

Станкевич Р.В., Чалдина Л.Н.
**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ CANDIDA SPP.,
ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВУЛЬВОВАГИНОЗОВ**

Владивосток, Россия

Нарушения в микробиоценозе влагалища увеличивают частоту бактериального вагиноза, урогенитального кандидоза и неспецифических вагинитов, приводят к развитию рецидивов заболеваний. Этому способствуют нерациональное применение антибиотиков и различные экзогенные факторы. Важной проблемой является то, что у штаммов *C. albicans* отмечается появление приобретенной резистентности к антимикотическим препаратам, а у некоторых видов (*C. krusei*, *C. glabrata*) выявлена исходная резистентность к флюконазолу. В связи с чем, его широкое и длительное использование способствует изменению спектра и клинического проявления инфекций, обусловленных *Candida spp.*

В работе были исследованы 102 штамма, выделенные от женщин с клиническим диагнозом вульвовагинальный кандидоз.

Для выделения грибов из патологических материалов использовали стандартные методики микробиологического исследования. После получения чистой дрожжевой культуры на агаре Сабуро проводили дальнейшую идентификацию с использованием агаризованной селективной среды (хромогенная среда CHROMagar, Becton Dickinson Microbiology Systems). Чувствительность к антимикотическим препаратам оценивалась согласно стандарту NCCLS.

Среди исследованных штаммов кандид, выделенных в монокультуре, были обнаружены *Candida albicans* (79,5%), *Candida tropicalis* (11,4%), *Candida krusei* (7,6%) и *Candida pseudotropicalis* (1,5%).

В 25% случаев у обследованных были выявлены ассоциации микроорганизмов, как бактериальной, так и бактериально-вирусной природы. Чаще в составе таких сообществ выделялись штаммы *C. albicans*, частота же регистрации видов *C. krusei* и *C. tropicalis* была значительно ниже.

Анализ чувствительности штаммов *Candida spp.* к противогрибковым препаратам выявил значительный рост числа резистентных штаммов среди выделенных видов кандид. Так среди видов *C. albicans*, *C. tropicalis* и *C. pseudotropicalis* не обнаружено штаммов, резистентных к антимикотикам. Однако все выделенные штаммы *C. krusei* оказались резистентными к флюконазолу.

Эффективность лечения вульвовагинозов во многом определяется точным выявлением возбудителя, назначением этиотропной терапии и хорошей приемлемостью медикаментозного средства, в этой связи актуально использование единых лекарственных форм для лечения кандидозной и бактериальной инфекции, особенно в тех случаях, когда этиологическая причина заболевания точно не установлена или выявлена смешанная форма инфекции.

Обнаружение, при видовой расшифровке возбудителей вульвовагинитов, представителей рода *Candida spp.*, а в особенности штаммов *C. krusei*, у которых описана исходная устойчивость к флюконазолу, требует обязательной оценки их чувствительности к противогрибковым препаратам. Такой подход может гарантировать успешное лечение и предотвратить рост частоты рецидивов и реинфицирования.

Суборова Т.Н., Сбойчаков В.Б.
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОДУЦЕНТОВ БЕТА-ЛАКТАМАЗ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА
СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ**

Санкт-Петербург, Россия

В течение многих лет цефалоспорины 3 поколения являются препаратами выбора для профилактики и лечения госпитальных инфекций у пациентов, поступивших в стационар в связи с получением тяжелой травмы или ранения. Вместе с тем, в последние годы в лечебных учреждениях России и за рубежом отмечено увеличение устойчивости энтеробактерий к этой группе антибиотиков, причем наибольшую угрозу представляет продукция бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС). Эти ферменты относятся к молекулярному классу А, способны гидролизовать цефалоспорины 1-4 поколений и монобактамы и чувствительны к действию ингибиторов – клавулановой кислоты, сульбактама, тазобактама. БЛРС выявляют у всех представителей семейства энтеробактерий, но чаще всего у *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae*. Они часто устойчивы к другим классам антибиотиков, включая аминогликозиды и фторхинолоны, локализируются на плаزمиде и могут передаваться другим энтеробактериям, что объясняет госпитальные вспышки инфекций, вызванных продуцентами БЛРС.

Клиническое значение БЛРС определяется высоким риском неудачи при применении цефалоспоринов для лечения инфекций, вызываемых продуцентами этих ферментов. Для выявления продукции БЛРС рекомендована двухэтапная схема детекции, которая включает скрининг на вероятную продукцию и подтверждающий тест, основанный на увеличении диаметра зоны задержки роста исследуемого штамма вокруг дисков, содержащих цефалоспорины 3 поколения, в присутствии клавулановой кислоты. Окончательная детекция генов бета-лактамаз проводится методом полимеразной цепной реакции.

Исследовали 672 клинических изолята *E.coli* и *K.pneumoniae*, включая повторно выделенные, полученные в течение шести лет от пациентов специализированного хирургического стационара по лечению тяжелых ранений и травм с развившимися инфекционными осложнениями различной локализации, на предмет продукции БЛРС. В качестве подтверждающего теста использовали методы двойных или комбинированных дисков.

Продукция БЛРС была установлена для штаммов *E.coli* и *K.pneumoniae* с частотой 74,3% и 97% соответственно. Среди продуцентов БЛРС каждого вида 9% штаммов *E.coli* и 11% штаммов *K.pneumoniae* были выделены из крови пациентов с сепсисом, 1% штаммов *K.pneumoniae* – из ликвора. *E.coli*, продуцирующая БЛРС, с равной частотой выделялась при инфекциях дыхательных, мочевыводящих путей и из ран, а 58,6% БЛРС-продуцентов среди штаммов *K.pneumoniae* были выделены из материала дыхательных путей. Возможно, продуценты БЛРС сохраняют свои биологические свойства, в частности, тропность к определенным видам биологических тканей, но при этом отличаются повышенной устойчивостью к цефалоспорином.

Дополнительные исследования части изолятов, проведенные в Государственном научном центре по антибиотикам (г.Москва), подтвердили продукцию БЛРС и показали, что среди них преобладали бета-лактамазы группы СТХ (цефотаксимазы), в 67% случаев выделенные нами штаммы продуцировали комбинации различных бета-лактамаз. По результатам, полученным в НИИ антимикробной терапии (г.Смоленск), было обнаружено, что с течением времени исследования у продуцентов БЛРС нарастает продукция цефотаксимаз – ферментов, предпочтительным субстратом которых является цефотаксим.

Таким образом, выявление продукции БЛРС у клинических изолятов энтеробактерий может проводиться простыми фенотипическими методами и дает основание для своевременной коррекции антибактериальной терапии инфекционных осложнений у пациентов хирургических стационаров.

Суздальцев А.А., Юрченко Н.Г., Попова Л.Л., Константинов Д.Ю. Русинова Н.И.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕСТЕРОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Самара, Россия

Холестероз желчного пузыря (ХЖП) относится к так называемым гиперпластическим холецистозам. Прогрессирование заболевания приводит к снижению концентрационной и сократительной функции желчного пузыря, способствует образованию желчных камней. Диагностика и терапия ХЖП в настоящее время является одной из актуальных проблем.

Цель исследования – изучение эффективности препаратов УДХК и гепабене в лечение больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) с ХЖП, в том числе при сочетании с билиарным сладжем.

Материалы и методы: нами среди больных ХВГС по результатам УЗИ выявлено 84 пациента с диффузной или полипозной формой ХЖП в возрасте от 17 до 62 лет (мужчин-44, женщин-40). Диагноз ХВГС верифицирован выявлением антител к HCV методом ИФА, наличием РНК HCV в сыворотке крови, определяемой методом ПЦР, генотип HCV определяли методом обратной гибридизации. Всем больным проводилось исследование крови на функциональные пробы печени, а также определяли уровень холестерина, триглицеридов, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности. Клиническая картина у большинства пациентов характеризовалась общей слабостью, быстрой утомляемостью, снижением работоспособности, наличием болей ноющего или приступообразного характера в правом подреберье, чувством тяжести в правой половине живота, тошнотой, отрыжкой, горечью и сухостью во рту, вздутием живота, у некоторых больных отмечалась желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Размеры холестериновых полипов (ХП) варьировали от 2 до 14 мм в диаметре. Одиночные ХП выявлены у 49 (58,3%), а множественные 35 (41,7%) человек. У 71,4% больных ХВГС (60чел.) выявлено сочетание ХЖП с билиарным сладжем. В 60% случаев это была взвесь гиперэхогенных частиц, в 28,3% сгустки желчи или густая эхогенная желчь, а в 10% случаев замаскообразная желчь. Все больные были рандомизированы на две группы лечения: 1 – (n=43) получала терапию УДХК в дозе 10 мг/кг массы тела (урсосан, PRO.MED.CS, Прага). 2 – (n=41) получала гепабене (ratiopharm GmbH, Германия) по 1 капсуле 3 раза в сутки. Таким образом использованы рекомендуемые дозы препаратов. Сроки лечения пациентов обеих групп составляли 6 месяцев. Контроль биохимических и ультразвуковых показателей проводился через 3 и 6 мес.

В результате исследования установлено, что через 3 мес. от момента назначения препаратов у всех больных отмечалось улучшение самочувствия. В 1ой группе у 39 (90,7%), во 2ой – у 40 (97,6%) исчез болевой синдром. В 1ой у 22 (51,2%) во 2ой – у 26 (63,4%) отмечалось уменьшение размеров печени и её пальпаторной плотности. В 1ой у 33 (76,7%) во 2ой – у 38 (92,7%) исчезла болезненность в точке желчного пузыря. В сыворотке крови на 6 мес. лечения отмечалась положительная динамика по всем биохимическим показателям. Нормализация уровня билирубина и уменьшение активности ферментов холестаза были отмечены у 36 (83,7%), и у 38 (92,7%), цитолиза у 35 (81,4%) и у 36 (87,8%) больных 1ой и 2ой групп соответственно. По данным УЗИ через 6 мес. в 1ой у 24 (55,8%), а в 2ой у 27 (65,8%) пациентов наблюдалось улучшение эхоструктуры печени. Через 6 мес. лечения в 1ой у 29 (67,4%) в 2ой у 35 (85,4%) больных по результатам УЗИ исчезли признаки билиарного сладжа и гипомоторной

дискинезии. Полное растворение всех полипов в 1ой гр. наступило у 5 больных (11,6%), в 2ой у 2 (4,9%), частичное у 10 (23,3%), и 6 (14,6%), а уменьшение их размеров - у 20 (46,5%) и 15 (36,7%) соответственно в 1ой и 2ой группах. В 18,6% случаев в 1ой и в 43,8% в 2ой группе эффекта от литической терапии в течение 6 мес. не получено.

Сундуков А.В., Евдокимов Е.Ю. Голубев М.А.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА И ЕГО РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ

Москва, Россия

Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса в настоящее время занимают одно из ведущих мест среди вирусных заболеваний человека. Генитальный герпес (ГГ) и его рецидивирующая форма (РГГ) является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем.

Тактика лечения РГГ определяется частотой и степенью тяжести обострений. Учитывая многообразие клинических проявлений ГГ, лечение остается трудным и не всегда эффективным. Традиционные методы лечения ГГ включают противовирусные препараты различного действия.

Целью исследования было оценить эффективность препаратов системной энзимотерапии (вобэнзим и флогэнзим) при лечении больных с клиническими проявлениями генитального герпеса.

Всего под наблюдением (за период с 2002 по 2005 гг.) находилось 68 пациента, из них 43 получали препараты системной энзимотерапии (СЭТ) (группа 1) и 25 человек – контрольная группа (традиционная терапия, группа 2).

Мужчин было 36, женщин - 32. Средний возраст составил 26,5 лет (от 18 до 54 лет). Диагноз ГГ был подтвержден у всех пациентов обнаружением ДНК вируса простого герпеса методом ПЦР.

В первой группе у 18 пациентов отмечалось тяжелое течение заболевания (6 и более рецидивов в год), у 25 человек - средней тяжести (3-5 рецидивов).

В контрольной группе: тяжелое течение встречалось у 10 человек, средней тяжести в 15 случаях. Оценка эффективности лечения проводилась по сокращению длительности рецидива и увеличению периода ремиссии. Больные наблюдались в течение 1,5 - 2 лет после лечения. У большинства пациентов выявлялись факторы способствующие снижению иммунологической реактивности организма – прием гормональных препаратов, работа на вредных производствах и т.д. Препараты СЭТ назначались в следующих дозах: флогэнзим 3 драже 3 раза в сутки (3 месяца), вобэнзим по 5 драже 3 раза в день – 3 месяца.

В группе больных получавших СЭТ частота возникновения рецидивов заболевания уменьшилась в 3,5- 4 раза, при этом у 9 человек рецидивов не было в течении 1,5 лет (20,9%), у большинства - 20 пациентов количество рецидивов сокращалось до 1-2 в год. Только в 2-х случаях лечение было не эффективным (4,6%). У большинства пациентов значимо отмечалось сокращение длительности рецидива и выраженность клинических симптомов герпес-вирусной инфекции. Этот эффект обусловлен как с противовоспалительным действием СЭТ, так и опосредованным влиянием его на иммунную систему.

Следует заметить, что препараты СЭТ хорошо переносились пациентами и только у одного больного на фоне лечения отмечалась боль в животе, которая исчезла после снижения дозы препарата.

Таким образом, СЭТ является эффективным средством для лечения больных РГГ и может быть рекомендована в качестве препарата выбора.

Супрун Д.А., Усков А.Н., Антонов В.С., Казаренко А.А., Шестаев Д.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТ-СИСТЕМЫ «ИК-БОРРЕЛИОЗ-ИФА-ИГМ» ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ

Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время ранняя диагностика иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ) по типичным клиническим признакам, таким как мигрирующая эритема, возможна не более чем у 40-60% пострадавших от присасывания иксодовых клещей. При этом серологическое подтверждение диагноза методами НРИФ, ИФА или иммуноблот оказывается высоким (до 90% случаев) только при их совместном комплексном применении. Все это заставляет осуществлять поиск новых путей для повышения чувствительности методов лабораторного обнаружения ИКБ на ранней стадии. Одним из таких методов, позволяющих решить данную проблему лабораторной диагностики, стал метод ИФА для определения иммуноглобулинов класса М, «связанных» в специфические иммунные комплексы.

В данной статье мы публикуем результаты клинической апробации подобной тест-системы ИФА «ИК-боррелиоз-ИФА-IgM», производства ООО «Омникс» (г. Санкт-Петербург), для ранней диагностики ИКБ.

В эпидемические периоды 2002-2004 года нами было обследовано 138 больных эритемной формой и 71 больной безэритемной формой ИКБ. Средняя длительность инкубационного периода составила 10-14 дней, что соответствовало срокам проведения серологического исследования. В эти сроки заболевание по клиническим симптомам было диагностировано у 54,1% больных эритемной формой и у 26,7% больных безэритемной формой.

Положительные результаты серологического исследования данным методом регистрировались у 65,2% больных эритемной и 49,3% больных безэритемной формой. При этом в 12,6% и 8,4% случаев для эритемной и безэритемной форм заболевания, соответственно, положительные лабораторные результаты были получены раньше клинических проявлений. Процент не диагностируемых случаев ИКБ в эти сроки составил 3,6% при эритемной форме и 5,6% при безэритемной форме.

Таким образом, использование в диагностике иксодовых клещевых боррелиозов метода ИФА для выявления специфических иммуноглобулинов класса М, «связанных» в специфические иммунные комплексы, выполненный у пострадавших от нападения иксодовых клещей на 10-14 день с момента присасывания, оказалось эффективным лабораторным методом раннего подтверждения боррелиозной инфекции.

Суров А.В., Долгих Т.И., Лебедев О.И.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА К ВИРУСУ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ПРИ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

Омск, Россия

В последние годы в Омской области все чаще стала регистрироваться офтальмопатология инфекционного генеза, в том числе герпесвирусной природы. Эти заболевания характеризуются склонностью к хронизации и резистентностью к проводимой стандартной терапии. Современные представления о патогенезе офтальмогерпеса требуют уточнения и формирования новых методологических и методических подходов к диагностике данного заболевания. Возможности лабораторной диагностики позволяют детектировать в предполагаемом очаге инфекции антигены вируса простого герпеса (ВПГ) в реакции иммунофлюоресценции (РИФ) на основе моноклональных антител или ДНК вируса с использованием полимеразной цепной реакции. Вместе с тем, оценка специфического иммунитета при данной инфекции, широко используемая в практике и заключающаяся в выявлении антител классов IgM и IgG к ВПГ методом иммуноферментного анализа (ИФА), не дает достаточной диагностической информации ввиду широкой (90-100%) распространенности герпесвирусов. С целью разработки диагностических и прогностических критериев офтальмогерпеса и изучения иммунопатогенеза данного заболевания проведены настоящие исследования. Материалы и методы. Обследовано 32 человека с инфекционно-воспалительными заболеваниями различных отделов глаза (конъюнктивит, кератит, увеиты различной локализации) предположительно вирусной природы. Давность заболевания варьировала от 1 сут. до 4 мес. Этиологическая расшифровка основывалась на результатах РИФ при исследовании соскобов конъюнктивы (наборы «Vircell», Испания). Параллельно определяли IgA к ВПГ 1 и 2 типов методом ИФА (тест-системы «EUROIMMUN», Германия).

Результаты и их обсуждение. По результатам обследования пациентов методом РИФ были отобраны 24 пациента с офтальмогерпесом, у которых были выявлены антигены («ранние белки») ВПГ с активностью 2+ и 3+. Среди этой группы разделение по клиническим проявлениям произошло следующим образом: 9 – конъюнктивиты, 6 – кератиты, 5 – иридоциклиты, 3 – периферические увеиты, 1 – хориоретинит. Специфические IgA в сыворотке крови были выявлены в 21 случае с варьированием результатов от 1,1 до 2,4 условных единиц, что подтверждало активное течение герпетической инфекции. Результаты исследования слезной жидкости на присутствие антител данного класса иммуноглобулинов позволяют признать перспективным определение IgA к ВПГ также в слезной жидкости ввиду высокой чувствительности указанных тест-систем. Установлена прямая корреляционная связь между прогрессированием процесса и длительным присутствием специфического IgA в сыворотке крови (через 1-1,5 месяца после окончания проводимой терапии). Такие пациенты составляют группу высокого риска развития аутоиммунного процесса, (возможно, запущенного ВПГ), что требует коррекции лечения. Количественная оценка содержания IgA дает возможность использовать данный тест для оценки эффективности терапии. Таким образом, определение IgA позволяет подтвердить активность инфекционного процесса при офтальмогерпесе в 87,5% процентах случаев независимо от локализации поражения в глазу, сделать заключение о целесообразности использования данного теста в динамике и рекомендовать его в качестве диагностических и прогностических критериев для коррекции исходов офтальмопатологии.

Сямина Ю.Н., Гузницева Н.Г., Закиров И.Г., Плотникова В.В.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА

Ижевск, Россия

Изучены клинико-лабораторные показатели у 455 больных, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице г. Ижевска с диагнозом иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ), острое течение. Из них у 73,8% (336) больных заболевание имело эритемную форму, а у 26,2% (119) – безэритемную. В половой структуре больных ИКБ было незначительное преобладание лиц мужского пола (52,1% против 47,9%) и не зависела от формы заболевания. Среди больных ИКБ преобладали лица возрастной группы

старше 45 лет (67%). Данная особенность была более выражена у больных с эритемной формой ИКБ, чем с безэритемной (80,5% против 54,6%).

Течение ИКБ у наблюдаемых больных имело в основном легкую и средне-тяжелую степени тяжести. Безэритемные формы ИКБ по сравнению с эритемной характеризовались более высокой долей тяжелых и средне-тяжелых вариантов течения заболевания (соответственно 6,7% против 0,9% и 54,6% против 39,9%). Заболевание у большей части больных проявлялось инфекционно-токсическим синдромом (62,6%), кольцевидной эритемой (73,8%), носящей в 6,6% случаях множественный характер, с лимфоаденопатией (18%) и иногда органами поражениями (24,9%). Манифестация инфекционно-токсического синдрома была более характерна для больных с безэритемными формами ИКБ, чем с эритемными (75,6% против 28,0%). Органные поражения регистрировались только при средне-тяжелых и тяжелых формах заболевания. В 5,1%(23) случаях на ранних сроках заболевания развивался безжелтушный гепатит, основная доля которых была представлена больными с эритемной формой ИКБ (22 из 23). Поражение ЦНС в форме серозного менингита отмечено в 1,5% случаях ИКБ, и было наиболее значимо для больных с безэритемной формой заболевания.

Диагноз ИКБ у больных подтверждался обнаружением антител в парных сыворотках крови (с интервалом 14 дней) методами нРИФ (с коммерческим корпускулярным антигеном производства НИИЭМ им. Н.Ф.Гамалеи с содержанием в 1мл 106 микробных тел) и ИФА (коммерческим диагностиком иммуноферментной тест-системы «НПФ «Хеликс»), позволяющим выявлять антитела класса М и G к *Borrelia burgdorferi* s.l. О количестве антител ориентировочно судили по коэффициенту позитивности (КП) теста. Среди 225 обследованных больных ИКБ антитела были обнаружены лишь у 57% из них. Высокие уровни антител (КП более 2,5) имели только 24,7% больных. У 62,9% (88) больных с эритемной формой ИКБ исследования ИФА показали негативные результаты. При безэритемной форме ИКБ позитивные результаты исследования крови в ИФА имели 90,6% больных, что очевидно связано с отсутствием других доказательных методов диагностики при данной форме ИКБ.

Таким образом, острая стадия ИКБ, помимо инфекционно-токсического синдрома и кольцевидной эритемы на коже, характеризуется появлением лимфоаденопатии у каждого пятого больного, а у каждого четвертого - другими органами поражениями. Это требует готовности широкого круга узких специалистов к первичной диагностике ИКБ. Методы лабораторной диагностики ИКБ несовершенны, позволяя подтвердить диагноз эритемных форм только в 47% случаях. В результате этого основная часть случаев заболевания безэритемной формой ИКБ может оставаться неустановленной и без лечения прогрессировать до хронической ее стадии.

Тавасиева В.Э.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА

Владикавказ, Россия

Диагностика хронического бруцеллеза на догоспитальном этапе представляет значительные затруднения. После 6 месяцев активного процесса болезнь переходит в хроническую стадию и продолжается по различным авторам до 5-6 лет (Н.Н. Островский, Ю.Ф. Щербак 1983, А.К. Сулейманова 1992, А.С. Абусуева 1999). Однако у части больных хронический бруцеллез может протекать длительно (до 10 лет), вызывая обострения и рецидивы А.П. Казанцев (1996).

Клинико-лабораторные проявления болезни были проанализированы у 726 больных хроническим бруцеллезом за период с 1991 по 2002 год.

81,6 % больных имели давность болезни от 1 до 5 лет и только 18,1% - свыше 6 лет. Из 9 больных с давностью болезни свыше 6 лет 7 находились в эндемичных очагах бруцеллеза и имели контакт с животными, поэтому не исключена возможность у какой-то части больных супер- или реинфекции.

Температура тела в периоды рецидивов повышалась до 38°C и более, но чаще нами отмечался длительный и стойкий субфебрилитет (84%), возможны так же суточные колебания температуры в пределах 1°C.

У большинства больных (86%) нами выявлена лимфаденопатия, чаще генерализованная, пальпаторно лимфатические узлы мелкие до 30-50мм, на одном и том же участке мы обнаруживали как склерозированные лимфатические узлы, так и более крупные и мягкие, что свидетельствует о генерализации процесса. Нами было выявлено 486 случаев генерализованной лимфаденопатии.

При хроническом бруцеллезе в разной степени вовлекается в процесс опорно-двигательный аппарат. Причем, наиболее частым проявлением являются артралгии с преимущественной локализацией процесса в крупных суставах нижних конечностей.

У всех обследуемых нами больных даже в период ремиссии сохранялись и даже постепенно нарастали признаки поражения вегетативной нервной системы: слабость в 526 случаях (72%), эмоциональная лабильность в 107 случаях (14,7%), снижение памяти в 34 случаях (5%), повышенная потливость 689 случаев (95%), тенденция к гипотензии в 215 случаях (30%).

Отмечались отдельные гемморогические элементы сыпи (петехии, экхимозы), на фоне имеющейся кровоточивости десен, носовых кровотечений. Сыпь появилась на 8,7± 4,5 день в период обострения болезни, обусловленная присоединением интеркуррентных заболеваний (грипп, ОРВИ) сохранялась в течение 7,7± 6,5 дней и разрешилась бесследно к 15 дню болезни. У 85 женщин (11%) нами выявлены проявления дисменореи.

Следует отметить, что у больных хроническим бруцеллезом, в отличие от острого процесса, серологические реакции выпадали далеко не во всех случаях в более низких титрах. Серологическая реакция Хеддльсона при хроническом бруцеллезе более чувствительна, чем реакция Райта. Она выпадает положительной значительно чаще.

Кроме вышеуказанных серологических реакций мы провели исследование сыворотки крови у 26 больных по реакции связывания комплимента, последняя выпала положительной у 20 больных. Интересно отметить, что у 11 заведомо больных бруцеллезом, но с отрицательной реакцией Райта, РСК выпала положительной. Это говорит о том, что при хроническом бруцеллезе реакция связывания комплимента более чувствительна по сравнению с реакцией Райта.

Некоторое диагностическое значение при хроническом бруцеллезе имеет лейкоцитарный профиль периферической крови, хотя и в меньшей степени, чем при острой форме болезни. Таким образом, продолжительность хронического бруцеллеза, по нашим данным, составляет 1-5 лет (87%). В диагностике хронического бруцеллеза наибольшее значение имели: поражения опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, органов ретикуло-эндотелиальной системы.

Тарасов А.В., Фигурнов В.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ

Благовещенск, Россия

Амурская область является западным окончанием обширного Дальневосточного региона с различными климатическими зонами и протяженной границей с Китайской Народной Республикой. Низкая плотность населения, разбросанность и отдаленность населенных пунктов, слабо развитая промышленность и сельское хозяйство создают определенные трудности в здравоохранении и, в частности, в системе оказания помощи больным с инфекционными заболеваниями.

Несмотря на экономические, финансовые трудности, в целом по области вся система помощи больным с инфекционными заболеваниями сохранилась, постепенно наращивается кадровый потенциал, активизировалась учеба врачей.

К существующим в области природным очагам клещевого энцефалита, геморрагической лихорадки с почечным синдромом, глистной инвазии добавляется серьезная опасность заноса старых и новых инфекционных болезней (ТОРС, птичий грипп, холера, малярия и др.) Это заставляет ежегодно и не по одному разу обращаться к этим проблемам на конференциях, семинарах, аттестации врачей. Учеба ведется не только путем теоретического разбора болезней, но и путем развертывания подвижного инфекционного госпиталя в сельском районе за пределами г. Благовещенска.

Основная нерешенная здесь проблема – это система оплаты при работе с особо опасными инфекциями. Пока она утверждена Правительством России только при работе в очаге ТОРС.

Следует отметить, что закон об обязательном медицинском страховании, по которому были введены страховые компании, система полисов, уже устарел и требует дополнения и обновления. Страховые компании уже не собирают, а просто распределяют деньги. И по некоторым пунктам деятельности этих компаний чем хуже работаешь, тем больше можешь получить денег. Кроме этого, размещение и уровень оснащения этих компаний гораздо выше и лучше, чем тех, кто зарабатывает деньги практической медицины, так как действенного контроля за расходованием денег не существует.

Несмотря на опасность новых и старых инфекционных заболеваний, тенденция к сокращению инфекционных коек остается. Это связано прежде всего с тем, что система зарабатывания денег на больных привела к лечению некоторых инфекций (грипп, ОРЗ, хронические вирусные гепатиты и др.) на участке и в соматических стационарах. Мы считаем, что этот процесс должен жестко контролироваться и пресекаться местными органами здравоохранения.

В настоящее время основой оказания помощи больным являются отраслевые стандарты, составленные с учетом региональных особенностей.

Мы считаем, что в перечень назначаемых методов диагностики и лечения, в обязательном порядке должны включаться и результаты научных достижений региональных медицинских ВУЗов и НИИ.

Тарасова Л.С., Городин В.Н., Блажняя Л.П., Шачина О.А., Арапов Ю.П., Беляк Г.М.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Краснодар, Россия

В Краснодарском крае актуальность проблемы обусловлена формированием на его территории природного очага иксодовых клещевых боррелиозов, значительным увеличением в последние годы числа выявленных случаев лайм-боррелиоза, выраженной патологией со стороны нервной системы и опорно – двигательного аппарата.

Заболееваемость в крае лайм-боррелиозом в 2005 году, в сравнении с 2004 годом, увеличилась почти в 2 раза (интенсивный показатель 0,62 до 0,33 на 100 тыс. населения соответственно).

Под нашим наблюдением в течение 2000-2005 гг. в ГУЗ «СКИБ» (краевая инфекционная больница) находилось 55 больных с диагнозом клещевой боррелиоз. Среди наблюдавшихся больных в возрасте от 20 до 69 лет женщин было 28 (50,9%), мужчин 27 (49,1%). Лабораторная верификация диагноза осуществлялась в лаборатории Новороссийской противочумной станции. Материалом для исследований были парные сыворотки крови, спинномозговая жидкость. Использовались прямой микроскопический метод и сочетание классических серологических методов диагностики (РНИФ и ИФА). Положительные результаты в различные сроки болезни получены у 42 пациентов (76,4%). У 13 больных диагноз выставлен только на основании клинико-эпидемиологических данных.

Эпидемиологический анамнез уточнен у всех заболевших. Больше половины больных (30 человек, 54,5%) указывали на факт присасывания клеща в разные сроки от начала клинических проявлений болезни, остальные 25 человек (45,5%) – отрицали это. Во всех случаях в анамнезе отмечена связь заболевания с пребыванием в лесу, на дачном участке, в парке, в горной местности, на побережье Черного моря. У 47 больных (85,5%) отмечена весенне-летняя сезонность лайм-боррелиоза с пиком заболеваемости в конце мая – начале июня.

В клинике преобладало острое течение заболевания, которое наблюдалось у 50 больных (90,9%), хроническое течение в 5 случаях (9,1%). Локализованная форма лайм-боррелиоза выявлена в 26 (47,3%), генерализованная в 29 случаях (52,7 %). Течение заболевания было лёгким у 5 больных (9,1%), среднетяжёлым у 37 больных (67,3%), тяжёлым у 13 больных (23,6%).

У 18 пациентов (69,2%) появление мигрирующей эритемы было сопряжено с признаками синдрома общей интоксикации, проявления которого были умеренно выражены, в виде повышения температуры тела до субфебрильных цифр, общей слабости, разбитости, мышечных и суставных болей. Однако, основным клиническим симптомом было появление покраснения кожи вокруг места присасывания клеща, которое сопровождалось зудом, чувством жжения, болезненностью. Инфильтрация в месте укуса клеща и регионарная лимфоаденопатия наблюдалась у половины обследуемых больных.

Генерализованная форма лайм-боррелиоза отмечалась у 29 пациентов, у 26 из них протекала в безэритемной форме. Для этих больных была характерна высокая степень интоксикации (повышение температуры тела до 38 – 39,0 С, головная боль, тошнота, рвота). В 19 случаях диагностирован нейроборрелиоз в виде менингита (10), менингоэнцефалита (8), радикулоневрита (1). У 3-х пациентов мигрирующая эритема с выраженным интоксикационным синдромом сочеталась с поражением опорно-двигательного аппарата в виде специфического моно- и/или полиартрита.

Основная часть больных (36 человек) выписаны с выздоровлением, в 17 случаях - с улучшением, два человека были переведены в другие стационары.

Терещенко И.П., Малкова Е.М., Гришаева О.Н., Гришаев М.П., Краснова Е.И.

ВЫДЕЛЕНИЕ ДНК ТОХОПЛАЗМА GONDII В ТКАНЕВЫХ ОБРАЗЦАХ У ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Новосибирск; п. Кольцово, Новосибирской области, Россия

В структуре перинатальных инфекций особое место занимает токсоплазмоз. Заражение беременной женщины на ранних сроках гестации может привести к внутриутробной гибели плода, самопроизвольному выкидышу, мертворождению или рождению ребенка с клиникой хронического врожденного токсоплазмоза, формированию пороков развития. Одним из информативных методов диагностики является выявление антигенов методом ПЦР. Анализ ДНК в архивных образцах, позволяет предположить роль возбудителей в формировании пороков развития органов и систем.

Всего проведено 78 клинико-морфологических наблюдений, из них 31 выкидыш на сроках беременности от 18 до 27 недель, 10 мертворожденных и 37 детей с пороками развития различных органов и систем, умерших в неонатальный период. Исследованы 260 парафиновых блоков аномальных органов. ДНК *Toxoplasma gondii*, выделялась методом ПЦР с использованием тест системы «ВектоТоксо-ДНК-ампли-100» (производство ЗАО «Вектор-Бест»), параллельно определяли ДНК вируса простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типа и цитомегаловируса (ЦМВ).

ДНК токсоплазмы обнаружена в 23 наблюдениях (29,4 %). В группе выкидышей положительные результаты получены в 14 случаях (45,0 % в группе), у мертворожденных детей - в трех (30,0 %) и у умерших детей с врожденными пороками развития - в 6 (16,0 %). Изолированно ДНК токсоплазмы выделена в 5 наблюдениях (21,7 %) у плодов и мертворожденных детей. В остальных случаях (78,3 %) найдена ДНК нескольких возбудителей. Сочетание *Toxoplasma gondii* с ВПГ 1 типа встречалось в 9 случаях; с ЦМВ – в двух; одновременно три патогена обнаружены у 7 детей с пороками развития. Наиболее часто нуклеиновый материал токсоплазмы выделялся из миокарда и ткани печени (18 образцов), реже из ткани головного мозга (7 образцов), почек (2 образца) и легких (1 образец). В группе выкидышей в структуре пороков преобладали поражения головного мозга (64,2 %) в виде

акрании, анэнцефалии, спино-мозговой грыжи, гипоплазии мозжечка, гидроцефалии, кист сосудистых сплетений. Изолировано ДНК токсоплазмы выделена в трех наблюдениях при пороках головного мозга, в одном случае при пороке развития почек в сочетании с гепатитом, в остальных случаях определялась ДНК нескольких возбудителей. В группе мертворожденных детей в двух случаях обнаружены пороки развития почек, в одном – порок развития желудочно-кишечного тракта. В структуре пороков у детей, умерших в неонатальный период, выделивших ДНК токсоплазмы, пороки ЦНС наблюдались только в 33,3 % случаев, преобладали пороки сердца (66,6 %) в сочетании с аномалиями почек.

Таким образом, выделение ДНК токсоплазмы из тканей у детей с пороками развития подтверждает роль данного возбудителя в структуре врожденной патологии. Высокий процент обнаружения *Toxoplasma gondii* в группе выкидышей выделяет ее значение среди причин невынашивания беременности. Генерализованный характер инфекции подтверждает выделение нуклеинового материала из различных органов. Наибольшее значение токсоплазма сохраняет в формировании пороков ЦНС, в особенности гидроцефалии. Не исключена роль данного возбудителя и в формировании аномалий сердца и почек. Приоритет инфекционного агента в формировании определенного порока развития при сочетании нескольких возбудителей затрудняет определение взаимосвязи внутриутробных инфекций и врожденных пороков развития.

Терских И.А., Гнездилов А.А.
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОЛОГИИ
В ОПТИМИЗАЦИИ МОНИТОРИНГА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ**
Курск, Россия

Среди всего многообразия задач, возникающих перед практическими врачами, остро стоит вопрос о качественной и количественной диагностике заболевания вирусными гепатитами, поскольку по критериям распространенности, склонности к рецидивному течению и хронизации они занимают одно из ведущих мест в мире. Как свидетельствуют статистические данные, только вирусом гепатита В инфицировано около 300 миллионов человек.

Существующие методы диагностики вирусного гепатита основаны на инвазивных методах исследования: биохимические и серологические исследования крови, биопсия печени.

В то же время необходимы более безопасные и менее травматичные методы диагностики вирусных гепатитов, позволяющие проводить мониторинг и оценку состояния здоровья большого количества людей и при этом обеспечивающие высокую достоверность. Это прежде всего методы рефлексологии.

На основе проведенных нами исследований связи заболевания гепатитом с изменениями электрических характеристик соответствующих биологически активных точек (БАТ) нами предложен метод диагностики и прогнозирования заболевания гепатитом. Целью исследования было повышение эффективности и оперативности подтверждения или исключения диагноза гепатит, а также прогнозирование течения болезни.

В исследование было включено 120 больных с предварительным диагнозом “гепатит вирусной этиологии” в возрасте 15-65 лет, из них мужчин 70 человек и 50 женщин. Исследование проводилось при поступлении больного в стационар, в процессе его лечения и перед выпиской. Диагноз “гепатит” был поставлен 110 больным по результатам общепринятых методов обследования. При использовании предложенного нами метода диагноз “гепатит” был поставлен правильно у 86% обследованных. В процессе лечения производился мониторинг электрических параметров БАТ. Было установлено, что изменение электрических характеристик БАТ в сторону приближения к норме отмечалось на 1-3 дня раньше, чем параметры традиционных методов исследования.

Результаты мониторинга электрических параметров БАТ в процессе лечения позволили корректировать проводимые лечебные мероприятия, переходя на более “мягкие” средства терапии, уменьшить медикаментозную нагрузку, а так же сократить сроки пребывания в стационаре.

Проведенные исследования эффективности применения оперативного подтверждения или исключения диагноза гепатит по электрическим показателям БАТ показывает целесообразность и перспективность применения данного метода для оперативной диагностики заболевания гепатитом, что особенно актуально при массовом обследовании населения, особенно в период ухудшения эпидемиологической ситуации в регионе.

Тимочко В.Р., Курлович Н.А., Кашуба Э.А., Тимохина Т.Х., Варницына В.В.
**ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ**
Тюмень, Россия

Генетически детерминированное преобладание Th1 или Th2 варианта иммунного ответа имеет различные механизмы реализации микробного киллинга. В свете этих представлений актуально выявление взаимосвязи развития клинических форм гнойно-септического процесса и доминирующего типа иммунного ответа.

Цель исследования – выявить особенности перестройки цитокинового профиля плазмы крови при различных формах стафилококковой инфекции.

У пациентов в возрасте 20-45 лет с отграниченным (1 группа), разлитым (2 группа) воспалением мягких тканей, а также с генерализованной формой воспаления (3 группа) определена концентрация цитокинов (ИЛ 1, 2, 4, 6, 8, 10, ФНО- α) в плазме крови. Также обследована группа пациентов (4 группа) со злокачественными новообразованиями, у которых после хирургического лечения развилось распространенное гнойное воспаление (эмпиема плевры, гнойный перитонит и т.д.). Контрольную группу составили здоровые добровольцы 20-45 лет. Во всех группах пациентов этиологическим фактором патологического процесса явился золотистый стафилококк, по совокупности биологических свойств, не являющийся госпитальным.

При локализованном воспалении содержание в плазме ИЛ-1 увеличено в 3,2 раза, ИЛ-6 – в 16,3, ИЛ-8 – в 4,7, ФНО- α - в 23,5 раза по сравнению с контрольной группой. В группе пациентов с распространенным воспалением концентрация ИЛ-1, ИЛ-8, ФНО- α , выше, чем в контрольной и 1-й группах, а количество ИЛ-6 в плазме крови у этих пациентов ниже в 1,5 раза, чем у пациентов с локализованным воспалением. Похожая картина наблюдается и при генерализованном воспалении, когда наряду с наиболее высокими концентрациями ФНО- α и ИЛ-1, относительно других групп, выявлено снижение количества ИЛ-6 по отношению к 1-й и 2-й группам, а также ИЛ-8 по отношению ко 2-й группе обследуемых. У пациентов с локализованным воспалительным процессом наблюдается увеличение концентраций цитокинов, вырабатываемых Th1- и Th2-лимфоцитами, но большую роль, в сравнении с контрольной группой, приобретает Th1 – ответ. При распространенном воспалении продукция Th2-цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10) возрастает значительно больше, чем у пациентов с локализованным воспалением, но это происходит на фоне снижения концентрации Th1-цитокина (ИЛ-2). В группе пациентов с септическим процессом уровень ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10 в плазме крови ниже, чем в группе обследуемых с распространенной формой воспаления, но тем не менее выявлено преобладание Th2-ответа.

В группе онкобольных определяется наиболее низкие концентрации ИЛ-8, ФНО- α в плазме крови. Средняя концентрация ИЛ-1 практически равнозначна таковой при локализованном воспалении. Концентрация ИЛ-6 напротив более близка к данным пациентов с септическим процессом. Уровень ИЛ-2, приближен к таковому у пациентов с сепсисом, концентрации ИЛ-4, ИЛ-10 не многим отличаются от концентраций соответствующих цитокинов у пациентов с локализованным воспалением. Соотношение концентраций цитокинов выявляет преобладание Th2-ответа.

Таким образом, на фоне гнойно-септических осложнений стафилококковой этиологии происходит выраженная стимуляция продукции монокинов и лимфокинов. Распространенные и генерализованные формы стафилококковой инфекции протекают на фоне преимущественной стимуляции Th2 иммунного ответа. У пациентов с онкопатологией распространение и генерализация инфекционного воспаления потенцируется недостаточной продукцией монокинов.

Тихомирова О.В., Лачкова Л.В., Кветная А.С.

РОЛЬ КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА В СТРУКТУРЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Санкт-Петербург, Россия

Бактерии рода *Campylobacter* сегодня считаются одной из основных причин острых кишечных инфекций (ОКИ) бактериальной этиологии у жителей развитых стран. В России проблема этого зооантропоноза только вступает в стадию интенсивного изучения, поэтому трудности бактериологической диагностики и недостаточное введение современных лабораторных методик выявления зачастую приводит к низкой регистрации кампилобактериоза, не отражающей истинную частоту этой инфекции.

Параллельное использование двух методов выявления кампилобактериоза – культурального (посев кала на селективную среду) и молекулярно-биологического (ПЦР в кале) у детей от 1 месяца до 16 лет, госпитализированных с ОКИ в клинику НИИ детских инфекций в 2003-2005 гг. показало, что доля кампилобактериоза в структуре инвазивных диарей составляет 17-20%, являясь сравнимой с частотой шигеллеза (16-19%) и сальмонеллеза (31-44%). Возрастной пик инфицирования кампилобактером приходился на период 1-3 года (54%). Заболевание в 83% случаев протекало по колитическому варианту с развитием диареи по типу инвазивной и воспалительными изменениями в гемограмме и копроцитограмме. Симптомы дистального колита (тенезмы, спазм и болезненность сигмовидной кишки) отмечались у 65% детей этой группы, видимые примеси крови в стуле – в 46%. У 28% детей стул приобретал характер «ректального плевка». Характерной для среднетяжелых форм была быстрая нормализация самочувствия при сохранении диареи до 5-8 дней. Гастроэтеритический вариант с водянистым характером стула выявлен у 17%, причем у детей старше 4-х лет отмечена меньшая продолжительность диареи по сравнению с колитическим вариантом (до 2-3 дней) на фоне невыраженного общеинфекционного синдрома. Особенностью кампилобактериоза у детей старше года явился выраженный абдоминальный болевой синдром, интенсивность которого у 8% детей требовала исключения хирургической патологии. Тяжелые формы инфекции отмечены у 9%, во всех случаях заболевание протекало по

колитическому варианту, причем у половины детей тяжесть была обусловлена проявлениями нейротоксикоза. Затяжное и рецидивирующее течение отмечено у 8%, повторное выделение возбудителя наблюдалось у 27% вне зависимости от возраста пациента и клинического варианта.

Прогностически неблагоприятным в плане формирования затяжного бактериовыделения было низкое содержание общего IgA в кишечном секрете в острый период ($1,4 \pm 0,4 \text{ Log}_2$), угнетение роста бифидофлоры менее 6 Log/гр и снижение титра полноценных эшерихий менее 4 Log/гр с замещением на условно-патогенную флору в титрах свыше 5 Log/гр . Напротив, у детей с быстрой санацией титр общего IgA в копрофильтратах острого периода составил $2,6 \pm 0,32 \text{ Log}_2$ ($p < 0,05$), а уровни индигенной анаэробной флоры и нормальных сапрофитов снижались по отношению к норме не более, чем на $1-2 \text{ Log/гр}$. Динамика прироста IgA в парных копрофильтратах в ходе инфекционного процесса при быстрой санации была значимой ($4,51 \pm 0,44 \text{ Log}_2$, $p < 0,001$), тогда как при затяжной персистенции возбудителя различий в уровнях IgA в 1-3 дни и 10-14 дни заболевания не выявлено ($2,17 \pm 0,33 \text{ Log}_2$, $p = 0,11$).

Выявлен высокий уровень резистентности полученных штаммов к традиционно используемым при ОКИ этиотропным препаратам: к налидиксовой кислоте были устойчивы 89%, к цефотаксиму 92%, к гентамицину - 96%, нетилмицину - 82%. Уровень полирезистентных штаммов составил 68%. Показана хорошая чувствительность к макролидам (эритромицин - 82%, азитромицин - 94%) и ципрофлоксацину - 100%. Клинически выявлено достоверное ($p < 0,05$) сокращение в 1,5-2 раза продолжительности общеинфекционного синдрома и длительности гемоколита при использовании азитромицина (Хемомицин, Немофарм, Югославия) по сравнению с терапией цефотаксимом, нетилмицином, налидиксовой кислотой. Отсутствие санации после первого курса антибактериальной терапии составил при применении хемомицина 10%, в случаях использования альтернативных препаратов - 39%, 40% и 43% соответственно (различия значимы при $p < 0,05$).

Ткаченко Т.Н., Фишман Б.Б., Буланьков Ю.И., Зигаленко Д.Г., Орлова Е.С.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Великий Новгород, Санкт-Петербург, Россия

Применение надежных психодиагностических методик позволяет выявить психические расстройства и провести эффективную коррекцию лечения у ВИЧ-инфицированных. Нами проведено комплексное психологическое обследование 110 ВИЧ-инфицированных жителей Великого Новгорода и Новгородской области (49 женщин и 71 мужчина).

Использование теста ТОБОЛ (ЛОБИ) показало, что среди ВИЧ-инфицированных наблюдается смешанный тип реагирования на выявление ВИЧ-инфекции, включающий черты эйфорического, сенситивного и апатического типов. Причем эйфорический тип более выражен у женщин, а апатический - у мужчин. Это указывает на то, что назначение антиретровирусной терапии должно проводиться с учетом типа отношения к болезни с целью соблюдения режима и эффективности терапии.

Тест Басса-Дарки позволил нам выявить особенности поведенческих реакций ВИЧ-инфицированных, связанных с превалированием физической агрессии у мужчин и вербальной агрессии как у мужчин, так и у женщин. Чувство вины и аутоагрессии более выражено среди женщин. Интегральный показатель поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных также указывает на превалирование индекса агрессивности и враждебности у мужчин и преобладание в целом индекса агрессивности.

Для оценки выявления преморбидной психиатрической симптоматики непсихотической этиологии нами был использован популяционный тест GHQ-28. Так, в группе ВИЧ-инфицированных высокие показатели плотности Гаусса отмечены по шкале депрессии, как в мужской, так и в женской субпопуляции. По сравнению с контрольной группой у мужчин отмечено наличие более высоких уровней соматизации и тревоги.

При использовании шкалы Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина получены высокие уровни личностной тревожности, которые предположительно являются субклиническими формами тревоги и депрессии. При анализе психосоматических нарушений у ВИЧ-инфицированных были использованы шкала депрессии Бека и Цунга и госпитальная шкала HADS. Нами было установлено, что особенностью психического статуса ВИЧ-инфицированных является коморбидность эндогенной депрессии, что требует практического внедрения методов ее диагностики и коррекции.

При анализе данных психометрического тестирования необходимо учитывать, что обследованы ВИЧ-инфицированные лица на ранней стадии ВИЧ-инфекции, таким образом, полученные результаты применимы только для ранних этапов прогрессирования состояния, учитывая нарастание тяжести и появление нейропсихических расстройств, связанных с органическими причинами. Таким образом:

1. Залогом успешной терапии и профилактики ВИЧ-инфекции является принцип комплексности подхода, включающего в себя широкий спектр психотерапевтических, социально-реабилитационных мероприятий.

2. Учитывая, что наиболее вероятным прогнозом дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции является экспоненциальный рост заболеваемости, а также высокий уровень агрессивности и враждебности у ВИЧ-

инфицированных, необходимо проведение профилактических мероприятий, ориентированных, прежде всего, на ВИЧ-инфицированных и снижение поведенческих рисков в этой популяции.

3. Системная профилактика ВИЧ-инфекции может быть эффективной при условии организации адекватной психокоррекции поведенческих реакций и психических нарушений у ВИЧ-инфицированных.

4. В клинической практике при назначении антиретровирусной терапии целесообразно учитывать тип отношения к болезни, а также распространенность соматогенных депрессий и коморбидных состояний у ВИЧ-инфицированных.

Тойчуев Р.М.

ПРОЛЕМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В УСЛОВИЯХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Кыргызская Республика

В последние годы в структуре биотерроризма ведущее место занимает сибирская язва (СЯ). Эта объясняется тем, что СЯ палочки в окружающей среде могут находиться более 80 лет, сохраняя способности выживать.

По данным Д.Ш. Гайбулина и соавт. (2002) почвенных очагов СЯ в Кыргызской республике в 2002 году составило 1159. Из них на юге республики 680 что составляет 58,67%. Из них не найдены места локализации составляющие 41,3%.

В то же время за 6 лет (1996-2001 гг.) зарегистрировано в 1.5 раза больше случаев сибирской язвы в сравнении с предшествующим 6 летним периодом (1990-1995 гг.), составив 128 случаев против 79. А заболеваемость сельскохозяйственных животных 1991-2001 гг., выросла более чем 1,6 раза, составив 161 случаев против 100 за аналогичный период. Все случаи зарегистрированы на юге Кыргызстана из них: в Ошской области соответственно 86 и 47 случаев, в Жалалабадской области 75 и 53 случая. (Д.Ш. Гайбулина и соавт. 2002). За последние 4 - (2002-2005) года на юге республики зарегистрировано 83 случая СЯ.

Высокая заболеваемость на юге связана в первую очередь с жарким климатом, разнообразием почвенного слоя, расположенных от 300 до 7400 метров над уровнем моря, который создает оптимальные условия для сохранения, роста и размножения различных микроорганизмов во внешней среде. Кроме того, в условиях юга Кыргызстана более 60% СЯ очаги расположены в местах загрязненных пестицидами, ядохимикатами, солями тяжелых металлов, табачными алкалоидами, радионуклидами и с повышенными радиационными фонами др. которые приводят к изменению на генном уровне, в первую очередь, микроорганизмов. Об этом свидетельствуют вспышки брюшного тифа среди населения употреблявших речную воду из реки Майлуусуу в 2002-2005 годах. При этом выявить брюшнотифозную палочку в воде местным бак лабораториям не удалось т. к. они были видоизмененными.

В экологическом аспекте особую тревогу вызывает 19 СЯ очагов (из них 3- не найденных), расположенные на территории г Майлуусуу (где ранее добывался уран) т.е. в местах с повышенным радиационным фоном. Радиационный фон некоторых СЯ очагах (не огражденных, расположенных по ходу селевых потоков на крае водостока, во дворе жилых домов) достигает до 150 мкР/час, а содержание радона в воздухе 1024 Бк/м³, содержания урана в воде превышает более 1000раз ПДК. Здесь зарегистрирован 1 случай СЯ с летальным исходом. В тех же зонах регулярно происходит природные катаклизмы; обвалы, землетрясения, оползни, селевые потоки попадающие через реку Майлуусуу в Сыр-Дарью, т.е. возникает опасность распространения СЯ палочек водным путем. Все эти проблемы требует решения на межгосударственном уровне.

Токмаков В.С., Зеткин А.Ю., Кобылкин Д.В., Павлович Д.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ ЗА КАЧЕСТВОМ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Санкт-Петербург, Россия

Вирусные гепатиты на протяжении нескольких десятилетий остаются одной из ведущих проблем военной медицины и рассматриваются как «угроза здоровью нации».

Вторая половина 90-х годов характеризовалась рекордными показателями заболеваемости молодежи острыми вирусными гепатитами с гемоконтактным механизмом передачи (ГВ, ГС). Результатом этого процесса является рост числа хронических форм вирусных гепатитов и резкое увеличение количества носителей HBsAg и антител к вирусу гепатита С, из которых 65-70 % при углубленном обследовании относятся к категории больных хроническим гепатитом.

В настоящее время регистрируется очередной подъем многолетней динамики заболеваемости и вирусным гепатитом А (ГА). В последние годы отмечается сдвиг возрастной структуры больных ГА с 3-6 лет на возрастную группу 15-29 лет.

Вышеперечисленные факторы обусловили кардинальное изменение этиологической структуры острых и хронических форм вирусных гепатитов за счет увеличения доли микст-инфекций. Максимальные показатели частоты микст-гепатитов регистрируются среди мужчин призывного возраста (15-29 лет).

Полная дифференциальная диагностика вирусных гепатитов подразумевает определение всего спектра серологических маркеров и использование ряда подтверждающих тестов, что требует значительных материально-технических затрат. С другой стороны, отсутствие минимально необходимого спектра маркеров приводит к рутинному скринингу на HBsAg и антитела к HCV, что необходимо расценивать как случай неполной серологической диагностики.

В ходе выполнения НИР «Критерии качества этиологической диагностики и совершенствование учета вирусных гепатитов у военнослужащих», шифр «Критерий» изучены материалы 271 истории болезни пациентов 442 ОВГ, проходивших лечение по поводу различных форм вирусных гепатитов. Исследованы данные эпидемиологического анамнеза, этиологическая структура, спектр маркеров вирусных гепатитов, назначаемых больным острыми и хроническими формами вирусных гепатитов, и соответствие объема диагностических исследований методическим рекомендациям ГВМУ (Дифференциальная лабораторная иммунодиагностика вирусных гепатитов. – М., 2002. – 78 с.).

Установлено, что перечень используемых для диагностики маркеров вирусных гепатитов не позволяет дифференцировать даже моно-инфекции вирусных гепатитов, а существующие отчетные формы учета заболеваемости вирусными гепатитами не соответствуют современным требованиям (МКБ – 10). Впервые в ВС предложены критерии оценки полноты проведения дифференциальной диагностики вирусных гепатитов методом иммуноферментного анализа. Разработаны предложения по совершенствованию номенклатуры регистрируемых форм вирусных гепатитов в ВС РФ.

Введение единых требований к объему исследований больных различными формами вирусных гепатитов позволит объективизировать оценку качества работы лабораторий и данные об этиологической структуре вирусных гепатитов в войсках. Расширение перечня регистрируемых форм вирусных гепатитов будет служить дополнительным стимулом к проведению максимально-полной дифференциальной диагностики вирусных гепатитов. Решение этой задачи уменьшит число неполных или ошибочных диагнозов, повысит качество и эффективность противоэпидемических мероприятий.

Толоконская Н.П., Казакова Ю.В., Проворова В.В., Дружинина Е.В.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ИСХОДНОГО СТАТУСА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Новосибирск, Россия

Регион Западной Сибири представляет собой природный очаг клещевого энцефалита (КЭ), что означает невозможность управления этой инфекцией человеком. Сутью медицинской проблемы остаются нерешенные вопросы раннего прогнозирования характера течения болезни, что прежде всего необходимо для дифференцированного подхода к терапии на ранних стадиях КЭ. Совокупность симптомов острой фазы КЭ болезни не информативна в этом плане. При условии инфицирования одним и тем же генотипом вируса формируются различные варианты инфекции от иннапарантных до очаговых с летальным исходом (Леонова Г.Н., 2002). Стремление разобраться в истинных причинах, определяющих вариант и исход болезни заставляет искать дополнительные мотивы трансформации биологических возможностей организма.

Нами проведен клинический анализ 181 случая КЭ у взрослых пациентов, находившихся на лечении в МИКБ №1 г. Новосибирска в эпидемические сезоны 2004 - 2005 г.г. Применена разработанная нами на основе теории гомеостатологии (Reckeweg Н.-Н., 1975) система расширенной совокупной клинической оценки случая, что предполагает учет всего спектра патологических проявлений, в том числе и не имеющих известного отношения к КЭ в масштабе жизни человека. Среди заболевших КЭ преобладали мужчины (66 %). В возрастной структуре больных КЭ преобладали пациенты старше 40 лет (59,6 %), развитие очаговых форм преимущественно в старшей возрастной группе (старше 50-60 лет). Заболевание у большинства пациентов начиналось остро и в первые 2-3 дня имело сходные проявления для всех клинических форм. Очаговые симптомы регистрировались на 3-7 день болезни. Большинство заболевших имело исходную сложную, сочетанную соматическую патологию с преобладанием дегенеративных процессов в органах и тканях с нарушением их функций и устойчивых нарушений кровообращения (ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ЖКБ, МКБ, ХПН и т.д.). Свидетельством глубоких нарушений в системе защиты являлось появление этих заболеваний уже с молодого и даже школьного возраста (66%). Подтверждением негативных изменений в реактивности организма было отсутствие каких либо острых заболеваний (ОРВИ, пневмонии) с лихорадкой на протяжении последних 10 лет жизни, предшествующих настоящему заболеванию. Так, у пациентов с лихорадочной формой КЭ отсутствовали острые заболевания у 33%, менингеальной формой – 42%, у очаговой 50%. У значительной части пациентов до заболевания КЭ имелось исходное поражение ЦНС (сотрясение головного мозга, ЧМТ в анамнезе, эпилепсия, ишемический инсульт) при очаговой форме 67%, а в случаях лихорадочной и менингеальной форм – у каждого третьего (31 и 38 % соответственно). У всех умерших пациентов без исключения сочетались поражения ЦНС и другая соматическая патология дегенеративного характера.

Сочетанная соматическая патология дегенеративного характера и исходное поражение ЦНС, в условиях негативных изменений реактивности организма должна рассматриваться в качестве одного из ведущих мотивов

формирования варианта течения инфекции и тяжести болезни. В сложившихся биологических условиях, к числу которых относится исходная эндогенная интоксикация и нарушение соматической регуляции, вирус КЭ как инфекционный агент становится лишь фактором дополнительной агрессии. Углубленное изучение соматического статуса заболевших на ранних стадиях КЭ позволит прогнозировать тяжелое течение и исход болезни, дифференцированно подойти к терапии и создать в дальнейшем эффективную систему профилактики.

Транквилевский Д.В., Гапонов С.П., Ткаченко Е.А., Степкин Ю.И., Чубирко М.И.
**О ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ
С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ЗИМНИЙ ПЕРИОД**
Воронеж, Москва, Россия

Проблема природно-очаговых зооантропонозов является актуальной на сегодняшний день. Ежегодно в Российской Федерации регистрируются случаи заболевания людей геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), туляремией, бешенством, лептоспирозом, боррелиозом, клещевым энцефалитом и др. Имеют место и смертельные случаи. Так, при ГЛПС смертность по разным источникам составляет от 2 до 12%, при лептоспирозе – в среднем 6%. Бешенство – неизлечимый зооантропоноз.

Одной из задач санитарно-эпидемиологического надзора является профилактика природно-очаговых инфекций на территории РФ. Считается, что они непредсказуемы и способны вызывать чрезвычайные эпидемиологические ситуации, борьба с которыми трудна или невозможна. Поэтому, готовность всех заинтересованных служб и ведомств играет ключевую роль при ликвидации вспышек природно-очаговых инфекций.

В настоящее время в системе Роспотребнадзора мониторинг и прогнозирование эпизоотологической ситуации в природных очагах инфекций ведут зоолого-эпидемиологические группы (зоогруппы). С 2002 по 2005 годы на территории Воронежской области с этой целью зоогруппой было выдержано 48010 ловушко-суток в различных станциях (открытых и закрытых луго-полевых, лесокустарниковых, околоводных и в населенных пунктах). Во время учетов добыто 8749 мелких млекопитающих (ММ). При исследовании в ИФА 7513 ММ, у 7,55% отмечен антиген хантавирусов. Динамика численности ММ и активность природных очагов зооантропонозов на территории области характеризуются цикличностью, зависят от различных абиотических и биотических факторов среды обитания, в том числе антропогенного характера. После пика численности ММ, прошедшего в 2001 году, когда зимой 2001 – 2002 года был зарегистрирован подъем заболеваемости ГЛПС, с 2003 года на территории области происходило увеличение численности ММ до зимы 2004 – 2005 года. Нами была отмечена характерная черта соотношения видов ММ весной 2004 года, когда серые полевки *Microtus* составляли в открытых луго-полевых станциях 74,2% и в закрытых – 90,5% от всех добываемых зверьков. Летом и осенью в этом году количество серых полевок уменьшалось на фоне увеличения в отловах полевых мышей *Ar. agrarius*. В открытых луго-полевых станциях летом 2004 года доля полевых мышей составляла 27,9%, осенью – 48,6%, зимой 2004 – 2005 года в скирдах – 79,3%. Одновременно с увеличением количества полевых мышей происходило увеличение числа особей у которых был определен антиген хантавирусов. Летом полевые мыши – хантавирусоносители составляли 11,6%, осенью 8,8%, зимой 37%. В середине ноября 2004 года нами был подготовлен прогноз эпизоотологической ситуации и показана существующая угроза заболеваемости ГЛПС среди населения в предстоящий холодный период. В декабре – апреле 2004 – 2005 года зарегистрировано 27 больных ГЛПС. В 2005 году практически повсеместно численность ММ уменьшилась в несколько раз. Однако летом этого года отмечалась высокая относительная численность полевой мыши в открытых луго-полевых и околоводных станциях в окрестностях населенных пунктов, где регистрировалась заболеваемость туляремией среди населения. У этих полевых мышей определяли антиген хантавирусов (до 14,3% серо-позитивных особей). На основании этого был сделан неблагоприятный прогноз по заболеваемости ГЛПС на зимний период 2005 – 2006 года, а в конце ноября и декабре 2005 года было зарегистрировано 2 больных ГЛПС.

Заболеваемость ГЛПС в Воронежской области за последние 5 лет регистрировалась на территории лесостепной провинции Окско-Донской низменной равнины с пиком в зимний период. Относительную численность и количество зараженных хантавирусом полевых мышей в течение года можно считать прогностическим показателем возникновения заболеваемости ГЛПС среди населения.

Трихлеб В.И., Городецкий М.М., Козловский Н.Г., Мороз Е.Д.,
Грушкевич В.В., Прусский В.А, Бабенко О.А., Горчук Г.О.
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Киев, Украина

Парентеральные вирусные гепатиты у лиц молодого возраста остаются одной из актуальных проблем инфекционистов.

С целью изучения данного вопроса было проведено обследование доноров в возрасте 18 – 25 лет. Антитела к ВГС определялись среди доноров в 2002г - у 3,8%, в 2003 – у 4,7%, в 2004г - у 2,6%; антитела к ВГВ – в 2002г – у 2,4%, 2003г. – у 2,2%, 2004г. – у 2,5%.

Была обработана 331 история болезни, больных с хроническими вирусными гепатитами из различных областей Украины. Из них, у 21 был установлен ХВГВ; у 278 – установлен ХВГС, у 21 - ХВГВ+ВГС, у 10 - ВИЧ+ВГВ+ВГС, у 1 - ВИЧ+ВГС. 64,05% из них были выявлены при обследовании как доноров.

При изучении эпидемиологического анамнеза установлено, что у 55% лиц имели место беспорядочные половые контакты, 45% - лечились у стоматолога, 25% - ранее были прооперированы, 12,5% - имели татуировки, которые были выполнены самостоятельно, 9,3% - получали длительные курсы инъекций, 8,8% лечились по поводу различных заболеваний, у 3,02% - ранее перенесенный вирусный гепатит, 2,1% - выполнялись ФГДС, 2,4% - употребляли наркотики, 4,6% получали гемотрансфузии, у 4,6% не было выявлено каких-либо эпидемиологических причин.

Предъявляли жалобы на болезненность в суставах – 0,9%, боль пояснице – 0,9%, повышенную возбудимость – 2,1%, нарушение сна – 1,2%, неустойчивое настроение – 2,4%, общую слабость – 4,8%, боль в подреберье – 6,9%, одышку – 0,9%, боль в сердце – 1,2%, тошноту – 0,3, зуд в коже – у 0,3%.

При обследовании – сыпь выявлялась у – 0,6%, увеличение л/узлов - у 0,6%, брадикардия – у 5,1%, тахикардия – у 0,3%, увеличение печени – у 2,4%, желтуха – у 0,6%, увеличение селезенки – у 0,3%.

Были выявлены сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит, язвенная болезнь – 7,3%, панкреатит – 0,3%, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей – 1,2%, лишай – 1,2%, астеноневротическое состояние – 1,8%, сифилис – 0,9%, уретрит – 0,3%, хронический тонзиллит – 1,2%, диффузный зоб – 0,3%, арахноидит – 0,3%, пиелонефрит – 0,3%, НЦД – 1,2%, ревматизм – 3,3%, вазомоторная цефалгия – 0,3%, лейкоз – 0,3%, наркомания – 2,4%.

По данным УЗИ – нормальные размеры печени – у 77%, увеличение размеров печени – у 23%, повышенная эхогенность - у 45,6%; увеличение селезенки - у 3,02%.

У 49,5% из них - нарушения функций печени выявлено не было, у 36,3% - незначительное, у 14,2% - умеренное. Увеличение тимоловой пробы, щелочной фосфатазы, ГГТП - у 24,5%.

У лиц с повышенными показателями АЛТ, АСТ по данным УЗИ нормальные размеры печени - у 2,1%, увеличенные - у 0,9%, нормальная эхогенность - у 2,7% и повышенная - у 0,3%; нормальные размеры селезенки - у 2,7% и увеличенные - у 0,3%.

По данным сцинтиграфического исследования - у всех увеличена печень, равномерное накопление РФП - у 0,3%, неравномерное - у 2,4%; нормальные размеры селезенки - у 1,8%, увеличенные - у 0,9%.

Трихлеб В.И., Городецкий М.М., Хиль В.Ю, Малинка А.А.

ТЯЖЕЛАЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Киев, Украина

Пневмонии остаются актуальными среди заболеваний у лиц молодого возраста из организованных коллективов, что связано как с достаточно высоким уровнем заболеваемости, так и возможностью тяжелого течения.

Был проведен анализ 144 историй болезней, больных госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии клиники инфекционных болезней ГВКГ.

Больные поступали на стационарное лечение в следующие сроки: до 12 час. – 19,4%, в течение 1-х суток – 25%, на 2-е – 16,7%, 3-и – 11,1%, 4 –и 1,4%, 5-ые 4,2%, 6-ые - 1,4%, 7-е – 6,9%, 8-е – 5,6%, 9-е - 1,4%, 10 и позже – 6,9%.

Чаще выявлялось поражение нижних долей легких: так у поступивших в течение первых часов - у 16 была выявлена пневмония н/д левого легкого, у 20 - н/д правого легкого, у большинства из них были данные за ИТШ 1-2 ст. У поступивших в течение первых суток и позже чаще регистрировалось двустороннее поражение, осложненное плевритом и ИТШ.

У поступивших в течении нескольких часов с момента заболевания, ИТШ наблюдался у 71,4% больных, в течение первых суток – у 88,9%, 3-х суток – у 12,5%.

У 2,8% больных в начале при поступлении рентгенологических данных за пневмонию не было, только аускультативные, только через 2-3 дня было рентгенологическое подтверждение. У 4,2% больных, у которых при рентгенологическом обследовании наблюдалось только усиление легочного рисунка, диагноз пневмония также был выставлен клинически, наблюдалось развитие ИТШ с вынужденным применением дофамина. Длительность применения дофамина у 32 человек было до 12 час, у 8 - до 2-3 суток.

Индекс интоксикации у поступивших в первые часы с момента заболевания – 0,37, в первые сутки - 0,47, на вторые сутки - 0,26, на третьи сутки - 0,24.

При одностороннем поражении: лейкоцитоз - $21,3 \cdot 10^9/\text{л}$, количество нейтрофилов – 83%; при одностороннем + с гайморитом – $18 \cdot 10^9/\text{л}$ и 84%; одностороннем + с плевритом - $12,1 \cdot 10^9/\text{л}$ и 71%, двустороннем - $29,5 \cdot 10^9/\text{л}$ и 82%, двустороннем + с гайморитом – $16 \cdot 10^9/\text{л}$ и 79%, двустороннем + с плевритом - $5,5 \cdot 10^9/\text{л}$ и 75%.

Из 84 больных, у которых заболевание сопровождалось развитием ИТШ, у 52 больных возбудитель не был определен, в связи с тем, что кашель был непродуктивный.

Снижение давления наблюдалось у 20 человек – после назначения антибактериальных препаратов.

При бактериологическом обследовании мокроты больных тяжелой пневмонией выделялась следующая флора: *C. albicans*-18,9%, *Str.pneumoniae* – 17%, *S.saprothiticus* – 13,2%, *Str.agalacticus* – 11,3%, *Ps.aeruginosae* – 7,5%, *S.epidermidis* – 7,5%, *S.aureus* – 7,5%, *E.coli* – 5,7%, *M.catarrhalis* – 3,8%, *Ps.vulgaris* -1,9%, *Str.haemoliticus* -1,9%, *Haem.influenzae* -1,9%, *Neiss.spp* – 1,9%.

При одностороннем поражении легких чаще определялись: *Str.pneumoniae*, *Str.agalacticus*, *S.epidermidis*, *S.aureus*; при двустороннем поражении: *Str.pneumoniae*, *S.saprothiticus*, *C.albicans*, при пневмониях с плевритами - *Str.pneumoniae*, *C.albicans*, *S.saprothiticus*.

У лиц, у которых выделялся *C.albicans*, *Ps.aeruginosae* чаще наблюдался более длительный срок нахождения в реанимации до 24 сут (чаще 9,1 - 12 сут.).

Тумаш О.Л., Жаворонок С.В., Мищура В.М.
**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**
Гомель, Республика Беларусь

До середины 1996 года Беларусь относилась к странам с низким уровнем распространенности ВИЧ/СПИД. Резкое увеличение количества ВИЧ-инфицированных произошло в 1996 году, когда за короткий промежуток времени (6 мес.) было выявлено около 1000 новых случаев, в основном, среди наркопотребителей города Светлогорска Гомельской области. По данным на 01.01.2006 г. в республике выявлено 7014 случаев ВИЧ-инфекции, за 2005 год выявлен 751 новый случай. К наиболее неблагоприятным регионам страны относятся Гомельская область – 3903 инфицированных (показатель инфицированности 238,8 на 100 тыс. населения) и г. Минск – 996 (50,6 на 100 тыс. населения).

Мы провели анализ эпидемической ситуации в Гомельской области с распределением по путям передачи, полу, возрасту и причинам смерти. В Гомельской области к 1.01.2006 зарегистрировано 3903 случая ВИЧ-инфекции, из них 338 случаев выявлено в 2005 году, 288 – в 2004 году, 286 случаев – в 2003 году. Начиная с 1998 года активизировался половой путь передачи ВИЧ (в 1996 году он составлял 7,4%, в 2003 г. – 49,6%, в 2005 г. – 64%). Эта тенденция свидетельствует о переходе ВИЧ в общую популяцию населения и неблагоприятном прогнозе дальнейшего развития эпидемического процесса. В эпидемический процесс вовлечены в основном молодые люди (51,0% из них в возрасте 20-29 лет). При анализе полового пути передачи в основном инфицируются женщины 15-24 лет, которые не имеют достаточного опыта сексуального поведения. Наблюдается снижение удельного веса мужчин среди ВИЧ-инфицированных. Так, в 2003 г соотношение мужчины/женщины среди вновь выявленных ВИЧ-инфицированных было 1,73:1, а в 2005 – 1,22:1. Социальный статус ВИЧ-инфицированных по сравнению с 2003 годом существенно не изменился: большинство их выявлено среди лиц без определенного рода деятельности – в 2003 г. – 47,2%, в 2005 г. – 43,5%.

Всего умерло ВИЧ-инфицированных 452, из них в 2004 году – 105, в 2005 – 93 (15 в стадии преСПИД и 47 в стадии СПИД). До 2005 г. отмечался ежегодный рост смертности среди ВИЧ-инфицированных, что было связано с увеличением количества больных в клинических стадиях заболевания. Отмечен также рост смертности в стадиях СПИД и преСПИД: в 1,6 раза больше по сравнению с 2003 годом. В статистической отчетности фиксировались следующие причины смерти: манифестные формы ВИЧ-инфекции 33,7%, сепсис – 10,2%, туберкулез – 6,9%, инфекции ЦНС – 4,6%, онкологические заболевания, болезни крови, поражения желудочно-кишечного тракта – по 2%, передозировка наркотических веществ – 14,9%, суициды – 7,5%, насильственная смерть – 2,5%, несчастные случаи – 6,1%. Отмечается увеличение числа случаев туберкулеза у ВИЧ-инфицированных на 46,4%. Туберкулез в настоящее время является одной из основных оппортунистических инфекций.

Таким образом, эпидемиология ВИЧ-инфекции постоянно изменяется. В настоящее время преобладает половой путь заражения, растет количество ВИЧ-инфицированных женщин, возрастает заболеваемость ВИЧ-инфицированных туберкулезом. Эти эпидемиологические особенности требуют изменения противоэпидемических мероприятий.

Туркин А.А., Курлович Н.А., Кашуба Э.А., Грязева М.А., Выродова С.Г.
**РОЛЬ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПЕРЕЛОМОВ
ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**
Тюмень, Россия

Скудность локальных и общих проявлений инфекционно-воспалительного процесса в острый период травматической болезни зачастую затрудняет адекватный выбор метода остеосинтеза таких переломов, но при этом изменения функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов могут служить индикатором тяжести протекающего септического процесса.

Цель работы - установить характер изменений функциональной активности нейтрофилов при развитии гнойно-септических осложнений переломов длинных трубчатых костей.

В исследовании под наблюдением находилось 3 группы пациентов. 1-я (n=21) пациенты страдающие хроническим посттравматическим остеомиелитом, вызванным *S. Aureus*. 2-я (n=11)- пациенты с локальным воспалением мягких тканей, возбудителем которых также был *S. Aureus*. 3-я (n=15) – здоровые добровольцы. Для характеристики нейтрофильных гранулоцитов исследовали их функциональную активность (НСТ-тест), а также цитохимический профиль клеток (содержание в нейтрофилах катионных белков, гликогена, активность миелопероксидазы, щелочной фосфатазы). Количественная характеристика содержания в клетках продуктов цитохимических реакций выражалась в ед. дисперсионной оптической плотности при сканирующей денситометрии с использованием лабораторного комплекса « Мекос-Ц1».

Полученные данные показали, что в 1-ой группе рост спонтанной активности нейтрофилов соответствует данным пациентов 2-ой группы. Однако процентное распределение клеток по активности выявило увеличение удельного веса высоко и низкоактивных популяций. При этом параметры стимулированного НСТ-теста и коэффициента стимуляции имели наименьшие значения среди всех групп наблюдения. Во 2-ой группе определялся рост активности нейтрофилов по результатам спонтанного НСТ-теста. При этом выявлено достоверное снижение коэффициента стимуляции, а также уменьшение удельного веса низкоактивных и увеличение удельного веса высокоактивных клеток. Параллельно с изменением функциональных свойств нейтрофилов различные формы воспаления сопровождаются разной динамикой цитохимических свойств нейтрофилов. В 1-ой группе активность миелопероксидазы падает в значительно большей степени, в крови практически отсутствуют высокоактивные популяции. Подобные изменения выявлены для содержания в клетках гликогена. Средняя активность щелочной фосфатазы выше параметров 3-ей группы, но ниже, чем у пациентов 2-ой группы. Однако увеличение средней активности обусловлено превышением содержания в крови среднеактивных клеток. Подобные изменения характерны и для содержания в нейтрофилах катионных белков. Во 2-ой группе выявлено снижение активности миелопероксидазы, содержания в клетках гликогена. При этом растет активность щелочной фосфатазы и содержание катионных белков. Эквивалентно этому происходит перестройка популяционного распределения клеток по содержанию в них продуктов цитохимических реакций.

Таким образом, развитие хронического посттравматического остеомиелита сопряжено со срывом механизмов адаптивного напряжения функциональных свойств нейтрофильных гранулоцитов, в основе которого лежит как истощение их энергетических ресурсов так и нарушение баланса функциональных ферментов в клетках.

Улюкин И.М., Захаренко С.М., Барков Д.А.

САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ В ДИНАМИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Санкт-Петербург, Россия

Известно, активное сознание отчетливо связано с эффективной адаптацией в социально-трудовой сфере. Намерение человека использовать совокупные личные (индивидуальные и социальные) ресурсы для решения стоящих перед ним задач является тем внутренним средством, с помощью которого ликвидируется разрыв между ожиданиями, проектами человека и реально складывающимися условиями жизнедеятельности в базовой модели адаптации. Но, как показывает практика, человек боится или избегает тех ситуаций, с которыми, как он считает, справиться не сможет, и активно ведет себя, будучи уверенным в своих способностях и успехе собственных действий. Это нашло свое отражение в теории само-эффективности (self-efficacy) Альберта Бандуры [Bandura A., 1977]. Было установлено, что само-эффективность (которая проявляется в том, как люди чувствуют, думают и действуют) может повысить или снизить мотивацию к осуществлению активных действий, особенно в трудных ситуациях. К примеру, высокая само-эффективность имеет позитивные социальные последствия: она связана с лучшим здоровьем (психическим и соматическим), более высокими достижениями и лучшей социальной интеграцией. То есть, вера человека в эффективность собственных действий, в свою способность справиться со специфическими ситуациями оказывает влияние на мотивацию, возникновение эмоций и выстраивание поведения в сложной жизненной ситуации. При этом, по мнению разных исследователей, важно различать убеждения в результативности определенных форм поведения и ожидание эффективности своих усилий при реализации этих форм. Например, низкий уровень самоактуализации считается основной характеристикой больных неврозом. Считается, что намерение больных ВИЧ-инфекцией использовать совокупные личные (индивидуальные и социальные) ресурсы для решения стоящих перед ними задач является тем внутренним средством, с помощью которого ликвидируется разрыв между ожиданиями, проектами человека и реально складывающимися условиями жизнедеятельности в базовой модели адаптации. В то же время, исследования по самоэффективности больных ВИЧ-инфекцией единичны.

Нами была использована русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема [Шварцер Р. и др., 1996]. Обследовано 242 больных ВИЧ-инфекцией (м: ж ~ 1: 1, средний возраст 28,5±2,1 лет) на разных стадиях при различной стадии заболевания, при различных путях инфицирования (специальные методы эпидемиологического расследования не входили в задачи настоящего исследования). В исследовании не принимали участие больные эндогенной психической патологией и наркоманией.

Распределение пациентов по стадиям заболевания проведено в соответствии с наиболее распространенной в мире классификации CDC [Bartlett J.B., Gallant J.E., 2004]. Антиретровирусная терапия (АРВТ) назначалась

больным в соответствии с отечественными и международными рекомендациями. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики. В качестве контроля использовались аналогичные данные 55 практически здоровых лиц (КГ), сходных с больными по полу, возрасту, уровню образования.

Высокий балл теста обусловлен тем, что большинство пациентов, вне зависимости от получения ими АРВТ, на поставленные вопросы отвечали «скорее всего, верно» и «совершенно верно», причем чаще, чем лица контрольной группы (по каковой причине средний балл теста в этой группе примерно равен таковому у больных на стадии СПИДа).

Поэтому практический интерес представляет динамика ответа «абсолютно неверно» – то есть, с какими жизненными ситуациями больные сами справиться не в состоянии (по тем или иным причинам). С известной долей условности вопросы были разбиты на три группы: «прилагаемые усилия», «достижение цели», «поведение». Отсчет показателей проводился в крайних точках исследования (при длительности заболевания до 3 лет и более 7 лет, а также на стадии начальных проявлений и на стадии СПИДа).

Полученные данные несколько отличались в зависимости от того, получали ли больные специфическую терапию или нет. Установлено, что вне зависимости от получаемой АРВТ в обеих группах в динамике ВИЧ-инфекции происходит уменьшение количества лиц, испытывающих проблемы в плане поведенческих аспектов самоэффективности. Но, в то же время, происходит снижение активности, направленной на «достижение цели».

Большое значение имеет следующий выявленный факт. Если в случае получения больными специфической терапии в динамике ВИЧ-инфекции имеет место фрустрация, обусловленная затруднениями в плане возможности «приложения усилий» (которые более зависят от длительности болезни, чем от ее стадии), то в случае отсутствия таковой по мере прогрессирования заболевания она увеличивается, а при длительности более 7 лет становится равной нулю – то есть, больные в этом плане затруднений не испытывают (что можно отнести на счет расторможенности вследствие снижения мнестико-интеллектуального уровня личности, вызванного развитием психоорганического синдрома).

Таким образом, можно отметить следующее. Считается, что для человека диагноз тяжелого заболевания становится причиной кризиса личности, изменяется самосознание, самовосприятие себя в болезни, жизни в обществе. А решающую роль в совладании с трудностями играет не столько наличие необходимых механизмов самоэффективности, сколько уверенность личности в своей эффективности.

И в случае ВИЧ-инфекции вера больных в эффективность собственных действий высока, что необходимо трактовать в свете таких механизмов психологической защиты, как отрицание и проекция. Но по мере прогрессирования заболевания, при большой ее длительности, вследствие снижения мнестико-интеллектуального уровня больных она, естественно, снижается. При этом подобное снижение в большей степени происходит у пациентов в отсутствие АРВТ.

Кроме того, в динамике ВИЧ-инфекции самоэффективность, на фоне органического поражения головного мозга, падает, в том числе и по причине по причине нарастания алекситимии (в плане сложности артикулировать проблемы, отразить их эмоционально). Это обусловлено нейротропным действием ВИЧ, в связи с чем должной компенсации нарушенных функций структур головного мозга не происходит.

Умиров С.Э.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВИРУСУ ГЕПАТИТА Е У ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Ташкент, Республика Узбекистан

Инфекционный процесс при гепатите Е (ГЕ) проявляется относительно не высокой манифестацией, поэтому, для характеристики перенесенной встречи в прошлом с вирусом гепатита Е (ВГЕ), необходимо изучать широты распространения антител к вирусу гепатита Е (анти-HEV IgG) среди населения.

Обследовали в г. Карши (Узбекистан) на наличие анти-HEV Ig G основных индикаторных групп по изучению иммуноструктуры населения – безвозмездных доноров крови и детей до 14 летнего возраста, в анамнезе которых отсутствовала манифестная форма гепатитов.

Детекция анти-HEV IgG осуществлялась методом иммуноферментного анализа (ИФА) с применением коммерческих тест систем производства БТК «Биосервис», Москва; НПО «Диагностические системы», Н. Новгород; «Вектор-Бест», Новосибирск.

При обследовании 85 детей до 5 летнего возраста и 72 детей от 6 до 14 летнего возраста выявлен анти-HEV IgG, соответственно у 5 (5,8%) и у 6 (8,3%).

Одновременно на наличие этих антител обследованы 87 безвозмездных доноры крови, из них у 15 (17,2%) выявлен положительный результат.

Таким образом, при гепатите Е скрытое течение эпидемического процесса имеет место и оно достаточно высоко в эндемичных регионах. Частота обнаружения анти-HEV Ig G у здоровой популяции с возрастом возрастает.

Усков А.Н., Бургасова О.А., Гринченко Н.Е., Супрун Д.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ
Санкт-Петербург, Россия

Клинический полиморфизм клещевых инфекций (иксодовых клещевых боррелиозов – ИКБ, и клещевого энцефалита - КЭ), отмечаемый на разных эндемичных территориях, возможно, во многом обусловлен наблюдаемой гетерогенностью возбудителей, существующей и реализуемой возможностью одновременного инфицирования человека как разными геновидами боррелий, так и вирусами КЭ с последующим развитием у него смешанной инфекции.

Цель нашего исследования состояла в выяснении особенностей течения заболевания на территории Северо-западного региона России в случаях инфицирования одновременно несколькими возбудителями ИКБ и КЭ.

Проанализированы клинические проявления у 283 человек с одновременным инфицированием боррелиями и вирусом КЭ, а также у 94 пациента с изолированным КЭ. Диагноз сочетанного течения ИКБ и КЭ, и КЭ в форме моно-инфекции подтверждался методами клинической, лабораторной и инструментальной диагностики.

Анализ клинических проявлений у 283 человек с одновременным инфицированием боррелиями и вирусом КЭ показал, что у 222 пациентов наблюдалось развитие инфекционного процесса, который клинически носил черты как боррелиозной инфекции, так и клещевого энцефалита. У 61 человека с лабораторным подтверждением инфицирования двумя возбудителями не отмечено клинической симптоматики в пределах максимальной длительности инкубационного периода для каждой инфекции (ИКБ или КЭ).

Длительность инкубационного периода у большинства больных не превышала 3 недель (у 4,5% пациентов – больше 21 дня и у 74,8% не превышала 14 дней) и в среднем составляла 12,4+2,8 дня.

Для микст-инфекции было характерно острое начало заболевания (в 77,9% случаев) с развитием клинической симптоматики, которая по преимущественному синдрому могла характеризоваться как лихорадочная форма (52,3%), менингеальная (32,9%), очаговая (5,9%) и стертая (9,0%).

Мигрирующая эритема (МЭ) была зарегистрирована лишь у 47,3% больных, причем у 59,0% этих пациентов заболевание манифестировало с появления МЭ. Характер возникновения начальных признаков болезни у пациентов как с МЭ, так и без эритемы был сходен. Острое начало заболевания наблюдалось у большинства больных (76,9%). Характерной была манифестация заболевания с появлением лихорадки (90,5% у больных с эритемами и 91,4% при отсутствии МЭ), озноба (7,6% и 4,3%, соответственно), головной боли (15,2% и 17,9%). Отличительной чертой микст-инфекции в периоде разгара было наличие у большинства больных выраженного синдрома общей интоксикации, особенно у больных без МЭ. В целом лихорадка была зарегистрирована у 92,3% больных, часто наблюдались: озноб (40,1%), головная боль (69,8%), общая слабость (78,8%), артралгии (40,9%), гиперестезии (36,0%). У каждого второго больного с эритемой (61,9%) и у трети пациентов без эритемы (32,5%) температура тела была субфебрильной. Умеренная и высокая лихорадка в 2 раза чаще регистрировалась у пациентов без МЭ (67,5% и 38,1%, соответственно).

При сочетании ИКБ и КЭ отмечался синдром менингита в 32,9% случаев, энцефалитический у 2,3% больных и менингоэнцефалитический у 1,4% пациентов. Наиболее характерными проявлениями поражения ПНС при микст-инфекции были полирадикулоневритический (у 11,7% от всех больных) и менингоррадикулоневритический (7,2%) синдромы.

Артриты одинаково часто наблюдались у больных среди всех сравниваемых групп (не чаще 2,7%). Поражения сердца (атриовентрикулярная блокада I-II степени, миокардит, нарушения ритма сердца) при микст-инфекции были отмечены у 4,9% пациентов. Заметно более частая регистрация у больных микст-инфекцией таких симптомов как миалгии, артралгии, оссезалгии, нарушения сна, раздражительность, общая слабость при поражении суставов, вероятно, объяснялась не столько специфичностью этих проявлений для микст-инфекции, сколько более выраженным синдромом общей инфекционной интоксикации у этих больных.

Важной отличительной характеристикой микст-инфекции от моно-инфекции КЭ была более частая лихорадочная (52,3% и 24,5%, соответственно) и редкая очаговая формы (5,9% и 19,1% соответственно). Напротив, менингит чаще регистрировался при КЭ (46,8%), чем при микст-инфекции (32,9%). Стертые формы наблюдались одинаково часто и не превышали 10% в структуре клинических проявлений при этих формах инфекционного процесса.

Поражения ПНС при микст-инфекции наблюдались чаще и регистрировались не только при менингеальной и очаговых формах (что было более характерно для КЭ), но и при лихорадочной форме. Полирадикулоневритический (11,7%), менингоррадикулоневритический (7,2%) синдромы регистрировались 1,5-2 раза чаще, чем при КЭ (8,5% и 3,2%, соответственно). Характерным было появление этих синдромов на второй волне лихорадки (через 4-15 дней после первой). Частота регистрации двухволнового течения при микст-инфекции и КЭ были примерно одинаковы и наблюдались у каждого пятого больного.

Менингеальный и общеинфекционный синдромы при микст-инфекции были менее выражены, а длительность сохранения отдельных симптомов (лихорадка, головная боль, нарушения сна, тошнота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига) короче.

Таким образом, анализ общей картины проявлений микст-инфекции свидетельствовал, что относительно редко наблюдались клинические признаки, которые имели бы специфичность и отличия от симптомов характерных для ИКБ или КЭ. Обычно наблюдалось начало и развитие одной инфекции, на фоне которой могли появляться признаки другой, что обуславливает обязательное обследование всех пострадавших от присасывания иксодовых клещей одновременно на несколько клещевых инфекций.

При анализе симптоматики конкретного случая заболевания зачастую можно было говорить лишь о клинической картине какой-то одной преимущественной инфекции. В целом же имелись достаточно существенные отличия в частоте проявления тех или иных симптомов при микст-инфекции (ИКБ и КЭ), изолированных клещевом энцефалите и ИКБ.

Фазылов В.Х., Гилмуллина Ф.С., Нурутдинова Д.Р.
**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КСИМЕДОНА
ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕ**

Казань, Россия

Целью исследования явилось изучение влияния на клиническое течение, иммунологические параметры и уровень провоспалительных цитокинов у больных рецидивирующей формой рожи.

Под наблюдением находилось 112 больных (78 – женщин, 24 - мужчин) рецидивирующей рожой, которые были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения: I основная (n=60) - пациенты, получавшие ксимедон по 0,5 три раза в день в течении 10 дней; II группа сравнения (n=52) – пациенты, получавшие плацебо-таблетки, состоящие из нейтрального наполнителя на фоне традиционной терапии; контрольную группу составили 50 здоровых доноров в возрасте от 25 до 55 лет.

Результаты исследования показали положительное влияние ксимедона на динамику клинического выздоровления: достоверное сокращение длительности лихорадочного периода и продолжительности симптомов интоксикации на 1,5 дня, купирование местного воспалительного процесса на 2,5 - 3,5 дня в зависимости от тяжести болезни по сравнению с показателями пациентов группы сравнения. Клинические эффекты ксимедона сопровождалось повышением относительного и абсолютного числа Т-лимфоцитов (СД3+) за счет их активных субпопуляций (СД 4+) с нормализацией иммунорегуляторного индекса, содержания НК - клеток (СД 16+), снижением уровня циркулирующих иммунных комплексов, повышением уровня иммуноглобулинов класса М, восстановлением показателей функционально-метаболической активности нейтрофилов в НСТ - тесте и нормализацией уровня сывороточных цитокинов (интерлейкин - I, II, IV, VI, X, фактор некроза опухолей). Наблюдение за переболевшими в течение 12 месяцев показало уменьшение в 1,5 раза частоты рецидивов у реконвалесцентов основной группы в первые 6 месяцев и в 2 раза – в последующие 7-12 месяцев; при этом рецидивы имели место у 15,2 % пациентов основной группы, 35,6 % - группы сравнения.

Таким образом, включение отечественного иммуномодулятора ксимедона в комплексную терапию больных рецидивирующей рожой способствует ускорению выздоровления с сокращением частоты и числа рецидивов, оказывая существенное иммунокорригирующее влияние.

Фазылов В.Х., Сиразиева Ф.К., Замятина Э.А., Курмашева Е.В., Микусов Р.Ю.

ТУБЕРКУЛЕЗ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Казань, Россия

Туберкулез является серьезной проблемой у больных ВИЧ-инфекцией и частой причиной их смерти (Рахманова А.Г.,1997; К. Styblo, 1990). Клиническая картина туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции весьма вариабельна, зависит от стадии ВИЧ-инфекции и глубины иммунодефицита. С 2005 г рост случаев сочетанной инфекции ВИЧ /туберкулез в Республике Татарстан обусловлен в 40,4% случаев заболеванием в стадии СПИД, что связано с увеличением числа пациентов с низким иммунным статусом в контингенте больных ВИЧ-инфекцией. В стадии вторичных заболеваний легочные формы туберкулеза зарегистрированы в 83,3% случаев, причем в 47,3% развились ДТЛ и казеозная пневмония. Манифестация туберкулеза в виде внелегочных форм диагностирована в 16,6% случаев, в том числе милиарный с поражением многих органов в 63,6% от внелегочных локализаций и в 10% от всех выявленных форм туберкулеза в поздней стадии ВИЧ-инфекции. Средний уровень СД4-лимфоцитов у больных в указанный период составил 171(16,6%), количество лимфоцитов – 983 (21,6%). При выраженном иммунодефиците характерно атипичное течение туберкулеза:

- отсутствие специфической рентгенологической картины поражения легких;
- активация латентных очагов туберкулезной инфекции, в т.ч. в лимфоузлах, труднодоступных для обследования: (внутригрудных, средостения, внутрибрюшных);
- отрицательные результаты обследования мокроты, мочи на МБТ;
- рост случаев внелегочных форм туберкулезного процесса.

Клинически туберкулезная инфекция при иммунодефицитном состоянии протекает в генерализованной форме, напоминая септический процесс, поэтому больные госпитализируются в инфекционный стационар, где получают стандартную антибактериальную терапию в течение нескольких месяцев с использованием нескольких схем, продолжая лихорадить.

В результате проведенного нами анализа септических состояний у больных в стадии СПИДа, обусловленных микобактериями туберкулеза, были выявлены следующие особенности:

- 99,8% пациентов принадлежали к группе риска по заболеванию туберкулезом: находились в местах лишения свободы, страдали алкоголизмом, наркоманией, не имели определенного места жительства.
 - Имело место постепенное начало заболевания:
 - в течение нескольких месяцев (3-5) у больных отмечалась субфебрильная температура, резкое снижение массы тела более 10%; за медицинской помощью обращались в тяжелом состоянии.
 - Во время лабораторного обследования при поступлении в стационар с фебрильной лихорадкой: в ОАК - нормоцитоз или лейкопения, анемия, нормальное количество нейтрофилов, СОЭ умеренно повышено (до 50 мм/час). В посевах крови на стерильность - патогенной флоры не обнаружено.
 - Абсолютное количество CD4-лимфоцитов < 100 в мкл.
ПЦР РНК ВИЧ > 200000 коп/мл
 - в 100% случаев кандидозное поражение слизистой полости рта; себорейный дерматит.
- С 2005г в схему АРВТ на фоне противотуберкулезной терапии включены ингибиторы протеаз, что обеспечило быструю положительную динамику в отношении сочетанной инфекции СПИД/туберкулез.

Фазылов В.Х., Фазульязнова А.И., Еналеева Д.Ш., Созинова Ю.М., Мангушева Я.Р., Бешимова Д.Т.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИНТЕРФЕРОНА «ИНТЕРАЛЬ» У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Казань, Россия

Применение отечественных препаратов в противовирусной терапии (ПВТ) хронических вирусных гепатитов (ХВГ) делает ее доступной для большинства пациентов.

Цель: оценить эффективность и безопасность ПВТ у больных ХВГВ и ХВГС, проводимой отечественным интерфероном α -2в «Интераль» (Гос НИИ ОЧБ, Санкт-Петербург).

Материалы и методы: исследуемую группу составили 30 пациентов в возрасте от 17 до 50 лет (от 21 до 40 - 70%) с установленным диагнозом ХВГ. ХГС был диагностирован у 24 больных, из них 54% и 33% имели умеренную и высокую вирусную нагрузку соответственно, 54% - 1в генотип. У 83% больных ХГВ (всего 6 человек) отмечалась высокая репликация вируса.

Всем больным был назначен ежедневный режим введения «Интералья» в дозе 5-6 млн МЕ. Больные ХГС (75%) получали комбинированную ПВТ; 80% больных, получавших монотерапию «Интералем», имели 3а генотип. Дозу рибавирина подбирали с учетом массы тела: 800 мг – менее 60 кг, 1000 мг – 60-75 кг и 1200 мг – более 75 кг. У всех больных ХГВ назначался зевффикс в дозе 100 мг/сутки.

Клинико-лабораторное обследование больных проводили еженедельно в 1-й месяц лечения, дважды – на 2-ом месяце, далее – ежемесячно до конца курса лечения, оценка вирусологического ответа (ВО) – на 6 неделе (ранний вирусологический ответ (РВО)), далее ежеквартально и через 6 месяцев после окончания лечения.

Результаты: РВО отмечался у 87% больных ХГС, снижение вирусной нагрузки – у 3-х больных, имевших 1в генотип. К 3 месяцам ПВТ РНК ВГС в сыворотке крови определялась у 95% больных, у 1 больной с генотипом 1в, получавшей монотерапию, развился ранний рецидив (появление низкой вирусемии). Поздний рецидив отмечался у 2-х больных с генотипом 1в (18%) на 9 месяце ПВТ. У 9 пациентов, завершивших ПВТ, достигнут ВО. Только у пациентов, получивших РВО (50%), в дальнейшем ходе лечения отсутствовала репликация вируса (3,6,9,12 месяцев).

У всех больных самым ранним побочным эффектом было развитие гриппоподобного симптомокомплекса, причем у 86% больных он был развернутым и включал фебрильную лихорадку (у 3-х больных – более 39• С) с ознобом, головной болью, миалгиями, артралгии. Эти симптомы были выражены только несколько дней первой недели лечения и полностью исчезали к концу недели.

Такие побочные явления, как снижение массы тела (88%), сухость кожи (41%), сухость во рту (92%), аллопеция (82%), были менее выражены в начале лечения, а рост их частоты наблюдался к 3 месяцу ПВТ. Явления депрессии начинали проявляться только к 3 месяцам лечения (70,5%).

Анализ гематологических показателей крови выявил высокую частоту развития лейкопении нейтрофильного характера, сохранявшейся одинаково высокой на всех сроках лечения. У 55% пациентов имели место бактериальные осложнения (мастит, ангина и т.д.).

У 1 пациента, 35 лет с ХГС, 1в генотипом, получавшего комбинированную ПВТ, к концу 1 недели лечения развился тяжелый лекарственный гепатит с явлениями гемолиза, что было расценено нами как нежелательные явления IV степени, и лечение было отменено.

Фесенко Л.М., Арипов О.А., Халимбетов Г.С.
**НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА**

Ташкент, Республика Узбекистан

Заболеваемость вирусными гепатитами остается одной из актуальных проблем педиатрии. В последние годы обсуждается вопрос о генетической предрасположенности индивидуума к той или иной патологии. И в первую очередь, этот вопрос актуален при развитии хронических заболеваний. Особенно большое значение идентификация риска развития болезней с наследственным предрасположением имеет у детей. По-видимому, в случаях, как упорного прогрессирования заболевания, так и спонтанного излечения, большая роль принадлежит особенностям генетически детерминированных факторов защиты. К таким факторам предрасположенности к хронической патологии печени относят фенотипы гаптоглобина (Hr). Hr относится к белкам «острой» фазы и обладает широким спектром действия. При ряде патологических состояний отмечены характерные изменения содержания его в сыворотке крови. При ХВГВ выявлено снижение его содержания, зависящее от активности патологического процесса.

Результаты, проведенные на базе НИИ педиатрии МЗ РУЗ показали, что подавляющее количество детей с хронической патологией печени относились к фенотипу Hr 1-1. При минимальной активности ХВГВ, фенотип Hr 1-1 составил 50% всех детей данной группы, при умеренной активности – 61,1%, при выраженной 61,46%, очень высок процент выявляемости Hr 1-1 при микст-инфекциях (до 70%). Фенотип Hr 2-1 в общей структуре хронических гепатитов составил 14,44% и Hr 2-2 – 20,55%.

Учитывая, что тип гаптоглобина зависит от регионального фактора, мы сравнивали наши данные с контрольной группой – распределение фенотипов среди здорового населения. Преобладающее количество населения относится к фенотипу 2-1 (50,6%). К фенотипу Hr 1-1 – 13,4%, к фенотипу 2-2 – 35%.

Таким образом, распределение фенотипов Hr среди больных с хроническими вирусными гепатитами отличается от такового в группе здоровых лиц. Констатировано достоверное увеличение числа больных с фенотипом Hr 1-1 за счет уменьшения числа носителей Hr 2-1 и Hr 2-2. Определение принадлежности к тому или иному фенотипу у больных с острой формой гепатита, позволит выделить группу риска формирования хронического процесса, что может иметь несомненную практическую значимость. Концентрация гаптоглобина в крови, как белка острой фазы воспаления, наряду с другими острофазовыми белками, может быть одним из клинико-биохимических показателей синдрома воспаления.

Фигурнов В.А., Марунич Н.А., Тарасов А.В., Гаврилов В.А., Фигурнова Е.В.
**ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ – ГЛПС
(РЕГИОН ВЕРХНЕГО ПРИАМУРЬЯ)**

Благовещенск, Россия

На территории Амурской области, являющейся западным продолжением и своеобразным окончанием очага ГЛПС на Дальнем Востоке, очаги болезни расположены в южных сельскохозяйственных районах, и в зимний период соединяются с очагами ГЛПС на территории Китая, что может привести к миграции грызунов и к обмену вирусами. Почти у половины больных (48%) наблюдается тяжелое течение болезни. Болеют в основном мужчины и лица, проживающие в области 10 лет и более. Именно при тяжелом течении ГЛПС наблюдается сочетание острой почечной недостаточности и геморрагического синдрома, что не дает возможности эвакуировать больного из сельской местности в областной центр и применять методы экстракорпорального очищения организма (плазмафорез, гемодиализ).

Развитие массивной протеинурии (выше 10г/л) и лейкоцитарной реакции крови являются одним из самых первых показателей тяжелого течения болезни и неблагоприятного исхода.

Случаи ГЛПС на Дальнем Востоке протекают тяжелее, чем в Европейской части России, что говорит о возможности существования европейского и дальневосточного вариантов, хотя как нозологическая форма ГЛПС едина для всех эпидемических очагов.

Развитие геморрагического синдрома – одно из главных особенностей ГЛПС. Это особенно выявляется на секции умерших, когда у всех наблюдается разной степени выраженности триада Стира (кровоизлияние в гипофиз, правое предсердие и ушко сердца), а у 25% умерших отмечается массивное кровоизлияние (мешочек с кровью) в гипофиз.

У 62,5% больных с тяжелым течением ГЛПС, особенно при наличии массивной протеинурии, наблюдается разной степени выраженности шелушение кожи, связанное с поражением сосудов кожи, образованием мелких полостей, отеком и плазморрагией.

Дополнительное и сравнительное изучение сосудистого русла почки, сердца и легкого у умерших путем заполнения сосудистого русла контрастной массой с последующей рентгенографией легкого показало, что

поражается как венозное, так и артериальное русло, в ткани легкого и сердца исчезает мелкая разветвленная сосудистая сеть.

Организация при Амурской областной клинической инфекционной больнице отделения реанимации и интенсивной терапии позволила централизовать оказание помощи этим больным, уменьшить летальность. Однако дальнейшее расширение возможности оказания помощи этим больным зависит от оснащенности и расширения лабораторной базы.

Фильберт В.Е., Галимова Р.Р., Стребкова Е.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Самара, Россия

В клинике инфекционных болезней СамГМУ на стационарном лечении с 1998 по 2005 год находилось 252 больных с острым течением Лайм-боррелиоза (ЛБ) в возрасте от 15 до 78 лет (женщин было 106, мужчин – 146). Безрительная форма ИКБ зарегистрирована у 9 больных. Диагноз заболевшим подтверждался лабораторно. Реакция РНИФ с боррелиозным антигеном была положительная в титре до 1:320.

Заболеваемость ЛБ регистрируется в области с 1992 года. Наиболее активные очаги ЛБ выявлены в северо-восточных районах области, территории Жигулевского заповедника и северной части г. Самары.

Заболевания регистрировались с мая по сентябрь, пик заболеваемости отмечался в июне (32%). До 84% всех случаев заболеваний было связано с пребыванием в лесу и на даче, а также в зеленой зоне г. Самары (9,8%).

Синдром интоксикации наблюдался у всех больных и проявлялся головной болью, миалгией, общей слабостью. Лихорадка имела места в 168 пациентов. Из них субфебрильная температура тела - до 7 дней – была у 122 человек, фебрильная – у 46.

Заболевание у абсолютного большинства больных начиналось с появления мигрирующей эритемы на месте присасывания клеща у 243 больных. Эритема локализовалась преимущественно на туловище у 189 обследуемых, реже в области головы и шеи – у 54. Размеры эритемы варьировали от 3 до 50 см. Региональный лимфаденит наблюдался у 95 больных.

Симптомы органного поражения проявлялись на 2-3 неделе от момента заболевания. Серозный менингит выявлен у 1 больного. Неврит лицевого нерва наблюдался в одном случае. Корешковые расстройства по чувствительному типу зарегистрированы у 9 больных, и по двигательному типу – у одного.

Поражение сердечно-сосудистой системы (синусовая брадикардия, блокада ножек пучка Гисса) наблюдалось у 12 больных. Вовлечение в патологический процесс опорно-двигательного аппарата регистрировалось у 12 больных, в виде артралгии, моно или полиартрита, чаще крупных суставов (коленных, голеностопных, плечевых).

У 66 больных определялось умеренное увеличение печени.

При диспансерном наблюдении поздних проявлений Лайм - боррелиоза зарегистрировано не было.

Финогеев Ю.П., Семена А.В.

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ

Санкт-Петербург, Россия

При комплексном изучении гемодинамических и метаболических нарушений при инфекционных болезнях установлена многогранная перестройка организма. В условиях интоксикации (обследовано более 2500 больных) при большинстве инфекций развивается гипертензия малого круга кровообращения по прекапиллярному типу, вследствие чего наблюдается преимущественное снижение сократительной способности миокарда правого желудочка. Изменение фазовой структуры систолы левого желудочка обусловлены, по-видимому, снижением среднего гемодинамического давления и увеличением минутного объема сердца, уменьшению периферического сопротивления сосудов.

Основной страдающей системой при многих инфекционных заболеваниях в процессе адаптации к интоксикации является «периферическое сердце» - мелкие сосуды органов и тканей. Поэтому главное внимание при назначении сердечно-сосудистых средств необходимо обращать на поддержание именно сосудистых функций. В связи с гипоксемическим происхождением сердечно-сосудистых нарушений при инфекциях, уже только повышение тонуса периферических сосудов (камфара, адреналин, кофеин) и насыщение крови кислородом (окигенация) сами по себе способствуют нормализации деятельности сердечной мышцы. Стимуляция ее препаратами наперстянки и строфантина в большинстве случаев не является необходимой и желательной. Врачебное наблюдение за лабильностью пульса и артериального давления, головокружениями, слабостью и потливостью, сердцебиениями, особенно при изменениях постельного режима, должно быть неослабным. При наличии указанных симптомов в периоде реконвалесценции, врач должен быть особенно внимательным и осторожным.

Генерализованные инфекции с гематогенной диссеминацией микроорганизмов в различные органы могут сопровождаться формированием бактериальных очагов в сердце, что, несомненно, приведет к дизадаптации всей

сердечно-сосудистой системы; т.е. расстройству приспособления организма человека к действию факторов внутренней среды, возникающее, когда организму и сердечно-сосудистой системе предъявляются чрезмерные требования в условиях инфекционной болезни.

Успешное лечение и благоприятный исход инфекционного заболевания могут быть достигнуты при условии ранней и правильной диагностики поражения сердца, характера адаптации сердечно-сосудистой системы в динамике инфекционного процесса. В этой связи приобретают особую значимость инструментальные методы исследования сердца и гемодинамики: электрокардиография, поликардиография, тахоосцилография и др. У инфекционных больных с дизадаптацией сердечно-сосудистой системы особо важным вопросом является определение объема и сроков интенсивной терапии.

Своевременная коррекция гемодинамики и диагностика миокардиодистрофии, постинфекционного миокардита играют большую роль не только в успешном лечении этой патологии сердца, но и в обеспечении благоприятного исхода инфекционной болезни, что в условиях сохраняющейся до настоящего времени высокой инфекционной заболеваемости среди населения имеет важное научное и социальное значение.

Лечение сердечно-сосудистых нарушений при инфекционных болезнях во многом совпадает с основами этиотропной и патогенетической терапии самого заболевания. Это лечение должно быть «адресовано» к сердечно-сосудистой системе и направлено на предупреждение и смягчение сердечно-сосудистой недостаточности, нередко осложняющей инфекционное заболевание. Врач должен помнить основной принцип современной медицины – ее комплексность. Лечение должно быть патогенетически обоснованным и динамичным, с учетом нозологической формы, этапа болезни и индивидуальности больного. Все лечебные мероприятия должны быть основаны на физиологических закономерностях. А без знания этих адаптационных изменений сердца и сосудов в инфекционном процессе терапия не может быть корректной.

Одной из важнейших проблем биологии и медицины является исследование закономерностей процесса адаптации организма к различным факторам среды и адаптационных изменений органов (в том числе сердечно-сосудистой системы) в процессе заболевания. И.П.Павлов был глубоко убежден, что "всякое новое физиологическое приобретение рано или поздно непременно образом увеличивает власть врача над его чрезвычайным механизмом (организмом больного), - власть сохранять и чинить этот механизм". Основополагающим в учении об адаптации является положение о взаимодействии организма и среды, об изменении внутренних органов в процессе заболевания, обоснованные в трудах И.М. Сеченова и развитое в трудах И.П. Павлова и его учеников. Успехи в изучении механизмов компенсации нарушенных функций организма и разработка теории функциональной системы, раскрывающих схему приспособительной деятельности организма, связаны в первую очередь с именем Б.А.Анохина – видного представителя Павловской научной школы.

Создавая гармонию теории функциональных систем, И.П.Павлов (1923) утверждал: «... грандиозная сложность высших, как и низших организмов остается существовать как целое только до тех пор, пока все ее составляющее тонко и точно связано, уравновешено между собой и окружающими условиями». Оценить эту связь и степень уравновешенности позволяет адаптационный подход.

Финогеев Ю.П., Семена А.В.

ПЕРИОД ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО

Санкт-Петербург, Россия

Этому периоду свойственны угасание клинических проявлений и болезни и постепенное восстановление нарушенных функций организма. Обычно период выздоровления начинается через 2-3 дня после стабильного снижения температуры тела до нормальных цифр.

Цель данного сообщения: обратить внимание семейных врачей, ординаторов в инфекционных стационарах и других врачей на период выздоровления, когда инфекционный больной готовится к выписке, чтобы в последующем приступить к работе, возвратиться в прежнее состояние «здоровья». Отсюда, врачи должны помнить и знать объективные критерии выздоровления и представлять суть понятия здоровья.

Теоретические и практические вопросы выздоровления от инфекционных болезней чаще затрагивают чисто медицинские проблемы, но иногда касаются философских сторон. Центральным звеном исследований выздоровления становится изучение механизмов и закономерностей восстановления функций. На важность этого этапа в построении рациональной терапии инфекционных больных указывал еще в 1973 г К.В.Бунин. Он подчеркивал особенно важную роль использования всех достижений современной науки в изучении механизмов восстановительных процессов, наблюдаемых при соответствующих инфекционных болезнях у каждого конкретного больного. В этой связи актуальным является глубокое изучение особенностей патогенеза инфекционных болезней для более четкой дифференциации защитно-адаптационных процессов от процессов повреждения. (Лобзин Ю.В., Захаров В.И., 1994).

Ю.В. Лобзин в своих фундаментальных исследованиях по реабилитации инфекционных больных неоднократно подчеркивал, что клиницистам, изучающим вопросы восстановления функций в инфекционном процессе необходимо в первую очередь владеть категориями, используемыми физиологами и патофизиологами, чтобы достаточно четко представлять сущность процессов, происходящих в организме выздоравливающих. По сути дела

клиницист, применяя те или другие лечебно-реабилитационные воздействия, проводит эксперимент. В ходе него он обязан правильно трактовать развивающиеся в организме больного сложные физиологические и патофизиологические процессы. Помимо клинического и физиологического аспектов не менее важным и необходимым является социальный. Период выздоровления от всех болезней, тем более инфекционных, привлекает внимание не только врачей, но и психологов, юристов, педагогов, так как идет расчет на социально-экономическую значимость. В этой связи давно известно, что грипп и другие острые респираторные заболевания дают около половины всех случаев временной нетрудоспособности. Помимо них наиболее значимыми являются вирусные гепатиты, острые кишечные инфекции, так называемые детские инфекции, а также менингококковая инфекция и тифопаратифозное заболевание. Не всегда существует прямая корреляция между здоровьем и трудоспособностью. Переболевший может восстановить биологическое здоровье, но остаться неработоспособным. И, наоборот, даже больной человек может сохранять профессиональную работоспособность. Клиницисту необходимо подходить к этой проблеме исходя из конечной цели – восстановления социальной полноценности, синтезируя биологическое и социальное. Что касается биологического здоровья, то его восстановление сопряжено и, в известной степени, соподчинено решению этой главной задачи.

С точки зрения административно-организационной, период выздоровления разделен на два этапа – период ранней реконвалесценции и период поздней реконвалесценции. Согласно принципиальной схеме реабилитации инфекционных больных (Лобзин Ю.В., 1999), ранняя реконвалесценция начинается в инфекционном отделении больницы (госпиталя) с нормализации температуры тела с началом видимого улучшения состояния здоровья и заканчивается после выписки из инфекционного стационара.

После перенесенных инфекционных заболеваний нередко развиваются серьезные соматические и неврологические осложнения, лечение которых является сложной задачей. Доказано, что уже в остром периоде болезни и, особенно, в периоде ранней реконвалесценции возможно осуществление целенаправленных действий, предупреждающих нежелательные последствия и ускоряющих восстановление функций организма.

К сожалению, в последнее десятилетие в инфектологии недостаточное внимание уделяется изучению периода выздоровления инфекционного больного. В то же время, нам представляется, что любой врач, тем более инфекционист, должен ставить себе вопрос перед выпиской больного: «Вовремя ли мы выписываем больного? Поправился ли он? Не представляет ли он после выписки эпидемической опасности для окружающих?» и т.д. Из сказанного ясно, что критериями выписки инфекционного больного должны быть клиническое выздоровление и эпидемиологическая безопасность реконвалесцентов для окружающих.

До настоящего времени остается мало изученной закономерная смена фаз развития и убывания проявлений инфекционного процесса. Правда, в последние пятнадцать лет проведено фундаментальное научное исследование по изучению и обоснованию реабилитации и диспансеризации инфекционных больных, наблюдения за реконвалесцентами после инфекционных болезней (Лобзин Ю.В., 1994, 1999, 2003). Принципы же выписки инфекционных больных остаются в основном неизменными (Васильев В.С. и др., 1994). В настоящее время установлено, что полное выздоровление инфекционного больного, даже при применении высокоактивных антибактериальных средств, в конечном итоге зависит от мобилизации защитных сил организма – факторов неспецифической резистентности, иммунитета и патофизиологических реакций, направленных на восстановление гомеостаза. В этом смысле, воздействие на защитные силы организма комплексной терапией с включением, наряду с этиотропной терапией, патогенетических методов и средств способствует реализации конечной цели антибактериальной терапии – подавлению жизнедеятельности и уничтожению возбудителей инфекции. При тяжелом течении бактериальной инфекции существенной является патогенетическая терапия; при многих вирусных болезнях она становится самостоятельной и имеет большое значение. Успехи антибактериальной терапии выдвинули на первый план необходимость поиска тех методов, которые позволили бы сократить период времени, потребного для восстановления нарушенных болезнью функций организма и ускорить процесс реабилитации (Лобзин Ю.В., 1999).

На последнем VI Российском съезде врачей-инфекционистов подчеркивалось, что даже при самолимитирующихся кишечных инфекциях истинность положения о полном выздоровлении от шигеллеза, например, была подвергнута критике в плане скорости и полноты освобождения от возбудителя (Копчан В.С., Андрейчин М.А., 2003). Так, после перенесенного шигеллеза (112 больных дизентерий вызванной sh. Fl. 2a) у 15,2 больных переболевших сформировалось реконвалесцентное носительство шигелл, причем только у 2,7% из них наличие возбудителя в кале подтверждено бактериологически и в 12,5% - с помощью ПЦР, чаще в соскобах слизистой.

Таким образом, обращается внимание врачей лечебных заведений, семейных врачей и др. на период выздоровления инфекционного больного, объективные критерии выписки. Вероятно, при кишечных инфекциях (кишечном иерсиниозе, шигеллезе, псевдотуберкулезе, тифопаратифозных заболеваниях и пр.) бактериологический контроль перед выпиской необходимо проводить, кроме традиционных методов, и через постановку ПЦР, в том числе и в соскобах слизистой. Всем инфекционным больным перед выпиской делать ЭКГ-исследование для исключения дистрофии миокарда и миокардита, а больным хроническими и затяжными формами вирусных гепатитов В и С по показаниям проводить пункционную биопсию печени. Другие дополнительные методы обследования инфекционного больного в периоде поздней реконвалесценции нетрудно определить в

зависимости от течения и нозологической формы инфекционного заболевания. Особое внимание обращается на выздоровление от тяжелых, затяжных форм заболевания, а также на период реконвалесценции карантинных инфекционных болезней.

Фисенко Ю.И., Липовский В.Е.
**ГИСТОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ГЕПАТОБИОПТАТОВ
ПРИ ЛАТЕНТНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С И ЕГО АССОЦИИИ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЛАТЕНТНОЙ СТАДИИ**

Севастополь, Украина

В последние годы в изменившемся спектре патологии, ассоциирующейся с ВИЧ - инфекцией, особое место заняли вирусные заболевания печени, в том числе хронический гепатит С (ХГС), который все в большей степени определяет смертность ВИЧ-инфицированных больных (Soriano V., 1999). При сочетании ХГС с ВИЧ-инфекцией основной причиной летальных исходов стали не оппортунистические инфекции, а тяжелые заболевания печени (Vica I, 2001).

В связи с этим в настоящее время придается особое значение прижизненной морфологической диагностике заболеваний печени, которая позволяет правильно установить активность воспаления, стадию заболевания, определить прогноз и назначить адекватную терапию.

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологических изменений в печени у юношей 18-20 лет, страдающих латентным хроническим гепатитом С (ЛХГС) в сочетании с ВИЧ-инфекцией в латентной стадии, а также сравнение полученных результатов с аналогичными показателями у больных только ЛХГС.

Большинство авторов для морфологической оценки изменений в печени используют полуколичественные критерии, предложенные R.G.Knodell и соавт. (1981), В.В.Серовым и Л.О. Севергиной (1986), V.J.Desmet и соавт. (1995). Gerber M.A. (1995), системы ISHAK и METAVIR. Нами для более точной количественной оценки клеточного состава паренхимы печени применен морфометрический метод с использованием окулярной измерительной сетки Сидорина В.С. (1982) Этим методом изучены гистологические препараты гепатобиоптатов 56 пациентов: с ЛХГС – 1-я группа (24 больных) и с ЛХГС+ВИЧ-инфекция в латентной стадии – 2-я группа (35 больных).

В каждом случайно отобранном гистологическом срезе просматривались десять также случайно выбранных полей зрения, в которых просчитывалось количество гепатоцитов, телец Каунсильмена, моноцеллюлярных некрозов, клеток Купфера, эпителия холангиол, эндотелия портальных вен и сегментоядерных лейкоцитов.

При гистометрическом анализе клеточного состава гепатобиоптатов установлено: гепатоциты при ЛХГС составили 67,44±1,29%, а при ЛХГС+ВИЧ-инфекции в латентной стадии – 60,24±1,67% от всех указанных выше клеточных элементов; тельца Каунсильмена - 10,67±0,73% и 13,54±1,51%, моноцеллюлярные некрозы – 0,12±0,03% и 0,28±0,05%, эпителий холангиол - 0,53±0,08% и 0,75±0,08%, эндотелий портальных вен – 0,26±0,04% и 0,20±0,02%, клетки Купфера – 10,92±0,68% и 13,49±0,98%, лимфоциты синусов – 7,73±0,73% и 8,21±0,78%, лимфоциты, расположенные в непосредственной близости от центральных вен, - 0,04±0,01% и 0,05±0,01%, лимфоциты портальных трактов - 1,32±0,27% и 1,82±0,29%, лимфоциты внутридольковых инфильтратов - 0,42±0,11% и 0,87±0,15%, лимфоциты во внутридольковых септах - 0,06±0,03% и 0,08±0,02% и лимфоциты в септах, исходящих из портальных трактов, – 0,13±0,03% и 0,22±0,05%, сегментоядерные лейкоциты в портальных трактах – 0,05±0,01% и 0,05±0,01%, сегментоядерные лейкоциты в синусах - 0,32±0,09% и 0,19±0,02% соответственно.

Анализ полученных данных с помощью t-теста для независимых переменных показал, что в гепатобиоптатах при ЛХГС+ВИЧ-инфекции в латентной стадии клетки Купфера, лимфоциты внутридольковых инфильтратов и моноцеллюлярные некрозы обнаруживались достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем ЛХГС, соответственно гепатоциты как основная составляющая всех анализируемых клеток достоверно ($p < 0,05$) - реже. При сравнении остальных вышеперечисленных показателей значимого отличия не установлено, однако отмечается некоторая тенденция ($p = 0,07$) к достоверно большему количеству эпителия холангиол в гепатобиоптатах второй группы пациентов.

Таким образом, в результате проведенных исследований нами установлено, что более выраженное интрадолькулярное воспаление, а также более частое развитие некрозов гепатоцитов определялись у пациентов с ЛХГС+ВИЧ-инфекцией в латентной стадии по сравнению с больными ЛХГС. Это, вероятно, связано с более тяжелым повреждающим воздействием на гепатоциты обоих вирусов. В свою очередь разница в пользу больных ЛХГС+ВИЧ-инфекции в латентной стадии по объемной плотности звездчатых ретикулоэндотелиоцитов, выполняющих функцию макрофагов печени, объясняется повышенной потребностью в фагоцитозе некротизированных гепатоцитов и иммуногенов, а разница в количестве эпителия холангиол свидетельствует о более выраженной пролиферации желчных проточков у этих пациентов. Как известно, холангиолы вместе с фибробластами врастают в зону некроза перипортальной паренхимы, замещая ее. Следовательно, этот показатель может служить косвенным критерием некротических процессов, которые предшествовали фиброзу и были больше выражены у больных с ЛХГС и его ассоциации с ВИЧ-инфекцией.

Фисенко Ю.И., Мамай Ю.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ЛАФЕРОНОМ ПРИ НЕ 1b ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Севастополь, Украина

Широкое распространение заболеваний, ассоциированных с вирусом гепатита С (HCV), частое поражение лиц молодого возраста, высокий уровень хронизации с возможным исходом в цирроз и первичный рак печени определяют актуальность и важность проблемы гепатита С. Интерферонотерапия в настоящее время является одним из основных методов этиотропного лечения хронического гепатита С (ХГС). В связи с базированием Черноморского флота на территории Украины встал вопрос о возможности применения производимого в Харькове и Киеве лаферона (интерферон-альфа-2b).

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности противовирусной терапии лафероном у лиц молодого возраста, страдающих не 1b ХГС, в режиме монотерапии в течение 48 недель.

32 больных ХГС, инфицированных не 1b HCV, молодые мужчины в возрасте 18-25 лет с длительностью заболевания от 1,5 до 4 лет получали лаферон подкожно в дозе 3 млн Ед. 3 раза в неделю в течение 48 недель. Длительность наблюдения после окончания терапии составляла 24 недели. Диагноз ХГС был установлен на основании наличия антител к HCV, репликации вируса гепатита С в сыворотке крови, подтвержденной методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), повышения активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) более чем в 1,5 раза, морфологических признаков хронического гепатита. Средний уровень активности АЛТ в сыворотке крови составлял $142,8 \pm 2,1$ ед/л, индекс гистологической активности (ИГА) по Кноделю - $7,4 \pm 0,5$ баллов.

Оценка эффективности проводимой терапии проводилась по следующим критериям: вирусологический ответ (исчезновения РНК HCV в сыворотке крови) и биохимический ответ (нормализация активности АЛТ в сыворотке крови) через 4, 12, 24 недели лечения, на момент окончания терапии и через 6 месяцев после его окончания, а также рассматривались исходы лечения: стойкий ответ (нормальная активность АЛТ и отсутствие репликации HCV в сыворотке крови через 6 мес после окончания курса терапии); рецидив (повышение активности АЛТ и/или появление РНК HCV в течение 6 мес после лечения); отсутствие ответа на лечение (активность АЛТ оставалась повышенной, постоянно определялась циркуляция РНК HCV в сыворотке крови).

Нормализация активности АЛТ в конце 4-й недели лечения наблюдалась у 28,1% больных ХГС. К концу 12-й недели лечения процент больных с нормальным уровнем активности АЛТ возрастал и составлял 34,4%. После 24-недельной терапии лафероном больных ХГС активность АЛТ была в норме уже у 40,6% пациентов. Биохимический ответ на момент окончания лечения был достигнут у 46,8% больных. Стойкий биохимический ответ (нормальная активность АЛТ через 24 недели после окончания терапии) регистрировался у 40,6% больных.

К концу 4-й недели лечения у 18,7% больных ХГС наблюдалось исчезновение РНК HCV из сыворотки крови, а после 12 недель лечения – у 31,2% пациентов. После 24 недель лечения лафероном положительный вирусологический ответ был достигнут у 37,5% обследованных пациентов, на момент окончания лечения - у 50% больных. Стойкий вирусологический ответ (отсутствие виремии через 6 мес после окончания лечения) был зарегистрирован нами у 40,6% обследованных.

На фоне терапии лафероном нормальные цифры активности АЛТ и отсутствие РНК HCV в сыворотке крови к концу периода наблюдения регистрировались у 40,6% больных, что расценивалось нами как стойкий ответ. Неэффективной терапия лафероном оказалась у 16 (50%) больных, у которых постоянно регистрировались повышение активности трансаминаз и циркуляция РНК HCV в сыворотке крови. У 3 (9,4%) больных при контрольном исследовании через полгода после окончания терапии была повторно обнаружена РНК HCV в сыворотке крови на фоне незначительно-повышенной активности АЛТ до двух норм, что рассматривалось нами как рецидив заболевания.

Таким образом, лаферон при монотерапии больных ХГС, инфицированных не 1b HCV, в режиме 3 млн Ед подкожно 3 раза в неделю в течение 48 недель показал свою достаточную эффективность, сопоставимую с таковой при проведении монотерапии некоторыми другими «оригинальными» интерферонами.

Хабелова Т.А., Хунафина Д.Х., Вахитов В.А., Кутуев О.И

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Уфа, Россия

Актуальность проблемы геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) связана с тяжестью заболевания, широким распространением природных очагов, отсутствием эффективных средств этиотропной терапии и специфической профилактики. Механизмы развития ГЛПС остаются недостаточно изученными. Основной патогенетической сущностью заболевания является универсальный альтернативно-деструктивный панваскулит, развитие которого иммунологически опосредовано.

Важную роль в ранних иммунных реакциях у больных ГЛПС играет повышенная секреция эндотелием оксида азота (NO). При патологических изменениях в организме синтез NO осуществляется индуцибельной NO-синтазой (NOS2), функциональная активность, которой регулируется изменениями генной транскрипции. В промоторном регионе гена NOS2A идентифицирован высокополиморфный сайт, обусловленный варьирующим числом микросателлитных tandemных пятинуклеотидных повторов (CCTTT)_n, которые влияют на транскрипцию гена.

Цель данного исследования – выявить ассоциацию между (CCTTT)_n полиморфизмом гена NOS2A и тяжестью течения ГЛПС.

Анализ данного полиморфизма проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) у 336 больных с серологически подтвержденным (РНИФ) диагнозом ГЛПС, в возрасте от 13 до 65 лет, получивших лечение в инфекционной больнице № 4 г. Уфы. Группу контроля составили 255 серонегативных доноров крови.

У пациентов со среднетяжелым течением болезни отмечалось преобладание генотипов NOS2A *11/*13, NOS2A *12/*13, NOS2A *12/*14 по сравнению с контрольной группой (OR=5,15, CI 95% 3,01-8,91; OR=1,39, CI 95% 1,07-1,70; OR=1,66, CI 95% 1,34-1,96, соответственно). У индивидов с генотипами NOS2A *11/*12, NOS2A *12/*14 повышен риск развития тяжелой формы ГЛПС (OR=4,18, CI 95% 1,86-9,80; OR=2,14, CI 95% 1,34-3,10, соответственно). Частота генотипа NOS2A *13/*14 у больных со среднетяжелой и тяжелой формой была ниже, чем в группе контроля (OR=0,51, CI 95% 0,34-0,73; OR=0,34, CI 95% 0,15-0,71, соответственно).

Анализ распределения частот аллелей (CCTTT)_n полиморфизма гена NOS2A выявил следующие ассоциации. Риск развития тяжелой формы ГЛПС у носителей аллелей NOS2A *11, NOS2A *12 повышен в 2 раза по сравнению с группой контроля (OR=2,01, CI 95% 1,43-2,69; OR=1,94, CI 95% 1,43-2,54, соответственно). Частота аллелей NOS2A *14, NOS2A *15, NOS2A *16 у пациентов со среднетяжелой и NOS2A *15, NOS2A *16 с тяжелой формой болезни значительно ниже, чем среди серонегативных доноров (p<0,05).

В результате наших исследований обнаружена ассоциация генотипов NOS2A *11/*12, NOS2A *12/*14 и аллелей NOS2A *11, NOS2A *12 с повышенным риском развития среднетяжелых и тяжелых форм ГЛПС.

Хаертынов К.С., Лазаренко О.Г., Романенко О.М.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ
Казань, Россия

Сибирская язва – это зооантропонозное заболевание. Источником сибиреязвенной инфекции для человека являются больные или павшие от этого заболевания животные, почва, скотомогильники.

В Татарстане 1118 захоронений зараженного скота и только 694 из них – доступны контролю, места остальных сегодня неизвестны. В настоящее время сибирская язва является достаточно редким заболеванием человека, в связи с этим важное значение имеет своевременная и достоверная специфическая диагностика сибирской язвы как у животных, так и у людей.

Целью данной работы явилась апробация дот-блот и лайн-блот-диагностикумов на определение специфических антител к различным структурным компонентам *Bacillus anthracis* на модели случая сибирской язвы в РТ в 2003 г.

В работе использовались культуры вакцинных штаммов *Bacillus anthracis*: СТИ-1 и 55 ВНИИВВиМ, выращенные на МПА. Возбудители (вегетативные формы) промывали 3 раза в 0,125М трис HCl буфере pH 6,8. Далее бактерии обрабатывали лизирующим раствором, содержащим 5% SDS, 0,1% b-меркаптоэтанола на 0,5М трис HCl буфере pH 7,0. Пробы разводили 1:1 деионизированной водой, содержащей 0,1% PMSF и проводили электрофорез по Laemmly (1970) в 12,5% ПААГ в присутствии 0,1% SDS. Далее проводили электроперенос на интроцеллюлозную бумагу (immobilon PVDF transfer, Millipore США) по Towbin et. al. 1989 г., блокировали 0,25% сухим молоком (Eritore Inc.), высушивали при 500С под вакуумом. В качестве конъюгата использовали античеловеческие (козьи) IgG антитела, меченные щелочной фосфатазой (ЩФ) с 0,1% NaN₃ (азидом натрия). Субстрат БХИФ/НСТ (5-бром-4-хлора-индалилфосфат и нитросиний тетразолий). Положительный контроль – преципитирующие сибиреязвенные IgG лошади, меченные ЩФ. Отрицательный контроль – пул сыворотки крови человека.

В работу была взята кровь больной, поступившей в инфекционную больницу г.Казани с подозрением на сибирскую язву на 7 и 17 дни болезни. Результаты экспресс-анализа показали наличие в сыворотке крови больной специфических антител к клеточному лизату возбудителя сибирской язвы. Аналогичная реакция с использованием вакцинного штамма 55 показала так же наличие антител к компонентам возбудителя, однако интенсивность реакции была ниже. В дальнейшем данная сыворотка больной была проанализирована в лайн-блот на наличие специфических антител (класса G) к основным структурным компонентам возбудителя сибирской язвы. Результаты анализа показали наличие в сыворотке крови больной антител к основному протективному антигену с МВ 90-93 кД и ниже, что явилось основанием, указывающим на наличие защитных антител к *Bacillus anthracis* на 7 и 17 дни болезни и формирование постинфекционного иммунитета. Наличие данных антител является критерием выздоровления.

Таким образом, разработанные диагностикумы для детекции антител к *Bacillus anthracis* для ветеринарии позволяют проводить экспресс-диагностику в полевых условиях и давать результаты через 30-40 минут. А лайн-

блот позволяет характеризовать спектр антител к различным компонентам клеточной мембраны возбудителя. Результаты лайн блот могут быть получены в течение 2 часов. Данные исследования могут быть успешно использованы как в ветеринарии, так и в здравоохранении.

Хаертынова И.М., Баширова Д.К., Хамзина Р.В.
**АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ,
СОЧЕТАННОЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Казань, Россия

В настоящее время увеличилось число пациентов с развернутой клиникой ВИЧ-инфекции, оппортунистическими заболеваниями, глубокой иммуносупрессией. Туберкулез среди оппортунистических заболеваний является одним из самых распространенных у больных ВИЧ-инфекцией и основной непосредственной причиной смерти.

Целью настоящего исследования явилось выявить клинико-иммунологические особенности ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом на фоне антиретровирусной и противотуберкулезной терапии.

Под наблюдением находилось 30 больных ВИЧ-инфекцией. Из них у 14 человек ВИЧ-инфекция сочеталась с активной формой туберкулеза (исследуемая группа), у 16 человек ВИЧ-инфекция протекала без туберкулеза (группа сравнения). Средний возраст больных составил $27,6 \pm 0,73$ лет. Антиретровирусная терапия назначалась по общепринятым клинико-лабораторным показателям.

Исследуемая группа получала АРТ на фоне 4-5 противотуберкулезных препаратов, а контрольная группа только АРТ.

Ведущими клиническими признаками в исследуемой группе были потеря веса, астеновегетативный, бронхолегочный синдромы и гепатомегалия, в контрольной группе – увеличение печени, лимфоаденопатия и астеновегетативный синдром. Установлено, что на фоне проводимой терапии в обеих группах уменьшается частота клинических проявлений уже через 3 месяца: реже отмечается астеновегетативный, бронхолегочный синдром, потеря веса, уменьшаются проявления бактериальных и грибковых поражений кожи.

Проводимая АРТ существенно улучшает иммунологические и вирусологические показатели в обеих группах. Через 3-6 месяцев в исследуемой группе отмечалось повышение уровня CD4-лимфоцитов с $0,155 \pm 0,025$ до $0,458 \pm 0,049 \times 10^9/л$ ($p < 0,01$), в группе сравнения с $0,191 \pm 0,024$ до $0,527 \pm 0,052$ ($p < 0,01$). Вирусная нагрузка ВИЧ в исследуемой группе снижалась с 267990 ± 8500 до 1290 ± 580 копий/мл, а в группе сравнения с 252090 ± 72010 до 530 ± 30 копий/мл.

Изучение туберкулиновой пробы у больных ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом показало зависимость реакции на туберкулин от стадии ВИЧ-инфекции и уровня CD4-лимфоцитов. Так, с прогрессированием ВИЧ-инфекции, в стадии вторичных заболеваний туберкулиновая анергия выявлялась в 3,2 раза чаще, чем в латентной стадии. Проводимая антиретровирусная терапия у данных больных повышала чувствительность к туберкулиновой пробе (в виде увеличения размеров папулы и/или появление положительной реакции у лиц, имевших до лечения отрицательную пробу Манту).

Таким образом, антиретровирусная терапия оказывает положительные клинические, вирусологические и иммунологические эффекты как у больных с ВИЧ-инфекцией, так и у больных ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом, а проводимая противотуберкулезная терапия не уменьшает эффективности АРТ.

Хайтович А.Б., Пидченко Н.Н., Ильичев Ю.А.
ПЦР ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ВИРУЛЕНТНОСТИ ПАРАГЕМОЛИТИЧЕСКИХ ВИБРИОНОВ

Симферополь, Украина

Vibrio parahaemolyticus обитают в морской среде и являются возбудителем пищевых токсикоинфекций. В последние годы вспышки инфекций, вызванные *V. parahaemolyticus* в мире участились, что связано с увеличением употребления сырых морепродуктов.

Одним из существенных факторов вирулентности парагемолитического вибриона является прямой термостабильный гемолизин (tdh). Однако существующие фенотипические методы определения гемолитических свойств у галофильных вибрионов не дают стандартных результатов. Наиболее точным методом изучения наличия гемолитических свойств является детекция гена *tdh*, кодирующего потенциальную возможность возбудителя обладать гемолитическими свойствами.

Среди наиболее распространенных методов определения вирулентности является определение феномена Канагава на среде Вагатсума. Штаммы, обладающие феноменом Канагава, длительное время считались вирулентными.

Современные представления о вирулентности парагемолитического вибриона, связанные с кодированием признака вирулентности геном *tdh*, поставили задачу параллельной проверки вирулентности парагемолитических вибрионов, выявленных при росте на специальной среде и с помощью детекции гена с использованием

полимеразной цепной реакции. Исследований по сравнительной оценке этих свойств в доступной литературе не обнаружено.

Для исследования было взято 15 штаммов, выделенных из клинического материала в период вспышки пищевой токсикоинфекции в г. Запорожье в 2001 г. Культуры идентифицировали по общепринятым методам и на основании полученных результатов отнесены к виду *V. parahaemolyticus*. Изучение их способности роста на среде Вагатсума показало, что все штаммы гемолизпозитивные и поэтому являются Канагава положительными штаммами, т. е. вирулентными.

Затем все 15 штаммов изучались на наличие гена *tdh*, который кодирует прямой термостабильный гемолизин.

Для этого 1 мл культуры суточной культуры центрифугировали при 5 000 об. в течение 10 мин. Супернатант удаляли, а осадок ресуспендировали в 0.1 мл стерильной дистиллированной воде и нагревали до 100°C в течение 5 мин. После центрифугирования при 10 000 об. в течение 10 мин, супернатант переносили в чистую пробирку и затем определяли наличие гена *tdh* с помощью ПЦР.

Использовали в ПЦР два праймера: 1 (5'-GGTACTAAATGGCTGACATC) и 2 (5'-CCASTACCACTCTCATATGC). Амплификацию проводили по схеме: один цикл 96°C - 5 мин., 35 циклов по схеме: денатурация - 94°C - 1 мин., отжиг - 55°C - 1 мин., синтез - 72°C - 1 мин., и один цикл при 72°C - 7 мин. Реакцию проявляли электрофоретическим методом.

В результате исследования у 15 гемолизпозитивных штаммов, определенных с помощью роста на среде Вагутсума, ген *tdh* выявили только у 5 штаммов. Это свидетельствует о том, что не все гемолизположительные штаммы, определенные как Канагава положительные, содержат ген гемолизина и относятся к клону эпидемически опасных штаммов.

Хапилов Х.С., Якубов Х.К., Курбанова Ф.И.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ФОРМ БРУЦЕЛЛЕЗА

Ташкент, Узбекистан

Под наблюдением были 120 больных бруцеллезом и 30 здоровых людей. Больным поставлен диагноз по данному жалоб: эпидемиологического анамнеза, клинических симптомов заболевания, динамики заболевания, также бактериологическое и серологическое исследование. Среди них, у 40 больных была выявлена первично хроническая, 42 больных вторично хроническая и 38 больных определено резидуальная форма заболевания.

Данные исследования показали что, у 77,5% больных первично хронически формы бруцеллеза отрицательная реакция Райта, у 24,0% больных положительно, а у 1,5% больных были очень высокие титры в крови.

У больных с вторично – хроническое форма бруцеллеза в 42,5% случае наблюдалось отрицательное и слабоположительное, 57,2% - положительная реакция Райта.

С резидуальной формой бруцеллеза у 10% больных было реакция Райта положительное, а у 90% больных реакция отрицательная или слабо положительная.

В дифференциальной диагностики значение реакции Хеддельсона выше чем такой реакции Райта. Т.е. при первично хронической форме бруцеллеза у больных реакция Хеддельсона 15% отрицательная и слабоположительная, а 80% больных наблюдалось положительная реакция и высокие титры в крови.

При вторично – хронической форме бруцеллеза реакция Хеддельсона у 69% больных положительные и больше титры в крови, а с резидуальной форме заболевания у 24% больных была реакция положительная.

У исследуемых больных изучалось дифференциально – диагностическое значение клеточного иммунитета. У всех больных, таковы были под наблюдение до начала лечение во всех клинических формах, наблюдался Т – лимфоцитарное дефицит. В – лимфоциты оставались относительно без изменение (кроме резидуальной формой).

Увеличение активности В – лимфоциты оценивали по содержанию в сыворотке крови иммуноглобулина (А и G).

При хронических формах бруцеллеза содержание IgG было высокое а IgA была приделах норма. При резидуальной форме заболевания крови IgA повышался выше норме.

Вывод: при дифференциальной диагностики хронических форм бруцеллеза большой значение имеет не только хорошо собранный эпидемиологический анамнез, динамика заболевания и клинические симптомы, но и результаты серологические и иммунологические исследований.

Хархардинова О.А., Городин В.Н., Зотов С.В., Ванюков А.А., Дегтярь Л.Д.,
Леонова Т.С., Плахотнюкова В.В., Якунчева Т.Н., Захарова Л.В., Кливак О.М.

КАЧЕСТВО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗА

Краснодар, Россия

Общеизвестно, что тяжесть течения лептоспироза определяется многими факторами, в том числе сроками диагностики заболевания, ранним началом адекватной комплексной терапии. Однако на практике сроки

постановки диагноза лептоспироз при первичном обращении больных за медицинской помощью колеблется от 1 до 16-го дня болезни. Нами проанализированы 705 случаев лептоспирозной инфекции по материалам инфекционной больницы города Краснодара (ныне ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края) за последние 10 лет.

Больные с безжелтушными формами лептоспироза (161 человек) были направлены в стационар с 1-го по 10-й дни болезни, в среднем на 4,8 день. Диагноз лептоспироза при направлении был выставлен 95 пациентам (59%). Остальные больные направлялись со следующими диагнозами: ОРВИ (20), менингит (13), лихорадка неясной этиологии (12), пневмония (7), ОКЗ, ангины, сепсис (по 3 случая), ОВГ (2), ГЛПС, малярия, энцефалит, отравление грибами (по 1 случаю).

При желтушном лептоспирозе правильный диагноз на догоспитальном этапе был выставлен в 505 случаях (92,3%). Среди ошибочных диагнозов при направлении в клинику инфекционных болезней снова были лихорадка неясной этиологии (12), ОРВИ (3), пневмония (5), ОКЗ (6), сепсис, ГЛПС (по 2 случая), менингит (1). В связи с наличием синдрома желтухи 78 пациентов (14,3%) были направлены с ошибочным диагнозом острого вирусного гепатита. Следует отметить, что больные желтушным лептоспирозом направлялись в стационар с 4 по 14 дни болезни, в среднем на 6,4 день. Сроки госпитализации больных желтушным лептоспирозом были на 1,6 дня позже, чем безжелтушным.

Правильный диагноз лептоспироза на приемном отделении был установлен 649 пациентам (92%). Среди ошибочных диагнозов при безжелтушном лептоспирозе были ОРВИ (2,3%) и менингит (1,8%), а при желтушном – острый вирусный гепатит (3,9%).

Сопоставление тяжести клинического течения заболевания и сроков госпитализации в специализированный стационар выявило закономерность - чем позже был госпитализирован больной и, следовательно, позже начато проведение адекватной терапии, тем тяжелее протекало заболевание. По результатам заключительных клинических диагнозов установлено, что больные с легким течением заболевания были госпитализированы, в среднем на $3,8 \pm 1,02$ день болезни, со среднетяжелым течением на $5,6 \pm 0,21$ день, тяжелым – на $6,4 \pm 0,11$. Пациенты с неблагоприятным исходом болезни были госпитализированы в среднем на $9,0 \pm 0,16$ день от начала заболевания.

Таким образом, несмотря на многолетнее существование очага лептоспирозной инфекции в Краснодарском крае, сохраняются проблемы ранней клинической диагностики заболевания. Наличие в начальном периоде болезни неспецифических клинических проявлений - лихорадки и признаков интоксикационного синдрома различной степени выраженности (общей слабости, головной боли, миалгий, тошноты, рвоты, нередко диареи), наряду со скудностью физикальных данных при первичном осмотре пациентов, а также недооценка данных эпидемиологического анамнеза, могли послужить причинами неправильной диагностики лептоспироза на догоспитальном этапе.

Хасанова Г.М., Камаева З.Р., Фарвазова Л.А.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ПО СРАВНЕНИЮ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ С РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ

Уфа, Россия

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) это природно-очаговое вирусное заболевание, широко распространённое в различных областях Российской Федерации.

Динамика заболеваемости ГЛПС в Республике Башкортостан (РБ) и в Российской Федерации (РФ) характеризуется подъёмами каждые 3-4 года.

За период с 2000 по 2005 годы отмечено два подъёма заболеваемости ГЛПС - в 2001 и в 2004 годах. Наибольшая заболеваемость ГЛПС была в 2004 году, когда заболело в РБ 2639 человек и показатель составил 64,49 на 100 тысяч населения. В РФ за 2004 заболело 10244 человек и показатель составил 7,14 на 100 тысяч населения. Таким образом, 25,8% россиян переболевших ГЛПС в 2004 году были из Башкирии.

Наименьшее количество переболевших ГЛПС в Башкирии и в России за последние 5 лет было отмечено в 2002 году. Число переболевших составило 1229 или 30,04 на 100 тыс. человек в республике Башкортостан. В Российской Федерации в 2002 году переболело 4613 человек или 3,2 на 100 тыс. населения. То есть доля переболевших ГЛПС в РБ составила 26,6% от переболевших ГЛПС в РФ.

В 2005 году отмечался спад заболеваемости по сравнению с 2004 годом. В РБ переболело 2313 человек, (показатель составил 56,52 на 100 тыс. населения), в РФ переболело 7330 граждан, (показатель составил 56,52 на 100 тыс. населения). Доля лиц переболевших ГЛПС в РБ составила 31,6%.

Таким образом, динамика заболевания ГЛПС в республике Башкортостан соответствует динамике заболевания ГЛПС в Российской Федерации.

Максимальная заболеваемость ГЛПС в РФ и в РБ за последние пять лет отмечалась в 2004 году, минимальная - в 2002 году.

Доля переболевших ГЛПС в Башкирии ежегодно составляет 25-32% от количества переболевших ГЛПС в России, а показатель заболеваемости в республике Башкортостан ежегодно в 8-12 раз больше чем в Российской Федерации.

Хлопова И.Н., Преснова Г.А., Чистяков А.Н., Корвякова Е.Р.

"БЕТУЛАГЕПАТ" В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Москва, Россия

Одним из актуальных вопросов инфектологии является изучение парентеральных вирусных гепатитов. По прогнозам ВОЗ в последующие 10-20 лет хронический вирусный гепатит С (ХВГС) станет основной проблемой национальных органов здравоохранения. Лечение больных ХВГС интерферонами, принятое в мире, имеет ряд негативных сторон: значительную частоту токсических реакций, неабсолютную эффективность, дороговизну. Таким образом, разработка новых лекарственных препаратов и схем терапии, снижающих репликацию вируса гепатита С, обладающих гепатопротекторным и противифибротическим действием и не оказывающих побочного воздействия на внутренние органы, является актуальной.

Проведение экспериментальных исследований на лабораторных животных показало, что препарат растительного происхождения «Бересты экстракт сухой» (БЭС), содержащий бетулин, не обладает общей токсичностью, аллергенными свойствами, мутагенным действием, не является потенциальным канцерогеном. Кроме того, в экспериментах *in vitro* и на мышах, зараженных вирусом гепатита С, был показан антивирусный эффект экстракта. Установлены также его интерферониндуцирующие свойства. На основе БЭС компанией «Березовый мир» создан препарат «Бетулагепат», относящийся к разряду БАДов.

Проведено изучение эффективности и безопасности «Бетулагепата» при лечении больных хроническим вирусным гепатитом С. Под наблюдением находилось 54 больных верифицированным ХВГС без признаков цирроза в возрасте от 18 до 52 лет. Перед назначением препарата определялись вирусная нагрузка, генотип вируса (преимущественно – 1b и 3a), интерфероновый статус, биохимическая активность гепатита (умеренная гиперферментемия; АлАТ в среднем больше 3N). «Бетулагепат» назначался по 1 капсуле 2 раза в день или по 2 капсулы 2 раза в день (по 27 пациентов в каждой подгруппе) в течение 2 месяцев в сочетании с рибавирином (800 мг).

На фоне проводимой терапии все больные отметили улучшение самочувствия – исчезновение слабости, подавленности, тошноты, улучшение аппетита. Купировался болевой синдром, уменьшились размеры печени. Все больные отметили хорошую переносимость препарата; аллергических реакций не наблюдалось. Через 2 месяца после начала лечения нормализовался уровень аминотрансфераз. Принципиальных различий клинико-биохимических показателей в зависимости от суточной дозы «Бетулагепата» не выявлено. Анализ вирусологических результатов позволил констатировать снижение вирусной нагрузки и элиминацию вируса из крови у больных после двухмесячного курса лечения. У пациентов, принимавших препарат в большей суточной дозе, выявлено повышение уровня вирусной нагрузки к 20 дню от начала лечения с последующей элиминацией вируса к 60 дню от начала терапии. По истечении 6 месяцев от начала лечения у 30% всех получавших «Бетулагепат», независимо от использованной дозы, вновь выявляли РНК HCV, что требует оптимизации схемы назначения. На клетки периферической крови препарат отрицательного действия не оказывал. Отмечено явное улучшение показателей интерферонового статуса – повышение уровней сывороточного интерферона, альфа- и гамма-интерферонов.

Полученные клинико-вирусологические данные и анализ интерферонового статуса у больных ХВГС позволяют считать, что «Бетулагепат» оказывает гепатопротекторное (в частности, снижает выраженность цитолиза), противовирусное и интерферониндуцирующее действие и не вызывает токсико-аллергических реакций, что позволяет рекомендовать его к использованию в комплексной терапии ХВГС.

Хлопунова О.В., Свиридов Л.П., Позняк А.Л.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СХЕМЫ ВЫЯВЛЕНИЯ *V.FRAGILIS* КАК АССОЦИАНТА *T.VAGINALIS* ПРИ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Санкт-Петербург, Россия

Заболевания инфекционной природы, передающиеся половым путем, по ряду причин в настоящее время распространены довольно широко. Преимущественно они обусловлены *S. trachomatis*, *M.hominis*, *T.vaginalis*. Нередко в роли этиологического фактора выступают и неклостридиальные анаэробы, в частности, *B. Fragilis*. Инфекции, вызываемые перечисленными возбудителями, часто протекают хронически, не имеют этиологически патогномичной клинической картины. В связи с этим лабораторной диагностике принадлежит ключевая роль как в установлении этиологии заболевания, так и в выборе схемы и тактики этиотропного лечения. Все это в полной мере относится и к часто встречаемой микст – инфекции, вызываемой *T.vaginalis* и *B.Fragilis*.

Как свидетельствует наш опыт, выявление *T.vaginalis* в пробах исследуемых материалов с помощью МФА затруднений не вызывает. Что касается *B.Fragilis*, то результаты МФА чаще бывают отрицательные или сомнительные, а бактериологического исследования – отрицательные. На этом основании, как правило, проводили лечение только трихомониаза. Поначалу оно давало положительный эффект, но в последующем часто завершалось обострением процесса: появлялись боли внизу живота, кровянистые выделения, иногда лихорадка. И только повторное лабораторное обследование на этом фоне позволяло подтвердить бактериоидную природу обострения и выбрать адекватную тактику специфического этиотропного лечения.

Мы полагали, что вторая волна инфекции бактериоидной природы возникала в результате выхода *B.Fragilis* из лизированных антипротозойными препаратами *T.vaginalis*. С учетом этого усовершенствовали схему лабораторной диагностики указанных ассоциантов микст-инфекции, применив следующий прием: в среду для культивирования трихомонад добавляли антипротозойный препарат (метранидазол, делагил, макмирор или др.) и после определенной экспозиции проводили исследования на наличие *B.Fragilis*. Схема анализа апробирована на 150 больных. Уже при первичном обследовании бактериоиды выявлялись в три раза чаще, что, естественно, способствовало своевременному выбору адекватной специфической этиотропной терапии.

Хлякина О.В., Бала М.А.

АНАЛИЗ РОЛИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА

Литецк, Россия

Возбудителям инфекционных заболеваний бактериальной природы в настоящее время отводится все более существенная роль в патогенезе патологии, относимой ранее к соматической. В то же время все большее внимание исследователи уделяют внешним факторам среды обитания (химическим, радиационным, электромагнитным полям) как безусловным доминантам формирования фенотипических особенностей, преморбидного фона, а впоследствии и патогенеза бактериальных инфекций у человека.

Традиционно считалось, что сперматогенез является одной из уязвимых функций мужского организма. Ведущими альтерирующими факторами определены преимущественно бактериальные и хламидиозные процессы. Однако в последние годы опубликованы данные, подвергающие сомнению эти устоявшиеся представления.

В ходе исследования проведен анализ клинического материала в крупном промышленном центре черной металлургии. Под наблюдением находились 196 мужчин, обратившихся в консультацию «Брак и семья» в связи с бесплодием в 1993-2005 гг. Возраст больных от 28 до 45 лет. У 86 пациентов в анамнезе выявлены гонорея (48), уrogenитальный хламидиоз (38). Диагноз был верифицирован бактериологическими и серологическими методами. Все они прошли курсовое лечение в профильных лечебных учреждениях.

При бактериологическом исследовании эякулята выявлялись патогенные стафилококки, стрептококки, клебсиеллы. Ведущей патологией сперматогенеза была олигозооспермия.

Все больные были жителями крупного промышленного города с доминированием предприятий черной металлургии. Был проведен анализ профессионального статуса, экологической характеристики мест постоянного проживания пациентов.

В ходе исследований удалось выявить тенденции, свидетельствующие о существовании определенных взаимосвязей экологических условий труда (вредные производственные химические и термические факторы, вибрация, воздействия ЭМП). Производственные воздействия в значительной мере потенцировались при проживании пациентов в экологически проблемных зонах города (химические загрязнения преимущественно выбросами автотранспорта).

Целесообразно проведение дальнейших исследований, направленных на выявление особенностей течения бактериальных процессов в условиях воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.

Хлякина О.В., Бала М.А.

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ И ЭКОЛОГИИ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА МУЖЧИН?

Литецк, Россия

По данным ВОЗ экология определяет реактивность макроорганизма в ответе на бактериальные и вирусные инфекции. Химические, радиационные, электромагнитные загрязнения среды являются безусловными доминантами формирования фенотипических особенностей, преморбидного фона больных инфекционной и соматической патологией.

Сперматогенез является одной из наиболее уязвимых функций мужского организма. Ведущими альтерирующими факторами определены преимущественно бактериальные, хламидиозные, вирусные процессы.

В ходе исследований удалось выявить тенденции, свидетельствующие о существовании определенных взаимосвязей экологических условий труда (вредные производственные химические и термические факторы,

вибрация, воздействия ЭМП). Производственные воздействия в значительной мере потенцировались при проживании пациентов в экологически проблемных зонах города (химические загрязнения преимущественно выбросами автотранспорта).

В проведенных нами исследованиях 196 мужчин, обратившихся в консультацию «Брак и семья» в связи с бесплодием, ведущей патологией сперматогенеза была олигозооспермия. В анамнезе пациентов в подавляющем большинстве случаев были выявлены гонорея, хламидиоз, инфекция ВПГ1, ВПГ2, НРV16. Все они прошли курсовое лечение в профильных лечебных учреждениях. При бактериологическом исследовании эякулята выявлялись патогенные стафилококки, стрептококки, клебсиеллы.

Все больные были жителями крупного промышленного города с доминированием предприятий черной металлургии. Был проведен анализ профессионального статуса, экологической характеристики мест постоянного проживания пациентов.

Изучение гормонального статуса позволило выявить дисбаланс со снижением продукции тестостерона и повышением выработки прогестерона.

В ходе исследований удалось выявить тенденции, свидетельствующие о существовании определенных взаимосвязей экологических условий труда (вредные производственные химические и термические факторы, вибрация, воздействия ЭМП). Производственные воздействия в значительной мере потенцировались при проживании пациентов в экологически проблемных зонах города (химические загрязнения преимущественно выбросами автотранспорта).

По-видимому, влияние экологических факторов затрагивает не только иммунореактивность макроорганизма на инфекционные агенты, но и влияет на глубокие процессы формирования эндокринного статуса.

Ходиев А.В., Ахмедова М.Д., Гулямов Н.Г.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНОЧНО-СПЕЦИФИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АЛЬФА-ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ НВВ И НСВ ИНФЕКЦИЯМИ

Ташкент, Узбекистан

Применение антиоксидантов при хронических вирусных гепатитах все больше привлекает внимание. Учитывая сходство патогенеза поражения тканей и активации транскрипционных факторов в результате воздействия кислородных радикалов, применение антиоксидантов при хронических вирусных гепатитах различной этиологии является крайне обоснованным. В этой связи представлялось целесообразным провести исследование по изучению эффективности антиоксиданта альфа-липоевой кислоты (АЛК) у больных с хроническими вирусными гепатитами.

С этой целью были исследованы 104 больных с хронической НВВ и НСВ инфекциями. Исследование проводилось двойным слепым методом (52 пациента контрольная плацебо группа; 52 пациента – лечебная группа, получавшая АЛК ежедневно в течение 1-3 недель внутривенно по 600 мг и орально в течение последующих 4-12 недель однократно утром по 1200 мг). Оценку эффективности препарата проводили по результатам анализа динамики ряда биохимических показателей; аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), γ -глутаминтрансферазы (ГГТ); а также по динамике клинических симптомов и жалоб у больных.

В процессе исследования было установлено, что у больных основной и контрольной групп показатели АЛТ и АСТ изменялись в процессе наблюдения без достоверных различий, в то время как показатели ГГТ снижались достоверно быстрее и к концу лечения были достоверно ниже у больных основной группы по сравнению с контрольной. У больных с хронической НВВ и НСВ инфекциями динамика выше указанных показателей была аналогичной и достоверно не отличалась. Со стороны клинических проявлений у больных получавших АЛК отмечалась более быстрое купирование симптомов и жалоб, улучшение общего состояния и самочувствия относительно больных контрольной группы.

Таким образом, на основании результатов проведенных исследований можно заключить, что применение АЛК способствует повышению активности факторов антирадикальной защиты гепатоцитов, косвенным показателем которых является снижение ГГТ, явлений интоксикации и более быстрое купирование симптомов обострения хронического вирусного гепатита не зависимо от его этиологии.

Ходченкова И.П., Зарубина И.В., Шабанов П.Д.

ЭФФЕКТЫ ТРЕКРЕЗАНА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС И БЕСОСЛОЖНЕНИИ ПРОСТАТИТОМ

Санкт-Петербург, Россия

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – распространенное урологическое заболевание пациентов пожилого и старческого возраста. Среди наиболее частых осложнений доброкачественной гиперплазии предстательной железы наблюдается простатит, который может развиваться как на фоне хронического воспаления,

так и в ранее непораженной воспалительным процессом железе. Важную роль в патогенезе осложненной гиперплазии простаты играют расстройства иммунитета и метаболизма, которые традиционная лекарственная терапия данного заболевания оставляет без должного внимания. В связи с этим актуальной медицинской задачей является поиск эффективных иммуномодуляторов с метаболическим спектром действия для адекватного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и ее осложнений. В значительной степени этим требованиям отвечает трекрезан – триэтаноламмониевая соль 2-метилфеноксиуксусной кислоты – высокоэффективное фармакологическое средство с адаптогенным и иммуностимулирующим действием.

Целью настоящей работы явилось влияния трекрезана на показатели иммунитета и метаболизма при экспериментальной доброкачественной гиперплазии предстательной железы и ее осложнении острым простатитом у крыс. Гиперплазию предстательной железы индуцировали внутрибрюшинным введением крысам сульпирида («Эглонил», раствор для инъекций, Франция) в дозе 40 мг/кг в течение 30 дней. Осложнение гиперплазии предстательной железы острым простатитом у крыс моделировали на 25 день от начала эксперимента с помощью введения в латеральные доли простаты 0,05% раствора формальдегида в объеме 0,01 мл. Развитие ДГП железы контролировали гистологически. Трекрезан в виде водного раствора субстанции вводили животным в течение 5 дней внутрибрюшинно в дозе 25 мг/кг массы тела, начиная с 25-го дня эксперимента.

При осложнении гиперплазии предстательной железы острым простатитом на фоне резкой активации процессов перекисного окисления липидов и угнетения активности антиоксидантных систем трекрезан проявил выраженное антиоксидантное действие. Введение трекрезана сопровождалось достоверным снижением в тканях простаты крыс содержания гидроперекисей липидов на 39%, диеновых конъюгатов на 34%, малонового диальдегида на 34%. При этом увеличивалась активность супероксиддисмутазы на 182%, каталазы на 127% и содержания восстановленного глутатиона на 157% ($P < 0,05$).

Введение трекрезана сопровождалось увеличением реакции торможения миграции лимфоцитов с Кон-А на 62% и с ФГА – на 107% ($P < 0,05$). Показатель фагоцитоза при введении трекрезана достоверно снижался на 44%, а среднее число микробов, поглощенных одним активным нейтрофилом, уменьшалось на 49%. Трекрезан увеличивал активность кислороднезависимых микробицидных систем фагоцитов на 28% ($P < 0,05$). При этом на фоне действия трекрезана базовые кислородзависимые антиинфекционные системы, оцениваемые по восстановлению нитросинего тетразолия, снижались на 44%, а стимулированные – на 35% ($P < 0,05$).

Таким образом, при экспериментальной гиперплазии предстательной железы и сопутствующим острым простатитом трекрезан проявляет выраженное антиоксидантное и иммуномодулирующее действие, что делает перспективным его применении при данном заболевании.

Холматова К.Ш.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ

Ташкент, Узбекистан

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинического течения трехдневной малярии, вызываемой *P. vivax*, у детей разного возраста, проходивших лечение в клинике НИИЭМИЗ МЗ РУз с 1999 по 2004 гг.

Под наблюдением находилось 17 детей в возрасте от 3 лет до 14 лет. По возрастному составу дети были разделены на группы: 3-7 лет – 7 детей (41,2%), 7-14 лет – 10 детей (58,8%). Из них количество мальчиков и девочек составило соответственно 11 (64,7%) и 6 (35,3%) больных.

Результаты анализа показали, что у 1(6%) больного отмечалось легкое течение болезни, у 12 (70,5%) больных – среднетяжелое течение болезни и у 4(23,5%) – тяжелое течение болезни.

У большинства детей при первичном заболевании трехдневной малярией окончательный диагноз был установлен в среднем на $15,2 \pm 5,5$ день, что обусловило позднюю госпитализацию больных.

Первичная малярия у детей протекала по классическому типу и характеризовалась четко очерченными фазами малярийного пароксизма: озноб, жар, пот.

Постоянными симптомами были головная боль (12 больных – 70,6%), рвота (3 больных – 17,6%), слабость (100%), мышечные и суставные боли (5 больных – 29,4%). Увеличение печени наблюдалось у всех пациентов (100%), но спленомегалия – только у 8-х детей (47%).

Картина периферической крови у детей характеризовалась развитием анемии. Легкая степень встречалась у 1 пациента – 5,8%, среднетяжелая степень анемии у 5 больных – 29,4%, тяжелая степень анемии – у 10 больных – 59%.

Таким образом, течение малярии у детей в большинстве случаев имеет все характерные клинические симптомы и должна быть заподозрена при наличии лихорадочных пароксизмов, гепатоспленомегалии, анемии. Поэтому при любом заболевании с неустановленным диагнозом, сопровождающейся повышением температуры, обязательно должно проводиться исследование крови на малярию.

Хоронжевская-Муляр И.С., Шевченко Г.Н., Мартынюк Г.А., Резников А.П.,
Стаховская Л.И., Муха Ю.С., Корнийчук Г.В., Масанов В.И., Маглушинский Н.И.
**ИЗУЧЕНИЕ ШИРОТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е
СРЕДИ РАБОТНИКОВ СВИНОФЕРМ НА НЕЭНДЕМИЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ
СЕВЕРО-ЗАПАДНОЙ ЧАСТИ УКРАИНЫ**

Ровно, Украина

По данным ряда авторов вирус гепатита Е (ГЕ) может вызывать бессимптомную инфекцию у свиней, и они могут быть источниками инфекции для человека (Михайлов М.И., Кузин С.Н., Фаворов М.О. и др.).

Целью работы было изучение широты распространения вирусного гепатита Е среди работников свиноферм на неэндемичной территории Ровенской области Северо - Западной части Украины.

Исследования проводили в вирусологической лаборатории Ровенской областной санэпидстанции. Антитела к вирусу гепатита Е класса Ig G (анти- ВГЕ Ig G) определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью тест – систем “ ДС- ИФА- анти - HEV- G” научно – производственного объединения “ Диагностические системы “ (г. Нижний Новгород).

Для определения широты распространения ГЕ нами были исследованы на анти-ВГЕ Ig G сыворотки крови 95 работников свиноферм из 9 районов Ровенской области. Среди обследованных все были сельскими жителями, женщин было более 80%. Группу сравнения составили 58 безвозмездных доноров крови.

Результаты исследования показали, что среди 95 работников свиноферм анти-ВГЕ Ig G были выявлены у 18 человек, что составило 18,9% от числа обследованных лиц. В то же время у 58 безвозмездных доноров крови анти-ВГЕ Ig G были выявлены только у 1 человека (1,7 %).

Среди положительных на анти- ВГЕ лиц женщин было более 70% , никто из них за пределы Украины, на территории эндемичные по заболеваемости на ГЕ, ранее не выезжал. По возрасту положительные на анти- ВГЕ работники свиноферм распределились следующим образом: 15-18 лет - 1 человек, 20-29 лет - 1 человек, 30- 39 лет - 4 человека, 40- 49 лет - 6 человек, 50- 59 лет - 3 человека, 60- 69 лет - 1 человек, 70 лет и старше - 2 человека.

Таким образом, на неэндемичной территории Ровенской области Северо- Западной части Украины среди работников свиноферм у 18,9% были выявлены антитела к вирусу гепатита Е класса Ig G, в то же время среди безвозмездных доноров крови этот показатель был в 11,1 раза ниже и составил 1,7%. Эти данные дают основание предположить, что на неэндемичной территории работники свиноферм и лица, которые ухаживают за свиньями, являются группой риска по инфицированию вирусом гепатита Е.

Хохлова З.А., Гилева Р.А., Поволоцкая Л.М., Тишкина А.П., Машарская Г.П., Карпова В.Н.

ЭНТЕРОВИРУСНЫЙ МЕНИНГИТ ПО-ПРЕЖНЕМУ АКТУАЛЕН

Новокузнецк, Россия

Серозный менингит является одной из типичных форм энтеровирусной инфекции, повышение заболеваемости которой отмечается в летне – осенний сезон, с периодичностью в среднем 4 года. Вместе с тем, в Новокузнецке за вспышкой этой инфекции в 2004 г последовала вспышка и в 2005 г.

Мы наблюдали 104 случая серозного менингита в условиях инфекционного стационара в период сезонного подъема заболеваемости энтеровирусной инфекции в июне – октябре 2005 г. Диагноз устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждался обнаружением специфических Ig M-антител в сыворотке крови методом ИФА и (или) РНК вируса в ликворе методом ПЦР. Дети в возрасте от 1,5 до 6 лет составили 32,69% (34 больных), 7-14 лет 54,8% (57 больных), подростки 15-18 лет 10,58% (11) и взрослые 2,88% (3). Преобладали больные мужского пола - 67,59%. Большинство (81 пациент) госпитализированы в течение августа – сентября. Начало заболевания было острым, повышение температуры до 380 отмечалось в 34,3%, 38-390 в 52%, выше 390 в 13,7%. Лихорадка сохранялась один - три дня и имела, как правило, одноволновый характер. Головная боль присутствовала в 100%, катаральный синдром разной степени выраженности в 81,3%, рвота в 81,5% с частотой от одного до 15 раз длительностью один - три дня. Полный менингеальный синдром выявлялся в 14,42%, у остальных пациентов он был диссоциированным (как правило, ригидность мышц затылка, реже – в сочетании с симптомом Кернига или Брудзинского).

Длительность менингеального синдрома составляла от одного до пяти дней. Ликвор-менингит установлен в 10,58%. У всех больных диагностирована среднетяжелая форма. Плеоцитоз ликвора составил 159,6·106 /л: в 41,6% был менее 100·106 /л, в 41,6% 100-300·106 /л и лишь в 15,8% выше (максимум – 597·106 /л). У 58,4% больных преобладали полиморфноядерные нейтрофилы, в том числе в 29,7% - от 70 до 97%.

В гемограмме показатели СОЭ составили 11,6±2,5 мм/час, лейкоцитов – 9,11± 3,7·109, % палочкояденых нейтрофилов – 10,05±3,2. У детей 7-14 лет выявлена более высокая гуморальная активность при более низком цитозе ликвора по сравнению с дошкольниками и старшей возрастной группой.

Проводилась патогенетическая терапия. В качестве индуктора интерферона у 72,1 % пациентов применялся 12% р-р циклоферона. Длительность пребывания в стационаре составляла 15,7±3,4 дня.

Таким образом, энтеровирусный менингит в период сезонного подъема заболеваемости протекал в среднетяжелой форме с благоприятным исходом.

Хохлова Н.И., Толоконская Н.П., Лапицкая Н.М., Солопова Т.Б.
СОВРЕМЕННЫЕ ЧЕРТЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ
Новосибирск, Россия

Произошедшая в последние десятилетия под действием искусственных факторов радикальная смена макро- и микроокружения человека оказала влияние на структуру и характер инфекционных заболеваний. В этой связи в новом качестве предстают привычные инфекции, в частности, вирусный гепатит А (ВГА). Заболеваемость ВГА в Новосибирске с 1990 по 2005 гг. имела неравномерный, порой взрывной характер. Последнее десятилетие характеризовалось преобладанием среди заболевших взрослых (от 52 до 88%).

Проведен сравнительный анализ течения моноинфекции ВГА у взрослых, госпитализированных в Муниципальную инфекционную клиническую больницу № 1 г. Новосибирска, в период 2 последних подъемов заболеваемости: у 228 чел. в 2001 г. (1-я группа) и 160 чел. в 2005 г. (2-я группа). В обеих группах доминировала средняя степень тяжести заболевания (74% и 83,1%), доля тяжелых форм была незначительной (6,5% и 8,8%). ВГА у взрослых протекал как острая яркая болезнь, с типичной во многом симптоматикой. Но в ряде случаев клиническая картина заболевания отличалась от классической. В 2005 г. по сравнению с 2001 г. достоверно чаще регистрировались нетипичные для ВГА черты, предполагающие наличие исходных изменений иммунологической реактивности: постепенное начало болезни (13,5 % и 7,7% соответственно), отсутствие лихорадки (14,% и 10,9%), наличие лишь субфебрильной температуры (26,8% и 19,1%), артралгии (13,1% и 8,7%). Выявлена значительная продолжительность симптомов интоксикации у больных 2-й и 1-й групп: слабости (11,9+0,5 и 11,6+0,4 дней), снижения аппетита (9,9+0,3 и 8,9+0,3 дней). У немалой части больных ВГА (54,4% и 32,9%) не отмечалось улучшения самочувствия с наступлением желтушного периода болезни. Длительная интоксикация у больных ВГА может быть следствием исходной несостоятельности дезинтоксикационных систем организма, что подтверждается наличием фоновой патологии у трети исследованных больных.

Показатели сывороточных аминотрансфераз у больных 2-й и 1-й групп свидетельствовали о значительной выраженности у них синдрома цитолиза. У большей части больных 2-й и 1-й групп заболевание протекало с умеренной (52,9% и 51,4%) и с незначительной желтухой (39,9% и 42,1%). Истинные холестатические формы болезни были диагностированы у 1,8% и 2,2% пациентов. При определении уровней щелочной фосфатазы (ЩФ) и гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТ) было установлено их повышение у большинства больных (98,7% и 95,7% соответственно) даже в случаях незначительной желтухи. Установленные нами факты изолированного значительного повышения уровней ГГТ или ЩФ при отсутствии корреляции между ними и уровнем билирубина необходимо интерпретировать с учетом известных данных о причастности различных патогенетических механизмов к повышению уровня ГГТ и ЩФ. У пациентов 2-й группы средние уровни ГГТ и ЩФ были достоверно выше, чем в 1-й группе, что указывает на более существенные у них функциональные нарушения гепатоцитов и других клеточных структур организма.

Выявленные особенности ВГА у взрослых, изменение эпидемиологических и клинических черт заболевания даже в масштабе последних 5 лет необходимо рассматривать в контексте происходящих изменений в эндэкологическом пространстве человека, обуславливающих нарушение гомеостаза в контексте происходящих изменений в эндэкологическом пространстве человека, обуславливающих нарушение гомеостаза, снижение резервов механизмов защиты, высокий исходный уровень эндогенной интоксикации.

Худоян З.Г., Белявцева Н.Е.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИФИЛЛОБОТРИОЗА
В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ
Ярославль, Россия

Особое место среди гельминтозов средней полосы России занимает дифиллоботриоз. Его удельный вес среди других гельминтозов колеблется от 35 % до 85 %. До настоящего времени дифиллоботриоз остается значительно распространенным «активно наступающим» заболеванием человека. Значительную роль в распространении этого гельминтоза играет «антропогенный фактор» (А.С. Артамошин, 1984; А.С. Артамошин, А.А.Фролова, 1990; А.С. Артамошин, В.И. Ходакова, 2000): строительство гидросооружений, миграция населения, рост любительского рыболовства, загрязнение водоемов необеззараженными сточными водами. Под нашим наблюдением находились 131 больной дифиллоботриозом в возрасте от 16 до 65 лет, среди которых было 67 (51,1 %) мужчин и 64 (48,9 %) женщины. Средний возраст пациентов составил 41,54+1,11 лет. Средний возраст женщин не отличался от среднего возраста мужчин (42,41+1,60 и 40,72+1,54 соответственно, $p>0,05$). Лица трудоспособного возраста составили 83,2 %, а пенсионного – 10,7 %. При распределении больных по социально-профессиональным факторам преобладали рабочие (60 человек, 45,8 %) и служащие (34 человека, 26,0 %). Пенсионеры (15 человек, 11,5 %) и безработные

(18 человек, 13,7 %) распределились почти поровну. Самую малочисленную группу составили инвалиды (4 человека, 3 %). Лица из профессиональной группы риска (рыбаки, работники пристаней и команды, обслуживающие суда) среди обследованных нами больных отсутствовали. Зависимости между заболеваемостью и профессиональной деятельностью не выявлено. Выявлено, что представители всех социальных групп приобретали рыбу с уличных лотков. Из всех обследованных нами больных 130 свое заболевание связывали с употреблением рыбных продуктов (99,2 %) и только у одного больного (0,8 %) эпидемиологический фактор выявить не удалось. Заражение больных происходило при употреблении в пищу пресноводной рыбы из региона Рыбинского водохранилища и бассейна реки Волга. В отношении вида потребляемой рыбы наибольшее количество ссылок, при опросе заболевших падает на щуку (89,2 %, 116 человек) и только 10,8 % на другие виды рыб (жерех – 1,5 %, плотва – 3,2 %, лещ – 3,1 %, налим – 1,5 %, окунь – 1,5 %). Большинство больных связывали свое заболевание с употреблением щучьей икры – 98 (74,8 %) человек и вяленой рыбы – 89 (67,9 %) человек. Следует отметить, что щучью икру употребляли в свежесоленном виде, приготовленную в домашних условиях. В соленном и копченом виде рыбу употребляли 66 (50,4 %) и 48 (36,6 %) человек соответственно. Из всех обследованных больных 25 (19,1 %) связывали свое заболевание с употреблением в пищу недостаточно термически обработанной рыбы (недостаточно проваренной или прожаренной, снятие пробы сырой рыбы и сырого рыбного фарша в процессе кулинарной обработки). В единичных случаях больные употребляли в пищу икру из вяленой (3,8 %) и копченой (2,3 %) рыбы. Пять (3,8 %) больных связывали свое заболевание с употреблением щучьей икры в жареном виде. Мужчины чаще, чем женщины употребляли в пищу вяленую (60,7 и 39,3 %) и копченую (60,4 и 39,6 %) соответственно рыбу. Недостаточно термически обработанную рыбу женщины употребляли чаще (72 %), чем мужчины (28 %). Было выявлено, что лица до 50 лет чаще употребляли в пищу вяленую рыбу (75,3 %) и соленую щучью икру (74,5 %).

Таким образом, заболеваемость дифиллоботриозом в Ярославской области связана с широким использованием населением пресноводной рыбы и рыбопродуктов. По социально-профессиональным факторам 2/3 инвазированных составляют рабочие и служащие. Распространенность дифиллоботриоза выше среди мужчин от 40 до 49 лет и женщин старше 50 лет. Лица трудоспособного возраста составляют 83,2 %, что подтверждает актуальность проводимых исследований.

Хунафина Д.Х., Камиллов Ф.Х., Шайхуллина Л.Р., Абдулова Г.Р., Каримова Г.Х.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ЙОДАНТИПИРИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОВ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Уфа, Россия

Дальнейшее изучение патологических звеньев геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) является актуальным, поскольку терапия данного заболевания продолжает совершенствоваться. В последнее время в лечении ГЛПС активно применяются препараты, обладающие иммуномодулирующими свойствами. На кафедре инфекционных болезней Башгосмедуниверситета (г. Уфа) была доказана эффективность применения иммуномодулятора – йодантипирина (1-фенил 2,3-диметил 4-йодпирозолон-5) (Абдулова Г.Р., 1999). Учитывая наличие ароматического кольца фенола и гетероциклического ядра пиразолона, мы предположили возможность наличия у данного препарата антиоксидантных свойств.

Цель исследования – выявить изменения интенсивности спонтанной, индуцированной люминолзависимой хемилюминесценции цельной крови и индекса индукции в различные периоды ГЛПС на фоне общепринятой терапии и терапии с применением йодантипирина (ЙА).

Антиоксидантные свойства были изучены на модельной системе, содержащей желточные липопротеиды. Степень изменения хемилюминесценции в присутствии ЙА снижалась на 31%, что свидетельствует о наличии у препарата антиоксидантных свойств. Индекс индукции хемилюминесценции цельной крови в присутствии пирогенала составил 2,7, а в присутствии ЙА – 1,58. Таким образом, ЙА с одной стороны подавляет свободнорадикальные процессы в липидах, с другой – индуцирует образование активных форм кислорода в фагоцитирующих клетках крови.

У больных ГЛПС методом хемилюминесценции выявлена интенсификация генерации активных форм кислорода в цельной крови, наиболее выраженная у больных с тяжелой формой в олигоурический период заболевания. Показатели индуцированной хемилюминесценции цельной крови также максимально были увеличены в этот период. Однако индекс индукции имел обратное значение и характеризовался наибольшим снижением в олигоурический период у пациентов с тяжелой формой. У некоторых пациентов он был даже ниже 1. Выраженное снижение индекса индукции у больных ГЛПС может быть связано с «праймингом» фагоцитов, при котором введение любого индуктора может вызвать развитие ускоренного «респираторного взрыва», нерегистрируемого при хемилюминесценции. Добавление индуктора может также вызвать перепродукцию АФК, что приводит к активации апоптотических процессов в клетках и их массовую гибель (на что указывает прямая корреляционная зависимость светосуммы спонтанной хемилюминесценции цельной крови с содержанием CD95+,

$r=+0,724$). Усиление генерации АФК фагоцитами является следствием интенсификации свободнорадикальных реакций внутри них.

Применение ЙА снижало интенсивность хемиллюминесценции, имеющее статистически значимое изменение в полиурический период ($p<0,05$). Отмечалось повышение индекса хемиллюминесценции ($p<0,05$), что, по нашему мнению, свидетельствует о повышении функционального потенциала фагоцитов на фоне терапии с применением йодантипирина.

Таким образом, включение йодантипирина в комплексную терапию больных ГЛПС уменьшает в крови генерацию активных форм кислорода и увеличивает индекс индукции фагоцитов, что сопровождается положительным клиническим эффектом.

Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р., Камилев Ф.Х.
**СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ
У БОЛЬНЫХ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ
НА ФОНЕ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЙОДАНТИПИРИНА**

Уфа, Россия

На территории республики Башкортостан расположен один из самых крупных и активных очагов геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС). Заболеваемость регистрируется ежегодно с 1957 года и составляет 40-60% заболеваемости России. Одним из ведущих звеньев развития заболевания является активация процессов липопероксидации в клетках организма. Поражение вирусом клеток эндотелия, моноцитов/макрофагов и цепь метаболических реакций, возникающих в клетках, ведет к усилению перекисного окисления липидов (ПОЛ) и дестабилизации биологических мембран. Как защитный процесс происходит активация антиоксидантной системы (АОС).

Целью нашего исследования явилось изучить состояние процессов ПОЛ по содержанию в плазме продуктов липопероксидации и оценить влияние комплексной терапии с применением йодантипирина.

Обследовали 110 больных ГЛПС в различные периоды заболевания. Параметры ПОЛ оценивались по содержанию продуктов липопероксидации (метод Волчегорского И.А., 1989; описанный Карпищенко А.И., 1999), состояние антиоксидантной системы по активности каталазы сыворотки (Королюк М.А., 1988), супероксиддисмутазы эритроцитов (Терехина Н.А., 1992), общей антиокислительной активности (ОАА) сыворотки (метод хемиллюминесценции).

При определении продуктов липопероксидации выявлена интенсификация процессов ПОЛ. Во все периоды ГЛПС у пациентов как среднетяжелой, так и тяжелой формами заболевания отмечено повышение первичных, вторичных и конечных продуктов липопероксидации, максимально выраженное в олигоурический период заболевания ($p<0,001$). В последующие периоды отмечалось постепенное снижение продуктов ПОЛ. При изучении состояния АОС выявлено повышение активности каталазы сыворотки ($p<0,001$), максимально выраженное в олигоурический период заболевания. Так как каталаза является преимущественно внутриэритроцитарным ферментом, то активация свободнорадикальных процессов в мембранах эритроцитов, усиленный их гемолиз может приводить к повышению активности каталазы в сыворотке. Наблюдалось повышение ОАА сыворотки более выраженное у пациентов в олигоурический период заболевания. Активность супероксиддисмутазы эритроцитов характеризовалась снижением, максимально выраженным у пациентов с тяжелой формой в олигоурический период заболевания.

На фоне комплексной терапии с йодантипирином выявлено снижение процессов липопероксидации, проявляющееся в статистически значимом ($p<0,01$) снижении концентрации первичных (диеновые конъюгаты), вторичных (сопряженных триенов, кетодиенов и малонового диальдегида) продуктов липопероксидации. Изменения со стороны антиоксидантной системы характеризовались статистически значимым повышением активности СОД эритроцитов в полиурический период заболевания. Статистически значимых изменений ОАА и каталазы сыворотки выявлено не было.

Таким образом включение йодантипирина в комплексную терапию больных ГЛПС способствует снижению процессов липопероксидации, увеличивает активность ферментативного звена антиоксидантной системы, что по видимому обусловлено его опосредованным влиянием (инферониндуцирующий эффект и/или снижение активности простагландинсинтазы).

Чернобровкина Т.Я., Жаров С.Н., Нестерова Т.Г.
К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ HCV-ИНФЕКЦИИ ФОСФОГЛИВОМ

Москва, Россия

Актуальность изучения HCV-инфекции обусловлена высоким уровнем инфицирования населения гепатитом С (ГС), высоким процентом хронизации острого ГС (ОГС), а также отсутствием эффективной противовирусной терапии. Выделенная из корня солодки глицирризиновая кислота, обладающая широким спектром биологической

активности и противовирусным эффектом, используется для лечения некоторых вирусных инфекций, вызванных герпесом simplex и zoster, вирусом Эпштейн-Барра, цитомегаловирусом, вирусами new castle и vesicular stomatitis. Поэтому применение инъекционной формы фосфоглива, включающего в себя мембранопротектор - фосфатидилхолин и глицерризиновую кислоту, представляется обоснованным и актуальным в комплексной терапии больных ГС.

Изучение клинической картины, лабораторных данных и показателей антителогенеза проводилось у 10 пациентов ОГС и у 10 – с обострением хронического гепатита С (ХГС). Больные получали базисную терапию и фосфоглив, в виде растворенного в 10 мл апиrogenной воды 2,5 г сухого лиофилизированного порошка 1 раз в день, через день, всего 12 инъекций, 30 г на курс.

Определение антител класса IgG к структурному (core) и неструктурным (NS3, NS4, NS5) белкам HCV в сыворотке и на эритроцитах крови проводилось до, и после лечения с использованием тест-систем «ИФА-АНТИ-HCV-СПЕКТР». Взвесь отмытых разрушенных эритроцитов получали стандартным методом серийного центрифугирования.

Включение фосфоглива в традиционную базисную терапию приводило к исчезновению слабости в среднем на $4,3 \pm 0,2$ день, тошноты на $3,5 \pm 0,5$ день у пациентов с ОГС, болевого симптома у пациентов ХГС на $4,1 \pm 0,3$ день. Восстановление аппетита у больных ХГС отмечалось в среднем на $3,6 \pm 0,8$ день фосфогливодотерапии. Длительность желтушного периода в группе с ОГС составляла в среднем $9,1 \pm 1,3$ дней. Достоверное снижение уровня билирубина, активности трансаминаз (АлАТ, АсАТ) в сыворотке крови отмечалось у всех пациентов на фоне базисной терапии с фосфогливом. Уровень активности ГГТ и ЩФ достоверно снижался только у пациентов с ОГС. Отрицательная ПЦР (RNA-HCV) зарегистрирована у 50% больных с ОГС и 50% с ХГС после терапии. На фоне терапии с фосфогливом у больных ОГС происходит достоверное уменьшение частоты встречаемости только анти-NS3 ($100 \rightarrow 57\%$) в сыворотке и анти-core ($73 \rightarrow 29\%$) на эритроцитах крови ($p < 0,05$). Тенденция к увеличению частоты встречаемости анти-NS4 ($50 \rightarrow 86\%$) в сыворотке отмечается у пациентов ОГС, при этом на эритроцитах эти антитела отсутствуют. Антитела к core-, NS3-, NS4-, NS5-белкам HCV выявляются у большинства больных ХГС. Различий в частоте индикации антител ко всем белкам HCV как в сыворотке, так и на эритроцитах крови пациентов ХГС на фоне терапии с фосфогливом не выявлено.

Таким образом, парентеральная форма препарата фосфоглив с базисной терапией эффективно влияет на интоксикационный и цитолитический синдромы у пациентов с ОГС и ХГС. Применение фосфоглива приводит к исчезновению RNA-HCV и вместе с тем не оказывает выраженного влияния на частоту индикации антител к структурным и неструктурным белкам HCV как в сыворотке, так и эритроцитах крови, что может свидетельствовать о том, что его эффективность в терапии ГС не связана с механизмом антителообразования.

Чернов М.Ю., Анхимова Е.С., Аверина С.П., Эсауленко Е.В.

АНТИТЕЛА К ВИРУСУ ГЕПАТИТА А В ГРУППЕ РАБОТНИКОВ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Санкт-Петербург, Россия

Территорию Российской Федерации принято считать неблагоприятной по гепатиту А (ГА). Данное заболевание занимает второе место по частоте поражения населения нашей страны после гриппа и острых респираторных вирусных инфекций. Заболеваемость гепатитом А в Санкт-Петербурге превышает общероссийский уровень в 2-3 раза. В современной эпидемиологической практике существует два основных метода изучения распространенности вируса ГА в популяции. Первый – это регистрация верифицированных случаев ГА (в России осуществляется с 1974 года), второй – определение сывороточных антител класса IgG (HAV-IgG) к вирусу ГА среди населения. Последний метод дает более полное представление о заболеваемости ГА, поскольку, по мнению ведущих эпидемиологов, на один случай заболевания, протекающего манифестно, приходится как минимум пять, протекающих латентно.

Цель исследования. Изучить серопревалентность гепатита А среди работников пищевой промышленности в Санкт-Петербурге.

Пациенты и методы исследования. Обследовано 100 сотрудников крупного продовольственного магазина в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $40,2 \pm 9,9$ лет), 86 женщин и 14 мужчин. 40 обследованных были привакцинированы однократно в октябре 2004 года от ГА (12 месяцев назад), двое указали на перенесенное заболевание в прошлом. Антитела к вирусу гепатита А класса IgG (HAV-IgG) определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «Вектор Бест», Россия, и горизонтального спектрофотометра StatFax 3200/Awareness Technology, США.

Результаты. HAV-IgG были выявлены в сыворотке крови 69% (69/100) обследованных. У привакцинированных однократно 12 месяцев назад лиц HAV-IgG определялись у 77,5% (31/40). Из 58 ранее не вакцинированных и не

болеющих гепатитом А, HAV-IgG были выявлены у 36 (62,1%, разница показателей недостоверна, $p=0,1$). У двух обследованных, указавших на гепатит А в анамнезе, выявлялись HAV-IgG.

Средний возраст невакцинированных обследованных, с отрицательными HAV-IgG, составлял $35,2 \pm 10,3$ лет и был достоверно меньше, чем возраст тех невакцинированных обследованных, у которых антитела были обнаружены ($41,2 \pm 10,4$ лет, $p=0,034$), причем если в возрасте до 40 лет процент выявления HAV-IgG составил 50,0%, то в группе старше 40 лет – 75,0% ($p=0,048$).

Выводы

1. Вирусный гепатит А протекает, как правило, в бессимптомной либо стертой форме и в подавляющем большинстве случаев не диагностируется.

2. Частота обнаружения HAV-IgG в популяции работников крупного продуктового магазина составляет 62,1%, что соответствует данным по общей популяции.

3. Частота обнаружения HAV-IgG в значительной степени зависит от возраста: в группе обследованных от 20 до 40 лет она составляет 50%, а от 40 до 60 лет – 75%.

4. Через год после однократной вакцинации HAV-IgG выявляются только у 76,9%, что подтверждает необходимость ревакцинации согласно принятому графику.

Черноусова Н.Я., Покровская И.В., Груздева О.Ф.

ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИРОВАНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Новосибирск, Россия

При всей важности проблемы глобальной микробной антибиотикорезистентности (АБР) особое значение приобретают данные локального мониторинга устойчивости микроорганизмов на уровне конкретного лечебно-профилактического учреждения. В последнее десятилетие отмечается появление и распространение устойчивости *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. к наиболее широко применяемым антимикробным препаратам. В бактериологической лаборатории Муниципальной инфекционной клинической больницы № 1 (МИКБ № 1) г.Новосибирска с 2000 г. проводятся исследования по совершенствованию этиологической расшифровки наиболее значимых бактериальных инфекций с анализом АБР выделенных возбудителей. В структуре бактериальных инфекций в МИКБ № 1 ведущее место (56–65%) занимают острые кишечные инфекции (ОКИ). Установлено, что за 2003–2005 гг. значительно возросла АБР к фуразолидону как шигелл (0%, 34%, 50% соответственно), так и сальмонелл (0%, 44 %, 53%), к доксициклину - шигелл (66%, 69%, 95%) и сальмонелл (11%, 12%, 38%), что делает их малопригодными для лечения больных ОКИ. Отмечается высокий уровень АБР к ко-тримоксазолу у шигелл (64%) и возрастание ее у сальмонелл (3%, 7%, 38%). Стабильно низкой сохраняется чувствительность шигелл к хлорамфениколу (64%). Увеличилось количество резистентных штаммов сальмонелл к левомицетину от 11% в 2003г. до 38% в 2005г. Представляется оправданным использование в лечении ОКИ фторхинолонов, цефалоспоринов III поколения, гентамицина, к которым отмечается высокая чувствительность возбудителей.

Сохраняется актуальность стрептококковых инфекций - рожистого воспаления (13-18% среди больных бактериальными инфекциями), ангина (9%–12%). Выявлена АБР *S.pyogenes* к эритромицину (12%), тетрациклину (16-33%), что связано с широким применением данных препаратов. Гнойные менингиты и сепсис, занимая меньшую долю в структуре бактериальных инфекций в МИКБ № 1 (1,2–1,9%), тем не менее являются наиболее сложной для лечения патологией. При изучении стафилококков как основных возбудителей септических состояний (60-80%), выявлена высокая степень пенициллинрезистентности у *S.aureus* (до 100%) и коагулазонегативных стафилококков (KNS) (до 94%). Метициллинрезистентность наблюдалась только среди KNS (15%-36%). Необходимо отметить наличие устойчивости к эритромицину, рифампицину, клиндамицину как у *S.aureus* (57%, 21%, 7%), так и у KNS (47%, 19%, 19%), резистентность KNS к фузидину (16%). Гликопептиды по-прежнему можно отнести к препаратам резерва, так как к ним сохраняется чувствительность стафилококков. Исследование АБР основных возбудителей гнойных менингитов выявило наличие устойчивости *N.meningitidis* к пенициллинам (9%), левомицетину (18%), цефтазидиму (22%), цефоперазону (9%), цефотаксиму (10%), рифампицину. (8%). Резистентность *S.pneumoniae* установлена только к рифампицину (15%).

Таким образом, применение антимикробных препаратов, наряду с несомненно положительным эффектом, сопряжено с формированием резистентных штаммов к наиболее широко используемым антибактериальным препаратам. Данные мониторинга АБР возбудителей, наиболее значимых для инфекционного стационара, являются важными для назначения стартовой эмпирической терапии и формирования лекарственного формуляра лечебно-профилактического учреждения.

Черныш А.Ю., Ермоленко Е.И., Колоджиева В.В., Суворов А.Н.
**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПАТОГЕННЫХ ENTEROCOCCUS SPP.
К ПРОБИОТИЧЕСКИМИ ЭНТЕРОКОККАМИ**

Санкт-Петербург, Россия

Энтерококки отличаются биологическим разнообразием. Они являются представителями нормальной микрофлоры человека и животных. Эти бактерии могут использоваться в качестве стартерных культур для создания пробиотических продуктов и препаратов. В то же время некоторые штаммы *Enterococcus spp.* могут вызывать гнойно-септические инфекции. В наши дни в связи с увеличением числа патогенных энтерококков, устойчивых к антибиотикам, в поисках альтернативных методов терапии особую актуальность приобретает изучение их чувствительности к действию пробиотиков.

Целью настоящей работы явилось исследование антагонистической активности пробиотических энтерококков, выращенных отдельно и совместно, по отношению к патогенным штаммам бактерий этого рода.

В качестве антагонистов были использованы штаммы *E. faecium* L3 и SF68, входящие в состав отечественных пробиотиков «Ламинолакт» и «Бифиформ», соответственно. Индикаторными культурами служили 12 штаммов *Enterococcus spp.*, выделенных от больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. Антимикробное действие исследуемых бактерий изучалось методом двухслойного агара, который позволяет определить минимальное ингибирующее количество антагониста (МИКА). В нижний слой среды добавляли культуры L3 и SF68 отдельно, а также вместе в одинаковых соотношениях в количестве (0,5-6,5 lg КОЕ/мл). Индикаторные культуры наносили на верхний слой агара. В ходе исследования были выявлено, что способность культур *E. faecium* L3 и SF68 ингибировать рост патогенных *Enterococcus spp.* не одинакова. Наряду с чувствительными штаммами, у которых МИКА варьировало в пределах 1, 1-3,2 lg КОЕ/мл, были обнаружены и устойчивые к действию пробиотических энтерококков штаммы (МИКА > 6,0 lg КОЕ/мл). Тем не менее, статистически достоверных различий в спектре действия штаммов L3 и SF68, выращенных как отдельно, так и вместе, не отмечалось.

Таким образом, патогенные энтерококки обладают индивидуальной чувствительностью к пробиотическим штаммам бактерий рода *Enterococcus*. Это имеет значение для дальнейшего изучения взаимодействия микроорганизмов друг с другом, биосовместимости отдельных представителей микробиоценозов и подбора более адекватных методов терапии инфекций, вызванных энтерококками

Чечеткин А.В., Касьянов А.Д., Рыжкова Т.В., Кононенко С.Н.
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
ДОНОРОВ ГЕМОКОМПОНЕНТОВ**

Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время обязательное исследование донорской крови на маркеры герпесвирусной инфекции нормативными документами не предусмотрено. Однако изучение закономерностей распространения и клинической значимости вирусов группы герпеса является актуальной проблемой повышения инфекционной безопасности гемоконпонентной терапии у ряда реципиентов, в частности у иммунокомпрометированных больных и кандидатов на миелотрансплантацию.

Целью работы явилось изучение распространенности специфических маркеров герпесвирусных инфекций у кадровых доноров. Были обследованы 184 донора-мужчины в возрасте от 18 до 27 лет. В работе использовали диагностические тест-системы, предназначенные для выявления иммуноглобулинов (Ig) классов М и G к вирусу простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирусу (ЦМВ) и вирусу Эпштейна-Барр методом иммуноферментного анализа.

Установлено, что IgG к ВПГ обнаружен у 159 доноров (88%), IgM к ВПГ выявлен в одном случае (0,56%). Положительный результат в отношении иммуноглобулинов класса G к ЦМВ в сыворотке доноров получен в 68,9%. Положительный результат выявления IgM к ЦМВ получен у 2 доноров (1,1%), что может расцениваться как показатель текущего заболевания. Сомнительные результаты, полученные у 3 доноров (1,7%) при повторном исследовании, проведенном через 7-14 дней, оказались отрицательными. Ни в одном из 90 обследованных доноров не выявлен иммуноглобулин к предраннему белку ЦМВ, что свидетельствует об отсутствии острых стадий ЦМВ у обследованного контингента. Иммуноглобулин класса G к ВЭБ (рекомбинантный белок EBNA-1 p72) обнаружен у 134 доноров (74,5%), что является признаком паст-инфекции. Положительный результат в отношении рекомбинантного белка EA-138 ВЭБ выявлен у 68,9% обследованных доноров. Острофазовый IgM к ВЭБ обнаружен у 57 доноров (31,7%). Одновременное использование этих трех тест-систем позволяет с высокой эффективностью диагностировать различные стадии ВЭБ-инфекции.

Таким образом, одновременное комплексное определение специфических маркеров герпесвирусов у кадровых доноров позволяет не только определять наличие инфекции, стадию заболевания, но также прогнозировать его развитие и контролировать вирусную безопасность при проведении гемотрансфузионной терапии.

Чилова Р.Я., Ищенко А.И., Рафальский В.В.
**ИЗУЧЕНИЕ СТЕРЕОТИПОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПРИМЕНЕНИЯ
АНТИБИОТИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ**

Москва, Смоленск, Россия

Актуальность. Гнойно-септические осложнения, в том числе раневая инфекция, остаются одними из наиболее частых причин развития послеоперационных осложнений и летальности. Одним из наиболее простых и экономически эффективных методов предупреждения послеоперационных инфекционных осложнений является антибиотикопрофилактика (АП), ее эффективность зависит от правильного выбора препарата и интервала его дозирования. Особенностью проведения АП в акушерстве является необходимость использования антибиотиков с установленной безопасностью у плода.

Цель: изучить существующую практику проведения периоперационной антибиотикопрофилактики у беременных в РФ и оценить рациональность применяющихся режимов терапии с точки зрения современных стандартов.

Методы и методы: выполнено многоцентровое ретроспективное эпидемиологическое исследование, включающее 14 клиник в 9 городах РФ. Для сбора данных разработана регистрационная карта и база данных на основе СУБД Access 2000.

Результаты: Средний возраст пациенток составил 28.2 ± 6.3 (колебания 14-52) лет, средний срок гестации при поступлении в стационар - 32.3 ± 11.3 (колебания 3-42) недель. Чаще всего пациентки были госпитализированы родильное – 60.6%, гинекологическое - 19.1%, патологии беременных – 6.7%. У 89,5% пациенток имели место сопутствующие заболевания, у 22,1% пациенток отмечалось 3 и более заболеваний. Наиболее частыми осложнениями беременности, анемия беременных - 13.1%, водянка беременных – 2,6%, гестоз – 5,3%, миома матки – 2,3%, хронический пиелонефрит – 6,3%. В среднем оперативное вмешательство проводилось на 7.7 ± 4.9 сутки. Плановая операция выполнялась в 34.3%, а экстренная в 58.0% случаев. В качестве анестезиологического пособия чаще всего – 50% использовался эндотрахеальный наркоз, в 43,8% - внутривенный наркоз, в 4,3% случаев - проводниковая анестезия. Наиболее часто проводили операцию кесарево сечение – 71%, выскабливание полости матки – 14,8%, прерывание беременности – 7,6%, тубэктомия – 1,6%. Назначение антимикробных препаратов по отношению к операции распределялась следующим образом – до операции антибиотики получали 91,8% пациенток, в день операции 83,8%, а за 30-120 минут перед операцией – лишь в 1,6%. Причем только в 0,4% указано, что препарат использовался с целью предоперационной антибиотикопрофилактики, из числа этих антибиотиков основное число составляли бета-лактамы – цефалоспорины – 36,9%, ингибиторозащищенные аминопенициллины – 26,4%, аминопенициллины и антистафилококковые пенициллины – 5,3%. Достаточно часто назначался метронидазол – 21.1%, редко - аминогликозиды (гентамицин) – 5,3%. В 100% случаев препараты назначали парентерально. Обращает на себя внимание факт, что у пациенток получавших антибиотик за 30-120 минут до оперативного вмешательства не зарегистрировано ни одного случая гнойно-септического осложнения, тогда как при назначении антибиотиков в более ранние сроки частота инфекционных осложнений составила 1,6-2,0%.

Выводы: адекватная по срокам периоперационная АП в России проводится только в 0,4% случаев оперативных вмешательств у беременных в акушерских и гинекологических стационарах, наиболее частой ошибкой был неверный выбор интервала введения антибиотика. В 63,3% при проведении периоперационной АП назначаются цефалоспорины и ингибиторозащищенные аминопенициллины (63,3%), что является рациональным выбором при АП.

Чилова Р.Я., Ищенко А.И., Рафальский В.В.
**ФАРМАКОДИНАМИКА ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ
В ОТНОШЕНИИ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЦИСТИТА И БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ**

Москва, Смоленск, Россия

Цель исследования: изучить структуру возбудителей острого цистита (ОЦ) и бессимптомной бактериурии (ББ) у беременных, а также фармакодинамику некоторых пероральных антибиотиков в отношении основных уропатогенов.

Материалы и методы. Проведено проспективное многоцентровое микробиологическое исследование на базе 6 медицинских центров из 4 городов России. Включали беременных женщин с острым циститом и бессимптомной бактериурией. Материалом для исследования являлись аналитические сведения, средняя порция свободновыпущенной мочи. Определение чувствительности микроорганизмов проводилось в лаборатории НИИ антимикробной химиотерапии (Смоленск) с количественным методом путем определения (МПК) антибиотиков (NCCLS).

Результаты исследования. Основными возбудителями ОЦ и ББ, наиболее распространенных форм ИМП в амбулаторной практике у беременных, являются представители семейства Enterobacteriaceae, которые были

выделены в 73,8-90,8% случаев. При этом наиболее частым уропатогеном является *E.coli*, которая встречалась у 57,9-65,5% пациенток. Выявлена высокая резистентность *E.coli* к ампициллину (29,8% и 36,4%) и ко-тримоксазолу (21,2% и 11,9%). Наибольшей активностью *in vitro* в отношении *E.coli* обладает фосфомицин (нет резистентных штаммов), высокой активностью обладает цефуроксим (0% и 4,8%), цефотаксим (0% и 2,4%), ко-амоксиклав (3,03% и 3,6%), нитрофурантоин (6,1% и 3,6%), гентамицин (4,3% и 5,95%).

Выводы. Наиболее активными препаратами, из числа антибиотиков безопасных для плода, для терапии ОЦ и ББ у беременных является фосфомицин, амоксициллин/клавуланат и цефалоспорины II-III поколения.

Чистина Л.М., Семенова А.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Новосибирск, Россия

В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), что во многом обусловлено активизацией искусственных путей передачи, среди которых ведущим стало было внутривенное введение наркотических веществ. Это определило нередкое сочетание вирусного и токсического поражения печени. В последние 3 – 4 года отмечен рост сочетанной наркологической патологии (алкоголизм и наркомания), в частности и у больных ХВГ. Так, из числа 893 больных с ХВГВ, ХВГС и ХВГВ+С, госпитализированных в Муниципальную инфекционную клиническую больницу № 1 г.Новосибирска в 2005г., у 221 (24,7%) была диагностирована наркологическая патология. Среди больных ХВГ с наркологической патологией было 36,6% пациентов ХВГ в сочетании с алкоголизмом (1 группа), 33,3% пациентов ХВГ с наркоманией (2 группа) и 30,3% – ХВГ у лиц с сочетанной наркологической патологией (3 группа). Все больные 3 группы употребляли препараты опия, а 12% из них - и другие виды наркотиков (кокаин, «экстази»). Средний стаж употребления наркотических веществ составлял 6,2±0,5 лет (варьировал от 1 до 15 лет). Из спиртных напитков предпочтение отдавалось пиву, водке. Имело место употребление суррогатов алкоголя (спирт, самогон). На момент поступления в стационар 34,4% из них имели клинику алкогольного абстинентного синдрома, 30% - опийной абстиненции.

Нами был проведен сравнительный анализ клинических и лабораторных показателей у пациентов указанных групп. У всех больных ХВГ с сочетанной наркологической патологией (3 группа) в клинике ведущим был астенический синдром, выраженный в той или иной степени, у 72% - имел место диспептический синдром, у 68% была желтуха. Размеры печени были увеличены на 1-3 см. В отличие от пациентов 3 группы, в 1 группе пациентов отличалась более выраженная гепатомегалия, а во 2 группе реже регистрировались астенический (76%) и диспептический (56%) синдромы.

Цитолитический синдром был значительно выражен у больных 2 и 3 групп, чем в 1 группе. При этом у пациентов 1 группы уровень АСТ существенно превышал уровень АЛТ, что свидетельствовало о более глубоком поражении гепатоцитов. Коэффициент де Ритиса в 1 группе в среднем составлял 1,28±0,12, в отличие от 2 и 3 групп, где он был в среднем 0,36±0,13 и 0,7±0,2 соответственно. В 1 группе отмечалась наибольшая степень увеличения ГГТ (в среднем в 22,3±1,5 раза по сравнению с нормой), тогда как во 2 и 3 группах они повышались в среднем в 5,6±0,4 и 6,1±0,6 раза. Уровни повышения ЩФ были сопоставимы во всех группах (в 5 – 6 раз). В 1 группе имела место быстрая нормализация показателей цитолиза, на фоне практически не меняющихся лабораторных показателей холестаза, у больных 2 группы показатели цитолиза нормализовались медленнее, но быстро разрешался холестаз. 3 группа отличалась медленной нормализацией показателей цитолиза и длительным сохранением холестаза, а также увеличением значения тимоловой пробы в динамике.

Выявленные факты свидетельствуют о более значительной степени повреждения гепатоцитов, снижении компенсаторных возможностей и способности к восстановлению функций печени у больных ХВГ на фоне сочетанной наркологической патологии.

Чуйкова К.И., Богушевич С.А., Рогозенко Г.Ф.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТИТАХ В И С

Томск, Россия

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических аспектов вирусных циррозов печени (ВЦП) при гепатитах В и С в условиях инфекционного отделения г/б №3 г.Томска (2003-2004 гг.).

Под наблюдением находилась группа пациентов с ВЦП (60 человек). При сборе эпидемиологического анамнеза были выявлены основные пути заражения: ведущим являлся парентеральный путь (83%), причем в 80% случаев пациенты отмечали возможность ятрогении. Не отрицали возможность сексуального пути передачи 30% из группы. Случаи заражения контактных лиц из семейного окружения больных с острыми и хроническими вирусными гепатитами наблюдались в 13%; в 8% определялось профессиональное заражение у медиков. Впервые

поражение печени вирусами В и С было диагностировано у 37% больных ВЦП. У 90% пациентов отмечалась сопутствующая патология желчевыводящих путей, из них хронический описторхоз - у 77%. Злоупотребляли алкогольными напитками 63% больных, употребляли внутривенно наркотики 10%.

При поступлении в инфекционный стационар у 93% больных отмечались выраженная иктеричность кожи, склер и слизистых оболочек; в 90% - внепеченочные знаки. В 93% случаев были расширены подкожные вены передней брюшной стенки, признаки асцита были выявлены в 77%. У 93% больных отмечалась гепатомегалия, болезненность при пальпации – у 87%. Спленомегалия отмечалась в 80% случаев, а периферические отеки лишь в 40%. Отдельные признаки печеночной энцефалопатии были выявлены у 37%. У 43% пациентов был выявлен декомпенсированный ВЦП, у 37% - ВЦП в стадии субкомпенсации и у 20% - в стадии компенсации. Длительность заболевания ВЦП у 90% больных в группе составляла менее 5 лет, из них в 60% - менее 1 года. Преобладала микст-инфекция HCV+HBV(43%) и HBV-инфекция (27%). В 20% случаев ВЦП был вызван вирусом HCV, в 10% HBV+HDV микст-инфекцией.

При обследовании у 15% пациентов выявлена первичная гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), у всех из них был выявлен сопутствующий хронический описторхоз. Все больные с ГЦК вирусного генеза впервые обратились с вирусной патологией печени к инфекционисту менее одного года до верификации окончательного диагноза.

Более чем у половины пациентов (54%) отмечались осложнения в течении основного заболевания. Осложнения наблюдались преимущественно у больных с декомпенсированными ВЦП (63%), у них же были выявлены 9 случаев ГЦК.

Выводы:

1. По нашим данным, у больных вирусным циррозом печени преобладало сочетанное поражение печени вирусами HCV+HBV.
2. На формирование и развитие цирроза печени значительное влияние оказывали как социальные факторы (алкоголизм, наркомания), так и биологические (хронический описторхоз).
3. Гепатоцеллюлярная карцинома печени была выявлена у 15% пациентов с вирусным циррозом печени.
4. У всех пациентов с выявленной гепатоцеллюлярной карциномой печени вирусного генеза определялся хронический описторхоз.

Чуйкова К.И., Катаныхова Л.Л., Вожаков С.В., Помыткина М.И., Шкуратова О.В., Мурьнина А.В.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НАТУРАЛЬНОЙ ОСПЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ВАКЦИНЫ «ОСПАВИР»

Томск, Россия

Цель исследования – оценка безопасности вакцинации против натуральной оспы двухэтапным методом – введение вакцины «ОспаВир» и вакцины оспенной живой сухой у взрослых людей (в рамках клинических испытаний на кафедре инфекционных болезней ФПК и ППС СибГМУ). В исследовании принимали участие 103 добровольца. Первый этап – подкожное введение инактивированной вакцины «ОспаВир» одну прививочную дозу (0,5 мл.); второй этап – на 7 день после применения инактивированной вакцины, введение вакцины оспенной живой методом скарификации уменьшенной дозой (1 надрез). В структуре общих реакций подлежали учету температура тела, недомогание, головная боль. Местные реакции учитывались последовательность развития вакцинального процесса; болезненность, покраснение и припухлость в области введения вакцины; увеличение регионарных лимфатических узлов.

Результаты. Наблюдение за привитыми показали, что после 1-го этапа вакцинации у 90,24% добровольцев не было зарегистрировано повышение температуры тела выше 37,0° С, а у 9,56% добровольцев температура повышалась только до 37,5°С. Повышение температуры регистрировалось кратковременно (1-2 дня), нормализация происходила самостоятельно. Такие симптомы как недомогание в первые сутки наблюдалось у 7,6% и на вторые сутки у 0,96%; головная боль в первые сутки регистрировалась у 9,6% и на вторые сутки у 1,92%. Боль в месте инъекции отмечалась лишь у 9,7% в первые сутки введения «ОспаВир». Умеренное увеличение регионарных лимфатических узлов определялось у 3% добровольцев на 2-4 сутки. При проведении 2-ого этапа вакцинации с применением живой сухой оспенной вакцины отмечалось повышение температуры тела – у 69% испытуемых из них: до 37,5°С – 38%; 38°С – 26,3%; выше 38°С – 4,8%. Недомогание и головная боль отмечены у 56% добровольцев, совпадали с повышением температуры тела. Увеличение лимфатических узлов (подмышечных, на стороне введения вакцины) и болезненность их при пальпации было выявлено в 94% на 5- 10 дни после введения живой вакцины. Боль в месте инъекции отмечалась у 52% добровольцев на 6 – 9 день от начала 2-ого этапа вакцинации. Гиперемия и припухлость в области инъекции: на 7-10 день максимальные размеры до 12 см отмечались у 41%, что соответствовало образованию пустулы; от 2 до 3 см. – у 53%. Эти признаки сохранялись в течение 3 – 4 дней. Появление папулы практически у всех добровольцев отмечено на 2 – 3 дни, на 3 – 4 дни приходилось образование везикулы. Образование пустулы регистрировалось на 5-7 дни, а корочки - на 7–13 дни. У 3 добровольцев локальные изменения были представлены только поствакцинальной «царапиной» на 2-ой день

второго этапа. У 9 испытуемых отмечались проявления регионарного лимфангита (5-10 дни после применения живой оспенной вакцины).

Проведенные исследования продемонстрировали хорошую переносимость, отсутствие поствакцинальных осложнений. Испытания позволили выявить ряд поствакцинальных проявлений, которые свойственны поствакцинальному процессу. Таким образом, двухэтапный метод вакцинации против натуральной оспы с применением инактивированной сухой вакцины «ОспаВир» является слабо реактогенным и безопасным способом вакцинации.

Чуйкова К.И., Ковалева Т.А., Мамон Т.А., Савина Е.В.
**ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО КАБИНЕТА ПО ДИАГНОСТИКЕ,
ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ**

Томск, Россия

Заболеваемость парентеральными вирусными гепатитами В и С в г.Томске и Томской области на протяжении последних 5 лет в 1,5-2 раза превышает среднероссийские показатели. В 2002 г. приказом Управления здравоохранения и Центра Госсанэпиднадзора г.Томска на базе поликлинического отделения МКЛПМУ «Городская больница №3» был создан консультативно-методический кабинет по диагностике, лечению и профилактике вирусных гепатитов. Организация кабинета была осуществлена кафедрой инфекционных болезней ФПК и ППС Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ) и главным инфекционистом г. Томска.

Целью создания консультативно-методического кабинета было совершенствование оказания медицинской помощи больным с различными формами вирусных гепатитов, осуществление совместно с СибГМУ и научно-исследовательскими учреждениями г.Томска и других городов научных программ.

В перечень мероприятий по оказанию медицинской помощи больным вирусными гепатитами в кабинете входят консультативный осмотр врача-инфекциониста с назначением клинико-лабораторно-инструментального обследования для установления полного диагноза и выбора терапевтической тактики, при наличии показаний - направление на госпитализацию в инфекционное отделение. При необходимости к консультативной помощи привлекаются сотрудники кафедры инфекционных болезней ФПК и ППС – профессор, доценты, ассистенты, врачи других специальностей. Большое внимание врачами кабинета уделяется профилактической и противоэпидемической работе: во время консультативного приема проводится беседа с пациентом о путях передачи инфекции, факторах риска, поведении в быту, мерах личной профилактики: даются рекомендации по обследованию контактных в семье, быту, половых партнеров, рекомендации по вакцинопрофилактике вирусных гепатитов А и В.

Врачи консультативно-методического кабинета проводят прием больных с любой формой вирусного гепатита или вирусоносителей с подтвержденным диагнозом или больных с подозрением на вирусные гепатиты по направлению врача-инфекциониста или врачей других специальностей ЛПУ г.Томска. Кроме того, больные могут обратиться в кабинет самостоятельно, без направления врача, при наличии желтухи или при выявлении положительного анализа на маркеры вирусных гепатитов для получения консультативной помощи или диспансерного наблюдения.

Преимуществом работы кабинета является возможность диспансерного наблюдения не только больных или носителей, но и членов их семьи, у одного врача. В течение 2005-2006 гг. осуществляется также диспансерное наблюдение за беременными женщинами с гепатитами В и С, а также проводится обследование и наблюдение детей, рожденных от матерей с хроническими вирусными гепатитами.

Таким образом, организация консультативно-методического кабинета по диагностике, лечению и профилактике вирусных гепатитов позволяет осуществить качественную медицинскую помощь больным вирусными гепатитами в тесном сотрудничестве с кафедрой инфекционных болезней ФПК и ППС, а также расширяет возможности профилактической работы среди членов семьи.

Чуйкова К.И., Rogozenko Г.Ф., Петрова Е.И., Савина Е.В.

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ В Г. ТОМСКЕ

Томск, Россия

Клещевой энцефалит (КЭ) остаётся актуальнейшей нейроинфекцией для России и других стран. Томская область является одним из крупнейших природных очагов КЭ.

Цель исследования: изучить эпидемиологические и клинические проявления КЭ за 2003-2004г. в г. Томске. В работе использованы материалы ЦГСЭН г. Томска, истории болезни инфекционного отделения ГБ № 3. Для подтверждения диагноза определяли: антиген вируса КЭ в клеще и крови методом ИФА и РНГА; специфические антитела М и G в крови и ликворе (ИФА); РНК вируса в ПЦР. Для исключения иксодового клещевого боррелиоза проводились нРИФ, ИФА и ПЦР. По ландшафтно-климатическим условиям территория Томской области

благоприятна для формирования и существования природных очагов КЭ. Показатели заболеваемости в 13-14 раз превышают общероссийские. В 2003 году заболело 236 человек, в 2004 – 249 человек. Отмечен рост обращаемости на пункты серопротекции (2003 г. – 12314 человек, 2004 г. – 16576 человек), увеличивается вирусофорность клещей (2003 г. – 2,9%, 2004 г. – 6,1%). Число лиц с положительным результатом исследования крови на антиген вируса КЭ (ИФА, РНГА) на пунктах серопротекции (2003 г. – 1063, 2004 г. – 1915). Численность иксодовых клещей выросла в 2004 году и составила 72 на 1 км маршрута (2003 г. – 50). Заболевание наблюдается во всех возрастных группах, более высокие показатели регистрируются в возрасте 40 лет и старше. Отмечен рост заболеваемости среди детей более чем в 2,5 раза (2003 г. – 7, 2004 г. – 20). Привито против КЭ 3,8% от общего числа жителей г. Томска. Заболело 0,1% (2004 г.) Все привитые перенесли стёртую и лихорадочную форму. Экстренная профилактика (ЭП) иммуноглобулином в пунктах серопротекции была проведена в 2003 г. 2,3% больным, в 2004 г. – 1,2%. В этих группах не отмечено тяжёлых проявлений болезни. Изучено 110 историй болезни: лихорадочная форма диагностирована у 70 больных (63,6%), менингеальная – 29 больных (26,4%), очаговые – 11 больных (10%). Инкубационный период составил в среднем 15-16 дней У больных с лихорадочной формой КЭ отмечено острое начало болезни, лихорадка (100%), симптомы общей интоксикации, лёгкое возбуждение, вегетативные проявления (гиперемия лица и шеи, гипергидроз), общая гиперестезия, болезненность точек выхода ЧМН. Длительность лихорадки составила не более 7 дней. Клиника менингеальной формой (29 человек) была представлена теми же признаками, что и при лихорадочной форме, но ведущим был менингеальный синдром В ликворе цитоз: от 20 до 1008 клеток, преимущественно лимфоцитарного характера (55%), повышение белка. С очаговыми формами наблюдалось 11 больных. У всех больных острое начало с повышением температуры до 39, 40 и 41,0С. С менингоэнцефалитической формой наблюдалось 7 больных, из них двое с двухволновым течением и 1 – с отёком и набуханием головного мозга. Менингоэнцефалополиомиелитическая форма диагностирована у 4 больных: парезы шейно-плечевого пояса, верхних конечностей; 1 человек - бульбарные расстройства. Нарушение сознания у 5 больных, судороги – у 1, сглаженность носогубной складки – у 2, мозжечковая атаксия – у 2. В ликворе: цитоз от 167 до 437 клеток, с преобладанием лимфоцитов. Таким образом, классический природный очаг КЭ в г. Томске занимает первое место в России по заболеваемости с тенденцией к её повышению. Прививки и ЭП иммуноглобулином снижают показатели заболеваемости, однако количество привитых и получивших ЭП крайне недостаточно для существенного влияния на показатели заболеваемости. Существенных особенностей при вышеуказанных клинических формах КЭ от описанных ранее в литературе (А.П. Иерусалимский 2001, Н.Г. Жукова с соавт. 2002; К.И. Чуйкова с соавт. 2005) не отмечено.

Чумаченко Т.А., Сирица А.В., Клещар Л.А., Лешко О.П., Поддубная Т.Л., Петросянц Т.М.

ВЛИЯНИЕ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА СОСТОЯНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К КОРИ

Харьков, Украина

Специфическая профилактика кори, проводимая в Украине, позволила снизить заболеваемость корью до спорадического уровня. Однако в настоящее время случаи кори регистрируются среди привитых детей и подростков, что указывает на необходимость выявления и изучения факторов, влияющих на состояние поствакцинального иммунитета к кори. Известно, что иммунная система чутко реагирует на любые изменения окружающей среды, поэтому ее загрязнение выбросами вредных веществ от автомобильного транспорта, промышленных предприятий и т.п. может негативно повлиять на состояние активного искусственного иммунитета к кори.

Целью работы было сравнение состояния противокорревого иммунитета у привитых детей и подростков на территориях с разным уровнем техногенного загрязнения атмосферного воздуха.

Исследование было проведено в пределах города Харькова, который является крупным промышленным центром, расположенным на пересечении транспортных магистралей. Контингенты для изучения противокорревого иммунитета подбирались методом случайной выборки с учетом разного уровня и качества ксенобиотиков в атмосферном воздухе в различных районах города. Первую группу составили дети, проживающие на территориях с высокой степенью техногенного загрязнения атмосферного воздуха (процент превышения ПДК диоксида азота составлял от 25 до 50%, аммиака от 25 до 87,5%, формальдегида от 25 до 50%). Вторую группу (группу сравнения) составили дети, проживающие на территориях, где примесь регламентируемых загрязняющих веществ в атмосферном воздухе не превышала ПДК. Учитывая, что в последние годы заболеваемость корью в основном регистрировалась в возрастной группе 10 – 18 лет, в исследование были включены лица данной возрастной группы, ранее вакцинированные и ревакцинированные против кори. Были исследованы сыворотки крови 76 человек. Напряженность противокорревого иммунитета оценивали по уровню специфических иммуноглобулинов класса G, которые выявляли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «ВектоКорь – Ig G – стрип». Статистическая обработка результатов исследования была проведена с применением критерия Колмогорова-Смирнова.

Установлено, что среди детей, проживающих на экологически неблагополучной территории, удельный вес серонегативных лиц превысил в 2,1 раза соответствующий показатель в группе сравнения ($p < 0,05$) и составил 29,4%. В то же время в первой группе доля лиц со средними и высокими уровнями антител, была в 4 раза меньше, чем в группе сравнения и составила 5,9% и 2,9% против 23,8% и 11,9% соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о более низком коллективном иммунитете среди детей, проживающих на территориях с высокой степенью загрязнения атмосферного воздуха. Следует подчеркнуть, что несмотря на проводимые прививки против кори, в обеих группах не удалось достичь необходимой для прекращения циркуляции возбудителя иммунной прослойки. Кроме того, в первой группе процент детей незащищенных от кори был в 6 раз выше допустимого, что может привести к распространению коревой инфекции.

Таким образом, загрязнение атмосферного воздуха негативно влияет на состояние (напряженность и длительность) поствакцинального иммунитета к кори, что необходимо учитывать при организации и проведении эпидемиологического надзора за данной инфекцией.

Чумаченко Т.А., Тонкошкур Т.И., Федорова Л.Г., Карлова Т.А., Скляр В.И.
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ДИФТЕРИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Харьков, Украина

Проведен анализ заболеваемости дифтерией и носительства *Corynebacterium diphtheriae* в Харьковской области в 1999-2005 гг. После эпидемического распространения дифтерийной инфекции в конце 90-х годов XX столетия в анализируемый период наблюдалось снижение заболеваемости дифтерией. В 1999-2002 гг. отмечалась стабилизация эпидемического процесса, показатель заболеваемости составил 0,6 – 0,8 на 100 тыс. населения (в годы максимального подъема заболеваемости этот показатель составлял 9,8). В дальнейшем уровень заболеваемости снизился, и в последние три года колебался от 0,14 до 0,49 на 100 тыс. населения. Всего за анализируемый период заболело 106 человек, из них 14 детей. Умерли 8 человек, показатель летальности в 1999-2003 гг. в среднем составил 11,8 %. В 2004-2005 гг. летальных случаев не зарегистрировано. В эти же годы тяжелое течение заболевания выявлялось у трети больных, в то время как в предыдущие пять лет тяжелые и средней тяжести клинические формы преобладали и составили 50 – 75 % всех случаев дифтерии.

Наблюдались различия в уровне заболеваемости городского и сельского населения. В 1999, 2000, 2002, 2004 гг. заболеваемость горожан была выше, чем жителей сельской местности, в 2004 г. заболеваемость городского населения превышала заболеваемость сельского в 12,4 раза. Однако, в 2005 г. эти различия были незначительны, интенсивные показатели составили 0,20 в городе и 0,22 в селе. Возрастная структура заболеваемости характеризовалась преимущественной заболеваемостью взрослых, удельный вес которых колебался от 79,2 % в 2000 г. до 100 % в 2004-2005 гг. Исключение составил 2003 г., когда из 4 зарегистрированных случаев дифтерии три случая были выявлены у детей (два – в возрастной группе 3-6 лет, один – в возрастной группе 7-14 лет). Необходимо подчеркнуть, что эпидемический процесс дифтерийной инфекции развивался среди привитого населения. Все больные имели от 3 до 9 прививок против дифтерии, срок заболевания от последней прививки составил от 5 месяцев до 9 лет. Этот факт свидетельствует о необходимости совершенствования иммунопрофилактики взрослого населения.

Соотношение числа больных дифтерией к носителям за анализируемый период колебалось в пределах 1:13,9 – 1: 67,8. В год минимальной заболеваемости показатели носительства были выше. Следует подчеркнуть, что в последние два года показатели носительства снизились в 2,5 раза и составили 0,51 (в городе 0,48; в селе 0,55) на 100 тыс. населения в 2004 г. и 0,21 (в городе 0,27; в селе 0,14) на 100 тыс. населения в 2005 г. Таким образом, в 2004 г. дифтерия в городе чаще проявлялась манифестацией инфекции, а в селе – носительством, а в 2005 г. – наоборот, уровень носительства в городе вдвое превышал показатели в селе. Среди детей в этот период инфекционный процесс дифтерии реализовывался только в виде носительства, интенсивный показатель составил 1,90 на 100 тыс. детского населения в 2004 г., и 0,81 – в 2005 г., что свидетельствует об эффективности иммунопрофилактики.

Анализ данных микробиологического мониторинга показал, что главная этиологическая роль в возникновении манифестных форм дифтерии принадлежала *S. diphtheriae* биовара *gravis*, который характеризовался высокой степенью токсинообразования. От носителей выделяли штаммы *S. diphtheriae* биоваров *gravis* и *mitis* с одинаковой частотой. Соотношение числа носителей токсигенных и нетоксигенных штаммов дифтерийной палочки составляло в среднем 1:9,7.

Таким образом, можно констатировать, что профилактические и противоэпидемические мероприятия, проведенные в период интенсификации эпидемического процесса дифтерийной инфекции, способствовали улучшению эпидемической ситуации. Однако, требует совершенствования организация иммунопрофилактики взрослого населения.

Чупрунова С.В., Смирнов А.В.
**ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ
ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В**

Ярославль, Россия

Под наблюдением находились 121 больной среднетяжелой формой острого вирусного гепатита В (ВГВ), из них 63 больных получали базисную терапию, 17 – на фоне традиционного лечения – человеческий лейкоцитарный интерферон (ЧЛИ) в ректальных свечах с активностью 35 тыс. МЕ по 1 свече в день в течение 10 дней (курсовая доза – 350 тыс. МЕ) и 41 больной – ЧЛИ с активностью 100 тыс. МЕ (курсовая доза 1 млн. МЕ).

Течение ВГВ на фоне лечения ЧЛИ в сравнении с базисной терапией характеризовалось более быстрым исчезновением основных симптомов болезни. Терапевтический эффект интерферона был более выражен при назначении препарата в курсовой дозе 1 млн. МЕ. Данная схема применения ЧЛИ по сравнению с курсовой дозой в 350 тыс. МЕ способствовала достоверному сокращению длительности желтушного периода, гепатомегалии, уменьшению сроков госпитализации больных (в среднем на 6 дней).

Остаточные явления в период реконвалесценции (30 дней после выписки из стационара) в два раза реже встречались в группе больных, получавших интерферон в большей курсовой дозе.

Помимо терапевтического действия ЧЛИ в курсовой дозе 1 млн. МЕ оказал иммуномодулирующий эффект, проявляющийся в достоверном увеличении абсолютного числа Т, В – лимфоцитов, ауторозеткообразующих клеток, повышение концентрации иммуноглобулина класса М, уменьшение концентрации иммунных комплексов.

Интерферонотерапия способствовала снижению частоты НВс – антигенемии в разгар заболевания в 2,1 раза ($p < 0,05$) и период реконвалесценции в 4,3 раза ($p < 0,005$).

Таким образом проведенные исследования доказали терапевтический и иммуномодулирующий эффект ЧЛИ при лечении больных ВГВ, наиболее выраженный при введении препарата в курсовой дозе 1 млн. МЕ.

Шамухамедова Л.Ш., Рахимова Ш.Ш., Халилов М.А.
МОНИТОРИНГ ЭКТОПАРАЗИТОВ И ИХ ХОЗЯЕВ В ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ОЧАГАХ ЧУМЫ

Ташкент, Республика Узбекистан

В потенциальных и сопряженных очагах чумы на территории Центральных Кызылкумов, где в 2004 году наблюдалась достаточно напряженная по интенсивности с высокими показателями выделенных штаммов, эпизоотия чумы, проводился мониторинг эктопаразитов и их хозяев, имеющих эпидемиологическое значение.

Мониторинг проводился как в весенний, так и в осенний период 2004-2005г.

За время работы весеннего и осеннего отрядов в 2005 году была обследована территория в 2 560 тыс.га, из которых 280 тыс.га - оказались эпизоотичны в отношении чумы.

Отловлено и обследовано 1387 грызунов; 12 608 блох; 1184 клещей 1321 слепней, Кроме того, обследовано 1052 погадок и 56 проб почвы.

Результатом обследований явилось выделение культур чумного микроба как от грызунов, так и от эктопаразитов.

В эпизоотии данного заболевания первостепенное значение имеют как источники - большие песчанки, так переносчики, в основном представленные блохами р.*Xenopsylla* – весной и р.*Coptopsylla* – осенью. При наступлении холодов регистрировались единичные экземпляры р.*Stenoponia*.

На фоне высоких показателей численности основного носителя - большой песчанки и второстепенных носителей чумы с высоким индексом заблошивленности и выделением культур возбудителя чумы в 2004 году, показатели таковых в 2005 резко снижены.

Начавшийся в конце 2004 года депрессионный процесс у грызунов продолжался в 2005 году, и в значительной степени расширился территориально, а на отдельных участках достиг максимального пика. В целом можно отметить, что размножение большой песчанки в 2005 г. было менее интенсивным. Доля самок, принявших участие в размножении не велика и составляла в отдельные декады сентября-октября порядка 18,7-22,1%. Число эмбрионов у беременных самок в период размножения, судя по количеству плацентарных пятен, было 6,8-7,0.

Средний уровень численности большой песчанки в Кызылкумах составлял 1,9; осенью-1,1 зверьков на 1 га.

Соответственно параллельно депрессионному процессу среди грызунов наблюдалось значительное снижение и численности их эктопаразитов-блох.

Численность блох в Кызылкумах в 2005 году колебалась от 28,6 до 130,7 экз. -весной на одну обитаемую колонию (6,2-65,3 экз. на 1 га). И значительно снизилась к осени.

Таким образом, проведенный анализ данных полученных в течение двух лет позволяет констатировать, что развитие глубокой депрессии, как численности основного носителя, так и переносчиков чумы приводит к резкому снижению эпизоотийного процесса, локализации эпизоотий и, соответственно, значительному сокращению количества выделенных штаммов чумного микроба.

Сложившаяся обстановка требует постоянного мониторинга в целях прогнозирования возможных эпизоотий.

Шаршова С.М., Доскоджаева С.Т., Буланьков Ю.И.
**ГЕПАТИТ С И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ
В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

Ульяновск, Санкт-Петербург, Россия; Алматы,

В отличие от большинства регионов мира в странах постсоветского пространства ВИЧ-инфекция распространяется преимущественно среди инъекционных потребителей наркотиков (ПИН): в России в 92,5 %, в Казахстане – в 87.1% от всех вновь выявленных в 2002 году. У большинства больных ВИЧ инфекцией выявляется вирус гепатита С (HCV).

Как показали выборочные обследования ПИН в Приволжском Федеральном округе 16,8% из них оказались ВИЧ- инфицированными. В то же время 77,9% ПИН инфицированы HCV. При этом у 67,6% ПИН имело место наличие HCV без ВИЧ, у 9,5% ПИН выявлены оба вируса, у 22,9% - наличие ВИЧ при отсутствии HCV.

Гепатитом С у больных ВИЧ-инфекцией в группе ПИН выявляется в виде моно и микст-инфекции в сочетании с гепатитом В.

Острая фаза HCV-инфекции у лиц, страдающих наркоманией, чаще протекает субклинически с преобладанием безжелтушных (39%) или легких желтушных форм (46,3%), сопровождающихся незначительной или умеренной интоксикацией и диспепсией. Она характеризуется более выраженным цитолизом и мезенхимальным воспалением в печени, а также большим процентом хронизации (90,2%), нежели у лиц, не употребляющих наркотики.

Хронический гепатит С на фоне наркомании характеризуется ранней реактивацией с манифестацией печеночных и внепеченочных проявлений (астеновегетативный и диспепсический синдромы, гепатомегалия, артралгии), на которые наслаивается симптомокомплекс неврологических и соматических нарушений, свойственных наркозависимости, и сопровождается большей выраженностью поражения печени.

Хронический гепатит С у потребителей наркотиков, страдающих ВИЧ-инфекцией, клинически характеризуется отсутствием яркой симптоматики гепатита, маскируемой не только симптомокомплексом наркозависимости, но и сопутствующей патологией, определяющей симптоматику ВИЧ-инфекции в стадии вторичных заболеваний. Выявленная зависимость активности воспалительного процесса в печени от стадии ВИЧ-инфекции, характеризует способность ВИЧ-инфекции ускорять естественное течение HCV-инфекции, вероятно за счет прогрессивно развивающегося иммунодефицита, обусловленного ВИЧ.

Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Ершова О.Н., Хухлович П.А., Хасанова В.А., Лыткина И.Н., Шулакова Н.И.,
Ооржак Н.Д., Романенко В.В., Патлусова В.В., Ясинский А.А., Клименко С.М.

**ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Москва, Россия

Парентеральные вирусные гепатиты остаются в Российской Федерации серьезной медицинской и социальной проблемой. Хотя в 2001-2005 гг. по сравнению с 1999-2000 гг. имело место отчетливое уменьшение показателей заболеваемости острыми гепатитами В и С (ГВ в 2000 г. – 42,4 на 100 тысяч населения, ГС – 21,1, а в 2005 г. соответственно 8,6 и 4,5), но и сегодня эти показатели достаточно велики. Значительным остается число ежегодно выявляемых в РФ носителей вирусов ГВ и ГС, которое во многом превышает количество официально учтенных больных острыми желтушными формами этих инфекций (в 2005 г. число выявленных носителей вируса ГВ составило 50,3 на 100 тыс. населения). Результаты обследования в клинике НИИ вирусологии 132 таких носителей (с исследованием их биоптатов печени) позволили у подавляющего большинства из них диагностировать малоактивный хронический гепатит В. Есть все основания считать, что число лиц, у которых в 2004-2005 гг. были впервые выявлены хронические формы парентеральных вирусных гепатитов (составляли соответственно 51,9 0/0000 и 47,3 0/0000 с значительным преобладанием хронического ГС), является далеко неполным. Одной из особенностей последних лет явился заметный рост больных вирусными гепатитами смешанной этиологии (чаще всего среди них выявляли лиц с сочетанием маркеров ГВ и ГС).

Определенные изменения произошли в течение последних лет в структуре генотипов вируса ГС. В середине 90-х годов имело место значительное преобладание генотипа 1в. Доля этого генотипа составляла 67,4% по суммарным данным определения различных генотипов ВГС в 8-ми регионах России, а 3а – лишь 10,9% (Д.К. Львов с соавт. 1995-1996 гг.). В 2001-2004 гг. выявлен отчетливый рост удельного веса генотипа 3а. В Новосибирской области доля генотипа 1в составляла 49,9%, а 3а – 46,1% (А.В. Шустов, 2003 г.), что по мнению ряда авторов связано значительным увеличением среди населения числа наркоманов с середины 90-х годов.

В последние годы среди заболевших острым ГВ и ГС отмечено увеличение удельного веса лиц более старшего возраста (прежде всего 26-40 лет). В структуре путей передачи вирусов ГВ и ГС до 2-6% уменьшилась доля больных, инфицированных этими вирусами при проведении парентеральных вмешательств в ЛПУ. Вместе с тем в 2-4 раза сократился удельный вес заболевших острым ГВ и ГС, у которых имело место заражение НВ- и НС-

вирусами при внутривенном введении наркотиков. Одновременно заметно выросла доля тех, у кого установлено инфицирование этими вирусами половым путем (в отдельных крупных городах такой путь заражения в настоящее время отмечают у 40-50% больных острым ГВ и значительно реже – острым ГС). По нашим данным в регионах с умеренной активностью эпидемических процессов ГВ и ГС частота перинатального заражения и широта внутрисемейного распространения вируса ГС была установлена соответственно в 5 и 8 раз реже вируса ГВ. Снижение заболеваемости острыми ГВ и ГС в России в течение последних лет может быть связано с реализацией широких мер по борьбе с наркоманиями, совершенствованием неспецифической профилактики этих инфекций, а гепатита В – с значительным расширением масштабов вакцинации (только в 2006-2007 гг. будет привито против ГВ 25 млн. человек).

Шведов А.К.
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У БОЛЬНЫХ НА ДИАЛИЗЕ
Санкт-Петербург, Россия

Под наблюдением с 2000 по 2005 годы находились 152 больных хронической почечной недостаточностью, 80 из них получали программный гемодиализ в среднем 3 раза в неделю, 72 – постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (ПАПД). Все больные ежеквартально обследовались на содержание билирубина и аминотрансфераз и 1 раз в 6 месяцев на маркеры вирусных гепатитов В и С. В додиализный период 93,4% больных получали препараты крови, с переходом на диализ – 3,9%. Анемия в процессе диализа успешно корректировалась назначением рекомбинантного человеческого эритропоэтина (Эпокрин) и препаратов железа (Венофер).

До перехода на диализную терапию HBs Ag обнаружен у 5,9% больных, анти-НС V – у 3,9%. После 5 лет ПАПД 6,9% больных имели HBs Ag и 5,5% – анти-НС V с подтверждением в ПЦР. После 5 лет гемодиализа – соответственно, 12,5% и 15,0% (в том числе у 5,0% одновременно маркеры гепатитов В и С).

У всех инфицированных больных заболевание начиналось постепенно и практически незаметно клинически. Клинические проявления интоксикации и лабораторные признаки нарушений пигментного обмена были слабо выраженными, непродолжительными и выявлялись только в 6% случаев. Эпизодические повышения уровня АлАТ были у всех больных, однако у абсолютного большинства – не более 3-кратного превышения нормы. Ни в одном случае не зарегистрировано исчезновение маркеров ВГ. Клинико-лабораторные и сонографические признаки формирования цирроза печени за 5-летний период наблюдения обнаружены у 3,5% больных.

Таким образом, вирусные гепатиты у больных на диализе характеризуются вялотекущим стертым течением с замедленным прогрессированием инфекционного процесса. Частота возникновения вирусных гепатитов В и С у больных на гемодиализе существенно выше, чем у больных на ПАПД. Обсуждается вопрос о подготовке стандарта по диагностике, лечению и профилактике вирусных гепатитов у больных на диализе.

Шепринский П.Е., Осипова А.Н., Виленская И.Ф., Малафеевская О.И., Макарова Г.Л.
**МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВЕДУЩИХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В СТАЦИОНАРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**
Вологда, Россия

Одним из основных факторов, определяющих рациональную эмпирическую антибактериальную терапию пациентов в стационаре, являются данные локального микробиологического мониторинга флоры и ее резистентности к антибактериальным препаратам с помощью систематизированной компьютерной программы ВОЗ «WHONET-5». Это программное обеспечение базы данных микробиологических исследований позволяет углубленно анализировать чувствительность микроорганизмов к антимикробным препаратам, систематизировать материал в виде таблиц и гистограмм по необходимым критериям, получать возможность ретроспективного и проспективного анализа.

В 2005 г. изучены 407 штаммов микроорганизмов, выделенных из клинических изолятов в трех хирургических отделениях стационара городской больницы. Результаты мониторинга микрофлоры свидетельствуют о преобладании грамположительной микрофлоры, на которую приходится 65,5%. Грамотрицательная флора составляет 20%, анаэробная флора – 12,5%, грибы рода *Candida* – 2%. Среди грамположительных микроорганизмов стафилококки определяются в 70,2% случаев, в том числе *S. aureus* – 86,3%, *S. epidermidis* – 11%; энтерококки – в 17,2%; стрептококки – в 11,2%, в том числе *S. pyogenes* – 30%. Грамотрицательная флора представлена преимущественно *E. coli* (53%) и *P. aeruginosa* (14,8%). Анаэробную микрофлору составляли, в основном, грамотрицательные кокки и палочки (61,8%).

При оценке антибиотикорезистентности выделенных микроорганизмов установлено, что абсолютное большинство грамположительных штаммов оказались чувствительными к цефалоспорином I (цефазолину – 80%) и III поколений (цефотаксиму – 80,5% и цефоперазону – 85%), а так же к фторхинолонам (ципрофлоксацин – 72,9%) и тетрациклинам (доксидиклин – 75,5%). Резистентность у грамположительных микроорганизмов выявлена к пенициллину – 76,5% и ампициллину – 87,5%. MRS – стафилококки зарегистрированы лишь в единичных случаях.

Подавляющее большинство грамотрицательной микрофлоры отличается чувствительностью к цефотаксиму (84,2%) и ципрофлоксацину (84,4%) и резистентностью к цефоперазону (81,4%) и доксициклину (71%).

Результаты микробиологического мониторинга способствовали оптимизации выбора антимикробных препаратов в стационаре хирургического профиля: из общепольничного формуляра лекарственных препаратов исключены такие антибиотики, как пенициллин и ампициллин и внесены наиболее эффективные антибиотики (цефазолин, цефотаксим). Рациональная антибактериальная терапия позволила сократить сроки лечения и пребывания пациентов в стационаре, а также снизить количество послеоперационных осложнений в 1,4 раза по сравнению с предыдущим годом.

Шехетова И.Б., Исаева А.М.

АНАЛИЗ УЧАСТИЯ ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ В ПРОВЕДЕНИИ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ И ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Кольчугино, Владимирской области, Россия

Цель работы: анализ полномочий местного самоуправления и их реализации, в том числе в части разработки путей компенсации антропогенного воздействия на состояние среды обитания и экологического воздействия на состояние здоровья населения; оценка экологической напряжённости на подведомственной территории; анализ данных для экономической оценки потенциальной экологической напряжённости; анализ экологического аспекта состояния здоровья жителей города.

Методы исследования: статистического наблюдения, путём представления медицинской отчётности типовой и специализированной за период 2001-2004г.г. и проведения специально организованного статистического наблюдения; сравнительной медико-экологической оценки и медико-географической оценки; сводки и аналитической группировки статистических данных; корреляционного анализа, дающего возможность выражать связь между признаками статистической совокупности аналитически, в виде управления, и придавать ей количественное выражение; расчёта критерия соответствия; а также методология оценки экологического риска для здоровья населения.

Результаты: объектом исследований стал г.Кольчугино Владимирской области и функционирующие на его административной территории промышленные предприятия, среди которых доминирующее значение имеют выбросы металлургического завода, а среди вредных веществ - выбросы никеля, меди, диоксида серы и марганца. В структуре заболеваемости города, на протяжении анализируемых лет, лидирующее место заняли заболевания органов дыхания. Среднедневной экономический баланс случая заболевания жителя города трудоспособного возраста составил 875,7 рублей, стоимость же планируемой медицинской помощи за счёт всех источников финансирования на подведомственной территории – 1054,9 рублей в год на одного жителя. Постоянную поддержку в проведении целенаправленной экологической политики и политики в области охраны здоровья населения города оказывают органы местного самоуправления, оценив очевидный экономический ущерб от затрат на лечебно – профилактические мероприятия по причине патологических процессов, связанных с экологической напряжённостью на обозначенной выше территории.

Выводы: в разрезе данной проблемы органы местного самоуправления г.Кольчугино Владимирской области осуществляют постоянную поддержку в проведении целенаправленной экологической политики и политики в области охраны здоровья населения промышленного города центральной России, помогая осуществлению профилактических, санитарно – гигиенических, природоохранных мероприятий в целях предупреждения возникновения массовых неинфекционных заболеваний, в том числе органов дыхания, отработывая все шаги, на всех уровнях власти, направленные на достижение основной цели – управление риском для среды обитания и здоровья населения.

Шмаков С.Н., Тимошевская Н.В.

СЛУЧАЙ ТУЛЯРЕМИИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Красногорск, Россия

Туляремия относится к группе зоонозов, передается человеку контактным, алиментарным, аэрогенным путем, через укусы кровососущих насекомых - блох, клещей, слепней, комаров. На территории России в 40-50-е годы отмечались эпидемические вспышки. В настоящее время в Московской области данное заболевание встречается чрезвычайно редко.

Больной Щ., 1946 г. рождения, поступил в инфекционное отделение 5 ЦВКГ ВВС 17.08.04 года с направительным диагнозом “Лихорадка неясной этиологии. Аденовирусная инфекция?” на 5-й день болезни с жалобами на общую слабость, ломоту в мышцах, головную боль, умеренную боль в правой паховой области при ходьбе. Заболел остро 13.08.04 г., когда появились общее недомогание, головная и мышечная боли, повысилась температура тела до 39,0°C с ознобом. По назначению участкового врача принимал жаропонижающие препараты. В последующие дни narosla

общая слабость, температура тела сохранялась на фебрильных цифрах, появилась боль в правой паховой области. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения больной был госпитализирован в 5 ЦВКГ. Эпидемиологический анамнез: 7.08.04 г. отдыхал около деревни Алехнино, Истринского района Московской области, тогда же отмечал укусы слепней. При поступлении состояние больного средней тяжести. Температура тела 38,5°C. Кожа лица умеренно гиперемирована, на коже внутренней поверхности области правого коленного сустава округлое пятно диаметром 1,1-1,2 см буроватого цвета (место укуса слепня). Слизистая оболочка задней стенки глотки умеренно гиперемирована. Пальпировался резко болезненный бедренный лимфоузел справа, увеличенный до 3-4 см в диаметре (бубон), с отчетливыми контурами, не спаянный с кожей. Кожа над бубоном обычной окраски, горячая на ощупь. Тоны сердца приглушены. АД – 135 и 80 мм рт.ст., пульс – 88 в 1 минуту. Над легкими перкуторно ясный легочной звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, цвет мочи не изменен. Больной был осмотрен хирургом, проводилась дифференциальная диагностика между неспецифическим бактериальным лимфаденитом, болезнью кошачьей царапины, опухолевым процессом. Общий анализ крови при поступлении без патологии, в дальнейшем отмечен лейкоцитоз до 14,4 тыс/л (п-1%, с-69%, э-1%, м-6%, л-23%), увеличение СОЭ до 40 мм/ч. Посев крови на стерильность и гемокультуру роста микробов не дал. В общих анализах мочи на фоне лихорадки отмечено повышение белка до 0,1 г/л, эритроцитов до 35-40 в поле зрения. Несмотря на начатое антибактериальное лечение цефотаксимом, метрогилом, у больного сохранялась ремиттирующая лихорадка. В дальнейшем (через трое суток) цефотаксим был заменен амоксициклом внутривенно, но эффект оказался незначительным. При УЗИ-исследовании 20.08.04 г. в верхней трети правого бедра обнаружен увеличенный в размерах до 3,8 × 1,6 см единичный лимфоузел. На флюорографии ОГК и рентгенографии придаточных пазух носа патологических изменений не обнаружено. Колоноскопия органической патологии в осмотренных отделах не выявила. На 7-й день пребывания в госпитале на коже внутренней поверхности области правого коленного сустава в центре пятна бурого цвета, имевшегося при поступлении, появилась везикула, а после удаления крышки пузыря – язвочка с гнойным отделяемым. Характер первичного аффекта, регионарный лимфаденит (бубон), ремиттирующая лихорадка, выраженный синдром общей интоксикации, укусы слепней, пребывание больного в сельской местности позволили заподозрить туляремию, кожно-бубонную форму. Диагноз верифицирован проведением в микробиологической лаборатории ГЦСЭН МО РФ кровянокапельной реакции агглютинации с туляремиальным диагностикумом (положительная на 3+), а также РПГА с туляремиальным диагностикумом: 1 сыворотка от 24.08.04 г. – титр антител 1: 640, 2 сыворотка от 31.08.04 г. – титр антител 1: 10240. Кожно-аллергическая проба с тулярином, проведенная нами, также дала положительный результат (папула и гиперемия кожи в месте пробы диаметром более 1 см). После того, как было высказано предположение о том, что больной переносит туляремию, был назначен гентамицин в суточной дозе 240 мг в течение 10 суток. Лечение также включало внутривенные инфузии 5% растворов глюкозы и аскорбиновой кислоты, раствор Рингера, местно на область укуса (язвочки) – повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия. Выздоровление носило затяжной характер. После проведенного комплексного лечения состояние больного значительно улучшилось: температура тела нормализовалась, размеры бубона уменьшились, болевые ощущения в месте бубона прекратились. Больной был выписан на 28-й день болезни (23-й день лечения) в удовлетворительном состоянии. Данный случай демонстрирует классическую картину кожно-бубонной формы туляремии, которая в наше время является редким заболеванием, что и обусловило затруднение в диагностике по клиническим признакам (диагноз предположен лишь на 7-е сутки госпитализации).

Шмаков С.Н., Янцев. В.А.
ДИРОФИЛЯРИОЗ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
Красногорск, Россия

Дирофиляриозы – трансмиссивные гельминтозы, вызываемые паразитированием неполовозрелых нематод *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis*. Первая вызывает инвазию, протекающую с поражением преимущественно кожи, слизистых, подкожной клетчатки, реже – внутренних органов, вторая – дирофиляриоз внутренних органов. На территории России это заболевание регистрируется редко (как правило, на Северном Кавказе и в городах южного Поволжья). Обязательный хозяин дирофилярий – собака и некоторые другие виды семейства псовых, под кожей которых паразитируют гельминты. Промежуточными хозяевами и специфическими переносчиками служат комары родов *Aedes*, *Anopheles*, *Culex*. Больной В., 1966 г. рождения, поступил в инфекционный центр 5 ЦВКГ ВВС 21.03.05 года с жалобами на ощущение «шевеления и ползания под кожей полового члена живого червя». Заболел неделю назад, когда почувствовал жжение в области крайней плоти полового члена. Спустя два дня обнаружил под кожей полового члена бугорок, который затем превратился в извитую полоску припухлости кожи. Обратился в поликлинику по месту службы, осмотрен урологом, инфекционистом, заподозрен «тропический гельминтоз» (лоаз?, дракункулез?). Направлен на стационарное лечение в инфекционный центр 5 ЦВКГ ВВС. Эпидемиологический анамнез: Служит в Астраханской области, летом 2004 года часто выезжал отдыхать на реку Ахтубу, где отмечал множественные укусы комаров. За пределы России никогда не выезжал. При поступлении состояние больного было удовлетворительным. Температура тела 36,6°C. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, сыпи нет. Под кожей полового члена просматривалось нитевидное, извитое

образование, точную длину которого определить не представлялось возможным. В течение 10-и минут наблюдения отмечено изменение формы «червя», то есть установлен факт его подвижности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Внутренние органы грудной клетки и брюшной полости без особенностей. Общий анализ крови в норме (в том числе и количество эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 3%). Биохимические показатели крови, общий анализ мочи в норме, в кале яйца гельминтов не обнаружены. В последующие двое суток наблюдения отмечена миграция гельминта под кожей полового члена: он то сворачивался в округлое неправильной формы опухолевидное образование, то распрямлялся в нитевидное образование, что субъективно сопровождалось болевыми ощущениями и зудом кожи полового члена. Был диагностирован подкожный дифилариоз полового члена. Под местной анестезией раствором новокаина (0,5% раствор - 1мл) была рассечена кожа в области крайней плоти полового члена, тупо выделен, а затем и удален червь нитевидной формы белого цвета (длиной около 12 см, толщиной 0,2-0,3 см). Это оказалась самка *D. repens*.

Описанный случай интересен тем, что, во-первых, дифилариоз редко встречается в России, а, во-вторых, редкой локализацией гельминта – под кожей полового члена (в доступной нам литературе мы не встретили описания дифилариоза такой локализации).

Шобухова Т.С., Туманова Г.М., Шарая В.С., Кротов С.А., Кротова В.А., Бурбик Н.Н.
**РЕЗУЛЬТАТЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИСПЫТАНИЙ ПЕРВОЙ РОССИЙСКОЙ
ИММУНОФЕРМЕНТНОЙ ТЕСТ-СИСТЕМЫ «ХЕЛИКОБЕСТ-АНТИТЕЛА»
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУММАРНЫХ АНТИТЕЛ К АНТИГЕНУ CAG A HELICOBACTER PYLORI**
Москва, Новосибирск, Россия

В настоящее время в Российской Федерации инфицированность населения *H. pylori* остается крайне высокой. Установлено, что популяция *H. pylori* генетически гетерогенна, штаммы значительно отличаются по вирулентности. Наиболее известные факторы вирулентности: продукт цитотоксинассоциированного гена - CagA и вакуолизирующий цитотоксин VacA (продукт гена vacA). Широкомасштабными эпидемиологическими молекулярно-генетическими работами многочисленных авторов было установлено, что именно штаммам, содержащим белок CagA, сопутствуют ярко выраженное воспаление слизистой оболочки желудка и образование язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Больные, инфицированные CagA- штаммами, имеют высокий риск развития антрального гастрита и кишечной метаплазии.

Согласно рекомендациям Маастрихтских соглашений I и II, серологическое исследование рекомендовано как неинвазивный метод первичной диагностики хеликобактерной инфекции. В нашей стране отсутствуют препараты для серологической диагностики *H. pylori*. Вынесенная на государственные испытания тест-система для выявления суммарных антител к антигену CagA *Helicobacter pylori*, разработана в связи с необходимостью создания отечественного диагностического препарата.

Целью настоящей работы было определение диагностической ценности тест-системы иммуноферментной для выявления суммарных антител к антигену CagA *Helicobacter pylori*, разработанной ЗАО «Вектор-Бест», представленной на государственные испытания, по сравнению с тест-системой иммуноферментной для количественного определения анти-CagA IgG в сыворотке или плазме крови человека (CagA IgG ELISA, DRG, Germany).

Материал для исследования - 151 образец сывороток: 80 сывороток от больных с симптомами воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта с бактериологическим подтверждением наличия *H. pylori* путем выделения от них культуры и здоровых детей (71 сыворотка).

Чувствительность препарата «ХеликоБест-антитела» $Se = 66 / (66 + 3) \approx 0.956 = 95,6 \%$. Специфичность препарата $Sp = 80 / (80 + 2) \approx 0.975 = 97,5 \%$. Воспроизводимость результатов составляла 100%. Тест-система иммуноферментная для выявления суммарных антител к антигену CagA *Helicobacter pylori* «ХеликоБест-антитела» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия) рекомендована для регистрации в Российской Федерации.

Шапоров Ю.Н., Добромыслова Н.А.
ПОРАЖЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С
Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время доказана лимфотропность и сиалотропность вируса гепатита С (НСV), что объясняет развитие внепеченочных проявлений хронического гепатита С (ХГС). Ряд исследователей указывают на роль НСV в развитии сиалоаденита и синдрома Шегрена.

Цель исследования. Изучить ультрасонографические особенности больших слюнных желез у больных ХГС.

Материалы и методы. Обследовано 26 больных ХГС в репликативной фазе и 26 здоровых лиц. Группы обследованных не отличались по полу и возрасту. Всем обследованным проводили ультразвуковое исследование околоушных (ОСЖ) и поднижнечелюстных слюнных желез (ПСЖ). Производилось определение их размеров (А - переднезаднего, В – только для ОСЖ - малого бокового, С – большого бокового, D – верхненижнего) и объема (вычисляли по формулам).

Результаты. У здоровых лиц размеры ОСЖ составили справа: А – 30,9±7,1 мм, В – 6,1±1,9, С – 20,3±5,8, D – 40,3±9,5 мм, слева: А – 30,1±6,7, В – 5,9±1,8, С – 21,2±5,7, D – 40,2±8,9 мм. Объем правой ОСЖ составил 20,2±9,8 мм³, левой – 20,4±9,6 мм³. У больных ХГС размеры ОСЖ отличались в большую сторону и составили справа: А – 33,1±5,0 мм (p=0,008), В – 5,2±1,5 (p=0,073), С – 22,0±3,8 (p=0,056), D – 46,5±6,2 мм (p=0,006), слева: А – 32,9±5,2 (p=0,01), В – 4,9±1,5 (p=0,035), С – 20,8±3,2 (p=0,519), D – 46,4±5,9 мм (p=0,012). Объем левой ОСЖ составил 27,2±10,0 мм³ (p=0,003), левой – 25,7±9,8 мм³ (p=0,021). Аналогичные изменения размеров выявлены и при обследовании ПСЖ. У здоровых лиц размеры ПСЖ составили справа: А – 28,2±4,7 мм, В – 13,8±3,8, С – 27,4±5,3 мм, слева: А – 28,8±3,6, В – 13,2±2,8, С – 27,3±5,4 мм. Объем правой ПСЖ составил 5,9±3,3 мм³, левой – 5,6±2,2 мм³. У больных ХГС размеры ПСЖ отличались в большую сторону и составили справа: А – 31,0±2,3 мм (различие с показателем здоровых лиц достоверно, p=0,011), В – 13,5±3,4 (p=0,566), С – 32,1±2,6 мм (p<0,001), слева: А – 31,4±2,7 (p=0,004), В – 13,9±1,3 (p=0,424), С – 31,5±3,4 мм (p=0,001). Объем левой ПСЖ составил 7,1±1,4 мм³ (p=0,021), левой – 7,3±1,6 мм³ (p=0,01).

Выводы. Наше исследование позволило выявить достоверное увеличение линейных размеров и объема больших слюнных желез у больных ХГС. При этом увеличение размеров и объема околоушных и поднижнечелюстных желез носило симметричный (двусторонний) и синхронный характер. Полученные данные свидетельствуют о том, что в слюнных железах при ХГС происходят структурные изменения, характер и механизм развития которых требует дальнейшего изучения.

Щедрин В.И., Журавлева Л.Е., Болехан В.Н.

СТАФИЛОКОККОВАЯ ВАКЦИНА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПИОДЕРМИТОВ

Санкт-Петербург, Россия

В терапии хронически протекающих пиодермитов нами применялась стафилококковая вакцина. Под наблюдением находилось 38 человек, страдающих различными формами гнойничковых заболеваний кожи: 2 человека с язвенно-вегетирующей пиодермией; 6 пациентов с хроническим фурункулезом и 30 больных с угревой сыпью из которых выделялись наиболее тяжело протекающие формы: флегмонозные, сливные и конглобатные акне.

У всех обследуемых перед лечением выделяли стафилококк. В результате проводимой терапии полное выздоровление отмечали у пациентов с язвенно-вегетирующей пиодермией и с хроническим фурункулезом. У 5 больных (13%) с акне отмечался рецидив заболевания через 6 месяцев, у 6 человек (16%) через год. У 19 пациентов (50%) отмечалась стойкая ремиссия.

Таким образом, применение стафилококковой вакцины в терапии хронических пиодермитов является актуальным.

Щедрина Н.А.

К ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ ПУТЕЙ СНИЖЕНИЯ РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ В ПИЩУ ПРОДУКТОВ НА ОСНОВЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО СЫРЬЯ ВОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Санкт-Петербург, Россия

Одной из основных задач рыбопромышленного комплекса страны является снабжение населения продуктами питания на основе рыбы и море продуктов в количестве установленном медицинскими нормами, отвечающими современным требованиям к уровню качества и по доступной цене.

В настоящее время в общем балансе потребления животных белков, включая мясные и молочные продукты, яйца, доля рыбных белков составляет около 10%.

В соответствии с Федеральным Законом «О качестве и безопасности пищевых продуктов» ответственность за качество и безопасность выпускаемой пищевой продукции несет предприятие-изготовитель.

Одной из основных задач является при этом научно-техническое обеспечение технологического процесса переработки гидробионтов - от вылова до реализации готовой продукции.

Особое место в решении этой задачи принадлежит санитарно-микробиологическому контролю по ходу технологического процесса. Совершенствование организации такого контроля является наиболее весомым звеном этой работы.

Важное место среди исследований, направленных на обеспечение необходимого уровня качества и безопасности пищевой продукции из биологического сырья водного происхождения, занимает разработка новых методов испытаний сырья, полуфабриката и готовой продукции на наличие потенциально опасных для здоровья человека агентов различной природы, а также установления предельно допустимых уровней их содержания в гидробионтах.

Унификация методов исследования рыбы и рыбной продукции п потенциально-опасных в биологическом отношении агентов, в том числе микроорганизмов - возбудителей пищевых токсикоинфекций, развитие нормативно-технологической базы производства, развитие стандартизации и технического регулирования - все это

в комплексе позволит оптимизировать процессы переработки водных биологических ресурсов и обеспечить население полноценными продуктами питания на основе гидробионтов.

Щедрина Н.А., Галынкин В.А.

ПРОДУКТОВ НА ОСНОВЕ ВОДНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ МИКРООРГАНИЗМАМИ РОДА AEROMONAS - ПОНТЕНЦИАЛЬНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

Санкт-Петербург, Россия

К представителям микрофлоры, обладающим потенциальными возможностями развития инфекционного процесса и определяющим особенности этиологии острых кишечных инфекций относятся грамотрицательные бактерии семейства Vibrionaceae рода Aeromonas. Согласно действующей «Классификации пищевых отравлений» аэромонады могут вызывать пищевые токсикоинфекции у людей. Доказана роль аэромонад нескольких видов как возбудителей инфекционных заболеваний, возникающих при употреблении в пищу рыбы и рыбной продукции.

Целью настоящего исследования являлась разработка методики выявления микроорганизмов рода Aeromonas в рыбе и пищевой рыбной продукции.

До настоящего времени единственным документом по методам определения аэромонад в различных видах исследуемого материала являются Методические рекомендации «Методы исследований объектов окружающей среды и патологического материала на аэромонады», разработанные Московским научно-исследовательским институтом гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана в 1980 году. Однако приведенные в указанном документе методики весьма сложны, а использование предлагаемых дифференциально-селективных питательных сред А-1 и А-2 не позволяет достаточно четко проводить работу по выявлению аэромонад в пищевых продуктах. Среды А-1 и А-2 являются многокомпонентными, требуют дополнительных затрат на приобретение ряда дефицитных химических реактивов и ингредиентов. Окончательная идентификация аэромонад требует постановки дополнительных тестов, что усложняет исследование и увеличивает продолжительность.

Кроме того, в упомянутом документе отсутствуют какие-либо ссылки, касающиеся исследования на наличие аэромонад пищевых продуктов. В связи с этим разработка методики индикации микроорганизмов Aeromonas в пищевых продуктах и, в частности, рыбе и пищевой продукции на основе водных биологических ресурсов, представляется весьма актуальной.

В ходе настоящего исследования установлено, что оптимальной селективной средой для выявления Aeromonas является среда производства «Хай Медиа».

Проведены исследования 404 проб рыбы и рыбной продукции (охлажденной, мороженой, рыбы жареной, рыбы горячего и холодного копчения, прочей рыбной кулинарии).

Образцы рыбы и рыбной продукции отбирали как в торговой сети (рынки, магазины), так и непосредственно на рыбообрабатывающих предприятиях.

Общий процент выявления аэромонад составил при этом 9 %. Максимальный уровень обсемененности бактериями данного рода (до $5,2 \times 10^7$ КОЕ/г) отмечен в пробах корюшки свежей, выловленной из Финского залива и р. Невы.

Весьма высокую обсемененность микроорганизмами, относящимися к роду Aeromonas, имели также некоторые образцы сырой рыбы, жареной рыбы и прочей рыбной кулинарии. При этом для отдельных проб готовых рыбных продуктов величина ее составила 10^6 - 10^7 в 1 г образца, что практически является пороговым уровнем в плане эпидемиологической безопасности для данного объекта исследования.

Щедрина Н.А., Карцев В.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ РОДА AEROMONAS К ВОЗДЕЙСТВИЮ РАЗЛИЧНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Санкт-Петербург, Россия

Ввиду достаточно высокого уровня контаминации рыбного сырья и пищевых продуктов на основе гидробионтов микроорганизмами рода Aeromonas весьма актуальным является исследование вопроса выживаемости указанных бактерий под влиянием различных физических факторов.

В ходе эксперимента охлажденную рыбу порционировали на отдельные куски массой 300 г., после чего заражали их суточной музейной культурой Aeromonas hydrophila в различных разведениях. Образцы помещали в жаровой шкаф, где они подвергались воздействию высоких температур. Установлено, что при температуре 300°C данная структура бактерий полностью погибала в течение 15 мин.

Наряду с этим проводили исследование выживаемости микроорганизмов указанного вида в образцах контаминированной рыбы при обработке ее в микроволновой печи. Обработку проводили при двух различных режимах (дым 1 и дым 2) и переменной продолжительности процесса. Показано, что полной гибели микроорганизмов данного вида в контаминированных ими образцах пищевых продуктов микроволновый нагрев в условиях проведения эксперимента не обеспечивается. В связи с этим возникают определенные риски, связанные с

использованием микроволнового нагрева для приготовления пищи на основе водных биологических ресурсов. Актуальным является продолжение исследований по оценке влияния микроволнового нагрева на выживаемость потенциально-опасных в эпидемиологическом отношении микроорганизмов — контаминантов продовольственного сырья и пищевых продуктов.

Эпельман Б.В.
РАБОТА ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ РАЙОНА МЕГАПОЛИСА

Санкт-Петербург, Россия

Московский район Санкт-Петербурга занимает площадь 7107 га, население в 2005 г. составило 270 тыс. человек. Район обладает насыщенной инфраструктурой, которая изначально формировалась с учетом действующих нормативов обеспеченности населения транспортом, учреждениями образования, здравоохранения, культуры, торговли и бытового обслуживания. Московский район относится к промышленно развитым районам города и входит в пятерку крупнейших обеспечивающих около 60% производства промышленной продукции. Среднегодовая численность работающих на промышленных предприятиях 26,7 тыс. человек, среднегодовая численность работающих в экономике района - 163,1 тыс. человек.

В 2005 г. амбулаторно-поликлинической сетью района обслуживалось 225 тыс. человек, что составляет 81,2% от показателей 2004 г. в связи с динамикой численности населения. Отделениями (кабинетами) инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики принято 31164 человека, что составляет 106,3% от показателей 2004 г., при этом нагрузка в 1 час (число пациентов) составила 5,2 (в 2004 г. 4,7). Проведено 19826 консультаций, что составляет 127,2% от количества в 2004 г., из них в поликлинике - 19739, на дому - 17, в других ЛПУ - 70. Зарегистрировано случаев инфекционных заболеваний (исключая ОРВИ, грипп, ангины) 2117, что составляет 89,2% от показателей 2004 г., из них подтвержденных 1845, что составляет 87,1% от показателей 2004 г. Из зарегистрированных заболеваний диагностировано инфекционистами - 45,7%, терапевтами - 47,1%, врачами других специальностей - 7,2%.

Инфекционная и паразитарная заболеваемость в 2005 г. на 100 тыс. населения составила: Брюшным тифом - 2,7; Сальмонеллезом - 18,7; Дизентерией (бактериально подтвержденной) - 13,3; Острыми кишечными инфекциями (ОКИ) установленной этиологии - 7,6; ОКИ не установленной этиологии - 217,3; Псевдотуберкулезом - 4,4; Иерсиниозом - 0,9; Острым вирусным гепатитом всего - 804; в т.ч. В (ХВГВ) - 26,2; С (ХВГС) - 63,1; Хроническим вирусным гепатитом всего - 104,5; в т.ч. А (ОВГА) - 475; В (ОВГВ) - 111; С (ОВГС) - 13,3; Дифтерией - 0,8; Эпидемическим паротитом - 4,04; Ветряной оспой - 40,0; Корью - 0,4; Краснухой - 35,1; Менингококковой инфекцией - 0,4; Инфекционным мононуклеозом - 13,3; Простым герпесом - 22,2; Опоясывающим лишаем - 440; Клещевым энцефалитом - 0,9; Болезнью Лайма - 10,2; Лептоспирозом - 1,3; Глистными инвазиями, всего - 26,2.

В случае амбулаторного лечения при острых кишечных инфекциях бактериологическое исследование проводилось в первый день обращения в 50% случаев, во 2 день в 37,6%, в 3 день в 5,7%, позже 3 дней в 3% соответственно. Всего в 2005 г. проведено 2264 бактериологических исследования, в т.ч. с диагностической целью - 1813.

При анализе диспансеризации реконвалесцентов от инфекционных болезней и больных хроническими инфекциями в 2005 г. определено, что принято на учет с: Дизентерией (кроме Флекснера) - 5; Дизентерией Флекснера - 15; Прочими острыми кишечными инфекциями - 2; Сальмонеллезом - 9; ОВГА - 87; ОВГВ - 16; ОВГС - 21; НВs-антигеноносители - 50; Хроническим вирусным гепатитом, всего - 226; Дифтерией - 3; Клещевым энцефалитом - 2; Болезнью Лайма - 19; С укусами клеща - 437; Брюшным тифом - 5; Эпидемическим паротитом - 6; Инфекционным мононуклеозом - 24; Менингококковой инфекцией - 1; Глистными инвазиями - 14.

Эшов Н.Р.
**СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ ГЕМОЦИТОПЕНИЯХ АССОЦИИРОВАННЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Ташкент, Республика Узбекистан

Одним из частых проявлений хронических вирусных гепатитов (ХВГ) В, С и цирроза печени (ЦП) является эритро-, лейко- и тромбоцитопения. Механизм развития вышеуказанных гемоцитопенических осложнений ХВГ и ЦП многие авторы связывают с тормозящим влиянием увеличенной селезенки на костномозговое кроветворение и возросшей депонирующей функцией печени и селезенки. В патогенезе приобретенной аутоиммунной гемолитической анемии, лейко-, тромбоцитопении у больных с ХВГ и ЦП немаловажное значение имеет иммунологическая сенсibilизация организма к вирусным частицам адсорбированных на тканях, клетках и/или циркулирующим иммунным комплексам, на фоне приобретенного иммунодефицита, вызванного вирусной инфекцией. При этом, вследствие дефекта иммунологической толерантности не только инфицированные, но и нормальные клетки крови распознаются иммунокомпетентными клетками как "чужие" и на них вырабатываются

антитела, Они фиксируются на эритроцитах, тромбоцитах и лейкоцитах, последние становятся мишенью для макрофагальных клеток селезенки, печени, костного мозга, захватываются ими, где подвергаются разрушению.

В настоящее время число иммунокомплексных заболеваний, в лечении которых проводятся спленэктомия, достаточно велико. Нами изучены показатели периферической крови и иммунологических данных, учитывающих некоторые аспекты патогенеза гемоцитопенического синдрома у 16 больных ХВГ и ЦП с симптоматической АИГА, тромбо-, лейкоцитопенией, до и после операции. Кроме того, показатели вышеуказанных параметров сопоставили с размерами селезенки. Все, наблюдаемые нами больные на фоне комплексной терапии, после соответствующей предоперационной подготовки, были подвергнуты спленэктомии. Показанием к спленэктомии было обнаружение аутоэритроопсонин (разновидность антиэритроцитарных аутоантител) с помощью реакции аутоэритрофагоцитоза, повышение показателей иммуноглобулинов G, M, A, явление гиперспленизма и спленомегалии. Проведенное обследование показало достоверное уменьшение числа эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, показателей T-, B-лимфоцитов, наличие аутоэритроопсонин и повышение иммуноглобулинов (G, M, A) при нормальной и/или повышенной клеточности костного мозга у этих больных, до операции. Хронические вирусные гепатиты B, C верифицированы на основе определения серологических маркеров (HBsAg и HCV соответственно) с помощью ИФА, степени активности патологического процесса в печени на основе биопсии печени и содержания аминотрансфераз.

После операции у наблюдаемых больных отмечалось достоверное увеличение эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, незначительное увеличение показателей T-, B-лимфоцитов и достоверное снижение иммуноглобулинов (G, M, A) по сравнению с аналогичными показателями у доноров.

Результаты анализа показали, что чем больше выражена активность патологического процесса в печени и спленомегалия, тем выше проявление цитопенического синдрома, последний связан также с выработкой селезенкой аутоантител из-за иммунологической сенсibilизации организма к форменным элементам крови, на фоне приобретенного иммунодефицита, вызванного вирусной инфекцией.

Юдина Ю.В., Белая О.Ф., Анохина Г.И.

ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ РОЖИ

Москва, Россия

Изучение патогенетических механизмов клинической эффективности инфракрасной лазеротерапии представляет научный и практический интерес.

Лазеротерапия с применением аппарата "Узор" была проведена у 32 больных в сравнении с группой из 65 больных, получавших традиционную физиотерапию (УФО на область очага, УВЧ на область регионарных лимфатических узлов). Изучено влияние инфракрасной лазерной терапии на показатели миграционной активности лейкоцитов (МАЛ) в скрининговом тесте клеточной миграции (СТКМ) при различном клиническом течении рожи.

Для стимуляции лейкоцитов *in vitro* применялись полисахарид гр. А, поверхностные белки S. pyogenes, L-антиген, гиалуронидаза, стрептолизин-О, полный комплекс антигенов по Грассе, в концентрации от 1×10^{-4} до 1×10^{-16} мг/мл.

Установлено, что лазеротерапия у больных рожей оказывала заметный избирательный иммуномодулирующий эффект на реакции клеток крови при стимуляции различными антигенами возбудителя. При анализе динамики миграционной активности лейкоцитов при стимуляции полисахаридом и специфическими поверхностными белками у больных первичной и рецидивирующей рожей отмечен положительный эффект лазеротерапии при эритематозно-геморрагической форме и отсутствие эффекта при буллезно-геморрагической форме.

В группе больных с лазеротерапией наиболее быстрое купирование местных симптомов рожи было выявлено у больных эритематозно-геморрагической формой рожи с тенденцией миграции от ускорения к торможению. При буллезно-геморрагической форме рожи мы не выявили достоверных отличий в регрессии местных симптомов воспаления у больных с различными тенденциями миграции.

В целом, по данным миграционной активности лейкоцитов, лазеротерапия у большинства (88,9%) больных рожей оказывала заметный модулирующий эффект, выразившийся в коррекции иммуносупрессии и ускорении перехода МАЛ из фазы ускорения в фазу торможения, косвенно свидетельствующего о положительном влиянии лазеротерапии на формирование иммунного ответа к поверхностным антигенам S. pyogenes (полисахарид гр. А, поверхностные белки).

Юдина Ю.В., Белая О.Ф., Беликов Д.В.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕГРАЛЬНОГО ТЕСТА КЛЕТОЧНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ РОЖИ

Москва, Россия

Активация T-клеточного звена иммунитета отдельными (парциальными) антигенами стрептококка представляет значительный интерес для определения патогенетической и иммуномодулирующей роли данных факторов патогенности в течении и исходах рожи.

Под нашим наблюдением находилось 114 больных рожей среднетяжелого течения (63 больных - с первичной рожей, из них эритематозно-геморрагической формой - 33, буллезно-геморрагической – 30; 51 - с рецидивирующей рожей конечностей: эритематозно-геморрагической формы - 30, буллезно-геморрагической – 21).

Для выявления миграционной активности лейкоцитов (МАЛ) был применен скрининговый тест клеточной миграции (СТКМ) *in vitro* в качестве интегрального метода, отражающего антиген-специфическую активацию Т-лимфоцитов и кооперативное взаимодействие их с макрофагами в разгар заболевания (2-4 день болезни) и в динамике на 5-9 и 10-14 дни болезни. Для стимуляции лейкоцитов периферической крови больных использовали специфические поверхностные антигены *S. pyogenes*: полисахарид группы А, поверхностные белки, L-антиген, гиалуронидазу, стрептолизин-О, соляно-кислый экстракт, полный комплекс антигенов по Грассе, в концентрации от 1×10^{-4} до 1×10^{-16} мг/мл.

Выявлены значительные различия МАЛ в зависимости от характера местного процесса: при эритематозно-геморрагической форме первичной и рецидивирующей рожи отмечена в целом активная динамика МАЛ от ускорения к торможению на поверхностные белки, L-антиген, гиалуронидазу и полный комплекс антигенов; при буллезно-геморрагической форме первичной рожи отмечено угнетение МАЛ в разгар заболевания на полисахарид, поверхностные белки и гиалуронидазу, а при буллезно-геморрагической форме рецидивирующей рожи - гиперергические реакции ускорения МАЛ.

Получены данные, свидетельствующие о дискретности Т-клеточного иммунного ответа на парциальные антигены стрептококка. Выраженность и направленность изменений МАЛ имеют определенные тенденции в зависимости от формы, периода заболевания, свойств антигена, и адекватно отражают характер течения заболевания.

Юркаев И.М., Финогеев Ю.П.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Санкт-Петербург, Россия

Современные подходы к диагностике многих заболеваний базируются на высокопроизводительных молекулярно-генетических и иммуногенетических методах анализа. Все чаще эти исследования служат «золотым стандартом» и обуславливают тесную связь этиологии, патогенеза и генетических особенностей организма (Мухин Н.А., 2000; Лобзин Ю.В. и др., 2003). Патогенетический подход к диагностике инфекционных заболеваний к клинике инфекционных болезней ВМеДА им. С.М. Кирова традиционен. С 1994 г. здесь проводится изучение и применение генетических методов исследования HLA в клинической практике больных ОРЗ и хроническими вирусными гепатитами.

Антигены системы HLA являются одной из наиболее изученных генетических систем человека и выполняют в организме важные биологические функции. Изучение генетического полиморфизма главного комплекса гистосовместимости (ГКГС) и его роли во взаимодействии между макроорганизмом и микроорганизмом предполагает новый скачок в области геномики человека, позволяющего изучить особенности индивидуального генотипа больных и на этой основе не только прогнозировать течение болезни, но и управлять лечебным процессом. В проблеме «HLA и болезнь» выделяют два взаимосвязанных аспекта: фундаментальное и прикладное. Фундаментальные исследования направлены на изучение механизмов связи HLA с заболеваниями. В прикладном – изучение вопросов генетики заболеваний с наследственным предрасположением, диагностики, прогноза, профилактики заболеваний, решения вопросов лечения, создание эффективных вакцин. Накопление знаний в клиническом направлении «HLA и болезни» определило потребность объяснения возможных механизмов корреляции системы HLA с различными болезнями, что выразилось в виде отдельных гипотез.

1. Одной из гипотез объясняющих существование многих и весьма, различных ассоциаций с болезнями, служит постулирование нахождения в области ГКГС генов иммунного ответа. Связь HLA-комплекса с заболеваниями может проявляться в виде генетической детерминированности или генетической предрасположенности. Гены, контролируемые и регулирующие иммунный ответ, названы Iг-генами (Immune response-genes) и Is-генами (Immune suppression genes) и реализуются через Т-систему лимфоцитов. Ассоциации с заболеваниями могут отражать нарушение или ослабление общих иммунных функций, что в свою очередь может способствовать проявлению действия возбудителя (Хаитов Р.М., Алексеев Л.П., 2001). Представления о генетической детерминированности иммунного ответа легли в основу вирусно-иммуногенетической концепции патогенеза ВГВ. Она получила широкое подтверждение в исследованиях сравнительной распространенности HBV-инфекции не только у представителей разных рас и географических зон, но и пола (Балаян М.С., Михайлов М.И., 1994; Соринсон С.Н., 1996). В настоящее время ведется активный поиск таких ассоциаций с ХГС.

2. Антигены HLA - как антигены дифференцировки. Это положение основано на том, что гены HLA по-разному экспрессируют свои антигены в тканях. Антиген В7 сильнее выражен в нервной ткани, а антиген В8 определяет чувствительность индивида к эндокринной патологии.

3. Одной из основных гипотез, объясняющих принципы и механизмы связей между антигенами HLA и болезнями, принято считать гипотезу о «молекулярной мимикрии», которая предполагает, что микроорганизмы

могут содержать антигены, аналогичные таковым в антигенном наборе системы HLA, т.е. пептидная последовательность инородного антигена может быть похожа на таковую у собственного антигена. Если это явление имеет место, то не исключено развитие неблагоприятных последствий.

Общие антигены обнаружены у эритроцитов человека и гноеродных кокков, энтеробактерий, вирусов оспы, гриппа и других микроорганизмов. Классическим примером считаются ревматические заболевания сердца. Другой пример. Так, ряд из пяти аминокислот в пептиде (плазмиде) *Shigella flexneri* идентичен последовательности в HLA-B27, выявленной у пациентов с этой инфекцией и синдромом Рейтера. Наличие подобной гомологичности установлено или предполагается для многих других пептидов, источником которых являются микроорганизмы. В случаях антигенной мимикрии иммунная система человека утрачивает способность быстро распознавать чужеродную клетку и вырабатывать иммунитет, в результате чего патогенные организмы некоторое время могут беспрепятственно размножаться в организме и приводить к различным вариантам течения болезни. Антигенной мимикрией пытаются обосновать длительное выживание патогенных микробов в организме больного, или персистенцию, резидентное (устойчивое) носительство и поствакцинальные осложнения.

4. Концепция модификации HLA-антигенов под действием инфекционных и химических агентов, согласно которой антигены HLA в определенных тканях могут модифицироваться так, что распознаются как чужие и на них развивается аутоиммунная реакция.

5. Концепция вирусных рецепторов. Определенные HLA-детерминанты выступают в роли рецепторов, к которым фиксируется вирус, что облегчает его проникновение в клетку.

Из вышесказанного следует, что изучение генетических маркеров “провокаторов” либо “протекторов” к заболеваниям имеет большое диагностическое значение. Эти маркеры могут быть совместно учтены с другими признаками, составляющими информацию о состоянии здоровья здорового человека и больного, а изучение взаимосвязи HLA с иммунитетом представляет большой интерес и практическую ценность. Результаты поиска таких ассоциаций могут укрепить существующие теории в отношении этиологии и патогенеза некоторых заболеваний, служить диагностическим тестом и стать для врача своеобразным прогностическим признаком течения болезни. Создание иммуногенетического паспорта для каждого индивидуума позволит улучшить лечебно-профилактические и диагностические мероприятия с учетом иммунологических показателей в динамике. Изучение роли генов HLA, а возможно в будущем и других генетических систем в патогенезе некоторых заболеваний, а также в регуляции силы иммунного ответа может дать сведения для обобщений в более широком плане.

Якимов В.Л., Полторацкая Т.Н., Катаныхова Л.Л.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТОКСОКАРОЗУ В Г. ТОМСКЕ

Томск, Россия

Токсокароз – гельминтоз, возбудителем которого являются аскариды животных. Возбудитель токсокароза (*Toxocara canis*) не способен к полному завершению своего жизненного цикла в организме человека, но может широко распространяться по органам и тканям, вызывая различные клинические проявления, что в целом можно обозначить, как висцеральная мигрирующая (ларвальная) личинка.

Токсокароз у собак распространён очень широко, особенно среди щенков, заражение которых в 80% случаев происходит в результате миграции личинок в молоко.

Достаточно высокий риск заражения людей (особенно детей) ларвальным токсокарозом обусловлен загрязненностью почвы городских рекреационных территорий, мест массового отдыха горожан яйцами токсокар. По данным санитарно – паразитологических исследований за последние 3 года яйца токсокар в г. Томске обнаруживаются в среднем в 5,7% исследованных проб почвы. При исследовании проб воды из открытых водоемов во время купального сезона до 58,9% проб содержали яйца токсокар.

За трехлетний период (2002 – 2004гг.) в г. Томске на токсокароз серологически было обследовано 2475 человек (66,2% - дети). Антитела в различных титрах были найдены у 4,2% обследованных. Выявлено шесть больных детей с 3 до 14 лет. У всех больных детей определялась в момент обращения лимфаденопатия, астенический синдром. Кроме того, у одного ребёнка в возрасте 3-х лет наблюдался атопический дерматит, симптомы которого исчезли после дегельминтизации. У 2-х детей (4 и 5 лет) отмечались явления трахеита, клинически идентичные коклюшной инфекции. 3 детей (4,6,14 лет) имели признаки вторичного иммунодефицита: у них часто определялось ОРЗ с длительным рецидивирующим течением. После лечения токсокароза состояние детей улучшилось.

Таким образом:

- в г. Томске регистрируется токсокароз среди людей; преимущественно в эпидпроцесс вовлекаются дети;
- среди клинических проявлений токсокароза наблюдается лимфаденопатия, астенический и респираторный синдромы, кожные проявления;
- борьба с токсокарозом является комплексной медико-ветеринарной проблемой, включающей: обследование и дегельминтизацию собак; мытье рук после контактов с почвой и с животными, тщательная обработка зелени, овощей и других пищевых продуктов, защита игровых детских площадок, парков, скверов от посещений животных, в т. ч. отлов бродячих собак; проведение санитарно – просветительской работы по разъяснению необходимости соблюдения правил личной гигиены.

Воробейчиков Е.В., Василенко А.Ж., Сеница А.В., Степанов А.В., Волков М.Ю.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ И ПРОБИОТИКОВ НА ЖИВОТНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВАКЦИННЫМ ШТАММОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

Санкт-Петербург, Россия

Для профилактики и лечения опасных инфекционных заболеваний бактериальной и риккетсиозной этиологии используются антибиотики и иммуноглобулины. При экстренном лечении препараты вводят в организм в первые часы и дни после инфицирования. При экстренной профилактике препараты вводят в организм за несколько часов или дней до момента возможного заражения. Режимы дозирования антибиотиков жесткие и продолжительные. Это приводит к дополнительной интоксикации и аллергизации организма, дисбиотическим нарушениям желудочно-кишечного тракта, снижению неспецифической резистентности, психологического статуса.

Для нейтрализации негативных эффектов применения антибиотиков и одновременного повышения факторов неспецифической резистентности организма предлагается вводить в схемы экстренной профилактики и лечения препарат “Бактистатин”. Препарат содержит метаболиты бактерий *Bacillus subtilis*, которые сорбированы на частицах природного энтеросорбента. Метаболиты увеличивают функциональную активность нормальной микрофлоры кишечника и макрофагальной системы, что стимулирует неспецифические механизмы иммунитета. Частицы энтеросорбента усиливают в кишечнике механизмы ионного обмена, обеспечивают сорбцию и естественное выведение из организма токсичных соединений. Препарат не содержит живых микробных тел, что позволяет его использовать в сочетании с антибиотиками.

В работе представлена оптимизация комбинированного применения препарата “Бактистатин” с антибиотиком доксициклин. Для моделирования инфекционного процесса мышей подкожно заражали вакцинным штаммом возбудителя сибирской язвы. Эффективность комбинированной схемы указанных препаратов оценивали по выживаемости животных (Y_1 , %) и средней продолжительности жизни (Y_2 , дни). При этом варьировали: дозой возбудителя (X_1 , ЛД₅₀); суточной дозой доксициклина (X_2 , мг/кг); временем начала применения доксициклина, прошедшим после заражения животных (X_3 , t₃, дни); суточной дозой препарата “Бактистатин” (X_4 , мг/кг); временем начала применения препарата “Бактистатин” (до и после заражения животных, X_5 , t₅, дни); продолжительностью профилактического введения препарата “Бактистатин” (X_6 , дни); продолжительностью лечебного введения схемы препаратов (Доксициклин + “Бакти-статин”, X_7 , дни). На основе многомерного статистического анализа проведена оптимизация зависимости вида: $Y_i = f(X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7)$. Определены оптимальные сочетания факторов и эффекты их взаимодействия, при которых наиболее достоверно описываются изменения величины (Y_i). Это важно для создания комбинированных форм данных групп препаратов и их практического применения.

Таким образом, процедуры оптимизации применения данных классов препаратов способствуют повышению эффективности базовых схем профилактики и лечения опасных бактериальных инфекций. Кроме того, этот подход позволяет минимизировать вероятность развития нежелательных побочных эффектов от антимикробных препаратов, особенно при их продолжительном использовании.