, Россия

Ставропольский край является одним из регионов России, где постоянно регистрируется заболеваемость ботулизмом. Широкая распространенность заболевания связана с тем, что до 50% проб почв дают положительный результат на наличие возбудителя ботулизма. Случаи заболевания чаще связаны с употреблением копченой рыбы и консервированных продуктов домашнего приготовления. Основная масса заболеваний регистрируется преимущественно в зимний период.

Нами проведен анализ клинико-эпидемиологических показателей у 23 больных, находившихся на лечении в инфекционной больнице г.Ставрополя за период с 2001 по 2003гг.

Среди заболевших преобладали лица 21-30 лет (34,8%) и 41-50 лет (21,7%). Остальные возрастные группы были представлены примерно одинаково. Чаще болели мужчины (56,5%). Отмечалась четкая зимняя сезонность (52,2%). Если в предыдущие годы первые случаи заболевания регистрировались с ноября месяца, то в изучаемом периоде – с января. Большинство пациентов указывали на употребление салатов домашнего приготовления (60,8%), консервированных грибов (30,5%) и остальные связывали заболевание с употреблением копченой или вяленой рыбы (8,7%).

Большая часть больных поступала на вторые сутки болезни (30,5%), в первые и третьи сутки соответственно (21,7% и 17,3%). У 39% заболевание протекало в тяжелой форме. Среднетяжелая форма регистрировалась у 47,8%, легкая – у 13,2%. В отделении ИТАР находилось 21,7%, всем проводилась ИВЛ. Летальный исход заболевания отмечен у 4,3% пациентов.

В 52,2% выявлялся офтальмоплегический синдром (диплопия, туман, сетка перед глазами). У 17,1% человек заболевание начиналось с диспепсического синдрома (тошнота, рвота, боли в животе, диарея.) и у 13% пациентов – с синдрома дисфагии (расстройств глотания, чувство «комка» в горле, поперхивание). Почти у всех больных отмечалась выраженная миастения, а у 8,8% «ботулинический миозит». Наиболее частыми осложнениями ботулизма были острая дыхательная недостаточность (21,7%), остановка сердца и пневмония – у 4,3%. Выделение ботулотоксина в сыворотке крови составляло 17%. В 13% это был токсин типа «А» и в 4% - токсин типа «В»

Таким образом, проведенный анализ показал, что социально-экономические условия привели к изменению сезонности болезни, что связано с круглогодичным поступлением на рынок свежих овощей и фруктов.. Кроме того, отмечено уменьшение процента летальных исходов с 7-10% в предыдущие годы до 4,3% в наблюдаемом периоде.

Сабанчиева Ж.Х.

СОСТОЯНИЕ АКТИВНОСТИ АНТИОКСИДАНТНОГО ФЕРМЕНТА – СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

г. Нальчик, Россия

Свободно-радикальное окисление относится к числу фундаментальных биологических процессов, протекающих в различных клетках организма с генерацией высокорективных супероксидного и гидроксидного радикалов, гидропероксида и других биологических активных веществ, оказывающих выраженное влияние на клеточный метаболизм. Одним из главных компонентов ферментативного звена системы антиперекисной защиты (АОЗ) клеток является супероксиддисмутаза. Данный энзим является одним из самых активных ферментов описанных в настоящее время. Много работ посвящено состоянию АОЗ при ВИЧ-инфекции, однако материалом для исследования служили нейтрофильные гранулоциты, лимфоциты и клетки тканей внутренних органов.

Целью работы явилось изучение активности антиоксидантного фермента – супероксиддисмутазы в эритроцитах периферической крови людей больных ВИЧ-инфекцией. Кровь полученную при венепункции сразу стабилизировали раствором гепарина. В выделенных эритроцитах определяли активность СОД по методу Чевари С. с соавт., (1985). Активность фермента изучалась в крови 25 доноров в возрасте 18- 46 лет и 31 больных ВИЧ-инфекцией в возрасте 19-48 лет. У 14 больных ВИЧ-инфекция была во II Б стадии, у 16 больных в II В; 11 больных находились в стадии вторичных проявлений: 6 в III А и 5 – в III В стадиях. ВИЧ-инфекция протекала в сочетании с вирусными гепатитами В, С, или В+С у 17 больных.

В результате исследований установлено, что у больных ВИЧ-инфекцией активность СОД достоверно снижается в контрольной группе. Выявлена зависимость фермента от стадии заболевания. Так, у всех больных в стадии манифестации клинических симптомов активность СОД была снижена в 1,5 раза ($0,9 \pm 0,03$), а в стадии глубоких необратимых иммунологических поражений угнетение активности антиперекисной защиты было выражено более в 4 раза ниже контроля ($0,3 \pm 0,04$). При изучении активности СОД в эритроцитах у больных ВИЧ-инфекцией с сопутствующими заболеваниями (вирусные гепатиты В, С и В+С) отмечено более низкие значения активности фермента во всех периодах заболевания ($0,2 \pm 0,01$), в сравнении с больными без сопутствующей патологии.

Таким образом, закономерное снижение активности фермента супероксиддисмутазы возможно связано истощением антиоксидантной системы в эритроцитах и дисбаланса в системе ПОЛ/АОС.

Санникова И.В., Ковалевич Н.И., Савченко А.С., Рахматуллин В.Ф.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВА, МОРФОЛОГИИ И ИЗМЕНЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ КРЫМ - КОНГО ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

г. Ставрополь, Россия

Крым–Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ) – арбовирусная природно-очаговая инфекция, регистрируемая на территории Ставропольского края с 1953 г. За последние 5 лет отмечается рост заболеваемости ККГЛ, обусловленный высокой численностью популяции клещей *Hyalomma marginatum*. Эпидемиология и клинические проявления при ККГЛ изучены достаточно хорошо, однако патогенез гемостаза остается невыясненным. Изучение гемостаза, иммунного ответа и воспаления при ККГЛ сопряжено с опасностью заражения исследователя, и чаще проводится с помощью использования моделирования. Иммуногистохимически и методом гибридизации *in situ* доказано, что основными мишенями для вируса ККГЛ являются моноциты, эндотелиальные клетки и гепатоциты (Chen J.P., Cosgriff T.M. et al., 2000). Известно, что физиологическая активация тромбоцитов (Тр) и запуск немедленного гемостаза посредством адгезии и агрегации начинается с повреждения эндотелиальных клеток. Проводимые нами исследования сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у больных ККГЛ показали, что у большинства больных в первые дни заболевания, общее количество Тр соответствовало нормальным значениям. Снижение Тр с первых дней болезни отмечалось только у 27% больных. У больных легкой формой ККГЛ достоверного снижения Тр, а также сдвигов в тестах, характеризующих систему гемокоагуляции, нами не отмечено. У большинства больных среднетяжелым и тяжелым течением ККГЛ с 3 дня болезни общее количество Тр достоверно отличалось от нормы. По мере развития заболевания количество Тр значительно снижалось и достигало значений до $99,3 \cdot 10^9/\text{л}$ на 7- 9 день от начала болезни. На 5-8 сутки от начала болезни тромбоцитопения достигала критических значений, достигая в ряде случаев до $10 \cdot 10^9/\text{л}$. У больных с летальным исходом динамика изменения количества Тр была аналогичной с выздоровевшими. Однако средние цифры этого показателя ($75 \cdot 10^9/\text{л}$ - $66 \cdot 10^9/\text{л}$) при ежедневном исследовании были существенно ниже, чем в основной группе. При исследовании морфологии Тр методом компьютерной визуализации установлено, что при ККГЛ преобладают крупные Тр, что является отражением истощения их функциональной способности и, в тоже время, диагностическим признаком коагулопатии потребления. При исследовании агрегации Тр с коллагеном на 3-5 сутки от начала заболевания средние значения были снижены в 2,5 раза. При этом у 10 больных (22%) на 5 сутки этот тест был в 10 раз ниже нормы, а у 6 пациентов (13%) агрегация вообще не регистрировалась, что свидетельствовало о выраженном повреждении эндотелия. Гиперагрегация Тр при добав-

лени коллагена, АДФ и адреналина была зарегистрирована только у единичных больных на 2-3 сутки болезни. У абсолютного большинства пациентов (86%) способность Тр к агрегации под действием адреналина, ристомидина и АДФ на 2-3 сутки составила всего 4%, что более чем 15 раз ниже нормы. Вероятно, снижение функциональной активности Тр является следствием гипоплазии костного мозга и сниженной продукции мегакариоцитов вследствие непосредственного воздействия вируса ККГЛ. Таким образом, выявленная дисфункция Тр, включая их количество, морфологию и агрегационную способность, расширяет представление о патогенезе геморрагических проявлений при ККГЛ. Выполнение настоящих исследований в режиме суточного мониторинга позволяют прогнозировать и определять степень выраженности геморрагического синдрома.

Санникова И.В., Науменко В. А.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРЫМ-КОНГО ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

г. Ставрополь, Россия

Активизация природного очага Крым-Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ) на юге России с 1999 г., стабильно высокая заболеваемость в Ставропольском крае за последние пять лет, и неблагоприятный эпидемиологический прогноз на ближайшие годы определяют необходимость разработки стандартов лечения больных ККГЛ. Первым открытым специфическим средством лечения ККГЛ была сыворотка реконвалесцентов, предложенная в 1944г. М.П. Чумаковым. Однако существенной эффективности от использования сыворотки большинство специалистов не отмечали (Лещинская Е.В., 1967; Лазарев В.Н., 1973). В последующие годы для экстренной профилактики и лечения был использован гипериммунный иммуноглобулин (Лазарев В.Н., 1973). Однако недостатки присущие гетерологичному препарату и отсутствие серийной технологии существенно ограничивают применение данного метода лечения. Препараты, подавляющие репликацию вируса путем иммуномодуляции Т и В-лимфоцитарного ответа (интерфероны, индукторы интерферонов), также не могут быть использованы в связи с недостаточно изученным патогенезом ККГЛ и схожими клиническими проявлениями предгеморрагического периода и гриппоподобным синдромом, характерным при введении интерферонов.

В настоящее время накоплен определенный опыт успешного лечения рибавирином вирусных геморрагических лихорадок (лихорадка Ласса, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом). Нами в течение двух лет для лечения больных ККГЛ использована оральная форма рибавирина. В соответствии с рекомендациями CDC (США) ударная доза рибавирина составляет 2000 мг однократно или 30 мг/кг на средний вес больного 70 кг с последующим переходом на дозу 1200 - 1000 мг в два приема в зависимости от веса больного. Всего пролечено 35 больных с подтвержденным диагнозом ККГЛ. Отмечена клинко-терапевтическая эффективность рибавирина в виде сокращения продолжительности лихорадки, лейкопении, тромбоцитопении, количества полостных кровотечений. У всех больных заболевание закончилось выздоровлением

Патогенетическую терапию проводили с учетом периода заболевания (предгеморрагический, геморрагический), тяжести течения, осложнений, возраста больного, сопутствующей патологии. С целью оценки состояния гемостаза нами составлена программа, включающая лабораторные скрининг-тесты, выполняемые в режиме суточного мониторинга. Своевременно выявленные гематологические и гемостазиологические нарушения с учетом данных обследования больного (пробы щипка, жгута, манжеты) позволяют в первые дни болезни диагностировать геморрагический синдром и определить лечебную тактику. Однако гемостатические средства играют роль только заместительной терапии. Выбор средств «управляющей» патогенетической терапии, воздействующих на основные звенья патогенеза, возможно только после глубокого изучения гемостазиологических и иммунологических нарушений при ККГЛ.

Таким образом, своевременное назначение рибавирина (оральная или внутривенная форма) в первые 5 дней болезни определяет благоприятный вариант течения геморрагического синдрома и исход заболевания. Программа патогенетической и гемостатической терапии основывается на данных гемостазиологических и гематологических исследований, проводимых в режиме суточного мониторинга.

Сафонов А.Д., Томилова Л.А, Королинская А.В., Нематова Г.Р., Дубова Т.Д., Навроцкий А.Н.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

г. Омск, Россия

Произошедшие в России изменения социально-экономических условий жизни населения, воздействие неблагоприятных экологических и стрессовых факторов, огромный арсенал антибиотиков и других медикаментов, используемых при лечении больных, и ряд других причин не могли не сказаться на специфической и неспецифической иммунореактивности организма и увеличении значимости инфекционных болезней в патологии человека.

Поведен анализ структуры пролеченных больных и летальности по материалам городской инфекционной клинической больницы №1 (ГИКБ №1) за 10 лет (1994–2003 гг.). Больница является клинической базой кафедры инфекционных болезней медицинской академии, рассчитана на госпитализацию взрослых больных, имеет 4 отделения на 205 коек, отделение реанимации и интенсивной терапии, консультативно-диагностическое отделение с дневным стационаром. На протяжении всех лет существования ГИКБ №1 практически выполняет функции областной больницы. Так, каждый десятый, пролеченный в стационаре, был житель сельских районов. Ежегодно госпитализировалось от 3126 (1997 г.) до 4577 (2003 г.) больных, всего было пролечено 36774 больных. Общая летальность за эти годы составила 0,57%, с минимумом в 2003 г. (0,44%) и максимумом в 1998 г. (0,69%). Следует отметить, что в структуре общей летальности на долю инфекционных заболеваний приходилось от 47,8% (2001 г.) до 76,5% (1999 г.), в среднем за анализируемый период - 60,5%, в то время как относительное число больных с инфекционной патологией составило 79,5%. С другой стороны доля больных, пролеченных с неинфекционными заболеваниями, составила 20,5%, тогда как в структуре общей больницы летальности неинфекционная патология была представлена значительно шире: 83 из 210 умерших (39,5%). Летальность от неинфекционной патологии (1,1%) в 2,6 раза превысила летальность от инфекций (0,43%). В основном это были тяжелые формы пневмоний, острое нарушение мозгового кровообращения, ИБС, инфаркт миокарда, реже - другие заболевания. Наиболее высокие показатели летальности при инфекционных болезнях регистрировались при тяжелой форме сепсиса и септическом шоке (в среднем - 43,2%), менингококковой инфекции (в среднем - 10,1%). Показатель летальности от острого вирусного гепатита В в различные годы варьировал от 0,25% (2001 г.) до 1,21% (2003 г.). Единичные летальные исходы наблюдались при дифтерии (1994, 1995, 1997, 2001, 2002, 2003 гг.), столбняке (2000 г.), гриппе (2000 г.), лейшманиозе (1995 г.), роже (1995 г.), ботулизме (1998 г.), хроническом вирусном гепатите (2002, 2003 гг.). От инфекционных заболеваний летальный исход в первые сутки пребывания в стационаре наступил у 26,0% больных, в течение первых 48 часов - у 15,7%, после 7-го дня - у 38,7% больных. За весь анализируемый период расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов при инфекционных болезнях было зарегистрировано только в одном случае (0,9%), тогда как при неинфекционной патологии уровень расхождения диагнозов был существенно выше (20,0%). В значительной степени это было связано с тем, что летальный исход при неинфекционных заболеваниях в половине случаев (49,4%) наступал уже в первые 24–48 часов пребывания больного в стационаре. Эти больные с ошибочным направительным диагнозом уже в момент поступления в приемное отделение находились в крайне тяжелом состоянии, которое не позволяло собрать необходимые анамнестические данные, провести информативное лабораторно-инструментальное обследование.

Семена А.В., Малышев В.В.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА

г. Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время среди инфекций, имеющих значение для практической медицины, все большую актуальность приобретают острые кишечные вирусные инфекции (ОКВИ) - такие как гепатит А, гепатит Е, ротавирусные гастроэнтериты, гастроэнтериты ЕСНО, Коксаки А, Коксаки В и др.

Общей особенностью ОКВИ является то, что естественной средой обитания этих возбудителей служит кишечник. Соответственно, фекально-оральный механизм передачи и обуславливает клинико-эпидемиологические особенности этих инфекций. Вирулентность возбудителей ОКВИ настолько велика, что заражающая доза определяется несколькими вирусными частицами. Большое значение имеет высокая устойчивость вирусов в объектах окружающей среды, на предметах обихода, мебели, посуде и т.п. Из возбудителей ОКВИ особая роль отводится ротавирусам - как патогенным агентам с недостаточно отработанной диагностикой. Для ротавирусного гастроэнтерита характерен короткий инкубационный период (1–2 дня), большое количество инфицированных (больных и вирусоносителей), включая и вирусоносителей из числа медицинских работников.

Снизить риск возникновения ротавирусного гастроэнтерита возможно с помощью мероприятий направленных на поиск источников инфекции, разрыв механизма передачи и повышение невосприимчивости людей к инфекции. Обнаружение ведущего маркера ротавирусного гастроэнтерита - ротавирусного антигена с помощью методов иммуноферментного анализа (тест-система "Рота-антиген", НПП "АКВАПАСТ", г. Санкт-Петербург) и латекс-теста (тест-система "Diarlex Rota", Orion Diagnostica, Finland) в фекалиях дает возможность объективизировать картину заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом.

Использование в качестве дезинфектанта 0,5–1,0 % растворов Виркона (KRKA, Словения) после 10 мин. экспозиции обеспечивает полное освобождение от ротавирусов.

Применение антиротавирусного иммуноглобулина (производитель НИИ Эпидемиологии и Микробиологии им. Габричевского, г. Москва) для лечения и профилактики, у больных и подвергшихся риску заражения, открывает более полную возможность снижения инфицирования ротавирусами и проведения этиотропной терапии.

Таким образом, знание особенностей циркуляции возбудителей кишечных вирусных инфекций, использование эпидемиологических подходов в сочетании с современными методами лабораторной диагностики, средствами дезинфекции, иммунопрофилактики и лечения открывают большие возможности в борьбе с ОКВИ у населения.

Семена И.И.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕГО СЫВОРОТОЧНОГО ИНТЕРФЕРОНА И ПРОДУКЦИЯ ИНТЕРФЕРОНА ЛЕЙКОЦИТАМИ IN VITRO (α/β , γ) У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПАПИЛЛОМАВИРУСОВ

г. Санкт-Петербург, Россия

Исследования интерферонового статуса проводились у 15 женщин с папилломавирусами (HPV) высокой степени онкогенного риска и у 16 женщин с недифференцированным HPV. При оценке содержания общего сывороточного интерферона и продукция интерферона лейкоцитами *in vitro* (α/β , γ) у пациентов с различными типами HPV нами выявлены выраженные изменения у всех обследованных женщин.

Повышение содержания общего сывороточного интерферона было выявлено у всех обследованных женщин с HPV высокой степени онкогенного риска и с недифференцированным папилломавирусом. В пределах нормы содержание общего сывороточного интерферона не было выявлено ни у одной обследованной пациентки. Так же не встречались случаи понижения этого показателя.

Изменения продукции α/β и γ интерферона лейкоцитами *in vitro* (10% крови в индукционной смеси) так же как и изменения содержания общего сывороточного интерферона, носили выраженный характер. Достоверное снижение продукции α/β интерферона лейкоцитами было отмечено у 100% обследованных пациенток с HPV высокой степени онкогенного риска и 100% с недифференцированным HPV. В норме эти показатели не находились ни у одной обследованной пациентки. Изменения продукции γ интерферона ниже нормы было также отмечено у 100% пациенток с папилломавирусной инфекции высокой степени онкогенного риска и с недифференцированным HPV. Ни в одном случае обследования не было выявлено повышения выше нормы продукции α/β и γ интерферона лейкоцитами *in vitro*.

Таким образом, нами выявлено снижение продукции α/β и γ интерферона лейкоцитами *in vitro* и повышение содержания общего сывороточного интерферона у 100% обследованных женщин с различными типами папилломавирусов.

Семена И.И.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕГО СЫВОРОТОЧНОГО ИНТЕРФЕРОНА И ПРОДУКЦИЯ ИНТЕРФЕРОНА ЛЕЙКОЦИТАМИ IN VITRO (α/β , γ) У ПАЦИЕНТОВ С КОНДИЛОМАМИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДУКТОРА

ИНТЕРФЕРОНА «ПАНАВИР»

г. Санкт-Петербург, Россия

В результате исследований иммунологических изменений у пациенток с кондиломами, нами выявлены некоторые изменения этих показателей. Особенно значимый характер эти изменения носили при изучении интерферонового статуса – было выявлено статистически значимое снижение продукции α/β и γ интерферона лейкоцитами *in vitro* и повышение содержания общего сывороточного интерферона. Оценивая полученные результаты, нами была признана необходимость воздействовать в ходе проводимой терапии не только на сами кондиломы, но и применять в комплексе с криотерапией индукторы интерферона. В качестве такого препарата, мы использовали индуктор интерферона отечественного производства «Панавир» (ООО "Флора и Фауна +", г. Москва) – высокомолекулярный полисахарид, относящийся к классу гексозных гликозидов. Исследования интерферонового статуса проводились на 7 – 10 день после окончания лечения у пациенток получавших одну из двух схем лечения кондилом, каждая группа включала 12 женщин. Первая схема заключалась в местной монотерапии с использованием жидкого азота в качестве хладагента. Вторая состояла в комбинации ежедневного местного применения жидкого азота и двукратного внутривенного введения индуктора интерферона «Панавира».

После проведения комбинированной терапии у 100% обследованных женщин была выявлена отчетливая тенденция к понижению содержания общего сывороточного интерферона с $24,8 \pm 1,4$ МЕ/мл до $22,1 \pm 1,3$ МЕ/мл. У женщин после криотерапии такой тенденции отмечено не было: $25,1 \pm 2,1$ МЕ/мл до лечения и $24,4 \pm 2,8$ МЕ/мл после.

Изменения продукции α/β и γ интерферона лейкоцитами *in vitro* (10% крови в индукционной смеси) так же как изменения содержания общего сывороточного интерферона, по окончании лечения несколько улучшились. Сниженная продукция α/β интерферона лейкоцитами была все равно отмечена у 100% получавших монотерапию и комбинированную терапию ($178,4 \pm 24,6$ МЕ/мл и $197,6 \pm 28,8$ МЕ/мл). Были также отмечены изменения продукции γ интерферона, хотя в пределах нормы этот показатель не был ни у одной пациентки как после монотерапии, так и комбинированной ($79,3 \pm 2,6$ МЕ/мл и $82,4 \pm 3,5$ МЕ/мл). Вместе с тем эти показатели, как и в случаи с содержанием общего сывороточного интерферона, имели отчетливую тенденцию к изменению у 100% обследованных женщин после комбинированной терапии, хотя и не носили статистически значимый характер: α/β интерферон с $168,3 \pm 21,4$ МЕ/мл до $197,6 \pm 28,8$ МЕ/мл и γ интерферон с $78,8 \pm 6,4$ МЕ/мл до $82,4 \pm 3,5$ МЕ/мл.

После монотерапии не отмечено появления такой отчетливой тенденции к повышению: α/β интерферон с $171,2 \pm 29,2$ МЕ/мл до $178,4 \pm 24,6$ МЕ/мл, γ интерферон с $74,4 \pm 4,8$ МЕ/мл до $79,3 \pm 2,6$ МЕ/мл. Ни в одном случае обследования не было выявлено понижения до нормы содержания общего сывороточного интерферона и повышения до нормальных показателей продукции α/β и γ интерферона лейкоцитами *in vitro*.

Таким образом, нами выявлено большая эффективность применения комбинированной терапии кондилом с использованием индуктора интерферона «Панавир» (ООО "Флора и Фауна +", г. Москва).

Сидоренко Е.В., Данилова О.Ю.

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ Г, ВЛАДИВОСТОКА ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ЗА ПЕРИОД С 1 ИЮНЯ ПО 1 ОКТЯБРЯ 2003 г.

г. Владивосток, Россия

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями остаётся достаточно высокой в течение всего года. Но, в так называемый эпидсезон, наблюдается их рост в период с июня по октябрь, в связи с появлением большого количества ягод, свежих овощей, молочной продукции. В определённые месяцы преобладающими становятся различные эпидемиологические факторы, как причина заболевания: в феврале, марте в 30% причиной заболевания становятся молочные продукты, в летние месяцы - овощи и фрукты, причём в августе преимущественно арбузы. За период с 1 июня по 1 октября 2003 г. по поводу ОКИ за скорой медицинской помощью обратились 1918 пациентов, из них 1045 (55%) дети, 873 (45%) взрослые. По социальному составу: дети, не посещающие детские дошкольные учреждения – 480 (25%) человек, посещающие детские дошкольные учреждения – 143 (8%), школьники – 274 (14%), студенты – 103 (5%), пенсионеры – 152 (8%), работающее взрослое население – 440 (23%), неработающие взрослые – 326 (17%) человек. Из всех обратившихся госпитализировано 1772 (92%) человека, из них 907 (51%) детей, 865 (49%) взрослых. Время выезда после поступления вызова: в течение 4–х мин 437 случаев (23%), в период от 4–х мин до 60 мин – 801 случай (42%), время выезда более часа – 680 (35%). От госпитализации отказались 146 (8%) человек: 73 ребёнка и 73 взрослых.

Эпидемиологический анамнез. Для анализа взяты наиболее часто встречающиеся при сборе анамнеза факторы, вызывающие заболевания: овощи и фрукты в 654 (34%) случаях, молоко и молокопродукты в 306 (16%) случаях, мясо и мясопродукты в 269 (14%) случаях, рыба и морепродукты в 140 (7%) случаях, сырая вода в 35 (2,5%) случаях, яйца в 21 (1,5%) случае. Для сравнения, весной в 35% случаев причиной заболевания были молоко и молокопродукты.

Оказание помощи. На догоспитальном этапе медицинская помощь оказывалась маленьким детям (купировался гипертермический синдром), взрослым (в случае гиповолемического шока, а также при гипертермическом синдроме). Оказана помощь детям в 57 случаях, взрослым – в 39 случаях, из них в состоянии шока были 18 больных.

Обращаемость от момента заболевания. В течение первых суток от момента заболевания обратились 1205 (63%) больных, после суток заболевания 713 (37%) больных. Максимальное время обращения за скорой медицинской помощью с момента заболевания составило 12 дней.

Обращаемость по нозологическим формам. Кишечная инфекция неясной этиологии 479 (25%); гастроэнтерит 843 (44%), из них 344 детей, 499 взрослых; пищевая токсикоинфекция 316 (16%), из них 89 детей, 227 взрослых; дизентерия 259 (14%), из них 119 детей и 140 взрослых, прочие – 21 (1%).

Выводы: В результате проведенного исследования выявлено, что имеет место высокая обращаемость в эпидсезон; наибольший процент заболевших – дети дошкольного возраста; обращаемость за медпомощью только в 63% случаев происходит в первый день заболевания.

Сидорчук С.Н., Позняк А.Л., Нуралова И.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ С УЧАСТИЕМ ХЛАМИДИЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

Практическое значение имеет оптимизация этиотропного лечения пневмоний, ассоциированных с хламидиями. С этой целью мы сравнивали эффективность эмпирической терапии (без учета чувствительности *S.pneumoniae* к этиотропным препаратам) и рациональной (с учетом этого показателя). Для этого мы воспользовались нашими результатами анализа 3-х летнего мониторинга (2000-2003гг.) за чувствительностью хламидий (117 штаммов) к этиотропным препаратам. Было установлено, что максимальной антихламидийной активностью обладали такие фторхинолоновые препараты, как моксифлоксацин и ломефлоксацин, а среди макролидов – джозамицин и кларитромицин. Причем чувствительность хламидий к фторхинолонам была выше, чем к макролидам. Для изучения сравнительной эффективности различных схем этиотропной терапии больных внебольничными пневмониями было обследовано в динамике 129

больных мужчин в возрасте 18-23 лет с данной патологией. Возбудителями пневмоний наряду с *S.pneumoniae* являлись *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *S. aureus* и *M. pneumoniae*. Все больные были разделены на 5 опытных групп: 1-я группа (n=14) получала доксициклин; 2-я группа (n=16) принимала офлоксацин; 3-я группа (n=12), получала спарфлоксацин; 4-я (n=26) получала рокситромицин, 5-я группа (n=24) - джозамицин, больным 6-ой группы (n=12) назначалась комбинация джозамицина и макмирора. Контрольную группу составили больные внебольничной пневмонией (n=25), которым проводилась традиционная эмпирическая этиотропная терапия (пенициллин по 1млн. ЕД 6 раз в сутки). Все больные лечились 18-20 суток, курс терапии проводился непрерывно. Кроме этого, все пациенты получали патогенетическую (эуфиллин, бромгексин, поливитамины), одинаковую физиотерапию (ингаляции, индуктотермия). В качестве оценки результатов сравнительных исследований использовали показатели клинической и бактериологической (санирующей) эффективности лечения, которые оценивались непосредственно после окончания лечения, а бактериологическую эффективность лечения также оценивали через 1 и 3 мес после его завершения. При эмпирической терапии больных пневмонией, ассоциированной с *S.pneumoniae*, наиболее эффективными оказались джозамицин в комбинации с макмирором (бактериологическая эффективность составила 83,3%), а в качестве монотерапии – джозамицин и офлоксацин (75,0%). Менее эффективными оказались доксициклин и спарфлоксацин (50,0% и 58,3% соответственно). Рациональная терапия оказалась по нашим данным эффективнее эмпирической: джозамицин при рациональной терапии обеспечивал полную санацию от хламидий у 100% больных, в то время как при эмпирической - лишь у 75,0%.

Сидорчук С.Н., Позняк А.Л., Симбирцев А.С., Лебедев М.Ф.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИММУНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С *S.PNEUMONIAE*

г. Санкт-Петербург Россия

Для повышения эффективности лечения больных с внебольничными пневмониями нами, наряду с использованием этиотропной терапии были использованы отечественные иммуномодуляторы бестим и ронколейкин. С целью определения их эффективности был проведен сравнительный анализ этиотропной терапии и терапии, дополненной иммунопрепаратами. Основной целью данных исследований была клиническая апробация данных препаратов.

Для изучения влияния ронколейкина на иммунологические показатели в динамике было обследовано 23 больных, а для оценки эффективности бестима было обследовано 20 пациентов. Контрольную группу составили 20 пациентов, которые принимали «плацебо». Опытные и контрольная группы пациентов были сформированы из больных с внебольничной пневмонией, вызванной микст-инфекцией с участием хламидий. С целью проведения сравнительных исследований были обследованы 30 здоровых лиц (контрольная группа). Все обследованные были одинакового возраста (18-23 лет) и пола (мужчины). Всем пациентам контрольной и опытных групп проводилась одинаковая этиотропная, симптоматическая и физиотерапия. Больные 1-ой опытной группы получали ронколейкин в виде подкожных инъекций по 500 тыс. МЕ 1 раз в 2 суток №10, а пациенты 2-ой опытной группы получали бестим по 100 мкг препарата внутримышечно через сутки № 10. У больных опытной и контрольной групп расширенные иммунологические исследования проводились до и после лечения. Перед началом иммунотерапии у больных наблюдались умеренно выраженные иммунологические нарушения, о чем свидетельствовало достоверное снижение содержания CD3, CD4, снижение показателей спонтанной пролиферации лимфоцитов, уменьшение иммунорегуляторного индекса и повышение CD20, CD25. Показатели цитокинового статуса также изменялись у данных пациентов. Так, отмечалось незначительное повышение ИЛ-1 в сыворотке на фоне значительного повышения его спонтанной и индуцированной продукции. Спонтанной продукции других цитокинов у пациентов обеих групп не наблюдалось, а индуцированная сохранялась на достоверно низком уровне по сравнению со здоровыми лицами. При этом отмечалось умеренное повышение спонтанной и индуцированной продукции ИЛ-6 и ФНО, а также ИЛ-8. Необходимо отметить, что содержание ИЛ-8 в сыворотке крови было значительно больше, чем ИЛ-1 и ИЛ-2. Показатели миграционной активности лимфоцитов (в том числе и к ИЛ-8) умеренно были снижены. Аналогичные особенности были характерны и для адгезивной активности лейкоцитов. Показатели кислород-зависимой антимикробной системы фагоцитов изменялись не однозначно у таких больных. На фоне почти нормальных значений спонтанной бактерицидной активности нейтрофилов наблюдалось достоверное угнетение их индуцированной бактерицидной активности. Изучение различных фракций комплемента перед началом лечения значительных особенностей не выявило.

Применение ронколейкина оказывало положительное влияние на динамику изучаемых иммунологических показателей. Данный иммунопрепарат способствовал нормализации показателей клеточного иммунитета, о чем свидетельствовала динамика CD20, CD25 у лиц опытной группы по сравнению с контрольной группой. Из показателей, характеризующих функциональное состояние лимфоцитов, была информативна для этой цели лишь спонтанная пролиферация лимфоцитов, которая достоверно повышалась после лечения по сравнению с больными контрольной группы. Кроме того, данный препарат способствовал повышению завершенности фагоцитоза нейтрофилами. Применение ронколейкина оказывало также положительное влияние на динамику таких цитокинов, как ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО.

У больных 2-ой опытной группы бестим способствовал достоверному повышению общего количества лимфоцитов, нормализации количества CD3, CD4, CD20, CD25, CD15. При этом он, по сравнению с контрольной группой, в большей степени повышал способность лимфоцитов к спонтанной пролиферации и сокращал сроки нормализации показателей индуцированной пролиферации лимфоцитов. Показатели цитокинового статуса также изменялись под воздействием бестима. Так, после его применения достоверно уменьшалась индуцированная продукция ИЛ-1 на фоне активизации спонтанной и индуцированной выработки ИЛ-2. Провоспалительные цитокины у данных больных также достоверно отличались от таковых у лиц контрольной группы больных. На фоне значительного снижения спонтанной продукции ИЛ-6 отмечалась достоверная активация его индуцированной выработки. При этом необходимо отметить, что применение бестима не в полном объеме подавляло спонтанную продукцию ФНО, а также в два раза снижало индуцированную выработку данного цитокина у больных опытной группы по сравнению с контрольной. Влияния бестима на продукцию ИЛ-8 у данной категории больных не обнаружено. Кроме того, бестим усиливал способность лимфоцитов к индуцированной миграции, а также повышал стимулированную бактерицидную активность нейтрофилов, их способность к адгезии и завершению фагоцитозу.

Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что ронколейкин и бестим могут быть рекомендованы для лечения больных внебольничной пневмонией, инфицированных хламидиями.

Сидорчук С.Н., Позняк А.Л., Чепур С.В., Нуралова И.В., Позняк А.А.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *S.PNEUMONIAE*

г. Санкт-Петербург, Россия

Для оценки морфофункционального состояния слизистой оболочки задней стенки глотки, инфицированной хламидиями, изучали в динамике активность лактат (ЛДГ)-, сукцинатдегидрогеназ (СДГ), синтез оксида азота. Для этих целей использовались соскобные материалы из задней стенки глотки. Всего изучалось 86 препаратов от больных пневмониями, у которых были диагностированы хламидии с помощью ПИФ, ПЦР и культурального метода, а также *S. pneumoniae*-инфекция подтверждена обнаружением повышенных титров хламидийных антител в сыворотке крови методом НРИФ. Для выявления морфофункциональных особенностей слизистой оболочки применяли окраску гематоксилин-эозином или азури-эозином по Романовскому-Гимзе, которая позволяла составить представление о динамике структур клеток, а также окраску по Эйнарсону для выявления нуклеопротеидов и их характеристике, тем самым, о процессах регенерации слизистой. При гистохимическом исследовании мазки окрашивали по Нахласу-Пирсу для выявления активности дегидрогеназ тетразолиевым методом. Оценку активности ЛДГ и СДГ проводили общепринятыми гистохимическими методами [Авандилов Г.Г., 1990].

В слизистой оболочке задней стенки глотки больных пневмонией, ассоциированной с *S.pneumoniae*, гистохимически выявлялись выраженные признаки хронического воспаления. Наличие хламидий в эпителиоцитах, как правило, сопровождалось контаминацией их кокковой микрофлорой, повреждением слизистой оболочки, на что указывали изменения формы и структуры клеток, а также нарушение соотношения клеточных популяций. В присутствии хламидий в исследуемых тканях выявлялось большее количество гранулоцитов и макрофагов, в эпителиоцитах отчетливо прослеживались нарушения структуры цитозоля, его вакуолизация, выявлялись структуры соединительной ткани в виде волокон и вытянутых в длину клеток фиброцитарного дифферона. Данный факт косвенно может указывать на то, что различные формы хламидий могут локализоваться как в эпителиальных клетках, вызывая их разрушение, так и среди распадающихся коллагеновых волокон базальной мембраны. Способность паразитировать вне клеток эпителиального слоя, за базальной мембраной, возможно, является частой причиной ложноотрицательных результатов при исследовании диагностического материала из слизистых оболочек на хламидии. Нельзя исключить при этом и то, что внеклеточная локализация хламидий за пределами базальной мембраны слизистой оболочки являлась, вероятно, одной из начальных стадий диссеминации данных микроорганизмов за пределы первичных очагов инфекции. Указанные наблюдения позволили предположить, что в слизистой оболочке ротоглотки значимо усиливаются склеротические процессы с развитием рубцовой ткани и, как следствие, происходит нарушение трофики эпителиальных клеток, их дистрофические изменения, а также снижение барьерной функции слизистой оболочки. Важно заметить, что в таких случаях непосредственный контакт возбудителей со структурами соединительной ткани может способствовать формированию перекрестной иммунизации и аутоиммунного процесса. Наряду с этим отмечено снижение защитных свойств макрофагов, в их цитоплазме нередко находились включения хламидий, что, безусловно, свидетельствовало о незавершенности фагоцитоза. В большинстве эпителиоцитов, содержащих хламидийные включения, снижалась активность СДГ и значимо нарастала активность ЛДГ, а также уменьшался синтез оксида азота, являющегося фактором антибактериальной защиты слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Этими нарушениями, как нам представляется, в какой-то степени можно объяснить вторичную контаминацию эпителиоцитов кокковой микрофлорой. По-видимому, эти нарушения являются морфологической основой снижения мукоцилиарной защиты слизистой оболочки и активации жизнедеятельности микробов-ассоциантов, обуславливающих в конечном итоге возможное затяжное течение заболеваний и развитие рецидивов.

Симещенко И.Е., Михайлов Н.В.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Санкт-Петербург Россия

Быстрота и достоверность обнаружения возбудителей урогенитальных инфекционных заболеваний, передающихся половым путем (ИППП), имеет не только клиническое, но еще и важное эпидемиологическое значение. Для решения указанных задач в арсенале современных лабораторий в настоящее время имеется достаточный перечень диагностических методик, тест-систем и лабораторной техники. С другой стороны, многообразие клинических форм проявления урогенитальных заболеваний, различная локализация их возбудителей в организме человека и гетерогенность восприимчивости к инфекциям, в последнее время вынуждает специалистов заниматься поиском таких схем лабораторной диагностики, которые позволили бы клиническим врачам в кратчайшие сроки получать наиболее объективные и максимально достоверные диагностические заключения о наличии или отсутствии возбудителей в направленном ими на исследование клиническом материале.

По данным нашей лаборатории в структуре ИППП доминирующее значение имеет микоплазменная инфекция, вызываемая *Ureaplasma urealyticum* (*U. urealyticum*). На ее долю приходится 54,69 %. Для обнаружения этого возбудителя в клинических пробах чаще всего практическими лабораториями используется метод выделения *U. urealyticum* на питательных средах (культуральный метод) и геноидентификация ее ДНК с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР). Сравнительная оценка диагностической значимости указанных лабораторных методов и явилась целью настоящего исследования.

Нами было обследовано на наличие *U. urealyticum* 704 человека. Клинический материал для лабораторной диагностики отбирался с помощью специальных зондов-пробоотборников фирмы “Medscan” и представлял соскобы эпителиальных клеток из нижних отделов урогенитального тракта: у мужчин – передняя часть уретры; у женщин – стенки влагалища и цервикальный канал.

Использование с целью диагностики ПЦР позволило идентифицировать *U. urealyticum* у 333 человек (47,3%). На питательных культуральных средах возбудитель уреаплазмоза был обнаружен в 282 случаях (40,1%). При этом одновременное подтверждение положительных результатов обоими методами в одних и тех же пробах составило 230 случаев (32,67%).

Положительные находки ДНК *U. urealyticum* при отсутствии ее роста на питательных средах нами были зарегистрированы у 103 обследованных (14,63%). У 52 человек (7,3%) *U. urealyticum* была нами выявлена только при культивировании на жидких питательных средах. Совпадение отрицательных результатов при использовании обоих методов составило 173 случаях (24,57%).

Важно отметить, что период исследования клинического материала от момента его поступления в лабораторию до выдачи окончательных диагностических заключений в случае идентификации *U. urealyticum* с использованием ПЦР составлял от 24 до 48 часов. При исследовании этих же проб при помощи культурального метода аналогичный период варьировал от 72 часов до 7 дней.

Анализ полученных результатов выявлений *U. urealyticum* позволяет сделать вывод, что использование для подтверждения уреаплазменной инфекции одновременно двух методов увеличивает частоту находок *U. urealyticum* на 22% - 155 случаев в настоящем исследовании. При этом 86% всех положительных результатов приходилось на первые 48 часов от момента поступления клинического материала в лабораторию.

Таким образом, для получения в кратчайшие сроки достоверного диагностического заключения о наличии у пациента уреаплазменной инфекции при его первичном лабораторном обследовании нами рекомендуются следующие принципиальные подходы:

1. Исследование клинического материала осуществлять комбинацией из нескольких лабораторных методов. Нами отдается предпочтение одновременному исследованию пробы “классическим” бактериологическим методом и современным молекулярно-биологическим методом – ПЦР.

2. Одни диагностические методики должны использоваться как “скрининговые”, другие - в качестве вспомогательных подтверждающих тестов. В связи с этим утверждением, в отношении идентификации *U. urealyticum* мы предлагаем в качестве “скринингового” метода применять в схеме первичного обследования ПЦР, а, дополнительное лабораторное подтверждение получать в ходе параллельного исследования этого же клинического материала на питательных культуральных средах.

3. В случае получения положительного результата на наличие в клиническом образце *U. urealyticum* продолжить бактериологическое исследование выявленного штамма с целью изучения профиля чувствительности к антибиотикам, используемых для лечения уреаплазмоза.

Симещенко И.Е., Михайлов Н.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИОЗОВ

г. Санкт-Петербург, Россия

Для диагностики хламидийной инфекции в последнее время наиболее чаще привлекаются следующие лабораторные методы: выявление в сыворотке крови специфических антител класса Ig A и Ig G к *Chlamydia trachomatis* (серологический метод), обнаружение в мазке со слизистой уrogenитального тракта антигенов *Chlamydia trachomatis* с помощью люминесцентной микроскопии (метод прямой флюоресценции – ПИФ) и идентификация ДНК хламидий с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Несмотря на активный поиск фирмами-производителями способов повышения чувствительности и специфичности выпускаемых тест-систем, предназначенных для обнаружения хламидий в исследуемых клинических образцах и постоянное совершенствование качества диагностической аппаратуры, используемой при осуществлении вышеперечисленных лабораторных методик, диагностическая значимость каждого метода в отдельно взятом клиническом случае может достаточно сильно различаться. Это создает определенные трудности врачам соответствующего профиля при установлении окончательного диагноза “хламидиоз” и, как следствие, дальнейшего выбора ими тактики эффективного клинического ведения.

Целью нашей работы явилось проведение сравнительного анализа результатов выявления антихламидийных антител класса Ig G с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) с данными геноидентификации в клиническом материале ДНК *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) при использовании метода ПЦР в диагностике хламидийной инфекции.

Группу обследуемых составили лица, обратившиеся к медицинским специалистам с проблемами различного характера со стороны органов мочеполовой системы, в количестве 61 человека. Специфические антихламидийные антитела класса Ig G выявляли в сыворотке крови серологическим методом с использованием тест-систем “Иммунокомб Хламидия трахоматис Ig G”. Геноидентификация ДНК *C. trachomatis* из соскобов со слизистой нижних отделов уrogenитального тракта осуществляли с помощью ПЦР с использованием набора “Ампли-Сенс ПЦР-тест *Chlamydia trachomatis* 330/ВКО 630”.

У 21 человека (34,43%) из числа обследуемых была идентифицирована ДНК *C. trachomatis*. Диагностические титры антител Ig G к *C. trachomatis* были выявлены в 27 случаях (44,26%). Одновременно с положительными находками при осуществлении ПЦР антихламидийные антитела в диагностических титрах у этих же лиц были обнаружены в 17 случаях (27,86%). При этом, доля высоких титров (более 1:64) в общей структуре всех выявленных диагностических специфических антител Ig G к *C. trachomatis* составила 58,82%. Анализ структуры клинических диагнозов в этой группе обследуемых показал, что основу всех диагнозов составляли первичные обращения с характерными жалобами и специфическими клиническими проявлениями в уrogenитальной области.

При отрицательных результатах ПЦР Ig G антитела к *C. trachomatis* в диагностическом титре были выявлены у 16,39% обследованных. В этом случае 90% из зарегистрированных нами титров антител составили их средние диагностические значения (1:32 и 1:64). Клинические и анамнестические данные в этой обследуемой группе свидетельствовали о преобладании диагноза “контрольное обследование” или “обследование” с целью уточнения анамнестического случая выявления *C. trachomatis* в других медицинских учреждениях.

Таким образом, метод выявления антихламидийных антител Ig G должен рассматриваться как обязательный вспомогательный метод при диагностике хламидийной инфекции, особенно у лиц с вялотекущими или хроническими инфекционными процессами, а также у реконвалесцентов.

Симещенко И.Е., Михайлов Н.В., Огарков П.И.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

г. Санкт-Петербург, Россия

С появлением полимеразной цепной реакции (ПЦР) – относительно недорогого, простого по исполнению и безопасного для здоровья персонала метода – возможности лабораторной диагностики заболеваний инфекциями, передающихся половым путем (ИППП) существенно расширились. В этой области наиболее широкими сферами применения ПЦР с учетом экономических требований является обнаружение патогенов, культивирование которых слишком длительно и трудоёмко, а иммунохимические или морфометрические методы диагностики не обеспечивают требуемой достоверности. К таким можно отнести возбудителей наиболее актуальных хламидийной, уреаплазменной, микоплазменной, трихомонозной, герпетической, цитомегаловирусной ин-

фекций, вызывающих как системные, так и локальные поражения организма людей, влияющих на потенцию и генеративную функцию, протекающими асимптомно или с разнообразными формами клинических проявлений.

Приказом МЗ РФ № 64 от 21.02.2000 г. обусловлено широкое внедрение метода молекулярной диагностики с помощью ПЦР в практику работы диагностических центров и лабораторий, что, с одной стороны, явилось несомненным позитивным признаком, а, с другой стороны, повлекло за собой ряд негативных моментов, дискредитирующих метод. Эти отрицательные факторы связаны, главным образом, с причинами субъективного характера. В представленной работе на основе использования метода в лаборатории иммунобиологических исследований с 1998 года мы хотим несколько более подробно раскрыть эти проблемные вопросы.

Киселев В.И. и соавт. (1998 г.) утверждают, что основными “проблемами” метода являются способ забора биоматериала и подготовка проб для проведения анализа, квалификация персонала и организация работы ПЦР-лаборатории, отсутствие диалога между лабораторией и лечащим врачом, неправильное назначение ПЦР-обследования при оценке эффективности проводимой терапии. Наш практический опыт позволяет полностью согласиться с таким высказыванием.

Использование одноразовых (зондов-пробоотборников) или многоразовых, но индивидуальных для каждого пациента (ложка Фолькмана) инструментов не является лимитирующим признаком, поскольку при применении обоих типов врачебного инструментария достигается надлежащее качество взятия материала. Необходимо лишь обеспечить отсутствие в пробирках с транспортной средой веществ, ингибирующих проведение реакции (слизь, кровь и т.д.). Вместе с тем количество полученных при соскобах клеток цилиндрического эпителия во многом определяет конечный результат исследования. В этой связи хорошим средством контроля взятия биообразца является центрифугирование доставленного материала перед добавлением лизирующего буфера в течение 15 минут при 12-15 тыс. оборотов в минуту. Другим важным моментом, связанным с получением биоматериала, является его обязательное хранение и транспортировка при отрицательных температурах. В образцах, доставленных с нарушением температурного режима, при детекции *S.trachomatis* в 24% случаев наблюдали отрицательный результат ПЦР при положительном результате иммунолюминесцентного метода у пациентов, в сыворотке которых имелись иммуноглобулины класса G в диагностическом титре.

Вся работа в лаборатории, включая регистрацию проб и пробоподготовку, должна быть организована в строгом соответствии с требованиями Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации «Методические рекомендации по проведению работ в лабораториях, использующих метод полимеразной цепной реакции. Основные положения» (Москва, 1995). Только в этом случае, качество ПЦР не будет искажено ложноположительными результатами.

Кроме того, необходимо строгое соблюдение внутрилабораторного контроля качества получаемых результатов. Результат анализа клинических проб должен считаться положительным, если: размер ДНК-продукта в клиническом образце точно соответствует ДНК-продукту контрольной пробы; в пробе, содержащей клинический образец и внутренний стандарт, идентифицировали специфический ДНК-продукт внутреннего стандарта; в пробе, содержащей вместо клинического образца аликвоту сыворотки или ТЕ-буфера (отрицательный контроль) ДНК-продуктов не обнаруживают. Результат анализа клинических проб считали отрицательным, если: в пробе, содержащей клинический образец, специфических ДНК-продуктов не обнаружено, а выявлен только ампликон внутреннего стандарта. Анализ должен быть повторен, если: в пробе, содержащей контрольную ДНК, специфический продукт не обнаруживают; в пробе с внутренним стандартом специфический продукт не обнаруживают; в отрицательном контроле обнаруживали специфический ДНК-продукт.

На повышение качества необходимого диалога между лечащим врачом и лабораторией положительно влияет присутствие в штате последней врачей-бактериологов. Это обусловлено тем, что большинство микроорганизмов, составляющих микробиоту урогенитального тракта, лишь иногда бывают патогенными, да и общее деление на патогенные, условнопатогенные и непатогенные виды весьма условно, поскольку большое значение имеет численность микроорганизмов в исследуемой популяции. Правомерность отнесения обнаруженного микроорганизма к возникновению заболевания в большинстве случаев консультативно решают клиницист и микробиолог, если они работают в контакте, что бывает, к сожалению, далеко не всегда.

Необоснованное назначение обследования с использованием ПЦР, по нашему мнению, может быть вызвано, прежде всего, необходимостью получения быстрого результата, каковой обладает молекулярно-биологическая технология. Именно это обстоятельство часто имеет решающее значение для дальнейшего клинического ведения пациентов. При этом игнорируется то обстоятельство, что положительный результат ПЦР свидетельствует лишь о наличии в исследуемом материале специфических фрагментов генома возбудителя, а не его жизнеспособности. Высокая чувствительность метода позволяет обнаруживать персистенцию латентной инфекции, при которой инфекционный агент и его ДНК в интегрированном с геномом состоянии может быть выявлен, амплифицирован в виде многочисленных копий и принят за этиологический агент. В то время, в отдельных клинических случаях заболевание, например, воспалительный процесс предстательной железы, может быть вообще не связан с инфекцией.

Кроме того, до настоящего времени, несмотря на разрешение использования метода в клинической практике, не узаконены диагностические алгоритмы с использованием ПЦР при конкретных нозологических формах.

В этой связи мы считаем оправданным использование ПЦР, как говорилось выше, только при обнаружении возбудителей, культивирование которых слишком длительно и трудоемко, а иммунохимические методы недостаточно достоверны. При этом если в арсенале лаборатории имеется несколько диагностических приемов, точный диагноз может быть выставлен только на основании параллельного исследования комбинацией из нескольких диагностических тестов.

Ситник Н.П., Ибрафиллов А.Г., Шафеева Р.С., Туйгунов М.М., Крутилина Д.В., Загидуллин Н.В.

ВЛИЯНИЕ АЛЮМИНИЯ ФОСФАТА НА ГУМОРАЛЬНЫЙ ОТВЕТ АНТИРАБИЧЕСКОЙ ВАКЦИНЫ

г. Уфа, Россия

В последние годы отмечена тенденция к увеличению числа случаев заболеванием гидрофобией с вовлечением ранее благополучных территорий. Эффективным методом, обеспечивающим защиту от инфицирования людей вирусом бешенства, является вакцинопрофилактика. Критерием оценки состояния гуморального иммунитета, индуцируемого вакциной, является наличие вирус нейтрализующих антител, их величина и динамика нарастания.

Цель: повысить специфическую активность антирабической вакцины путем использования адъюванта алюминия фосфата и подбора вводимой дозы сорбированной вакцины.

Методы: объектом исследования служили морские свинки массой (350±50) г, иммунизированных различными дозами концентрированной очищенной культуральной антирабической вакциной КОКАВ («Иммунопрепарат», Уфа), с индексом иммуногенности 13, сорбированной на фосфате алюминия («Иммунопрепарат», Уфа), с содержанием ионов алюминия 0,2 мг/мл. Сорбированную вакцину вводили внутримышечно в дозе 0,05, 0,1, 0,15, 0,2, 0,25 мл. Контролем служила доза 0,25 мл несорбированной вакцины КОКАВ, которая в предыдущих исследованиях вызывала образование наибольшего титра антител. Вакцинацию проводили на 0, 7, 21, 28 дни с бустер дозой на 85 день. Титр АТ определяли на 44, 60, 99, 106 дни в МЕ/мл в реакции нейтрализации на белых беспородных мышцах с фиксированным вирусом бешенства штамм «CVS» против 100-1000 LD₅₀ относительно отраслевого стандартного образца специфической активности антирабического гамма-глобулина (ОСО 42-28-200-92). Анализ результатов, расчет LD₅₀ и титра нейтрализующих антител проводили по методу Reed и Muench (1938).

Результаты: после основного цикла иммунизации, на 44 день, с увеличением вводимой дозы сорбированной вакцины происходило нарастание титра АТ: 0,05 мл – 23,0 МЕ; 0,1 мл – 61,0 МЕ; 0,15 мл – 89,0 МЕ. Дальнейшее увеличение дозы вызвало падение титров 0,2 мл – 51,0 МЕ, 0,25 мл – 46,7 МЕ (контроль 0,25 мл – 48,0 МЕ). Через месяц после последней инъекции, на 60 день иммунизации, титр антител в опытной группе снизился в 1,3 – 3,2 раза, в контроле в 4,6 раз. Введение бустер-дозы на 85 день привело к увеличению титра АТ на 14 день реиммунизации во всех группах. При этом сохранился дозозависимый характер, который наблюдался и ранее после основного курса иммунизации: 0,05 мл – 46,2 М; 0,1 мл – 133,0 МЕ; 0,15 мл - 144,2 МЕ; 0,2 мл - 64,3 МЕ; 0,25 мл – 56,1 МЕ, в контроле 57,3 МЕ. На 21 день после ревакцинации, по сравнению с 14 днем, в опытных группах отмечено небольшое нарастание титров антител, в контроле содержание антител было стабильным.

Выводы: Иммунизация антирабической вакциной сорбированной на алюминии фосфате имело преимущество в индукции антительного ответа по сравнению с несорбированной вакциной.. Применение алюминия фосфата в качестве адъюванта в антирабической вакцине способствовало более продолжительному периоду нарастания иммунного ответа. Зависимость титра нейтрализующих антирабических антител от дозы вакцины, носила дозозависимый характер. Оптимальной является использование дозы сорбированной антирабической вакцины 0,15 мл, которая по сравнению с контролем дает более высокий антительный ответ и способствует снижению вводимой прививочной дозы. в 1,6 раза, что ведет к понижению затрат.

Ситников И.Г., Шошин А.А., Бохонов М.С.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ТЯЖЕСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И ХРОНИЗАЦИИ ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

г. Ярославль, Россия

Недостаточная изученность метаболизма биогенных аминов и катехоламинов при острых и хронических парентеральных гепатитах В и С, их важность для понимания некоторых сторон патогенеза вирусного гепатита (ВГ) привели к проведению данного исследования и явились целью работы.

Обследовано 112 пациентов с типичным острым вирусным гепатитом (ОВГ) в возрасте от 16 до 30 лет. ВГВ зарегистрирован у 73 больных, у 39 – ВГС. Больные обследованы в динамике: в начале заболевания и в период ранней реконвалесценции. Помимо клинического наблюдения, проводилось стандартное биохимическое исследование: билирубин,

активность АлАТ и АсАТ, тимоловая проба, щелочная фосфатаза, протромбиновый индекс, определение маркеров гепатита В и С. Также в сыворотке крови определяли концентрации серотонина (СТ), гистамина (ГТ), адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), 11-оксикортикостероидов (11-ОКС).

Было установлено значительное нарушение обмена СТ. В разгар заболевания отмечено увеличение концентрации этого биогенного амина в крови параллельно тяжести патологического процесса в печени. Достоверного различия показателей обмена серотонина между ОВГВ и ВГС не обнаружено, что позволяет сделать вывод о независимости процессов нарушения обмена СТ по отношению к этиологическому фактору. В разгар ВГВ концентрация серотонина превышала норму в 5,4 раза, при ВГС – в 6,7 раза. В период реконвалесценции уровень СТ имел тенденцию к снижению, но не достигал нормы. Повышенная концентрация серотонина отражает процесс снижения активности не только самого инактивирующего фермента, но и окислительного дезаминирования в печени в целом. Учитывая данные клинических исследований, гиперсеротонинемия неблагоприятно отражается на функции пораженного органа. Сопоставление уровня серотонина с общепринятыми при гепатите биохимическими показателями установило прямую связь между серотонинемией, билирубинемией и активностью АлАТ. Высокому содержанию этого биогенного амина соответствует увеличенная активность АлАТ. При затяжных и холестатических формах ВГВ уровень серотонина повышался значительно и в динамике сохранялся на высоком уровне.

Выявленные параметры нарушения обмена катехоламинов проявляются тем значительнее, чем тяжелее протекает ВГ. Наблюдается достоверное повышение концентрации каждого из изученных катехоламинов, но в большей степени это касается А, что приводит к преобладанию гормонального звена симпато-адреналовой системы (САС) над медиаторным. Повышение уровня адреналина при среднетяжелых и тяжелых формах парентеральных гепатитов обусловлено не столько его мобилизацией из мест синтеза и депонирования, но и снижением инактивации. Увеличенное количество норадреналина отмечено у ряда больных с тяжелыми формами и затяжным течением ВГ. Выявлено увеличение ДА в разгаре болезни и резкое его снижение в динамике за счет истощения резервных возможностей САС. Для комплексного и достаточно быстрого определения состояния нейромедиаторного баланса у больных парентеральными гепатитами нами рассчитаны коэффициенты. Дофаминовый ДА/(А+НА) - отношение основного сосудистого вазодилаторного катехоламина ДА к сумме вазоконстрикторных А и НА. Позволяет оценить тонус сосудов печени. Кортикомедулярный коэффициент А/11-ОКС: отношение основного гормона мозгового слоя надпочечников к основному гормону коркового слоя. Дает возможность косвенно судить о соотношении симпатоадреналовой и кортикоадреналовой систем. Тонический коэффициент (ДА+ГТ)/(А+НА+СТ): отношение группы медиаторов гипотонического действия к основным медиаторам, повышающим тонус гладкой мускулатуры.

Ситников И.Г., Шошин А.А., Бохонов М.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ЭФФЕКТИВНЫХ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

г. Ярославль, Россия

Терапия парентеральных гепатитов, особенно вирусного гепатита С (ВГС), является во многом выжидательной и пассивной. В рамках конкретного медицинского учреждения оказание помощи таким больным становится еще более сложным. Большинство пациентов не могут рассчитывать на достаточно эффективную, но дорогостоящую комбинированную терапию, связанную к тому же с выраженными побочными эффектами и необходимостью многочисленных инъекций. Необходимо лечение, направленное на восстановление клеток печени. В определенной степени возникновению и прогрессированию фиброза препятствует использование адекватных и эффективных гепатопротективных средств и их комбинаций.

Цель исследования: Проведение оценки фармакотерапевтической и экономической эффективности лекарственных средств с гепатопротективным действием при острых парентеральных вирусных гепатитах на основании изучения закономерностей функциональных биохимических показателей печени.

Методы исследования: клинические; выявление маркеров ВГВ и ВГС методом ПЦР ДНК НВВ, РНК HCV; биохимические исследования крови, включающие: а) липидный (холестерин, β -липопротеиды) и углеводный обмен; б) мембраносвязанные ферменты (щелочная фосфатаза, ферменты цитолиза АлАТ, АсАТ); в) индикаторы мезенхимально-воспалительного синдрома (тимоловая проба, сулемовый титр); г) гормонально-медиаторный баланс (обмен 11-ОКС, катехоламинов, биогенных аминов) д) обмен билирубина; ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей.

Объект исследования: Больные в возрасте от 16 до 30 лет с острым ВГ В и С вначале заболевания, а также на фоне проводимой терапии (90 человек). Основные препараты: урсосан, гепабене, энтеросорбент лактофильтрум, эссенциале, фосфаглив, галстена, хофитол.

Результаты исследования. Использовались три различные лечебные схемы. Проведена дифференциация активности данных препаратов и установление более выраженных эффектов лишь у лекарственных средств, вошедших в дальнейшем в основную лечебную схему: урсосан, мексидол, эспа-липон, вобэнзим, лактофильтрум.

Применение основной лечебной комбинации позволило оптимизировать лечение ОВГ, устраняя холестаза и восстанавливая функциональное состояние печени. Действие проявлялось в быстром купировании абдоминального и диспептического синдромов, нормализации гормонально-медиаторного баланса, ферментов цитолиза, улучшении обменов (углеводного, липидного, белкового). Снижение уровня катехоламинов было особенно выраженным в группе с их высоким содержанием в начале заболевания. Терапия с вобэнзимом способствовала, по данным УЗИ, быстрому уменьшению отека стенок желчного пузыря и нормализации эвакуаторной функции желчевыводящих путей. Применение мексидола и его комбинирование с лактофилтрусом значительно снизило активность свободнорадикального окисления липидов, ослабляло интенсивность образования в крови маломолекулярного диальдегида, диеновых конъюгатов и оснований Шиффа.

Выводы. Апробируемая комбинация препаратов с гепатопротективной активностью может препятствовать развитию метаболических нарушений в паренхиме печени. У больных, получавших препараты, отмечена клиническая эффективность и улучшение биохимических показателей. Назначение основной антиоксидантной схемы представляет дешевый и безопасный метод лечения ВГС и ВГВ, способствующий торможению развития фиброза и подавлению воспалительно-некротической реакции в печени.

Скляр Л.Ф., Маркелова Е.В., Полушин О.Г., Образцов Ю.Г., Попов А.Ф., Мадич Е.А.
**ЛОКАЛЬНЫЕ ИММУННЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ (ХВГ)**

г. Владивосток, Россия

В настоящее время признано, что иммунологические механизмы являются ведущими в формировании хронического гепатита. В связи с этим внимание исследователей все чаще обращается на иммунную систему – важнейшее звено как защиты, так и повреждения печени.

Нами обследовано 37 впервые выявленных и ранее не леченных больных (6 женщин и 31 мужчина) с ХВГ. У 10 из них диагностирован ХВГВ, у 16 – ХВГС и у 11 – ХВГ(В+С). У всех больных выявлены маркеры репликации вирусной инфекции. Возраст больных колебался от 19 до 40 лет, продолжительность болезни (по данным эпидемиологического анамнеза) – от 10 до 39 мес. Исследование локального уровня цитокинов (ИЛ-1 α , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-12p40, ИЛ-12p70, ИФН- γ , ФНО- α) в супернатантах гепатобиоптатов проводили методом твердофазного ИФА с помощью диагностических наборов (R&D Diagnostics Inc., USA) с чувствительностью 1 пг/мл.

Результаты дисперсионного анализа и оценки индивидуальных значений уровней локального ИФН- γ и ИЛ-2 у пациентов с ХВГВ не выявили его достоверной разницы ($P>0,05$) по сравнению с контролем. Однако исследуемые показатели были значительно снижены в группах больных с ХВГС и ХВГ(В+С) по сравнению с контролем ($P<0,001$). При исследовании гомогенизатов биоптатов печени у всех больных исследуемых групп было установлено достоверное увеличение содержания в них ИЛ-1 α , ИЛ-4, ФНО- α , в сравнении с контрольной группой. Так, уровень ИЛ-4 у больных гепатитом С и микст гепатитом В+С более, чем в 10 раз превышал показатель у здоровых ($P<0,001$). Концентрация локального ИЛ-10 не превышала нормальных значений в группе больных с ХВГВ ($P>0,05$), в то время как у больных других исследуемых групп данный показатель увеличивался в 2 и более раза ($226,2\pm 10,1$ пг/мл у больных с ХВГС и $393,5\pm 31,8$ пг/мл у больных с ХВГ(В+С) против $139,4\pm 13,2$ пг/мл в контроле, $P<0,001$). При этом значения исследуемого показателя достоверно различались в группах больных с моно- и микст- гепатитами В и С. Установлено значительное увеличение локального содержания ИЛ-12p40 и ИЛ-12p70 во всех исследуемых группах больных. Максимальные значения указанных показателей зарегистрированы у больных с микст гепатитом В и С, превышающие показатели здоровых более чем в 200 раз. Не наблюдалось отличий в содержании ИЛ-1 α у больных с ХВГВ и ХВГС, а также ФНО- α у больных с ХВГС и ХВГ(В+С). Анализ корреляционных взаимоотношений между уровнями некоторых локальных цитокинов и выраженностью фиброза показал их отсутствие в группе больных с ХВГВ. При ХВГС выявлена максимальная корреляционная связь между выраженностью фиброза и содержанием локального противовоспалительного ИЛ-10, ингибирующего продукцию ИФН- γ и весь Th1-ответ. В группе больных с микст гепатитом, в отличие от моногепатитов В и С наблюдалась ярко выраженная корреляционная связь между выраженностью фиброза и уровнями всех цитокинов, что указывает на более тяжелое прогрессирующее течение в основном за счет большей выраженности порто-перипортальных изменений, обуславливающих активность заболевания. Сочетанная инфекция вирусами гепатитов В и С является значимым фактором риска развития далеко зашедшего фиброза и цирроза печени.

Таким образом, при хронических вирусных гепатитах В и С имеет место деструктивный процесс, ведущий к прогрессированию фиброза и циррозу печени, обусловленный цитокиноопосредованными механизмами поражения.

Скрипник Л.М., Павленко Е.В.

ОБМЕН АДЕНИЛОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ

г. Одесса, Россия

Изменение физико-химических свойств мембраны клетки, в частности, ее липидной компоненты может наблюдаться в результате активации перекисного окисления липидов. Наряду с интенсификацией перекисного окисления липидов мембран одной из причин нарушения активного транспорта ионов при холере может быть также нарушение энергообеспечения за счет угнетения окислительного фосфорилирования, что, в свою очередь, приводит к снижению уровня клеточной АТФ, необходимого для активного транспорта ионов.

Перечисленные выше обстоятельства и побудили нас к проведению исследования обмена адениловых нуклеотидов в динамике развития холерной дегидратации у больных с различной степенью тяжести заболевания.

Выявлены неоднозначные изменения содержания адениловых нуклеотидов в эритроцитах. Так, в эритроцитах крови больных холерой с первой степенью обезвоживания при поступлении количество аденозинмонофосфата на 10% превышает физиологические показатели. Содержание аденозиндифосфата находится на уровне физиологических показателей. Количество аденозинтрифосфата - несколько ниже уровня физиологических показателей. После регидратации содержание аденозинмонофосфата в эритроцитах крови больных холерой повышается, а содержание АДФ и АТФ ниже уровня физиологических показателей. Таким образом, несмотря на проводимые лечебные мероприятия в первые трое суток, у больных холерой с первой степенью обезвоживания наблюдается довольно ощутимая перестройка метаболизма макроэргических соединений, сопровождающаяся снижением содержания АТФ в эритроцитах. Это, очевидно, обусловлено усиленным гидролизом АТФ, что подтверждается накоплением АМФ. При выписке больных из холерного стационара в эритроцитах крови группы больных холерой с I степенью обезвоживания содержание АМФ практически не отличается от показателей контрольных величин. На таком же уровне находится и количество аденозиндифосфата и аденозинтрифосфата.

В группе больных холерой с третьей степенью обезвоживания при госпитализации обнаружено, что содержание АМФ в эритроцитах крови на 19,7% ниже физиологических показателей, содержание АДФ на 29,4% ниже физиологического уровня, содержание АТФ в эритроцитах ниже на 39,8%.

На фоне терапевтических мероприятий, к третьим суткам после госпитализации у больных холерой с третьей степенью обезвоживания количественные показатели эндогенного пула адениловых нуклеотидов снижаются до критически низких показателей, что свидетельствует о чрезмерном расходовании эндогенного пула адениловых нуклеотидов при развитии тяжелого обезвоживания у больных холерой и непосредственное их участие в процессе гиперсекреции воды и электролитов в просвет кишечника. При выписке из стационара в эритроцитах крови больных холерой с третьей степенью обезвоживания наблюдается тенденция к повышению содержания АМФ. Содержание АТФ в эритроцитах крови этих больных на данном этапе также повышается по сравнению с показателями предшествующего периода, но оно ниже физиологических показателей на 26,2%, что наглядно доказывает несоответствие показателей клинического и метаболического выздоровления. Таким образом, приведенные выше результаты исследований убедительно доказывают необходимость включения в комплексную терапию больных холерой препаратов, повышающих макроэргическую обеспеченность организма, что по нашему мнению, значительно повысит эффективность комплексной терапии.

Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Вильниц А.А., Иванова М.В., Горелик Е.Ю., Команцев В.Н.,
Насыров Р.А., Карасев В.В., Пульман Н.Ф., Моргацкий Н.В., Конеев К.И.

УЗЛОВЫЕ ВОПРОСЫ ВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ У ДЕТЕЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

В структуре инфекционных заболеваний нервной системы у детей вирусные энцефалиты (ВЭ) составляют почти 10%, а летальность достигает 21%, что определяет актуальность их изучения. Под наблюдением находилось 344 пациента с ВЭ, получавших лечение в НИИ ДИ за период 1994 по 2003 гг. Изолированное поражение вещества головного мозга имело место у 82% больных, в сочетании с вовлечением в патологический процесс спинного мозга – у 5,8%, а спинного мозга и ПНС – у 12,2% пациентов. Определена приоритетность этиологического фактора ВЭ в зависимости от возраста. Так, у детей до 2-х лет преобладающей являлась герпетическая природа заболевания (до 50,6%), у дошкольников – ветряночная (25%) и краснушная (8,5%), у школьников – до 24,1% составляли клещевые, а у подростков – наряду с клещевыми (25%) и краснушными (16,9%) энцефалитами имел место и энцефалит Эконома (6,3%). Установлены различные варианты течения вирусных энцефалитов: молниеносный, острый, подострый, псевдотуморозный, психопатологический. Узловой проблемой ВЭ является диагностика, совершенствование которой было направлено на обнаружение антигена методами ПЦР, цитоскопическим, иммуноцитохимическим и антител методом ИФА, м-РСК, ибо частота совпадений с окончательным диагнозом ни при одном методе не достигала 100%. Только комплексное

исследование крови и ликвора позволило в 60% случаев верифицировать заболевание. Отработаны параметры дифференциальной диагностики врожденных и приобретенных энцефалитов, а также вирусных энцефалитов и рассеянного склероза. Показания для адресного применения лучевых методов исследования и изучение патогенеза ВЭ являются также приоритетными вопросами. Доказано, что ключевым при ВЭ является репликация вируса в нервной системе, приводящая к некрозу мозговой ткани, активации патологического апоптоза, метаболическим изменениям в клетках крови, нервной системы, дисциркуляторным и иммунным изменениям. Следствием чего является эндотелиальная и тканевая дисфункция водного баланса с развитием ВЧГ и ОНГМ, снижение церебрального кровотока и утрата цереброваскулярной ауторегуляции, дегенеративно-дистрофические изменения нейронов. Актуальны вопросы отработки комплексной этиопатогенетической терапии с учетом периода заболевания. Доказана зависимость между сроками начала этиотропной терапии, выбором препаратов для патогенетического лечения и исходами заболевания. Помимо проведения интенсивной и этиотропной терапии с острого периода в качестве средства патогенетического лечения применялся нейрометаболит глиатилин, нейровитамины: мильгамма или нейромультивит, актовегин и сосудистые препараты трентал или кавинтон. Доказана высокая эффективность комплексной терапии, включающей препарат глиатилин, который улучшает мембранную пластичность нейронов, функцию рецепторов и синаптическую передачу, метаболические процессы в головном мозге и нормализует мозговой кровоток. При назначении глиатилина с первых дней болезни в/в по 500-1000 мг ежедневно в течение 10-14 суток, а затем в капсулах по 400-800 мг в день в течение 2 месяцев имел место достоверно более быстрый регресс неврологического дефицита, что коррелировало с морфологическим восстановлением нервной ткани, выявляемым с помощью МРТ и ЭЭГ исследования, и позволило добиться полной социальной адаптации реконвалесцентов при системном подходе к диспансерному мониторингу. Комплексное решение узловых вопросов ВЭ у детей позволило снизить летальность за последние 5 лет на 24% и добиться полного выздоровления пациентов в 72% случаев по сравнению с 48% в предыдущие годы.

Слабенко Э.В.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В ОРИТ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

г. Владивосток, Россия.

Особенности течения и клинических проявлений у больных сахарным диабетом определяются не только изменением трофических, репаративных процессов и состоянием клеточного и гуморального звеньев иммунитета у данной категории пациентов, но и рядом свойств бактериальных агентов, вызывающих патологический процесс (Гавриленко В.Г. 2001).

В силу ослабления резистентности к инфекции и выраженной капилляротатии у больных сахарным диабетом гораздо чаще развиваются гнойно-септические поражения. Хирургическая патология и сахарный диабет создаёт синдром взаимного отягощения.

В ОРИТе многопрофильного стационара г.Владивостока в 2000г на лечении находились 1621 пациент. Из них самая многочисленная группа (27,8%) с нейрохирургической патологией. В 2001 и 2002 году таких пациентов было 29,8% и 28,1% соответственно. Отмечается рост смертности - в 2000г. он составил 40%, в 2001 – 46,4%, в 2002г. - 47,2%. У 9 умерших за три года наблюдался сахарный диабет. Каждый четвертый не знал о наличии сахарного диабета, поскольку он протекает латентно. В одном случае сахарный диабет стал причиной смерти.

У всех больных произведено исследование крови и мочи на глюкозу. 6 человек поступали с диагнозом ушиб головного мозга, 3 – с острым нарушением мозгового кровоснабжения, гипертонической болезнью, ожирением. Все пациенты были старше 50 лет. (средний возраст пациентов 68 лет).

Видовой состав возбудителей хирургической инфекции мягких тканей у больных сахарным диабетом распределился следующим образом: в 2000 году наиболее часто из ран были получены *P.aeruginosa*, *C.freundi*, *E.aerogenes*, *Str.pyogenes*. *P.aeruginosa* чувствительна у амикацину, ципрофлоксацину; *C.freundii* чувствительна к имипенему; *E.aerogenes* чувствительна к тетрациклину, амикацину; *Str.pyogenes* чувствительность к амикацину, имипенему, эдизину.

В 2001 году микробный пейзаж несколько изменился. Из ран были выделены *E.aerogenes*, *P.mirabilis*, *Str.pyogenes*, *E.bergobbia*, *Corinebakter*. *E.aerogenes* чувствительна к ципрофлоксацину; *P.mirabilis* чувствительна к ципрофлоксацину, амикацину, гентамицину, абакталу; *Str. pyogenes* чувствительна к ципрофлоксацину, цефалексину; *E.bergobbia* чувствительна к карбенициллину, цефтазидиму.

В 2002 году были выделены следующие микроорганизмы: *Acinetobacter lubboffii*, *Corinebakter enrumicunium*, *E.aerogenes*, *P.aeruginosa*, *S.epidermidis*, *K pneumonia*. *E.aerogenes* проявила чувствительность к тетрациклину,

абакталу, ципрофлоксацину; *P.aeruginosa* чувствительна к амикацину; *S.epidermidis* чувствительна цефалексину, азитромицину, оксациллину; *K.pneumonia* чувствительна к абакталу.

Выделенные и типированные культуры были резистентны к ампициллину, оксациллину, пенициллину, тобрамицину, эритромицину. Большинство культур резистентны к гентамицину, тетрациклину.

Слепцова С.С., Рафаилова М.А., Алексеева М.Н., Лобзин Ю.В., Рахманова А.Г.

HBV-ИНФЕКЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

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

Актуальность проблемы вирусного гепатита В определяется высоким уровнем заболеваемости, также частыми неблагоприятными исходами, выражающимися в развитии хронического гепатита, цирроза печени и гепатокарциномы. Республика Саха (Якутия) является неблагополучным регионом по заболеваемости гепатитом В и уровню «носительства» HBsAg среди населения. На протяжении десятилетий заболеваемость гепатитом В в 3-3,5 раза превышала общероссийские показатели. Наряду с манифестными формами наблюдается чрезвычайно интенсивная, скрытая циркуляция возбудителя, которая приводит к формированию стертых, трудно диагностируемых вариантов инфекции (1999 – 322,1; 2000- 272,6; 2001- 200,6; 2002- 190,2 на 100 тыс.нас.).

Обследовано 29 больных хроническим гепатитом В, у которых определили в сыворотке крови ДНК HBV с последующим генотипированием. Данное исследование выявило, что в популяции больных хроническими формами заболевания генотип D был обнаружен в 38,0% случаев, генотип А – в 24,1%, генотип С – в 24,1%, у 13,8% пациентов (4 человека) одновременно присутствовали два генотипа HBV, в двух образцах была обнаружена коинфекция генотипами А и D, два других образца были коинфицированы генотипами А и С. В работе петербургских исследователей (Морозов В.М., 2003), доминирующим генотипом в структуре хронической HBV-инфекции в Санкт-Петербурге явился генотип D (90,7%), удельный вес генотипа А составил 7,6%, генотипа С – 1,7%.

По нашим данным, отличительной особенностью якутской популяции являлась высокая частота встречаемости всех трех обнаруженных генотипов гепатита В – А, С и D. Различия в географическом распределении генотипов HBV-инфекции до сих пор являлись лимитирующим фактором в изучении их влияния на течение болезни: исследования в основном ограничивались сравнением клинического значения генотипов в двух группах – А и D в Европе, В и С в азиатском регионе. В этом контексте, наши данные представляют значительный интерес, и в дальнейшем исследование генотипов гепатита В в Якутии могло бы помочь ответить на вопрос о влиянии их на течение и исход болезни.

Таким образом, в Республике Саха (Якутия) проблема изучения генотипов А, С, D и микст весьма актуальна, как для углубления теоретических знаний, так и для практического здравоохранения. На этом пути особенно важны дальнейшие исследования с привлечением российских и зарубежных ученых для оптимизации в будущем вопросов диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов.

Смирнихина Е.Л.

ГЕМОФИЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

г. Санкт-Петербург, Россия

Инфекционные заболевания, вызываемые гемофильными палочками чрезвычайно разнообразны, и актуальность их высока, особенно в педиатрии. Известно, что гемофильную палочку непросто выделить при бактериологическом исследовании, из-за особых требований к факторам роста. Немаловажная проблема заключается в растущей антибиотикорезистентности, что затрудняет подбор препаратов для лечения, увеличивает длительность госпитализации и иногда обеспечивает носительство возбудителя на слизистой оболочке человека.

За два года 2002-2003 произведено 2408 посевов на шоколадный агар. Обнаружить гемофильные палочки удалось у 70 человек, из них у 16 человек была обнаружена гемофильная палочка типа b. В остальных случаях были выделены *Haemophilus species* или *Haemophilus influenzae* без уточнения принадлежности к тому или иному серотипу. У 43 из этих 70 детей был установлен диагноз ОРЗ с гнойно-воспалительными осложнениями со стороны носоглотки, пазух (в том числе ангинами, синуситами, абсцессами носовой перегородки, отитами и др.), а также осложнившиеся нетяжелыми бронхитами. Это составило 61% от общего числа больных. У 6 детей были зарегистрированы гнойные менингиты (причем была выделена гемофильная палочка типа b, что было подтверждено либо реакцией латексагглютинации, либо РЛА + посев ликвора или крови). 7 детей находились на отделениях больницы с тяжелыми пневмониями и гнойными бронхитами, причем пневмония сопровождалась деструктивными изменениями легких, высокой степенью интоксикации, а в одном случае сочеталась с эпиглоттитом. (У троих из них была выделена гемофильная палочка типа b). Один ребенок находился на хирургическом отделении с диагнозом остеомиелит Нib этиологии. У трех детей диагностирована генерализованная Нib инфекция. 9 детей находились на гинекологическом отделении с диагнозами вульвовагиниты, эндоцервициты, сальпингоофариты. Был выявлен и один здоровый носитель гемофильной палочки.

По возрастам больные с гемофильной инфекцией распределились следующим образом. Больше всего больных было в группе от 10 до 16 лет. Эти дети переносили в основном гнойные синуситы разной степени тяжести. Заболевания протекали гладко, без осложнений. Среди детей в возрасте до года гемофильная инфекция встречалась реже, чем в других возрастных группах, однако эти дети болели тяжелее всех, именно у них зарегистрированы генерализованные формы инфекции и гнойные менингиты.

При анализе данных об антибактериальной чувствительности выделенных микроорганизмов по результатам бактериологической лаборатории выяснилось, что абсолютная активность по отношению к гемофильной палочке сохраняется у фторхинолонов – ципрофлоксацин, офлоксацин. Однако, учитывая возраст наших больных, мы не всегда можем применять эти препараты. К левомицетину также сохраняется чувствительность бактерий из рода *Haemophilus*. Около 1/3 от всего количества штаммов резистентны к цефотаксиму и цефтриаксону.

Смольская Т.Т., Буланьков Ю. И., Зигаленко Д. Г., Болехан В.Н., Орлова Е. С., Малков А. Н.
**СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ПРИЗЫВНИКОВ НА ВИЧ, ВИРУСНЫЕ
ГЕПАТИТЫ И СИФИЛИС – ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ЭПИДНАДЗОРА
И ОЗДОРОВЛЕНИЮ ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ**

г. Санкт-Петербург, Россия

Анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РФ показывает, что именно юноши призывного возраста являются наиболее пораженной гемоконтактными вирусными инфекциями и сифилисом категорией населения. Единственным обязательным комплексным медицинским обследованием населения этой возрастной группы является призывная медицинская комиссия, определяющая годность к военной службе. Объем обследования призывников определялся еще в период, когда актуальность таких инфекционных заболеваний как гемоконтактные вирусные гепатиты была незначительной, а ВИЧ-инфекция не была описана, как заболевание человека. Инъекционное наркоторебление, как наиболее значимый фактор передачи этих инфекций в РФ, в тот период было единичным явлением, а сексуальное поведение молодежи не было таким раскрепощенным. Еще 10-15 лет назад лабораторная диагностика этих заболеваний представлялась достаточно дорогой, не очень специфичной и технически сложной. В настоящее время отмечается эпидемический рост заболеваемости этими инфекциями в стране. Ее уровень в некоторых регионах и возрастных группах достиг «концентрированной эпидемии». Уже сейчас в стране количество специализированных диагностических лабораторий достигло нескольких тысяч, а скрининг на эти инфекции стал дешевым, высоко специфичным и технологичным методом рутинной лабораторной диагностики.

Обследование призывников проводилось на базе Калининского РВК города Санкт-Петербурга в период с апреля по июнь 2004 года. Всего было обследовано 227 мужчин в возрасте 17-25 лет. Серо-эпидемиологические исследования в этой группе включали в себя обследования на антитела к ВИЧ, вирусу гепатита С и *Treponema Pallidum*. Кровь забиралась с соблюдений правил асептики и антисептики из пальца в объеме 1 мл. Исследование на антитела проводилось методом ИФА в НИЛ СПИД и инфекционных болезней в ВС РФ Военно-медицинской академии.

Результаты исследования сывороток крови призывников на ВИЧ-инфекцию, вирусный гепатит С и сифилис дали следующие результаты – выявлено три человека с антителами к ВИЧ 1,2 (1,3%), девять человек с антителами к вирусу гепатита С (3,9%) и три человека с антителами к *Tr. Pallidum* (1,3%). Исследование на HBs-антиген не проводилось по причине небольшого количества исследуемого материала и неоднозначности трактовки результатов (для этого планируется отдельное исследование).

Таким образом, незначительное расширение объема обязательного медицинского обследования юношей призывного возраста (серологический скрининг на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С и сифилис) могло бы позволить лучше контролировать эпидемическую ситуацию в самой неблагоприятной по гемоконтактным вирусным инфекциям и ИППП группе населения и в дальнейшем предотвратить занос инфекции в воинские коллективы без серьезных экономических затрат. Это может привести к оздоровлению эпидемиологической ситуации и морального климата в подразделениях, повысить престиж военной службы, поскольку уменьшилась бы вероятность призыва наркоторебителей и сексуально распушенных людей.

Соловьев А.И.
**ИЗУЧЕНИЕ ПЕРЕНОСИМОСТИ МЕФЛОХИНА,
ПРИМЕНЯЕМОГО ДЛЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ МАЛЯРИИ**

г. Санкт-Петербург, Россия

Применение профилактических химиопрепаратов служит одним из наиболее эффективных способов профилактики малярии. Противомаларийные препараты обеспечивают надежную защиту от развития заболевания. Вместе с тем, их длительное применение может сопровождаться возникновением побочных эффектов, таких,

как головокружение, тошнота, рвота, расстройство сна, депрессивное состояние и др., что определяет необходимость отмены лекарственного средства. В этой связи при разработке комплексов противомаларийных мероприятий важное значение имеет прогнозирование сроков возможного развития нежелательных эффектов после начала регулярного приема профилактических препаратов.

Нами проведено исследование переносимости химиопрепарата мефлохин, который в последнее время служит препаратом выбора для профилактики малярии у неиммунных лиц, выезжающих в эндемичные регионы. Под наблюдением находились лица в возрасте от 22 до 53 лет, из состава организованных воинских коллективов, длительно подвергавшихся высокому риску заражения возбудителями тропической малярии в условиях Западной Африки.

Прием лекарственного средства осуществлялся организованно по 250 мг препарата 1 раз в неделю, в один и тот же день недели. Период наблюдения за военнослужащими составлял от 6 до 12 месяцев. Среди лиц, регулярно проводивших химиофилактику, случаев заболевания малярией выявлено не было. Побочные эффекты на фоне приема мефлохина были отмечены у 62,1% из числа обследованных. Наиболее часто наблюдались слабость (5,4%), головокружение (8,7%), тошнота (8,4%), нарушение сна (9,1%), депрессивное состояние (9,4%) и галлюцинации (9,2%).

Через 2 месяца после начала проведения химиофилактики побочные явления регистрировались у 9,6% обследованных. Через 4 месяца жалобы предъявили 30,1% военнослужащих, спустя 6 месяцев – 48,6%. Продолжать проведение регулярной химиофилактики на протяжении более 9 месяцев могли лишь 21,2% лиц из числа обследованных. Было установлено, что переносимость лекарственного средства связана с индивидуальными особенностями организма, наличием хронических заболеваний, а также с интенсивностью и характером труда.

Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал, что возможность непрерывного профилактического приема мефлохина ограничена по срокам. В этой связи при планировании комплекса противомаларийных мероприятий следует учитывать, что для большинства лиц длительность непрерывного приема мефлохина, по-видимому, не должна превышать 4-6 месяцев.

Степанова Г.И., Алексеева М.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С В РЕСПУБЛИКЕ САХА(ЯКУТИЯ)

г. Якутск, Россия

Цель исследования: Изучить эпидемиологические и клинические особенности хронического гепатита С в Якутии для усовершенствования комплекса профилактических и лечебных мероприятий.

Методы исследования: клинические, эпидемиологические, биохимические, серологические, молекулярно-биологические.

Результаты: В Республике Саха(Якутия) носительство ВГС начали регистрировать с 1995 года, количество носителей неуклонно растет с 6.8 на 100 тыс.населения в 1995 году до 102,5 в 2003 году. Регистрация хронического вирусного гепатита С ведется с 1999 года. Показатели заболеваемости выросли с 7,5 на 100.тыс. населения в 1999 году до 45,71 в 2003 году. Под нашим наблюдением в отделении вирусных гепатитов ЯГКБ с 1998 по 2003 годы находилось 272 больных ХВГС, из них у 74 выявлена микст-инфекция (С+В или С+Д). Среди больных было 153 мужчин (56,3%), 119 женщин (43,7%). Преобладали пациенты молодого возраста 20-29 лет- 77 больных (77%). По национальному признаку 59,2% составили коренные жители (161больной), 40,8%- европеоиды (111 пациент). Тщательно проанализирован эпидемиологический анамнез. Только 79 больных (29%) указали на перенесенный ранее острый гепатит, у остальных в начале заболевания острого периода болезни не зарегистрировано. Это дает основание охарактеризовать течение ХВГС преимущественно как длительно неманифестное. В анамнезе у 24,3% больных были операции с гемотрансфузиями, на инъекции в медицинских учреждениях указали 16,5% пациентов, у 9,6% были стоматологические процедуры, у 7,3% гинекологические вмешательства. Внутривенное употребление наркотических веществ отметили 8,8% пациентов. 14% больных были медицинские работники. 9,5% пациентов имели многолетний контакт с больными хроническим гепатитом С (контактно-бытовой путь передачи ВГС). Не удалось проследить путь передачи инфекции у 9,5% больных. По активности процесса у 138 больных (50,7%)наблюдалась слабо выраженная активность, у 97 больных(35,7%) – умеренная, у 37 больных (13,6%)- выраженная активность. Основными жалобами были слабость, снижение работоспособности в 91,9%. Плохой аппетит, диспептические расстройства у 73,5%. Артралгии отмечены у 20,9% больных. Гепатомегалия с уплотнением консистенции печени наблюдалась в 47,8% случаев. Увеличение селезенки выявлено в 29,4%.Умеренно выраженная желтушность кожных покровов и слизистых наблюдалась у 170 больных (25,7%), субиктеричность склер и кожи- у 79 больных (31,8%). У 1/3 больных хронический гепатит С протекал без желтухи. Геморрагический синдром в виде носовых кровотечений, кровоточивости десен и петехиальных высыпаний наблюдался у 12,9% больных. Пальмарная эритема отмечалась в 9,2% случаев. У 64 больных (15,4%) выявлена цирротическая стадия ХВГС. 200 больных были обследованы методом ПЦР,

репликация вируса гепатита С выявлена у 130 больных, из них у 113 определены генотипы. Генотип 1а выявлен у 5 больных (4,4%), генотип 1в - у 80 (70,8%), генотип 2а - у 4 (3,6%), генотип 3а - у 18 (15,9%). Генотип 4 - у 1 (0,9%) и одновременно два генотипа 1в+1а - у 2 больных (1,8%), 1в+3а - у 3 больных (2,6%).

Заключение: Ситуация в Республике Саха (Якутия) по вирусному гепатиту С является крайне неблагоприятной, отмечается рост заболеваемости хроническим вирусным гепатитом С, что требует улучшения профилактических мероприятий и раннего распознавания ХВГС (исследование крови методом ПЦР с определением генотипа и вирусной нагрузки).

Стребкова Е.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ» У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Самара, Россия

Европейское бюро ВОЗ отнесло герпетическую инфекцию к группе болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии.

Длительный хронический процесс приводит к негативной иммунной перестройке организма: угнетению реакций клеточного иммунитета, снижению неспецифической защиты организма, которое выражается в снижении альфа- и гаммаинтерферон-продуцирующей способности лейкоцитов. В связи с этим представилось интересно использовать в терапии больных герпетической инфекцией новый российский иммуномодулятор с противовирусной активностью «Анаферон детский».

Под наблюдением находилось 10 человек с диагнозом: типичная форма рецидивирующего простого герпеса. Анаферон назначался с первого дня заболевания по схеме: первые 5 таблеток с интервалом 30 минут, 6-ю и 7-ю таблетку с интервалом 2 часа, 8 таблетку через 5-8 часов. Далее по 1 таблетке 3 раза в день. Курс лечения составил 5 дней. Из 10 пациентов было 7 женщин и трое мужчин. Все больные – лица молодого возраста (от 19 до 25 лет). В контрольной группе пациенты с рецидивом простого герпеса получали общепринятую терапию.

Небольшое число наблюдений не дает возможность рассчитать достоверные различия в течении заболевания. Но, необходимо отметить, что у больных, принимавших «Анаферон детский» отмечалось укорочение лихорадки на 1-2 дня по сравнению с контрольной группой. Проявления интоксикации (головная боль, мышечные боли, слабость, недомогание, снижение аппетита) отмечались 1-2 дня. В контрольной группе симптомы интоксикации отмечались 3-4 дня и были более выраженными. У больных, принимавших «Анаферон детский», отмечалась более быстрая эпителизация герпетических высыпаний (на 1-2 дня), чем в группе сравнения.

Опыт применения нового иммуномодулятора, индуктора интерферона «Анаферон детский» показал перспективность применения его в терапии герпетической инфекции, необходимость в более широких клинических исследованиях с исследованием интерферонов статуса.

Стрелянная Е.В., Булеков И.С., Булеков С.Н., Пинчук Т.Е., Мусатов В.Б.

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИОИДОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

г. Санкт-Петербург, Россия

Пик заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге пришелся на 2001 год и был обусловлен распространением вируса иммунодефицита человека парентеральным путем в группе инъекционных потребителей наркотиков. Особую тревогу вызывает рост числа ВИЧ - инфицированных женщин, в том числе беременных, и рожденных ими детей (Информ. бюллетень, Центр госсанэпиднадзора в Санкт-Петербурге, 2004г.). Около 42% ВИЧ - инфицированных взрослых приходится на долю женщин, которые находятся в репродуктивном возрасте (Рахманова А. Г., 2001г.).

В 2003 году в родильном отделении инфекционной больницы №30 было 463 случаев родов у ВИЧ - инфицированных женщин, это в 2 раза больше, чем в 2001 году. Средний возраст пациенток $21,5 \pm 4,5$ лет. Зависимость от наркотических веществ в анамнезе была у 278 человек (59%), 122 женщины имели ремиссию 1-2 года к моменту родов, 45 человек продолжали употребление наркотиков во время беременности и в периоде родов находились в состоянии наркотической интоксикации, в остальных случаях употребление наркотиков было не систематическим. У 149 (53%) детей наблюдались разной степени выраженности проявления синдрома отмены. Терапию синдрома отмены опиоидов в послеродовом периоде получали 25 женщин, 16 пациенток покинули отделение самовольно в первые сутки после родов, оставив детей в родильном отделении. Социальная дезадаптация, характерная для наркозависимых женщин, не позволяет своевременно прервать нежелательную беременность, эти женщины не наблюдаются в консультациях, не проводят профилактику ВИЧ-инфекции детям. Аддиктивное поведение наркозависимых женщин во время родов в сочетании с состоянием интоксикации

вследствие употребления психотропных веществ создают трудности по оказанию родовспоможения, увеличивают психологическую нагрузку у медицинского персонала и создают основу для появления «синдрома сгорания» у работающих врачей, акушерок, медицинских сестер, педиатров - неонатологов. В послеродовом периоде при лечении синдрома отмены опиоидов в нашей практике был использован у 12 пациенток препарат нубаин (антагонист – агонист опиоидных рецепторов) в сочетании с традиционной схемой терапии. Это позволило сократить сроки лечения, случаев самовольного ухода из отделения не было, время нахождения в стационаре использовалось для осуществления социального и психологического сопровождения в дальнейшем. Катamnестических данных пока не получено, т.к. исследование продолжается. Вопрос об оказании наркологической помощи во время беременности не решен, не существует методических разработок. Опыт зарубежных коллег основан на использовании заместительной терапии, которая у нас в стране запрещена. Женщины, которые пытались прекратить употребление наркотиков, узнав о беременности, сообщали о получении отказа лечения в наркологической службе города.

Заключение. Подход к решению проблемы оказания помощи ВИЧ – инфицированным женщинам с зависимостью от наркотических средств должен носить комплексный характер, требует координации усилий общественных организаций, наркологической и инфекционной служб. Терапия синдрома отмены у женщин с зависимостью от наркотических средств во время беременности нуждается в дальнейшей разработке.

Суборова Т.Н., Сидельникова О.П., Бояринцев В.В., Гаврилин С.В., Кузин А.А., Вологжанин Д.А.

КОЛОНИЗАЦИЯ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ШТАММАМИ И РАЗВИТИЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

Микроаспирация может быть важным фактором развития вентилятор-ассоциированных инфекций. Изучен в динамике (1-20 сутки) спектр возбудителей, выделенных из ротоглотки и бронхоальвеолярного лаважа 30 пациентов с множественной сочетанной травмой, находящихся в условиях искусственной вентиляции легких.

Микроорганизмы выделяли и идентифицировали классическими методами. Определение чувствительности к антибиотикам проводили по методу Кирби-Байера в соответствии с NCCLS критериями. Изучали чувствительность к ципрофлоксацину (CIP), имипенему (IMI), амикацину (AN), цефепиму (FEP) и цефтазидиму (CAZ).

У 40% пациентов, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, в течение первых четырех суток при отсутствии инфекционного поражения со слизистой ротоглотки выделялись полирезистентные штаммы *K. pneumoniae*, продуцирующие ESBL, устойчивые к AN, чувствительные к CIP и IMP. У 80% пациентов со сроком госпитализации более 7 суток со слизистых оболочек были выделены полирезистентные штаммы *P. aeruginosa*, продуцирующие пиовердин, устойчивые к CIP, AN, IMI чувствительные к CAZ и FEP. Начиная с 10-х суток пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии, микробный пейзаж ротоглотки был представлен ассоциациями *P. aeruginosa* (80%) с *K. pneumoniae*, *Acinetobacter* spp. и *Enterococcus* spp. Аналогичные ассоциации были обнаружены и при микробиологическом исследовании бронхоальвеолярного лаважа у пациентов с развившимися вентилятор-ассоциированными бронхолегочными инфекционными осложнениями.

Таким образом, изучение скорости колонизации и особенностей микробного пейзажа слизистых оболочек ротоглотки показало, что развитие бронхолегочных инфекционных осложнений у пациентов с тяжелой сочетанной травмой может быть следствием микроаспирации госпитальных штаммов, колонизирующих слизистые оболочки полости рта в ранние сроки после госпитализации.

Супрун Д.А, Антонов В.С.

СРОКИ ОБНАРУЖЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ МЕТОДОМ ИФА У БОЛЬНЫХ ИКСОДОВЫМИ КЛЕЩЕВЫМИ БОРРЕЛИОЗАМИ

г. Санкт-Петербург, Россия

По данным обследования 138 случаев заболевания эритемной формой иксодовыми клещевыми боррелиозами (ИКБ), проанализированы сроки, прошедшие с момента инфицирования *Borrelia burgdorferi* s.l., когда в крови методом ИФА начинали регистрироваться специфические иммуноглобулины класса М и G.

В средние сроки инкубационного периода ИКБ (к 15 дню) положительные значения в ИФА (к.с.>1,1) для иммуноглобулинов класса М (IgM) отмечались среди 6 (17,1%) больных и для иммуноглобулинов класса G (IgG) - у 10 (28,5%) человек. Слабоположительные результаты IgM в ИФА (к.с. >0,9 и < 1,1) наблюдались в эти сроки у 29 (82,8%) человек и IgG у 23 (65,7%) пациентов.

Частота обнаружения специфических антител класса М в диагностических титрах существенно увеличивалась при исследовании сывороток крови пациентов на 4-6 неделе после инфицирования (у 53,8% пациентов). В

эти же сроки отмечена закономерность более быстрого нарастания количества антител IgM по сравнению с динамикой изменения уровней IgG.

Определена математическая модель, описывающая зависимость значений уровня специфических иммуноглобулинов к боррелиям по срокам от момента инфицирования, которая представлена следующими уравнениями регрессии $IgM=0,025+0,051 \cdot D$ и $IgG=0,283+0,036 \cdot D$, где D – день от момента инфицирования. Согласно этим уравнениям при вероятности 95%, минимальные сроки начала регистрации диагностических титров специфических антител приходятся на 17 день от момента инфицирования.

Таким образом, серологическое обследование пациентов, пострадавших от присасывания иксодовых клещей в первые 2 недели после присасывания клещей с использованием метода ИФА для определения свободных специфических антител имеет незначительную диагностическую ценность из-за относительно низкой частоты обнаружения противоборрелиозных антител в эти сроки. Выявление у пострадавших от присасывания иксодовых клещей титров специфических антител в пределах «пограничных» значений требует обязательного повторного их обследования с использованием ИФА через 2-3 недели после предшествующего. Использование данной методики лабораторной верификации диагноза ИКБ, а также применение ИФА преимущественно позже 15-17 дня после предполагаемого инфицирования значительно повышает достоверность диагноза боррелиозной инфекции.

Супрун Д.А., Антонов В.С., Андрейчук Ю.В.

РАННЯЯ СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ

Для определения возможности ранней лабораторной диагностики иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ), среди лиц, пострадавших от присасывания иксодовых клещей, в крови, забранной на 10-12 день от момента присасывания, методом иммуноферментного анализа (ИФА) определялся уровень специфических иммуноглобулинов класса М и G, как свободных, так и связанных с антигенами *Borrelia burgdorferi* s.l. в иммунные комплексы. Для серологических исследований использовали иммуноферментные тест-системы «ИФА-Боррелиоз-Ig М и G» и «ИК-ИФА-Боррелиоз-Ig М и G» производства ООО «НПФ «Хеликс».

Из 543 обследованных, у 76 человек (13,9%) в ИФА выявлены антиборрелиозные антитела. Наряду с этим свободные специфические иммуноглобулины класса М определялись у 14 (18,4%) и в составе специфических иммунных комплексов у 48 (63,1%) человек. Свободные специфические иммуноглобулины класса G выявлены у 21 (27,6%) пациентов и в 30 (39,4%) случаях IgG были обнаружены в составе иммунных комплексов.

Средние показатели уровня специфических иммуноглобулинов класса М и G, связанных в иммунные комплексы составили $1,25 \pm 0,17$ к.с. и $1,01 \pm 0,21$ к.с., соответственно. Средние показатели уровня свободных специфических иммуноглобулинов класса М и G у этих же пациентов составили $0,42 \pm 0,14$ к.с. и $0,57 \pm 0,16$ к.с., соответственно.

Во время диспансерного наблюдения за пострадавшими от присасывания иксодовых клещей среди пациентов с сероположительными результатами ИФА (к.с. > 1,1) в последующем (в течение 1 месяца) у 4 человек развивалась клиническая картина эритемной формы ИКБ. У других больных ИКБ серологические изменения с антигеном на наличие боррелиозных антигенов сохранялись до 4 месяцев, а спустя 12 месяцев - только у 2 (2,6%) человек. У всех этих пациентов каких-либо клинических проявлений ИКБ в течение 12 месяцев не наблюдалось.

Заключение. Определение у пациентов на 10-12 день после нападения иксодовых клещей методом ИФА специфических иммуноглобулинов, связанных с антигенами *Borrelia burgdorferi* s.l. в иммунных комплексах, позволяет в ранние сроки верифицировать инфицирование человека боррелиями и диагностировать первично-латентную форму ИКБ, протекающую в ряде случаев без последующего развития клинической картины заболевания.

Сыздыков М.С., Грушина Т.А., Кузнецов А.Н., Цирельсон Л.Е., Даулбаева С.Ф., Тяп А.Д.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЁЗУ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Казахстан

За последние 6 лет в Республике Казахстан отмечается рост заболеваемости впервые выявленным бруцеллёзом людей, проявляющийся нарастанием абсолютных значений случаев заболевания (1998 - 2131 случай, 1999 - 1867, 2000 - 1954, 2001 - 2222, 2002 - 2371, 2003 - 3202) и соответствующих интенсивных показателей, выраженных на 100 тысяч населения: 1998 - 12,6; 1999 - 11,0; 2000 - 12,2; 2001 - 14,6; 2002 - 15,8; 2003 - 21,6. Отмечено, что в многолетней динамике заболеваемости наблюдается выраженная тенденция роста, среднегодовой темп прироста заболеваемости бруцеллёзом в Республике Казахстан $T_{\text{факт}}$ за период с 1998 по 2003 годы составил +9,5%.

Выявленный высокий уровень заболеваемости бруцеллёзом людей находит своё объяснение в свете происходивших в Республике социально-экономических преобразований, в частности, в сельском хозяйстве. С рас-