

**Материалы
I Ежегодного
Всероссийского Конгресса
по инфекционным
болезням**

Москва, 30 марта–1 апреля 2009 г.

I Ежегодный Всероссийский Конгресс по инфекционным болезням

Организаторы

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- Российская академия медицинских наук
- Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
- Национальное научное общество инфекционистов
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов

Организационный комитет

Сопредседатели

- Онищенко Г.Г. Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, академик РАМН
- Покровский В.И. Директор Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, академик РАМН

Заместители сопредседателей

- Малеев В.В. Заместитель директора по научной и клинической работе Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, академик РАМН
- Лобзин Ю.В. Директор НИИ детских инфекций Минздравсоцразвития РФ, академик РАМН
- Каганов Б.С. Заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ питания РАМН, член-корреспондент РАМН

Члены организационного комитета

- | | | | |
|-----------------|------------------|-----------------|----------------|
| Акимкин В.Г. | Ежлова Е.Б. | Малов И.В. | Тутельян В.А. |
| Брагина И.В. | Зверев В.В. | Малышев Н.А. | Усенко Д.В. |
| Брико Н.И. | Иваненко А.В. | Медуницин Н.В. | Учайкин В.Ф. |
| Беляева Н.М. | Кожевникова Г.М. | Мясников В.А. | Феклисова Л.В. |
| Галимзянов Х.М. | Корочкина О.В. | Пак С.Г. | Шевырева М.П. |
| Горелов А.В. | Лучшев В.И. | Покровский В.В. | Ющук Н.Д. |
| | Львов Д.К. | Семенов Б.Ф. | |

Время и место проведения:

30 марта–1 апреля 2009 года

Москва, пл. Европы, 2, Гостиница «Рэдиссон САС Славянская»

Характеристика случаев завозной малярии в Иркутской области

Абашов А.Т., Борисов В.А., Аитов К.А., Туваков А.К.

Иркутский государственный медицинский университет

Завоз малярии на территорию Иркутской области осуществлялся из стран СНГ (75%) и дальнего зарубежья (23%), а также из областей Российской Федерации (2%). Максимальное количество завозных случаев малярии из стран СНГ завезено из Таджикистана и Азербайджана. За последние 11 лет в Иркутской области диагноз малярии был выставлен 113 больным, в возрасте от 16 до 48 лет. Преобладали мужчины – 91 (80,5%), женщин было 22 (19,5%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 20 лет было 11 (9,7%) больных, от 21 до 30 – 45 (39,8%), от 31 до 40 лет – 29 (25,7%) больных и от 41 до 50 – 28 (24,8%) человек. Из общего числа заболевших лишь 7 (6,2%) больных – наши соотечественники.

Все больные госпитализированы в разные сезоны года на 1–2-й неделе лихорадочного состояния. В большинстве случаев со слов больных малярия диагностирована у них впервые. В 5 случаях выявлен рецидив трехдневной малярии. Больные прибыли на территорию Иркутской области в основном из стран СНГ: 24 больных из Азербайджана, 56 из Таджикистана, 13 заболевших из Узбекистана и 13 человек из различных стран, в том числе из Северной Кореи, Лаоса, Камеруна, Нагорного Карабаха – по одному больному, Гвинеи – 2 и из Республики Конго – 4. В одном случае установить конкретную страну заражения не удалось – больная прошла пешком 6 стран региона.

У пациентов на догоспитальном этапе исследование крови на плазмодии малярии не проводилось. Лечение проводилось амбулаторно. Больные принимали жаропонижающие, сульфаниламидные и в отдельных случаях антибиотики. По всей видимости, это отразилось на клиническом течении заболевания. Лихорадка у больных была неправильного типа без четкого чередования озноба, а также жара и потоотделения. Все заболевшие предъявляли жалобы на головные боли, слабость, ухудшение аппетита. Боли в правом подреберье отмечались у 15 больных, потемнение мочи – у 5, иктеричность склер – у 3, ослабление стула – у 2.

Из объективных показателей у всех больных наблюдалась тахикардия, артериальная гипотония. Увеличение печени до 2–3 см отмечено у всех больных, увеличение размеров селезенки – у 25. При исследовании периферической крови снижение эритроцитов и гемоглобина выявлено у 9 больных, лейкоцитоз – у 7, палочкоядерный сдвиг – у 38, увеличенная СОЭ – у 35 больных. Во всех случаях наблюдалась трехдневная малярия: овале-малярия, тропическая и трехдневная. 4-дневная малярия на территории области не регистрировалась. Заболевание выявлено в городах: Иркутске, Ангарске, Шелехове, Братске, Усть-Илимске, Куйтуне, в районах Братском, Усольском, Иркутском.

1998–2000 гг. ознаменовались тем, что в городе Иркутске были зарегистрированы 4 случая местной трехдневной малярии. У всех больных в первых мазках крови и толстых

каплях были обнаружены плазмодии малярии. Выделены следующие возбудители малярии: *Pl. Vivax* – 108 (95,6%), *Pl. Ovale* – 1 (0,88%) и *Pl. Falciparum* – 4 (3,5%). Основную группу составили больные со среднетяжелой формой заболевания – 105 (92,9%) больных. Тяжелое течение наблюдалось у 5 (4,4%) человек с тропической малярией. Легкое течение отмечено у 3 (2,6%) больных. Рецидивирующая малярия – у 23 (20,3%). Из сопутствующих заболеваний – в 1 случае выявлен сифилис и в 1 – глистная инвазия.

Лечение больных малярией включало постельный режим, диету, витаминотерапию, сердечно-сосудистые препараты, в тяжелых случаях – дезинтоксикационную терапию. Из специфических средств больным назначался делагил по 3-дневной схеме, в последующем – примахин. У всех больных после проведенного лечения наступило выздоровление.

Клинико-эпидемиологические особенности эшерихиозов в зависимости от серогрупп возбудителей

Абдуллаева Ш.А., Джурбаева Н.Б.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент

Нами изучены клинико-эпидемиологические особенности эшерихиозов в зависимости от серогрупп возбудителей. Под наблюдением находилось 67 больных с указанной инфекцией, у которых диагноз был подтвержден бактериологически выделением копрокультуры *E. coli* различных сероваров. Возраст обследованных больных колебался от 18 до 60 лет. Мужчин было 45 (67,8%), женщин 22 (32,2%). У большинства пациентов (36) выделены энтеропатогенные штаммы *E. coli*, что составляет 53,8% к общему числу обследованных больных (I группа). У 11 (16,4%) больных обнаружены энтеротоксигенные (II группа), а у 20 (29,8%) – энтероинвазивные штаммы возбудителей коли-инфекции (III группа).

В I группе пищевой путь передачи составил $75 \pm 7,2\%$, во II – $68,3 \pm 14,5\%$, а в III – $65 \pm 10,7\%$ случаев. Водный путь передачи коли-инфекции наблюдался в I группе $11,1 \pm 5,2\%$, во II – $9 \pm 8,6\%$, в III – $5,0 \pm 4,9\%$ случаев соответственно. Контактно-бытовой путь заражения наблюдался только во II группе – $9 \pm 8,6\%$ случаев. Результаты проведенных исследований показали, что продолжительность большинства клинических симптомов заболевания достоверно больше у больных, у которых были обнаружены энтеротоксигенные штаммы *E. coli*. В этой группе больных эшерихиозами обнаружены изменения в моче (эпителий, цилиндры, лейкоциты, протеинурия), свидетельствующие о поражении почек инфекционно-токсического характера. Продолжительность патологических изменений со стороны почек составляла $6,2 \pm 3,2$ дней.

Дальнейшее изучение клинико-эпидемиологических особенностей эшерихиозов в зависимости от серогрупп возбудителей будет способствовать усовершенствованию лечебно-профилактических мероприятий в отношении указанной инфекции.

Электронно-микроскопическая характеристика клеточных элементов вакцинной суспензии в чумной вакцине ЕВ в зависимости от условий культивирования, концентрации микробов и ее объема в ампуле

Абзаева Н.В., Будыка Д.А., Бондаренко А.И., Иванова Г.Ф., Руднев С.М., Гостищева С.Е., Фисун А.А.

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт

Одним из важнейших показателей качества чумной живой сухой вакцины ЕВ является процент живых микробов в лиофилизированном препарате. Данный показатель напрямую связан с условиями культивирования и лиофилизации препарата, а также с концентрацией и объемом вакцинной суспензии в производственной упаковке (ампуле). Все приведенные параметры влияют в том числе на степень повреждаемости клеточных элементов.

Повреждаемость микробных клеток ЕВ в процессе экспериментальной отработки вариантов живой чумной вакцины, полученных в различных условиях выращивания, а также с различными показателями концентрации и объемом суспензии в ампуле оценивали в готовом препарате электронно-микроскопическим методом.

Показатели повреждаемости изучали в образцах вакцины, выращенной при температуре культивирования $(21 \pm 1)^\circ\text{C}$ с объемом суспензии в ампуле 1 мл и оптической концентрацией 20 млрд м.к./мл. Параллельно в качестве контроля определяли повреждаемость коммерческой серии препарата с регламентированными показателями – выращенной при температуре $(27 \pm 1)^\circ\text{C}$, по 2 мл в ампуле с концентрацией 90 млрд м.к./мл.

Анализ полученных данных показал, что повреждаемость экспериментальных образцов составила $4,0 \pm 0,2\%$ по сравнению с $7,5 \pm 0,6\%$ у коммерческого препарата ($p \leq 0,5$). При этом микробные клетки вакцинного препарата, выращенного при $(21 \pm 1)^\circ\text{C}$, имели меньший размер в сравнении с микробными клетками коммерческого препарата ($0,67 \pm 0,0275$ и $0,815 \pm 0,015$ мкм соответственно). Экспериментальная вакцина с меньшим процентом повреждаемости показала существенно более высокую жизнеспособность ($41,7 \pm 2,2\%$ против $29,4 \pm 1,3\%$) и термостабильность (12,5 против 10,7 сут) по сравнению с коммерческим препаратом.

Полученные результаты показали, что температура культивирования, как и изменение концентрации и объема суспензии в ампуле, оказывают большое влияние на качественные показатели готового препарата чумной вакцины.

Уровни НК- и НК-Т-клеток при хронических вирусных гепатитах В, С

Абидов М.Т., Нагоев Б.С., Понежева Ж.Б.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Целью настоящей работы явилось исследование уровня НК-, НК-Т-клеток в составе развернутого иммунного статуса в динамике у больных ХВГ в зависимости от этиологии, стадии заболевания и методов лечения. Под наблюдением находилось 58 пациентов с ХВГ в возрасте от 19 до 50 лет, из них с ХВГВ 22 и 36 больных ХВГС (20 женщин и 38 мужчин). Контрольную группу составили 10 здоровых людей. ХВГ с нормальным АЛТ у 20 больных, у 23 – активность АЛТ в 2–3 раза превышала норму, а у 15 больных активность АЛТ в 5 и более раз выше нормы, из них у 8 пациентов сопутствующая патология в стадии обострения. Отмечается достоверное и значимое повышение уровня НК-Т-клеток у всех больных ХВГ, вне зависимости от этиологии и стадии заболевания. При этом не обнаружено корреляции с основными клинико-лабораторными синдромами. Показатели НК-Т-клеток выше у больных ХВГ с ПЦР(+) анализом. Не наблюдается достоверных различий между ХВГ В и С. При анализе иммунного статуса отмечается отсутствие связи между показателями клеточного иммунитета (CD3, CD4, CD8, НК, ИРИ) и уровнем НК-Т-клеток, при этом обнаружена слабая корреляция с вирусной нагрузкой при ХВГ. Анализ уровня НК-клеток достоверно снижен у всех больных ХВГ с ПЦР(+) анализом и имеет корреляцию с ИРИ (иммунорегуляторным индексом). У больных ХВГС уровень НК-клеток ниже, чем у больных ХВГВ, но эти данные не достоверны. Отмечено, что при ПЦР(–) анализе у больных ХВГВ, С показатели НК-Т-клеток всегда остаются повышенными, в то время как уровень НК-клеток может быть в пределах нормы или умеренно сниженным. Значимо уровень НК-клеток снижен у больных ХВГ с высокой степенью активности. В ходе терапии наблюдалось снижение уровня вирусной нагрузки, сопровождаемое уменьшением количества НК-Т-клеток. При назначении иммуномодулятора «тамерит» в комплексной терапии ХВГ наблюдается достоверное снижение показателей НК-Т-клеток у всех больных этой группы по сравнению с группой базисной терапии и достоверное повышение уровня НК-клеток у больных ХВГ независимо от этиологии. Таким образом, повышение уровня НК-Т-клеток ($p < 0,05$) отмечается у всех больных ХВГ, не ависимо от этиологии и стадии заболевания, а уровень НК-клеток снижен у всех больных ХВГ ($p < 0,05$) и корректирует с показателем ИРИ. Наблюдается взаимосвязь между вирусной нагрузкой и уровнем НК-Т-клеток, что возможно предложить как прогностический критерий эффективности лечения ХВГВ и С.

Природно-очаговые заболевания, типичные для Рязанской области

Абрамова А.О.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

В последние годы в Центральном Федеральном округе России наблюдается напряженная эпизоотическая и эпидемическая обстановка по природно-очаговым инфекциям, таким, как геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (далее ГЛПС), туляремия и лептоспироз, особенно в Липецкой, Воронежской, Тамбовской и Рязанской областях. (Г.Г.Онищенко, 2007).

На территории Рязанской области сохраняется увеличение активности природных очагов данных заболеваний, которая, вероятно, связана с наступлением благоприятных природно-климатических условий для размножения и жизнедеятельности теплокровных животных, являющихся резервуаром и источником возбудителей природно-очаговых болезней, и для живых факторов передачи. Показатели заболеваемости в расчете на 100 000 населения для туляремии и ГЛПС по Рязанской области за 2007 год выше, чем в целом по Российской Федерации и составили 1,44 и 29,69 соответственно, тогда как по Российской Федерации данные показатели составляют 0,08 и 3,61 соответственно. Для лептоспироза показатель заболеваемости несколько ниже, чем по Российской Федерации и составил 0,34 против 0,49 соответственно. По данным мониторинга, наиболее активны природные очаги данных инфекций в Спасском, Сасовском, Ермишинском, Рязанском и Клепиковском районах региона.

Во всех природных очагах Рязанской области отмечается тесная связь между заболеваемостью человека и численностью мышевидных грызунов. Уровень заболеваемости данными инфекциями обуславливают исключительная стойкость, цикличность и активность природных очагов туляремии, ГЛПС и лептоспироза. Этому также способствует сокращение объемов профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также недостатки в проведении эпизоотологического надзора за природными очагами, что приводит к увеличению численности мелких млекопитающих и числа инфицированных переносчиков возбудителя.

Отмечается низкий уровень лабораторной и клинической диагностики инфекций, неуплотненность зоологических и энтомологических групп, что приводит к несвоевременному проведению обследований природных очагов, оценке и прогнозированию их активности.

Клинико-патогенетическое значение синдрома гемореологических нарушений при вирусных гепатитах у подростков и подходы к коррекции

Абросимова Л.Г., Баликин В.Ф.

Ивановская государственная медицинская академия

Под наблюдением находились больные острым (ОВГ А, В и С) и хроническим вирусными гепатитами (ХВГ) В и С: 145 подростков в возрасте от 14 до 18 лет; группа сравнения – 119 детей в возрасте до 14 лет и 42 взрослых больных молодого возраста (от 18 до 25 лет). В динамике болезни изучены гемореологические (деформируемость, агрегация, поверхностная цитоархитектоника и микровязкость липидов мембран эритроцитов), оксидергические (оксид азота – NO₃) показатели и основные маркеры перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид). Установлено, что в разгар заболевания наблюдались гипоагрегация эритроцитов вплоть до феномена отсутствующей агрегации при тяжелых формах болезни; значительное повышение показателя деформируемости с последующим его снижением при нарастании тяжести процесса и медленным восстановлением до нормальных значений в течение 1–3 мес реконвалесценции; отмечалось снижение количества функционально зрелых дискоцитов и увеличение патологических трансформированных форм эритроцитов и микровязкости липидов их мембран; высокие значения NO₃ с тенденцией к нормализации в периоде реконвалесценции. Нарушения коррелировали с глубиной поражения микроциркуляторного русла печени по данным доплерографии, с развитием синдрома повышенной вязкости крови и замедлением текучести в сосудах микроциркуляции.

Раннее назначение в остром периоде ВГ нитросорбита в среднетерапевтических возрастных дозах способствует достоверно более быстрой нормализации оксидергических и гемореологических нарушений и уменьшает явления холестаза. При сохранении синдрома гиперагрегации целесообразно использование трентала в периоде реконвалесценции при острых, а также при хронических вирусных гепатитах В и С.

Клиническая характеристика пищевой вспышки сальмонеллеза *Enteritidis*

Абросимова Л.М., Мартынов В.А., Романова Н.Н., Караганова О.В., Митин А.Н., Банакова Н.С., Кочетков В.П.

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова;
Городская клиническая больница №4, Рязань*

Многообразие и полиморфизм клинической картины сальмонеллеза, качественные изменения в характере его протекания в условиях современной жизни (низкое качество питьевой воды, неправильное питание, бытовые и производственные интоксикации, бесконтрольный прием лекарственных препаратов и пищевых добавок) ставят

перед врачами догоспитального звена и клиницистами нелегкие задачи ранней диагностики и своевременного рационального лечения.

В июле-августе 2008 года во время пищевой вспышки сальмонеллеза *Enteritidis* (72 пациента) проведено клиническое наблюдение и лабораторное обследование у больных, находившихся на стационарном лечении. Диагноз подтверждался выделением чистой культуры *Salmonella Enteritidis* из испражнений и положительным результатом РНГА с сальмонеллезным диагностикумом в диапазоне титра от 1/200 до 1/1600.

Результаты полученного анализа были сопоставлены с результатами исследования этой проблемы за последние 10 лет (Л.М.Абросимова с соавт., 2007 г.), на основании чего установлено:

1) при пищевой вспышке сальмонеллеза *Enteritidis* более чем у половины больных (85%) выявлен синдром колита (гемоколита), в то время как за предыдущие годы этот синдром регистрировался только у 35–50% пациентов;

2) высокая частота вовлечения в патологический процесс толстого кишечника у наблюдаемых пациентов позволяет определить синдром колита в качестве одного из ведущих синдромов в клинической диагностике;

3) у наблюдаемых пациентов не регистрировались генерализованные формы инфекции;

4) ранняя госпитализация и своевременная медицинская помощь способствовали благоприятному течению болезни при тяжелых и средне-тяжелых формах сальмонеллеза.

Затяжное течение и отдаленные исходы иктерогеморрагического лептоспироза

Авдеева М.Г.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Лептоспироз в Краснодарском крае имеет преимущественно тяжелое и среднетяжелое течение и проявляется в основном желтушной формой заболевания (В.В.Лебедев, 2001, В.Н.Городин, 2005). Период «реконвалесценции» при лептоспирозе отличается длительностью и нередко развитием поздних осложнений, что заставляет более пристально изучать этиопатогенез и клинику позднего периода болезни.

Клинико-лабораторное наблюдение 170 реконвалесцентов лептоспироза, проведенное в Краснодарском краевом лептоспирозном центре на протяжении 1,5 лет после перенесенного заболевания выявило многообразную, длительно сохраняющуюся патологию со стороны печени и билиарной системы, почек, желудочно-кишечного тракта, нервной и сердечно-сосудистой систем, органов зрения. В течение первого года после острого заболевания патологические изменения со стороны внутренних органов сохранялись у $86,0 \pm 2,7\%$ больных и, как правило, носили комбинированный характер. Характерными признаками были проявления нефротического синдрома с ХПН 0–1 ст. (67,6%), изменения, типичные для затяжного течения гепатита

(65,3%) и патологии сердечно-сосудистой системы (31,8%). Реже наблюдались осложнения со стороны нервной системы (13,5%) и органов зрения (7,1%). Типичным проявлением являлся выраженный астенический синдром (54,1%), сопровождающийся вегетососудистым (8,8%) и невротическим (6,5%) компонентами. Через 12–18 мес после острого заболевания процент выявленной патологии снизился до $19,4 \pm 3,0\%$, что отражает общую тенденцию к восстановлению у большинства реконвалесцентов. Следует отметить, что у $9,4 \pm 2,2\%$ больных патологические изменения со стороны различных органов и систем впервые появились в периоде от 3 до 18 мес после острого заболевания и в последующем имели тенденцию к прогрессированию. У $5,3 \pm 1,7\%$ реконвалесцентов подобная тенденция прослежена на протяжении до 3–9 лет. Полученные данные свидетельствуют о затяжном течении процесса в $86 \pm 2,66\%$ случаев и о длительном сохранении патологии не менее чем у $5,3 \pm 1,72\%$ больных.

При диспансеризации больных, перенесших лептоспироз, следует учитывать склонность заболевания к затяжному течению с комбинированным поражением печени, почек, сердечно-сосудистой системы, нервной системы и органов зрения.

Организация лечебно-профилактической помощи больным с вирусными поражениями печени в Краснодарском краевом центре гепатологии

Авдеева М.Г., Городин В.Н., Зотов С.В., Дубинина В.А., Запашная О.В.

Краснодарский краевой центр гепатологии ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница Департамента Здравоохранения Краснодарского края», Краснодар

Для улучшения диагностики, лечения и профилактики вирусных поражений печени в условиях неблагоприятной эпидемической ситуации, сложившейся в Краснодарском крае в конце 90-х годов, приказом Департамента здравоохранения Краснодарского края в 2003 г. на базе ГУЗ «СКИБ» был создан Краснодарский краевой центр гепатологии (ККЦГ). Оказание лечебно-профилактической помощи краевым больным в ККЦГ проводится с учетом потребностей районов, которая оценивается на основании ведения реестра больных с вирусными поражениями печени, в том числе нуждающихся в противовирусном лечении. В реализации диспансеризации краевых больных основную работу осуществляет амбулаторное лечебно-диагностическое отделение, ведущее первичный скрининг больных. Патогенетическое лечение и начало противовирусной терапии проводится в условиях стационара круглосуточного пребывания и дневного стационара. Лечебно-диагностическая помощь больным оказывается согласно разработанным в центре стандартам, рекомендованным к применению в лечебных учреждениях края.

В 2007–2008 гг. специалисты центра приняли участие в осуществлении национального проекта «Здоровье» и гу-

бернаторской программы «Вирусные гепатиты». Большое внимание уделялось детальному обследованию больных для определения показаний и противопоказаний к началу противовирусного лечения и последующей коррекции осложнений терапии. В течение 2007–2008 гг. лечение препаратами интерферона и рибавирина было начато 524 больным хроническими вирусными гепатитами. Как показывает опыт работы ККЦГ, наиболее часто выявляемой сопутствующей патологией у больных с ХВГ является патология органов желудочно-кишечного тракта (75,4%) в виде холецистита, панкреатита, гастродуоденита. Проведение курса противорецидивной и иммунокорректирующей терапии непосредственно перед началом ПВТ существенно улучшает прогноз на прохождение курса противовирусной терапии необходимой продолжительности и уменьшает процент осложнений.

Современное течение инфекционного мононуклеоза у взрослых

Авдеева М.Г., Намитоков Х.А., Триско А.А.

Кубанский государственный медицинский университет; Адыгейский филиал Кубанского государственного медицинского университета, Майкоп, Краснодар

Целью нашей работы явилось изучение клинико-патогенетических особенностей течения инфекционного мононуклеоза (ИМ) у взрослых на современном этапе.

Под наблюдением находились 104 больных ИМ, прошедших лечение в ГУЗ «СКИБ» г. Краснодара и муниципальной инфекционной больнице г. Майкопа в 2005–2007 гг. Диагноз подтверждали методами ИФА и ПЦР к ДНК ВЭБ. Возраст заболевших колебался от 16 до 40 лет, в среднем $22,1 \pm 0,5$ года, 60% составили мужчины. Заболевание имело преимущественно среднетяжелое течение – 90 (86,5%), тяжелое течение отмечено в 4 (3,8%) случаях, легкое – в 10 (9,6%).

Среди опорных признаков ИМ у взрослых сохраняются его типичные клинико-лабораторные характеристики в виде острого начала, интоксикационного синдрома и полилимфоаденопатии шейных и подмышечных групп лимфоузлов, наличие атипичных мононуклеаров в периферической крови. В то же время, ангина регистрируется только у 50% больных. Следует отметить, что одним из характерных признаков ИМ у взрослых служит поражение печени, наблюдающееся в 75% случаев. Типичными изменениями биохимического анализа крови являются умеренное нарушение билирубинового обмена и повышение активности аминотрансфераз от 2 до 10 норм. Причем, минимальный характер изменений биохимических показателей наблюдается в 12%, слабовыраженный – в 28%, умеренно выраженный – в 14% и выраженный – в 34%. В 4,8% случаев заболевание протекало в виде острого гепатита желтушной формы. Обращает внимание сохранение повышенных значений трансаминаз при выписке из стационара у 13% больных. В 7% случаев ИМ осложнился инфекционно-токсическим миокардитом, а также сочетался с реактивацией цитомегаловирусной инфекции.

Врачам амбулаторно-поликлинического звена следует учитывать, что наиболее частыми ошибочными диагнозами ИМ становятся острый тонзиллит неуточненный и длительная лихорадка.

По данным исследования можно судить о необходимости диспансерного наблюдения за больными ИМ с осмотром в течение первого месяца после выписки и контролем показателей функции печени и сердца. Патогенетически обоснованным является включение в схему лечения больных ИМ гепатопротекторов как в остром периоде, так и в периоде реконвалесценции.

Сердечно-сосудистые заболевания у больных хроническими вирусными гепатитами

Агафонов В.М., Бурмагина И.А., Попова Л.Е.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Сердечно-сосудистые заболевания у больных хроническими вирусными гепатитами в среднем и пожилом возрасте встречаются достаточно часто. Сочетание развивающегося фиброза печени на фоне хронического сердечно-сосудистого заболевания с вирусным поражением печени усугубляет течение гепатита.

Нами наблюдались 56 пациентов с диагнозом хронического вирусного гепатита С и сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе. Среди больных мужчин было 84%, женщин – 16%. Средний возраст пациентов составил $55 \pm 2,5$ г. У 20% хронический вирусный гепатит был зарегистрирован в течение 1 года, у 32% – до 5 лет, у 48% – свыше 5 лет. Гипертоническая болезнь выявлена у 75% пациентов, ишемическая болезнь сердца – у 55% пациентов. Диагноз общего атеросклероза отмечался у 60% пациентов.

Все больные регистрировались на слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности. У 16% пациентов отмечались эпизоды желтухи в анамнезе. У большинства больных обострение гепатита сопровождалось лишь нарастанием гиперферментемии. Средний уровень общего билирубина составил $34,5 \pm 4,5$ мкм/л, уровень АСТ – 54,4 ед/л, АЛТ – 127,8 ед/л. При УЗИ печени у 24% пациентов были выявлены признаки, свидетельствующие о жировой дистрофии, у 36% – повышение эхогенности печеночной ткани, у 11% – обеднение сосудистого рисунка.

За время наблюдения лишь у одного пациента возник приступ стенокардии напряжения, потребовавший активного медикаментозного вмешательства. У всех больных, страдающих гипертонической болезнью, за время пребывания в стационаре не отмечалось гипертонических кризов, однако регистрировались перепады артериального давления, что в первые дни пребывания в стационаре требовало подбора адекватной дозы гипотензивных средств. Треть пациентов получала поддерживающую гипотензивную терапию, назначенную кардиологом до поступления в стационар. Монотерапию β-адреноблокаторами получали 24% пациентов, 38% больных – сочетание β-блокаторов и антагонистов кальция и 38% принимали

ингибиторы АПФ. Отсутствие кризов связано с соблюдением лечебно-охранительного режима и диеты.

У 88% пациентов, страдающих атеросклерозом, отмечались нарушения в липидограмме, у 56% уровень холестерина превысил возрастную норму. В процессе лечения пациентами принимались гепатопротекторы. Через 10 нед у 12% пациентов уровень холестерина снизился в 1,4 раза. У 32% больных отмечалось повышение концентрации β -липопротеидов, на фоне проводимого лечения у всех пациентов наблюдалось снижение их уровня, у 16% – до нормы.

Таким образом, по нашим наблюдениям, обострение хронических вирусных гепатитов не сопровождалось ухудшением течения сердечно-сосудистых заболеваний. Патогенетическое лечение хронических вирусных гепатитов положительно влияет на уровень липидного обмена, тем самым препятствует активизации атеросклеротических процессов, лежащих в основе хронических заболеваний сердца и сосудов. Пребывание больных в стационаре способствует подбору адекватных для каждого пациента доз и видов лекарственных препаратов, что бывает сложным в амбулаторных условиях. Патогенетическое лечение гепатотропными препаратами способствует улучшению качества жизни пациента, имеющего сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, снижает вероятность развития гипертонических кризов.

Оценка соотношения белков плазмы крови у больных ВИЧ-инфекцией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами

Аитов К.А., Шарифулина Н.Л.,
Плотникова Ю.К., Макарова С.В.

Иркутский государственный медицинский университет;
Иркутская областная инфекционная клиническая
больница

Проблема сопутствующих хронических вирусных гепатитов у ВИЧ-инфицированных носит выраженный характер в связи с прямой возможностью сочетанного воздействия обоих заболеваний на укорочение длительности течения, как ВИЧ-инфекции, так и хронических вирусных гепатитов, ведущего в целом к ухудшению качества жизни и более скорому летальному исходу.

Цель исследования: изучить соотношение белков плазмы крови у больных ВИЧ-инфекцией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами как прогностический признак течения ХВГ.

Материалы и методы. Проведен анализ содержания общего белка плазмы крови и сравнительный анализ изменения соотношения белков плазмы (альбуминов и глобулинов) у больных ВИЧ-инфекцией с сопутствующими вирусными гепатитами В и С. При определении уровня общего белка плазмы применялся биуретовый метод, альбуминов – бром-крезоловый метод. Исследование проводилось среди ВИЧ-инфицированных в стадиях 3, 4Б, 4В, 4В (фаза прогрессирования). Обследовано 42 больных. Из исследования были исключены больные с вирусными ге-

патитами В, В+С, С, имеющие IgM хотя бы к одному из выявленных вирусных гепатитов для исключения острого процесса, при котором гиперглобулинемия может носить временный характер. Достоверность различий определялась при помощи критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При исследовании содержания общего белка в сыворотке крови выявлено значимое его снижение у 14 (33,3%) больных с сочетанной ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами, которое составило $57,44 \pm 1,44$ г/л. Значительное число обследованных со сниженным уровнем белка плазмы крови (11 человек) находилось в стадиях заболевания 4 В (3 больных) и 4 В-фаза прогрессирования (8 больных). У 28 больных (67,7%) уровень белка составил $76,53 \pm 1,16$ г/л, что не является отклонением от нормы. Тем не менее, у 23 больных (54,8%), даже вне зависимости от исходного уровня общего белка (как в пределах нормы, так и при сниженных показателях), наблюдалась выраженная гипоальбуминемия, при которой количество глобулинов достоверно превышало уровень альбуминов ($p < 0,05$). Так, средний уровень фракции альбуминов составил $28,03 \pm 1,66$ г/л при норме содержания в сыворотке крови $38 - 44$ г/л. В целом, соотношение альбуминов и глобулинов у этих больных составило $28,03 \pm 1,66$ г/л: $38,83 \pm 1,51$ г/л, или в индексе соотношения А/Г $0,72 \pm 0,04$ (при нормальном показателе 1,0), что является плохим прогностическим признаком течения хронического вирусного гепатита.

Таким образом, у 54,8% больных с сочетанной ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами изменение соотношения фракций белков плазмы крови (альбуминов и глобулинов) в сторону снижения альбуминов (гипоальбуминемия) является плохим прогностическим признаком течения ХВГ и является показателем нарушенной белковосинтетической функции печени. Превышение же содержания глобулинов над альбуминами (А/Г $0,72 \pm 0,04$) вне зависимости от исходного уровня общего белка, согласно данным многих авторов, дает основание прогнозировать более высокий риск перехода ХВГ в цирроз.

Септический шок у детей

Айзенберг В.Л.

Российский государственный медицинский университет,
Москва

Септический шок следует рассматривать как фазу течения сепсиса. Наиболее частыми источниками септической инфекции у детей являются почки, легкие, кишечник и оболочки мозга. Чаще наблюдается грамотрицательная патогенная флора.

Нами обследовано 77 детей в возрасте от 3 мес до 4 лет. Септический шок у них был диагностирован на основании признаков ССВО, лабораторных данных: исследовались показатели гомеостаза, циклические нуклеотиды, С-реактивный белок и прокальцитонинный тест; определялся градиент температуры. С помощью метода разведения красителя исследовались показатели центральной гемо-

динамики и кислородотранспортной функции крови. Выделены две стадии шока.

В компенсированной нормо- или гипердинамической стадии шока положительную роль играет своевременное применение допамина в дозе 5–7 мкг/кг/мин/, ингибиторов монооксида азота и ликвидация гиповолемии изотоническим глюкозо-солевым раствором. В стадии декомпенсации шок носит дистрибутивный характер, поэтому можно рассчитывать на успех, применяя добутрекс в сочетании с адреналином, инфузионные среды на основе гидроксипропил-крахмала и 3–7% растворы хлористого натрия (из расчета 11–14 ммоль/кг натрия в сутки). Одновременно должна проводиться профилактика органических поражений и антибактериальная терапия в соответствии с предполагаемым возбудителем.

Исход заболевания во многом зависит от вида инфекции, адекватности антибактериальной терапии, своевременного распознавания шока и интенсивной терапии, направленной на нормализацию сердечного индекса и адекватной доставки кислорода тканям, что должно подтверждаться соответствующим содержанием кислорода в венозной и артериализированной крови пациента.

Сравнительная характеристика спорадической заболеваемости острым вирусным гепатитом А и лептоспироза у детей в Краснодарском крае

Александрова О.К., Тетенкова А.А., Осипова И.Г., Щербак Т.В.

Кубанский государственный медицинский университет; Специализированная клиническая детская инфекционная больница, Краснодар

В летний период в Краснодарском крае нередко возникают сложности при постановке первичных направительных диагнозов в период спорадической заболеваемости лептоспирозом и острым вирусным гепатитом А (ОВГА) у детей. За последние годы в крае наметилась явная тенденция к снижению заболеваемости лептоспирозом у детей и ОВГА. Показатели заболеваемости по этим инфекциям за 2005–2008 годы были следующие: 2005 г. – показатель заболеваемости лептоспирозом по контингенту «дети до 14» составил 0,75; в 2007 году показатель на 100 тыс. населения по контингенту «дети до 17 лет» 0,91, а 2008 г. (заболел 1 ребенок) показатель на 100 тыс. населения по контингенту «дети до 17 лет» 0,1. Аналогичная тенденция к снижению заболеваемости ОВГА у детей явно связана с массовой вакцинацией детей дошкольного возраста. Так, в 2007 году зарегистрировано заболевание у 51 ребенка, показатель 5,18 на 100 тыс. населения; 2008 год – заболело 44 ребенка, показатель 4,45 на 100 тыс. населения. Общими сходными симптомами этих инфекций у детей было преобладание случаев безжелтушных форм заболеваний, преимущественная заболеваемость мальчиков, в анамнезе которых были данные о купании в водоемах. Как при лептоспирозе, так и при ОВГА первоначальными признаками инфекции были симптомы, сходные с остры-

ми респираторными инфекциями, в 100% случаев была лихорадка при лептоспирозе, в 92% – при ОВГА. В случаях желтушных форм данных инфекций более быстрое улучшение состояния наблюдалось при назначении базисной терапии (режим, диета) при ОВГА, по сравнению с лептоспирозом, при котором без назначения антибиотиков заболевание прогрессировало. Исход заболеваний при обеих инфекциях – в 100% случаев выздоровление. Диагноз устанавливали на основании клинического осмотра, эпидемиологического анамнеза, а также дополнительных методов обследования, включающих биохимический анализ крови, иммуноферментный анализ на наличие анти-HAV IgM, IgG, маркеров других гепатитов, метода полимеразно-цепной реакции. Таким образом, анализ спорадической заболеваемости ОВГА и лептоспироза у детей обуславливает обоснованность проведения обследования на гепатит при лептоспирозе, а при постановке диагноза ОВГА проводить обследование детей на лептоспироз с помощью реакции микроагглютинации и ПЦР.

Оценка распространенности герпесвирусных инфекций у детей с острыми лейкозами

Алексеев А.Б.¹, Шамардина А.В.¹, Послова Л.Ю.¹, Краснов В.В.², Сенягина Н.Е.²

¹Нижегородская областная детская клиническая больница;

²Нижегородская государственная медицинская академия

Цель исследования: оценить распространенность герпесвирусных инфекций (ГВИ) у детей с острыми лейкозами (ОЛ) на современном этапе.

Материалы и методы: в 2006–2008 гг. на лечении в ГУ НОДКБ г. Н.Новгорода находилось 40 детей в возрасте от 2 до 16 лет с впервые выявленным ОЛ. Проводилось определение серологических маркеров цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции, инфекции вирусом простого герпеса (ВПГ) 1,2 типа и обусловленной вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ) инфекции. В ходе исследования использовались тест-системы производства «НПО «Диагностические системы», г. Н.Новгород. Оценка результатов проводилась согласно рекомендациям производителя. Обследование детей проводилось при поступлении в стационар до начала гемотрансфузий и введений иммуноглобулинов.

Результаты и их обсуждение: При поступлении в стационар у 100% детей выявлялись различные маркеры ГВИ. У 34 (85%) больных выявлены а/ЦМВ IgG, причем у 2 (5,9%) антитела были низкоавидными. У 3 (8,8%) больных выявлены а/ЦМВ IgM, у всех детей данной группы выявлялись высокоавидные а/ЦМВ IgG. При первичном обследовании а/ВПГ 1,2 выявлены у 24 (60%) больных. При этом у 3 (8,8%) антитела были низкоавидными. Антитела к ВЭБ были выявлены у 39 (97,5%) детей. При этом у 38 из них (97,4%) имели место а/VCA IgG, из них у 35 (92%) антитела были высокоавидными. А/VCA IgM выявлены лишь у 1 (2,5%) больного, имеющего высокоавидные а/VCA IgG. Антитела к раннему антигену ВЭБ (а/EA) не выявлены ни у одного больного. Наличие ассоциированной ГВИ имело место у

36 (90%) детей: ЦМВ + ВЭБ – у 11 (27,5%); ВЭБ + ВПГ 1,2 – у 3 (7,5%), ЦМВ + ВЭБ + ВПГ 1,2 инфекций – у 22 (55%). Моноинфекция выявлена у 3 (7,9%) детей, у всех больных данной группы имела место моно-ВЭБ инфекция.

Выводы: 1) Серологические маркеры ГВИ выявляются у 100% детей с острыми лейкозами, чаще диагностируются ассоциированные – ЦМВ + ВЭБ и ЦМВ + ВЭБ + ВПГ 1,2 инфекции. 2) Требуется дальнейшего изучения роль ГВИ в возникновении ОЛ у детей и их влияние на течение ОЛ, развитие различных органных поражений.

Роль современных методов диагностики в выявлении нарушений функции сердечно-сосудистой системы при хроническом гепатите С

Алексеева Н.Н., Амбалов Ю.М., Терентьев В.П., Дроботя Н.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Целью работы являлось выявление изменений структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных хроническим гепатитом С (ХГС). В исследование было включено 178 больных ХГС, наблюдавшихся в Ростовском гепатологическом центре с 2005 по 2009 годы.

Средний возраст обследованных составил 35,7 лет.

Больным выполняли: ЭКГ покоя (в 12 отведениях), эхокардиографию (ЭхоКГ, на аппарате Vivid – 3), суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ – на приборе «Кардио Р» с трехканальным регистратором). 41 пациенту выполнена пункционная биопсия печени с определением индекса гистологической активности процесса и индекса фиброза. Контрольную группу составили 100 человек того же возраста, не страдавших ХГС. Наиболее частыми жалобами пациентов были: боли в области сердца (в 56,2%), различные нарушения ритма сердца (в 30,9%), одышка при физической нагрузке (в 19,1%), снижение толерантности к физической нагрузке (в 8,4%).

На стандартных ЭКГ достоверно чаще, чем в группе контроля ($p < 0,001$), регистрировались нарушения процессов реполяризации миокарда желудочков.

При СМ ЭКГ средняя ЧСС за день и за ночь, максимальная ЧСС за сутки и доминирующая ЧСС ночью оказались достоверно выше, а циркадный индекс – ниже, чем в контрольной группе, чаще регистрировались нарушения ритма и проводимости. Также у больных ХГС отмечалось снижение показателей вариабельности сердечного ритма. При ЭхоКГ часто выявлялись диастолическая дисфункция левого желудочка и диастолическая асинхрония межжелудочковой перегородки, в 13% – снижение сократительной способности миокарда левого желудочка. Степень выраженности изменений со стороны ССС не коррелировала с активностью процесса в печени и уровнем трансаминаз в крови больных ХГС. Полученные данные свидетельствуют об отрицательном влиянии вируса гепатита С на миокард (что выражается в изменении мор-

фофункциональных показателей ССС) и позволяют сформулировать дополнительные рекомендации по ведению больных ХГС.

Особенности течения хронического вирусного гепатита D в Республике Саха (Якутия)

Алексеева М.Н., Слепцова С.С.

Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К.Аммосова, Якутск

Распространенность HDV-инфекции в Республике Саха (Якутия) составляет 17,2%. При этом прослеживается явное увеличение распространенности дельта-инфекции на территориях с высоким уровнем «носительства» HbsAg у населения. При обследовании 1332 пациентов с гепатитом В у 221 (16,6%) был выявлен хронический вирусный гепатит D.

Нами были изучены истории болезни 50 пациентов, находившихся на лечении в инфекционной больнице МУ ЯГКБ в 2008 году. HDV-инфекция чаще встречается у мужчин (66%), средний возраст пациентов с ХГД составил 20–29 лет, при этом чаще страдают лица коренной национальности (94%). Среди факторов риска инфицирования доминировал парентеральный путь инфицирования (82%), контакт в семье у 26%, на перенесенный ОВГ указали 74% обследованных.

ХГД у 30% протекал с умеренной активностью (30%), с высокой активностью у 12% больных и с минимальной – у 6%. Хроническая HDV-инфекция характеризуется высокой циррозогенностью (в течение 5–7 лет) по сравнению с ХГВ и ХГС. Летальность от хронических форм ВГД в общей структуре смертей составила 24%.

Проблема изучения HDV-инфекции является актуальной и требует дальнейшего развития с целью уточнения патогенетических механизмов прогрессирования заболевания и разработки новых подходов этиопатогенетической терапии.

Роль различных видов лечебного питания в повышении эффективности комплексной противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С

Амбалов Ю.М., Васильева И.И., Ткачев А.В., Левина Л.Д., Коваленко А.П., Пройдаков М.А., Брусняк В.С., Халявкина И.О., Кузнецова Г.В., Алексеева Н.Н., Дубина Н.В., Хоменко И.Ю., Мамедова Н.И., Довлекаева И.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель исследования – разработать и научно обосновать способ лечебного питания больных хроническим гепатитом С (ХГС), получающих комплексную противовирусную терапию (КПТ).

Под наблюдением находилось 140 больных с ПЦР – положительным ХГС, нуждавшихся в проведении КПТ. Все наблюдавшиеся рандомизированы в три группы. Пациенты 1-й ($n = 44$) не придерживались какой-либо специальной диеты, 2-й ($n = 50$) – получали стол №5 и №3 ($n = 46$) – предложенное нами лечебное питание, предусматривающее потребление преимущественно «защелачивающих» продуктов с полным исключением из рациона столового уксуса и содержащих его блюд, а также ежедневный прием 0,25% водного раствора цитрата натрия в количестве 1000 мл. Указанное лечебное питание пациенты получали на протяжении всего курса КПТ, в течение месяца до ее начала и шести месяцев – после завершения. Диета назначалась с таким расчетом, что каждые 14 дней делалось ее недельное послабление. Аналогичных сроков лечебного питания придерживались и лица 2-й группы. Из 140 больных ХГС весь курс КПТ прошли 124. Остальные 16 человек (11,4%), у которых лечение по тем или иным причинам было прервано, из дальнейшего анализа были исключены.

До начала КПТ РНК HCV регистрировалась в крови у всех 124 пациентов, спустя 3 мес у $33,3 \pm 7,5\%$ лиц 1-й группы, $36,4 \pm 7,2\%$ – 2-й и $14,6 \pm 5,5\%$ – 3-й. Причем в последнем случае полученный результат оказался достоверно более низким, чем у пациентов 1-й и 2-й групп (в обоих случаях $p < 0,05$).

Выявленная закономерность продолжала сохраняться и спустя полгода после завершения КПТ. Так, если устойчивый вирусологический ответ регистрировался у пациентов 1-й и 2-й групп соответственно в $51,3 \pm 8,0\%$ и $52,3 \pm 7,5\%$ случаев, то у получавших разработанную нами диету – в $78,0 \pm 6,5\%$ ($p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} < 0,05$; $p_{2-3} < 0,05$).

Таким образом, предложенное нами лечебное питание с «защелачивающим» эффектом способствует повышению эффективности КПТ. «Печеночная» же диета (стол №5 по М.И.Певзнеру) существенного влияния на ранний и устойчивый вирусологический ответ у больных ХГС, получающих КПТ, не оказывает.

Влияние перорального приема 6% водного раствора уксусной кислоты на развитие рецидивов заболевания у страдающих простым герпесом

Амбалов Ю.М., Рязанова О.А., Темников В.Е., Васильева И.И., Лисаева Л.Э., Брусняк В.С., Халявкина И.О.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

В свое время одним из авторов этого доклада было замечено, что у ряда лиц, страдающих рецидивирующей формой простого герпеса (ПГ) лица и половых органов, вскоре после употребления в пищу столового уксуса (СУ), являющегося, как известно, 6% водным раствором уксусной кислоты, и блюд, его содержащих, развиваются рецидивы заболевания (Ю.М.Амбалов, 2003). Для научного подтверждения этого феномена и было предпринято на-

стоящее исследование. В клиническом испытании приняло участие 106 добровольцев с рецидивирующей формой ПГ, находившихся в межрецидивном периоде заболевания. Диагноз верифицировали по клиническим данным и результатам серологического исследования крови. Возраст наблюдавшихся лиц колебался от 18 до 65 лет. Число мужчин и женщин оказалось одинаковым. У 62 человек поражалась кожа лица, у 34 – половых органов. У остальных – имело место сочетание обеих форм ПГ. Давность заболевания колебалась от 5 до 50 лет. Меньше 6 рецидивов в год регистрировалось у 28,3% пациентов, от 6 до 12 – у 65,1%, и больше – у 6,6%. Появление герпетических высыпаний наблюдавшиеся лица чаще всего связывали с заболеванием респираторно-вирусными инфекциями, переохлаждением, эмоциональными переживаниями, *mensis* и др. Треть пациентов (35 человек) не могла точно указать на какой-либо конкретный провоцирующий фактор. Все добровольцы по случайному признаку были рандомизированы в две группы. В 1-ю, которая рассматривалась нами как контрольная, вошло 54 человека, во 2-ю – 52. Пациенты последней практически одновременно (с 16 до 20 ч) получили с пищей СУ в количестве 5 мл (1 чайная ложка). Как показали дальнейшие наблюдения, в ближайшие 2–8 ч у 21 из 52 добровольцев ($40,4 \pm 6,8\%$) развился рецидив ПГ. В контрольной группе подобного отмечено не было ($p < 0,001$).

Таким образом, проведенные исследования позволили подтвердить на основе принципов доказательной медицины провоцирующее влияние перорально введенного 6% водного раствора уксусной кислоты на развитие рецидивов заболевания у лиц, страдающих ПГ.

Клинико-лабораторная характеристика шигеллезов

Амирова Д.М., Тагирова З.Г., Ахмедов Д.Р.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

В настоящее время в России отмечается рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями, при этом наибольший удельный вес приходится на шигеллезы. Одной из неблагополучной территорий России по заболеваемости шигеллезами является Республика Дагестан, где ежегодно регистрируется до 3 тыс. случаев заболеваний и преобладающей этиологической формой является дизентерия Флекснера. При этом 89% составляет дизентерия, вызванная *Sh. Flexneri* и 11% *Sh. Sonnei*. Целью настоящей работы явилась изучение клинических проявлений и лабораторная характеристика шигеллезов. Под нашим наблюдением находились 204 больных шигеллезами, госпитализированных в Республиканский Центр инфекционных болезней в 2005–2008 гг. Возрастная структура больных была представлена следующим образом: 18–20 лет – 20, 21–30 лет – 54, 31–40 лет – 22, 41–50 лет – 7, 51–60 лет – 60, свыше 60 лет – 41. Нами установлена у больных острой дизентерией Флекснера легкая форма болезни у 50,4% больных, среднетяжелая 38,9% и тяже-

лая у 10,7% больных. При этом у 61,5% больных колитический вариант течения острой дизентерии Флекснера и гастроэнтероколитический у 38,5% больных. Острая дизентерия Зонне протекала в легкой форме у 47,8% больных, в средне-тяжелой у 43,6% и в тяжелой у 8,6% больных. У 69,6% больных острой дизентерией Зонне регистрировался гастроэнтероколитический вариант заболевания. Изучение антибиотикограмм у наблюдаемых больных шигеллезом выявило резистентность преимущественно к следующим антибиотикам: эритромицину (92,7%), тетрациклину (82,3%), левомицетину (80,7%), доксициклину (78,7%), рифампицину (70,4%). Таким образом, на территории республики Дагестан доминирующей этиологической формой шигеллезов является дизентерия, вызванная *Sh. Flexneri*. При этом преобладающим вариантом течения острой дизентерии Флекснера является колитический вариант, который у 89,3% больных протекал в легкой и среднетяжелой формах. У больных острой дизентерией Зонне преимущественно отмечался гастроэнтероколитический вариант, у 91,4% больных установлено среднетяжелое и легкое течение заболевания. Полученные результаты исследований этиологической структуры, клинических проявлений и лабораторных данных у больных шигеллезом свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к терапии и профилактики шигеллезов в республике.

Особенности клинических проявлений токсокароза

Андропова Н.В., Кузьмина Т.Ю., Сей-Тун И.В., Сергеева И.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого; Дорожная клиническая больница, Красноярск

Цель работы: выявить клиническо-эпидемиологические особенности и оценить эффективность терапии немозолом при токсокарозе.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 20 пациентов пульмонологического отделения, находившихся на лечение с диагнозами острый бронхит или обострение хронического бронхита. Длительность заболевания до поступления в стационар составляла $1,5 \pm 0,3$ мес.

Результаты. При обследовании у всех больных был сухой кашель, одышка с ЧД до 24 в минуту, выслушивалось жесткое дыхание, повышение температуры до $38,0-38,5^\circ\text{C}$. У 12 больных – насморк, заложенность носа в течение 1,5 мес, в 3 случаях кожные токсикоаллергические проявления по типу крапивницы. Рентгенологических данных за пневмонию не выявлено, в анализе крови определяли невысокую эозинофилию до $5,0 \pm 1,5\%$. Учитывая эпидемиологический анамнез: проживание пациентов в сельской местности, содержание домашних животных (собак) на свободном выгуле или контакт с бродячими собаками (подкармливание) был заподозрен токсокароз на $13,0 \pm 4,0$ день пребывания в стационаре. Диагноз подтвердили обнаружением IgG к токсокаре в титрах $1 : 1600-$

$1 : 3200$, IgM – отрицательные. Всем больным к общепринятой терапии бронхита (антибиотики, симптоматические и патогенетические средства) добавлен немозол по 400 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. На фоне лечения немозолом основные симптомы заболевания регрессировали на 5-й день терапии: исчезли одышка, кашель, насморк, кожные проявления, нормализовалась температура. По окончании лечения все выписаны с клиническим выздоровлением. Обследование в динамике через 6 мес выявило снижение титра специфических антител (IgG к токсокаре) в 2–4 раза.

Заключение. Наши наблюдения показали, что данный гельминтоз представляет трудности ранней диагностики в связи с отсутствием типичных клинических проявлений, но токсикоаллергическая симптоматика в сочетании с эозинофилией, даже незначительной, в эпидемиологическом анамнезе наличие контакта с собаками, поможет заподозрить токсокароз у пациентов. Терапия немозолом приводит к быстрому регрессированию симптомов заболевания и клиническому выздоровлению, однако титр специфических антител может сохраняться длительное время на высоком уровне.

Гигиеническая обработка рук кожными антисептиками – один из факторов неспецифической профилактики инфекционных болезней

Анисимова Л.И.

НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора, Москва

В неспецифической профилактике инфекционных болезней немаловажное значение имеет гигиеническая обработка рук кожными антисептиками.

Возникновению инфекционных заболеваний может способствовать несоблюдение медицинским персоналом инфекционных больниц правил гигиенической обработки рук. Для того чтобы прервать передачу инфекции через руки, необходимо проводить гигиеническую обработку рук кожными антисептиками, обладающими высокой эффективностью обеззараживающего действия, широким спектром антимикробной активности и не вызывающими повреждения кожи при многократном и длительном применении.

Гигиеническая обработка рук может осуществляться путем гигиенического мытья рук водой и мылом с антимикробными добавками, а также гигиенической обработки рук кожными антисептиками.

Гигиеническое мытье рук водой и мылом с антимикробными добавками позволяет снизить уровень общей микрофлоры кожи рук на 70–80%.

Высокий уровень снижения общей микрофлоры кожи рук обеспечивают готовые к применению кожные антисептики – спиртовые или водные растворы действующих веществ. В результате гигиенической обработки рук подобными средствами достигается эффективность обеззараживающего действия в отношении общей микрофлоры кожи рук не менее чем на 95%.

Для гигиенической обработки рук разрешены к применению в установленном порядке кожные антисептики в форме готовых к применению водно-спиртовых и водных растворов действующих веществ; дезинфицирующие салфетки однократного применения, пропиточным составом которых являются спирты, водно-спиртовые и водные растворы действующих веществ, а также кожные антисептики в форме геля на спиртовой основе.

Эхокардиографические характеристики при хроническом гепатите С

Антонова Т.В., Лымарь Ю.В., Гудкова А.А.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Обследовали 30 больных (20 мужчин и 10 женщин) ХГС с минимальной активностью заболевания в возрасте от 19 до 48 лет. Во всех случаях отсутствовали маркеры аутоиммунных заболеваний. Из исследования исключены лица с отягощенным анамнезом и наследственностью. Продолжительность инфицирования составила от 2 до 8 лет. Уровень АлАТ в крови был нормальным или умеренно повышенным (в 2–5 раз по сравнению с нормой).

Инструментальное исследование включало ЭхоКГ (М-модальный, двумерный и доплеровский режимы). Оценку степени отклонения соответствующих параметров от нормы проводили по рекомендациям Европейской ассоциации по ЭхоКГ и Европейского общества кардиологов.

У 13 из 30 обследованных (11 мужчин) выявили отклонения от нормы от одного до 4 показателей ЭхоКГ, без связи с биохимической активностью гепатита. В 6 случаях ХГС обнаружили небольшую дилатацию правого предсердия (индекс от 29 до 34 мл/м²). У 11 больных выявили признаки дилатации левого предсердия, причем в 8 случаях она была небольшая (индекс от 29 до 32 мл/м²) и в 3 случаях – умеренно выраженная (от 34 до 39 мл/м²). У 10 пациентов выявили гипертрофию левого желудочка (индекс массы миокарда левого желудочка составил от 115 до 153 г/м²). Сочетание двух и более признаков структурных изменений миокарда зарегистрировано у 10 больных ХГС, при этом активность АлАТ была как нормальной (4 случая), так и повышенной. Обращает на себя внимание, что у большинства пациентов (у 7 из 10 больных) продолжительность заболевания оказалась более 4 лет.

У 7 из 30 обследованных больных ХГС показатель систолического давления в легочной артерии составил 30–31 мм рт. ст., что превышало верхнюю границу нормы и свидетельствовало о I степени легочной гипертензии.

Таким образом, у больных ХГС с относительно небольшой продолжительностью и минимальными клинико-биохимическими проявлениями заболевания имеются отклонения от нормы показателей ЭхоКГ, что требует дальнейшего изучения для определения связи полученных данных с текущей HCV-инфекцией.

Иммунологические изменения у детей с серозными менингитами энтеровирусной этиологии

Антонова С.С., Ситников И.Г.

Ярославская государственная медицинская академия

Первое место в структуре асептических менингитов занимает менингит энтеровирусной этиологии. Актуальным является изучение его патогенетических аспектов, уровня цитокинов, ответственных за развитие адекватного ответа на воспалительную реакцию.

Цель исследования: оценить характер иммунологических нарушений, цитокиновой активности в остром периоде серозного менингита.

Нами обследовано 70 детей в возрасте от 6 мес до 18 лет, получавших лечение в Инфекционной клинической больнице №1 г. Ярославля с июля по декабрь 2008 г. в период сезонного подъема заболеваемости энтеровирусной инфекцией. С целью диагностики менингита всем больным проводилась люмбальная пункция с исследованием ПЦР ликвора. В ходе работы были использованы следующие иммунологические методы: определение прокальцитонина (ПКТ), уровня кортизола, содержания интерлейкинов 1, 4, 8 (IL-1, IL-4, IL-8), интерферона-гамма (γ -IFN) сыворотки крови. Измерение концентрации ПКТ определяли полуколичественным методом, уровень кортизола исследовали иммунофлюоресцентным методом, цитокины сыворотки крови – методом ELISA на спектрофотометре.

Анализ полученных данных показал, что содержание ПКТ у больных детей (0,5 нг/мл) не отличается от нормы. У всех больных отмечалось также нормальное содержание кортизола, снижение уровня IL-4, существенное уменьшение γ -IFN ($p < 0,001$). Статистически достоверным было повышение IL-1 и IL-8 ($p < 0,001$). Это свидетельствует о дисбалансе цитокинового профиля за счет усиления продукции и выброса провоспалительных и уменьшения протективной роли противовоспалительных интерлейкинов на фоне угнетения выработки γ -IFN. Эти параметры могут быть маркерами прогноза более продолжительного течения менингита и развития остаточных неврологических нарушений в периоде реконвалесценции.

Таким образом, патологический процесс при энтеровирусном менингите изменяет иммунологические показатели. Требуется коррекция иммунного статуса, поэтому необходимо включать в протокол лечения препараты интерферона и индукторы их синтеза.

Особенности клинических проявлений энтеровирусных менингитов у детей

Антонова С.С., Ситников И.Г., Ешмолов С.Н., Соломонова В.С., Соколова К.А. Старостина И.В.

Ярославская государственная медицинская академия

Серозные менингиты составляют более 70% всех инфекционных заболеваний ЦНС у детей. Несмотря на то, что энтеровирусная инфекция хорошо исследована, изу-

чение каждого сезонного подъема заболеваемости является актуальным.

Цель исследования: установить особенности клинического течения энтеровирусного менингита в современных условиях.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 246 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, госпитализированных в Инфекционную клиническую больницу г. Ярославля в период сезонного подъема заболеваемости с июля по декабрь 2008 г. Анализ полученных результатов позволяет выделить клинические особенности серозного менингита у наблюдавшихся детей.

Серозный менингит характеризовался средней степенью тяжести в 100% случаев. Наиболее подверженными заболеванию оказались дети в возрасте 7–14 лет (52,8%), восприимчивы к энтеровирусной инфекции и дети в возрасте 3–7 лет (30,8%). 90% больных поступали из очага энтеровирусной инфекции. Мальчики заболевали достоверно чаще, чем девочки: 155 (63%) и 91 (37%) ребенок соответственно. Ведущим в начальном периоде клинических проявлений являлся остро возникающий гипертензионно-гидроцефальный синдром. Субфебрильная температура регистрировалась у 89 (36,2%) пациентов. Лихорадка от 38°C до 39°C отмечалась в 50% случаев (123 ребенка). Повышение температуры свыше 39°C наблюдалось у 29 (11,8%) больных. Рвота, как общемозговой симптом, обусловленный ликворной гипертензией, наблюдалась у 236 пациентов. С частотой до 5 раз в сутки она наблюдалась у 199 (80,9%) детей, до 10 раз – у 36 (14,6%) больных длительностью до трех дней. Катаральный синдром разной степени выраженности был выявлен у всех больных в виде кашля у 67 (27,2%) детей, ринита у 19 (7,7%), гиперемии и зернистости задней стенки глотки в 100% случаев, инъектирования сосудов склер у 25 (10,2%) пациентов. У 23 (9,4%) детей выявлена гиперестезия в виде светобоязни и боли при движении глазных яблок. Одной из особенностей вспышки являются изменения со стороны поджелудочной железы, которые считаются нехарактерными для энтеровирусной инфекции, в виде реактивного панкреатита, установленно у 60 (24,4%) детей и подтвержденные повышенным содержанием α -амилазы мочи и УЗИ органа. Активность альфа-амилазы измерялась у всех детей этой группы от 1100 до 4710 ЕД/л с нормализацией к 12–14 дням болезни. У всех детей с реактивным панкреатитом энтеровирусная инфекция подтверждена методом ПЦР в исследованиях ликвора, у 12 выявлены вирусы ЕСНО тип 30 и Коксаки В тип 3. Менингеальные тонические знаки определялись у 90,3% больных, из них только у 10 детей (4,1%) отмечался полный и отчетливо выраженный симптомокомплекс. В остальных 86,2% преобладал диссоциированный (один или два симптома в различной комбинации) синдром. Длительность менингеального синдрома колебалась от 3 до 5 дней.

Клеточный состав ликвора был умеренным: у 44,5% детей цитоз составлял до 50 клеток в 1 мкл, у 25% больных – 50–100 клеток, у 24,8% пациентов – от 100 до 300 клеток. Лимфоцитарный характер наблюдался в 94,3% случаев, нейтрофильный плеоцитоз – у 17 человек (5,7%). Сана-

цию ликвора наблюдали у большинства детей (243 ребенка) на 14–16-й день заболевания.

Сочетание менингита с другими клиническими формами представлено в незначительной степени (18,5%): энтеровирусная экзантема наблюдалась у 7 (2,9%) человек; классическая герпетическая ангина была выявлена только у 1 ребенка. Эпидемическая миалгия характеризовалась острыми приступообразными болями в спине и нижних конечностях у 5 (2%) детей, боли в верхней половине живота отмечались у 28 (11,2%) пациентов. Сочетание менингита с кишечной формой в виде энтерита имело место лишь у 5 (2%) детей. Энтеровирусный менингит протекал доброкачественно, имел гладкое течение и благоприятный исход.

Социально-демографические факторы, влияющие на заболеваемость парентеральными гепатитами в Орловской области

Афонина Е.С., Меркулова Н.В., Золотарев Ю.В., Золотарева Л.В., Шолом Т.Н.

Орловский государственный университет медицинский институт

Актуальность проблемы гемоконтактных вирусных гепатитов (ВГ) связана с прогрессирующим ростом заболеваемости, повсеместным распространением бессимптомных форм инфекции, высокой заболеваемости среди молодых трудоспособных людей и частыми неблагоприятными исходами гепатитов.

Целью исследования явилось изучение эпидемиологических особенностей ВГ в Орловской области с численностью населения 816 970 человек. За период с 2004–2008 гг. была проанализирована динамика заболеваемости всеми формами ВГ в различных возрастных и социальных группах. Анализ возрастных групп заболевших ВГ показал преобладание лиц в возрасте 15–29 лет, что обусловлено широкой распространенностью среди них наркомании и проституции. Так, в 2004 г. было 296 (42,2%) больных, в 2005 г. – 251 (34,3%), в 2006 г. – 218 (31,8%), в 2007 г. – 175 (26,3%) и в 2008 г. – 165 (23%). Однако в последние годы показатель заболеваемости среди лиц этого возраста уменьшился в 1,8 раз с 36,5 на 100 тыс. нас. в 2004 г. до 20,2 в 2008 г. На фоне снижения заболеваемости в возрастной группе 15–29 лет нарастает заболеваемость в группе 30–39 лет. Доля больных этого возраста в 2004 г. была 18,1%, в 2008 г. – 22,7%. Также возросла доля больных в группе 50–59 лет с 12% в 2004 г. до 20,9% в 2008 г. В последнее время наметился сдвиг максимальных показателей заболеваемости ВГ в более старшие возрастные группы, что связано с изменением в структуре путей передачи гемоконтактных ВГ и увеличением доли хронических форм ВГ.

При изучении распределения заболеваемости среди мужского и женского населения отмечается преобладание заболеваемости у мужчин. В 2004 г. среди них было 65,7% случаев заболевания, в 2005 г. – 65,4%, в 2006 г. –

61%, в 2007 г. – 63%, в 2008 г. – 64,6%, что связано с более распространенным среди лиц мужского пола употреблением наркотиков, беспорядочными половыми контактами и быстрой хронизацией процесса. В социальных группах работающего и неработающего населения наблюдается снижение доли больных ВГ среди работающих лиц с 26,7% в 2004 г. до 18,2% в 2008 г., что свидетельствует о ранней выявляемости заболевания и активной вакцинацией в этой группе. Обратная тенденция у неработающих лиц – доля заболеваемости возросла с 23,5% в 2004 г. до 30,6% в 2008 г.

Актуальные вопросы диагностики ВИЧ-инфекции у детей ВИЧ-инфицированных матерей в России

Афоница Л.Ю., Додонов К.Н., Фомин Ю.А., Воронин Е.Е., Терентьева Ж.В.

*Республиканская клиническая инфекционная больница Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию;
Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей,
Санкт-Петербург*

Цель. Выявить сроки постановки диагноза ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Методы. Обследование территорий РФ с высоким уровнем пораженности населения ВИЧ-инфекцией и анализ учетных форм 310/у и 311/у.

Результаты. По предварительным данным ФГУ РКИБ Росздрава, на 2007 г. в РФ у ВИЧ-инфицированных матерей родились 31142 ребенка, из них в 2007 г. 6349. На 2006 г. из 24811 детей диагноз ВИЧ-инфекции был подтвержден у 7% детей, сняты с диспансерного учета 44% детей и 49% детей продолжали наблюдаться с диагнозом «Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции». Диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден лишь у 42% детей в возрасте младше 1 года, у 17% – в 1–1,5 года и в 41% – в возрасте старше 1,5 лет. По результатам обследования территорий РФ, доля детей с подтвержденным диагнозом составляет 6,6–9,8% (в среднем, 6,7%), доля детей с неустановленным диагнозом – 32,4–74,5% (в среднем, 39,9%). Методом ОТ ПЦР ДНК ВИЧ обследуются 71,4% детей, в возрасте до 1 г. – лишь половина (51,4%), в декретированные сроки – всего 39%. Показатели вирусной нагрузки исследуются у 79%, CD4 – у 87% детей. Результаты неадекватной диспансеризации – позднее начало противоретровирусной терапии (у 28% детей), ее отсутствие при наличии показаний (у 29% детей).

Заключение. Около 20% детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, умирают или переходят в стадию СПИД на 1-м году жизни при отсутствии лечения. Подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции возможно в возрасте 2–3 мес при использовании методов молекулярной диагностики. Увеличение продолжительности

жизни и улучшение качества жизни детей, инфицированных ВИЧ перинатально, зависит от сроков выявления у них ВИЧ-инфекции и раннего начала противоретровирусной терапии.

Актуальные вопросы бруцеллеза в Республике Дагестан

Ахмедов Д.Р., Арбулиева Е.А., Магомедова С.А.

*Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала*

Бруцеллез остается одной из проблем здравоохранения России. Заболеваемость бруцеллезом в Северо-Кавказском регионе составляет до 50% заболеваемости регистрируемой в России. Нами изучены причины распространения бруцеллеза в Республике Дагестан (РД) за последние 20 лет, где заболеваемость превышает ежегодно среднефедеративные показатели в десятки раз. В 40% случаев источником заболевания населения является больной бруцеллезом мелкий рогатый скот (МРС), в 29% – крупный рогатый скот (КРС), в 14% – МРС и КРС, в результате смешанного содержания, в 17% источники инфекции не установлены. Инфицирование людей бруцеллезом происходит в период массовых компаний – окотной, стрижки, при контактах с абортрованными, мертворожденными плодами животных и в результате употребления мясо-молочной продукции, не прошедшей ветеринарной экспертизы. Наиболее поражаемой группой являются лица трудоспособного возраста (39–55 лет), что определяет большой социально-экономический ущерб. Бруцеллезом чаще болеют мужчины (до 80%), что связано с их традиционным участием в трудоемких процессах ухода за животными: кормление, уборка навоза, окотная компания, стрижка и дойка овец, выделка шкур, а участие женщин заключается в дойке коров, переработке молока, обработке шерсти, при которых риск инфицирования ниже. Ранжирование административных территорий РД по риску инфицирования бруцеллезом (РИБ) населения позволило выделить три группы территорий: территории с высоким уровнем РИБ-А 14,0+А 42,7 (три сельских района), со средним уровнем РИБ-А 1,1+А 8,2 (15 сельских районов и г. Махачкала) и низким уровнем РИБ-А 0,003+А 0,9 (22 сельских района и три города). Заболеваемость сельского населения выше, чем городского и составляет в среднем 9,3 и 1,8 соответственно (на 100 тыс. населения). Таким образом, эпидемиологическая и эпизоотическая ситуации по бруцеллезу в РД за последние 20 лет остаются неблагоприятными и требуют: совместной целенаправленной работы органов здравоохранения, ветеринарных служб и руководителей административных территорий; проведения исследований с целью выявления причин обуславливающих различный РИБ для отдельных территорий республики с последующей корректировкой комплекса противозооотических и противозидемических мероприятий по бруцеллезу в рамках целевой программы по борьбе с бруцеллезом людей и сельскохозяйственных животных.

Кардиоваскулярные нарушения у больных бруцеллезом

Ахмедова М.Д.

Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала

Известно, что бруцеллез протекает с поражением всех органов и систем, в том числе и сердечно-сосудистой, что приводит к развитию неблагоприятных исходов, потере трудоспособности и определяет его высокую социально-экономическую значимость.

Цель исследования – изучить состояние сердечно-сосудистой системы у больных острым (ОБ) и хроническим бруцеллезом (ХБ).

Пациенты и методы. У 322 больных бруцеллезом (возраст $35,5 \pm 0,6$ года), из которых у 160 диагностирован ОБ и у 162 – ХБ. Среди больных ОБ легкое течение имели 57 больных, среднетяжелое – 57 и тяжелое – 46.

Всем больным помимо общеклинического обследования проводили электрокардиографию и ультразвуковое исследование сердца.

Результаты. Кардиоваскулярные нарушения определены у 120 больных ОБ и у 92 – ХБ. У 66,2 и 53,7% больных ОБ и ХБ соответственно выявлена миокардиодистрофия, у 6,9 и 1,2% – миокардит, у 1,25 и 0,6% – эндокардит, у 0,6 и 1,2% – перикардит. При этом наиболее характерными клиническими проявлениями поражения сердца являются: кардиалгия (у 31,2 и 20,4% больных ОБ и ХБ соответственно), глухость сердечных тонов (у 49,4 и 45,1%), систолический шум на верхушке (у 15 и 22,8%), артериальная гипотония (у 61,9 и 53,1%). Электрокардиографические изменения проявляются нарушениями функций автоматизма (у 69,7 и 35,8% больных ОБ и ХБ соответственно), проводимости (у 10,6 и 29,6%), возбудимости (у 23,1 и 20,4%), реполяризации (у 20 и 12,3%). Эхокардиографические изменения проявляются нарушениями систолической и диастолической функций левого желудочка (у 75% больных ОБ и у 56,8% ХБ).

Выводы. У больных бруцеллезом критериями кардиоваскулярных нарушений являются:

- клинические проявления – кардиалгия, тахикардия, артериальная гипотония;
- лабораторные показатели – повышение МВ фракции креатинфосфокиназы, сердечного тропонина I;
- инструментальные данные – экстрасистолия, атрио-вентрикулярная блокада I степени, отрицательный зубец T, увеличение конечно-диастолического объема левого желудочка, уменьшение фракции выброса, снижение диастолической функции.

Современные аспекты формирования брюшнотифозного бактерионосительства

Ахмедова М.Д., Гулямов Н.Г., Мирзажанова Д.Б.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент

Целью исследования была разработка критериев для раннего прогнозирования формирования брюшнотифозного бактерионосительства при брюшном тифе. В динамике острого течения брюшного тифа обследованы 102 больных мужского пола в возрасте от 18 до 22 лет. В качестве контроля обследованы 24 здоровых лиц того же пола и возраста.

Были получены данные, что при брюшном тифе клинические проявления заболевания не имели особенностей при формировании исходов в выздоровление или в острое бактерионосительство. В процессе формирования различных исходов брюшного тифа имели особенности динамика показателей СОЭ, иммунорегуляторного индекса (ИРИ), антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсibilизированных относительно антигена *S.typhi* (АСЛ к АГ *S.typhi*), а также активности нейтрофилов в НСТ-тесте. На основе этого разработаны нами критерии для раннего прогнозирования исходов при брюшном тифе.

Критериями для прогнозирования риска формирования бактерионосительства в исходе брюшного тифа являются:

- в период разгара клинических проявлений – супрессорный характер иммунной реакции (ИРИ < 1,6), низкая степень возрастания содержания в крови АСЛ к АГ *S.typhi* (менее 7%), низкая степень активации нейтрофилов (повышение менее чем в 1,5 раза относительно нормы) в НСТ-тесте;
- в период ранней реконвалесценции – хелперный характер иммунной реакции (ИРИ > 1,6), низкая степень возрастания содержания в крови АСЛ к АГ *S.typhi* (менее 7%), высокая степень повышения активности нейтрофилов (до 2 и более раза выше показателей у здоровых);
- в период поздней реконвалесценции – высевание *S.typhi* в биликультуре, высокие показатели СОЭ (20 мм/ч и более), хелперный характер иммунной реакции (ИРИ > 1,6), высокая степень повышения в крови содержания АСЛ к АГ *S.typhi* (10% и более), высокая степень повышения активности нейтрофилов в НСТ-тесте (до 2 и более раза выше нормы).

Иммуногенетическое тестирование маркеров риска по системе HLA

Ахмерова Р.Р., Буркин А.В., Спиленкова А.Е., Углева С.В., Мартова О.В., Кучерова Т.А., Мухарлямова М.З.

Астраханская государственная медицинская академия

В медицинской генетике наиболее распространенным методом профилактики и коррекции лечения является медико-генетическое консультирование, сущность кото-

рого заключается в поиске наиболее достоверных, генетически детерминированных маркеров риска возникновения и развития широкого спектра заболеваний.

При инфекционной патологии наряду со специфической лабораторной диагностикой возбудителей инфекционных заболеваний желательны проводить иммуногенетическое тестирование маркеров риска по системе HLA, наличие которых прогнозирует возможное дальнейшее развитие осложнений в виде аутоиммунных, инфекционно-аллергических и ревматоидных болезней.

Основанием для данного утверждения является огромный научно-исследовательский материал, по результатам которого были установлены достоверно значимые ассоциативные связи между инфекционными агентами, звеньями патогенеза заболеваний и антигенами генетического комплекса HLA.

В первую очередь это относится к специфичности HLA – B27, которая является основным диагностическим критерием целого ряда ревматоидных и аутоиммунных заболеваний. Поражение сердца, его клапанного аппарата при внекишечных формах иерсиниоза также имеет инфекционно-аллергический генез. Обратимость данных процессов напрямую зависит от наличия антигена HLA – B27 в генотипе человека, т.к. его присутствие потенцирует развитие тяжелых аутоиммунных процессов в соединительной ткани, а его присутствие, как правило, способствует полной обратимости данных изменений.

Внедрение в практику современной диагностики HLA-тканевого типирования позволит эффективно проводить коррекцию лечения и профилактику большой группы наследственных, инфекционных и аутоиммунных болезней, а также прогнозировать исход и течение заболевания.

Состояние микробиоценоза рото- и носоглотки у больных с рецидивирующей розей

Аширова А.Б.

Ивановская государственная медицинская академия

Сейчас отмечается тенденция к рецидивирующему и осложненному течению розеи, что диктует необходимость глубокого изучения этиологии, патогенеза и профилактики заболевания. Цель исследования: изучение эпидемиологических, социологических и клинико-лабораторных показателей больных розей. Задачи: определить особенности микробиоценоза рото- и носоглотки, установить характер связи частых рецидивов розеи с ангинами, оценить биохимический, иммунологический статус наблюдаемых больных. Обследовано 102 пациента: 79% женщин в возрасте от 27 до 92 лет и 21% мужчин от 44 до 56 лет. У 90% пациентов розея была на нижних конечностях, у 10% – на лице. Эритематозная форма была у 94% больных, геморрагическая – у 3%, буллезно-геморрагическая – у 3%. 87% пациентов составили неработающие пенсионеры со средним специальным образованием. У 12% обследованных в анамнезе были воспалительные заболевания ротоглотки. В 15% случаев наблюдалась рецидивирующая ро-

жа с частотой рецидивов до 3 в год. При обследовании выявлены анемия (у 6% пациентов), воспалительные изменения крови – повышение СОЭ (96%), токсическая зернистость нейтрофилов и сдвиг формулы нейтрофилов влево (6%), гипергликемия (9%). Уровень CD4 лимфоцитов у всех больных превышал 800 клеток/мл, что говорит об удовлетворительном иммунном статусе. У 32% больных в рото- и носоглотке обнаружен *Staphylococcus aureus*, у 14% *Klebsiella pneumoniae*, у 10% *Enterobacter*, у 3% – грибы *Candida*. Проводилось этиотропное лечение пенициллином (4 млн ЕД в сутки) в течение 10 дней. Улучшение наступало в среднем на 8–10-й день. У 20% применялись ампициллин 1,0 по 3 раза в день, оксамп 1,0 по 3 раза в день, линкомицин 1,0 по 3 раза в день. Среднее количество дней, проведенных в стационаре, составило 16. Все больные выписаны с выздоровлением от розеи, у 6% пациентов сохранялись остаточные явления – лимфостаз. Итак, большинство пациентов составили неработающие пенсионеры. В микробиоценозе рото- и носоглотки преобладал *Staphylococcus aureus* в ассоциации с другими возбудителями. Иммунный статус был удовлетворительным. Большинство больных получали пенициллин, от которого эффект наступал на 8–10 день.

Изучение твердой фазы сыворотки крови больных лепрой на нанометровом уровне

Аюпова А.К., Урляпова Н.Г.

НИИ по изучению лепры, Астрахань

Согласно современным представлениям, твердая фаза сыворотки крови – это самоструктурированная форма, состоящая из комплекса различных элементов, по характеру и взаиморасположению которых можно судить о происходящих в организме процессах. Изучение морфологии сыворотки крови больных лепрой позволило разработать ряд новых способов диагностики и контроля эффективности лечения этого тяжелого хронического инфекционного заболевания. Однако остаются во многом неясными механизмы межмолекулярного взаимодействия при дегидратационной самоорганизации биологической жидкости, распределение веществ в возникающих структурных элементах, многие из которых являются маркерами патологических нарушений. В последние годы для анализа биологического материала стала применяться атомно-силовая микроскопия (АСМ). Использование АСМ позволяет измерять профиль поверхности различных объектов на нанометровом уровне, регистрировать взаимодействие между молекулами, получать изображение отдельных макромолекул и осуществлять их идентификацию.

Нами с помощью АСМ проведено изучение высушенных капель (фаций) нативной и подвергнутой воздействию электромагнитного поля (ЭМП) сывороток крови больных лепрой.

Анализ полученных в ходе исследования трехмерных изображений центральной зоны фаций нативной и обработанной ЭМП сывороток крови больных лепрой показал,

что после внешнего физического воздействия происходят изменения в солевых структурах исследуемой биожидкости, которые при обычной микроскопии не фиксируются. Кроме того, отмечаются изменения микрорельефа и в периферической зоне фации, свидетельствующие, на наш взгляд, о перестройке во взаимодействии между элементами белковой фазы сыворотки крови на наноструктурном уровне, произошедшей под влиянием ЭМП.

Таким образом, полученные данные позволяют оценить реакцию макроорганизма на различные ксенобиотики и экзогенные факторы на новом для медицины уровне и дают основания для разработки принципиально новых диагностических технологий при лепре.

О профилактике гриппа у детей в республике Каракалпакстан

Бабаходжаев С.Н., Тлеуниязов Ш.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент

В Республике Узбекистан зарегистрирована вакцина «Инфлювак» («Салвей Фарм») для иммунизации против гриппа. Указанная вакцина используется с профилактической целью и в Республике Каракалпакстан. С 2001 г. В Каракалпакстане против гриппа вакцинировано 26 380 человек, значительный контингент которых составляют дети до 14 лет (18 280). Показанием для вакцинации были рецидивирующие заболевания бронхиальной астмы: рецидивирующие заболевания (123 детей), бронхиальная астма неатопической формы (68 детей), другие формы респираторных алергозов (80 детей). Дети дошкольного возраста, относящихся к группе больных и имеющих риск по возможности развития рецидивирующих и хронических заболеваний респираторного тракта (280 детей) также получали прививку против гриппа. 75 детей были вакцинированы в период реабилитации после перенесенных заболеваний сердечно-сосудистой системы (ревматизма 35 и неревматического кардита – 10 детей). В 1520 случаях были вакцинированы здоровые дети с различными заболеваниями в анамнезе. Профилактические прививки против гриппа проводились в сентябре-ноябре 2001–2007 гг. перед началом сезона заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями. Результаты проведенных исследований показали, что после иммунизации против гриппа вакциной «Инфлювак» в группе часто болеющих детей частота заболеваемости снизилась до 3 раз (ранее 5–6 раз). У больных детей с рецидивирующими бронхиальными заболеваниями обострения были 1–2 раза в осенне-зимний сезон, протекали в легкой форме и были спровоцированы бактериальными инфекциями (ангина, отит, синуситы и др.). У детей с пневматической формой бронхиальной астмы рецидивы заболевания в осенне-зимний период были не более 2–3 раз, приступы протекали в легкой форме. Среди вакцинированных здоровых детей лишь в единичных случаях (8 детей) была отмечена заболеваемость гриппом, который протекал в легкой

форме. Таким образом, результаты проведенных исследований еще раз свидетельствует о безопасности и высокой эффективности вакцины «Инфлювак» в специфической профилактике гриппа.

Изучение иммунного статуса детей при смешанных герпетических инфекциях

Бабик Р.К.

Челябинская государственная медицинская академия

Ответные реакции иммунной системы на различные этиологические факторы, такие как вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирусы (ЦМВ), в том числе и в миксте с другими возбудителями, правомерно рассматривать как основное звено патогенеза инфекционного процесса. Цель исследования: определить особенности течения бактериальных и вирусных диарей, менингитов и энцефалитов у детей раннего возраста с внутриутробными герпетическими инфекциями (ЦМВ и ВПГ). Под нашим наблюдением в МУЗ ДГКБ №8 г. Челябинска, с 2004 по 2008 гг., находилось 180 детей раннего возраста, инфицированных перинатально герпес-вирусами. Лабораторное обследование наряду с общепринятыми в клинической практике методами включало в себя серологические, иммунологические, молекулярно-биологические реакции. Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) для выявления маркеров ЦМВ, ВПГ исследовали сыворотку крови, мочу и, по показаниям, ликвор. ПЦР диагностику кала проводили для уточнения этиологии диарейного синдрома в НИИ эпидемиологии, г. Москва. В четырех группах наблюдения ВПГ или ЦМВ-инфекция была сопутствующей при основном инфекционном заболевании иной этиологии с поражением кишечника или нервной системы. К контрольным группам наблюдения были отнесены дети, у которых ВПГ и ЦМВ соответственно были моноинфекцией. В периферической крови оценивались изменения показателей отдельных популяций и субпопуляций Т-лимфоцитов, фагоцитарной и метаболической активности лейкоцитов по спонтанному и индуцированному тесту, иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов, цитокинов, нитроксидергических процессов с оценкой их возможной роли в иммунопатогенезе. В раннем возрасте довольно часто, вследствие генерализации ЦМВ и/или ВПГ, поражается кишечник. Наиболее тяжелое течение наблюдалось вирусных диарей, преимущественно ротавирусной, на фоне герпетических инфекций. У 75% детей с бактериальными и вирусными менингитами, менингоэнцефалитами имеет место микст-инфекция с ЦМВ и/или ВПГ. Результаты работы свидетельствуют о разнородности молекулярно-клеточных механизмов нарушений при моно – и микст-герпетических инфекциях. Причем нарушения в иммунном гомеостазе регистрируются не только в фазе клинических проявлений, но и в субклинической форме герпетических инфекций, тем самым во многом определяя и объясняя развитие суперинфекций, что необходимо учитывать при выборе терапии.

Опыт выделения в аксенической культуре микобактерий из лепрозных очагов

Байрамова А.С., Наумов В.З.

*Астраханская государственная медицинская академия;
НИИ по изучению лепры, Астрахань*

До настоящего времени официально признанным продолжает оставаться утверждение о том, что *M. leprae* не способны культивироваться на искусственных питательных средах. Однако в последние годы появились работы ряда исследователей, подвергающих сомнению неоспоримость этого утверждения (Chakrabaty A. N. et al., 2001 и др.).

В нашей работе была сделана попытка культивирования на жидких, полужидких и плотных питательных средах изолятов микобактерий от 6 больных лепрой, предварительно пассированных по методу Шепарда на мышах линии СВА, всего изучено 10 суспензий тканей подушечек лап мышей. Посевы каждой суспензии проводили на 8 различных питательных средах и выдерживали при 30°C. При появлении визуально определяемого роста изучали морфологию и тинкториальные свойства культуры в мазках, окрашенных по Цилю-Нильсену и родамин-аураминол. После подтверждения наличия в культуре кислотоустойчивых палочек, дающих специфическое золотистое свечение в ультрафиолетовых лучах, делали пересевы на искусственные питательные среды.

Рост микобактерий обнаружен на нескольких питательных средах в посевах 5 суспензий (из 10 взятых в опыт), всего получено 13 культур на жидких и полужидких средах. На плотных средах (Левенштейна-Йенсена, Финна, почвенном агаре) при первичном посеве рост отсутствовал в течение всего срока наблюдения – 10 месяцев. Оптимальными для роста выделенных микобактерий оказались жидкие среды: предложенная авторами простая питательная среда без добавления белков, пептона, аминокислот (шифр А-1) и среда Школьниковой. На среде А-1 выросли 7 культур, на среде Школьниковой – 5.

Микобактерии трех из пяти культивируемых суспензий выделены в аксенической культуре на среде Левенштейна-Йенсена после пассажа на жидкой среде.

Клиническое значение короткоцепочечных жирных кислот в оценке полноты выздоровления при острых кишечных инфекциях

Баликин В.Ф., Федотова Н.Н., Акайзин Э.С.

Ивановская государственная медицинская академия

Состояние кишечной микрофлоры оказывает существенное влияние на длительность дисфункции кишечника при острых кишечных инфекциях (ОКИ). В связи с тем, что анаэробы составляют основу биоценоза кишечника, содержание их метаболитов – короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в биологических субстратах позволяет

косвенно оценить состояние кишечной микрофлоры и процессы саногенеза.

Обследованы 45 больных с ОКИ (21 – сальмонеллез, 4 – шигеллез, 8 – ОКИ, вызванные условно-патогенной флорой, 13 – ОКИ неустановленной этиологии). У 6 пациентов заболевание протекало в легкой форме, у 39 – в среднетяжелой. Полнота выздоровления оценивалась по клиническим признакам. Определение концентраций КЖК (уксусной, пропионовой, масляной и изовалериановой) проводилось в крови методом газожидкостной хроматографии в динамике болезни: при поступлении и в периоде ранней реконвалесценции.

В периоде ранней реконвалесценции выздоровление зарегистрировано у всех больных с легкими формами ОКИ и только у 28 (61,5%) пациентов со среднетяжелыми; у 15 (39,5%) больных со средней тяжестью ОКИ сохранялись дисфункция кишечника и астения. В периоде реконвалесценции у наблюдавшихся больных отмечалось снижение концентраций исследуемых КЖК в сравнении с разгаром заболевания. Однако у пациентов с неполным клиническим выздоровлением уровень пропионовой кислоты был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных с полным выздоровлением. Кроме того, у этих пациентов в период разгара болезни отмечалось более высокое (на 30%) содержание пропионовой кислоты в сравнении с выздоровевшими пациентами; содержание изовалериановой кислоты не отличалось, а уксусной и масляной было ниже.

Таким образом, сохранение высоких концентраций пропионовой кислоты в периоде реконвалесценции имеет строгий параллелизм с сохранением дисфункции кишечника и может служить дополнительным критерием неполного клинического выздоровления при ОКИ.

Течение ВИЧ-инфекции при перинатальном и искусственном инфицировании

Баликин В.Ф., Щуренков А.П., Перетятко Л.П., Чиянова О.Л., Рябчикова А.А., Ерофеева В.М., Котекина Л.В.

*Ивановская государственная медицинская академия;
Ивановский областной центр по борьбе со СПИД*

Представлены материалы (кумулятивные показатели с 2000 по 2008 гг.) клинико-лабораторных сопоставлений за 324 детьми с периода новорожденности до 7 лет, имевших перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, и 299 ВИЧ-инфицированными подростками (верификация методами ИФА, ПЦР, Вестерн-блотт), среди которых у 97,9% инфицирование произошло вследствие потребления психоактивных веществ (ПАВ), остальные инфицировались половым путем (все девушки).

При рождении умерли 13 детей: трое детей погибли внутриутробно; с признаками врожденной ВИЧ-инфекции и тяжелым иммунодефицитным состоянием комбинированного типа было 5 детей. Доминирующими проявлениями в клинической картине у детей в раннем неонатальном

периоде была пневмония с выраженным респираторным дистресс-синдромом и морфологическими признаками пневмоцистоза; у детей в неонатальном периоде отмечались гнойно-септические заболевания (сепсис, пневмонии, полиорганная недостаточность и др.). Характерно, что в постнатальном периоде прогрессирования ВИЧ инфекции не отмечалось. У подростков-потребителей ПАВ ВИЧ-инфекция в течение 5–6 лет протекала малосимптомно и, в силу низкой приверженности к оценке состояния своего здоровья, а при обращении у всех диагностировалась далеко зашедшая стадия – 4Б, 4В и 5. Среди подростков 85,1% инфицированных имели микст-инфекцию ВИЧ с вирусом гепатита В и/или С. Продолжающееся потребление наркотиков являлось доминирующим фактором прогрессирования ВИЧ-инфекции наряду с хроническими микст-гепатитами В и С, что отражает высокие темпы прогрессирования иммуносупрессии у подростков-потребителей ПАВ.

Таким образом, естественное инфицирование, в сравнении с искусственным, ВИЧ-инфекцией имеет более медленные темпы прогрессирования, что, возможно связано с включением адаптивного иммунитета.

Иммунопатогенез развития рецидивов первичной рожи

Балмасова И.П., Дунда Н.И., Еремина О.Ф., Гультяев М.М., Зайцева М.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Цель: выявить иммунопрогностические критерии развития рецидивов первичной рожи.

Пациенты и методы. У 27 клинически здоровых людей и 49 пациентов с первичной рожой в острый период болезни в динамике методом проточной цитометрии определяли субпопуляционный состав лимфоцитов и поглотительную способность фагоцитов периферической крови; содержание IgA, IgG, IgM, IgE в сыворотке крови методом ИФА; состояние кислород-зависимых механизмов методом спонтанной и стимулированной хемилюминесценции (ХЛ).

Результаты. 2-летнее наблюдение за пациентами выявило, что в 16,3% случаев (8 человек) наступили рецидивы перенесенной рожи. Клиническими и лабораторными признаками риска перехода болезни в рецидивирующую форму являлось затяжное течение и развитие ранних осложнений. Лабораторными признаками рецидивирования были эозинофилия, рост активности АлАт и АсАт, часто сопровождавшийся повышением уровня глюкозы в крови выше референтных значений. Наиболее характерными иммунными параметрами, выявленными на первой неделе болезни, были следующие: достоверное снижение числа CD4⁺-лимфоцитов, повышение CD20⁺-клеток и повышение IgA в 1,5 раза, резкое повышение IgE. Следует особо подчеркнуть существенное ухудшение функциональных возможностей фагоцитов периферической крови (поглотительная и киллинг-индуцирующая способность), спо-

собствующее ослаблению процессов элиминации возбудителя из организма при первичной рожке. Корреляционный анализ полученных данных показал, что в случае благоприятного прогноза выявлялось большое число корреляционных связей с параметрами клеточного иммунитета; при неблагоприятном прогнозе – с гуморальными факторами. Таким образом, активность гуморального звена иммунитета и ухудшение поглотительной и киллинг-индуцирующей способности фагоцитов периферической крови при первичной рожке являются прогностически неблагоприятными признаками перехода первичной рожи в рецидивирующую форму.

Иммунологические аспекты применения макролидов в клинической практике

Балмасова И.П., Царев В.Н., Еремина О.Ф., Попова О.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Проведение антибиотикотерапии при инфекционных заболеваниях требует учета сопутствующих иммунотропных и аллергизирующих свойств антибиотиков, изменяющих характер иммунного ответа на патоген. Отмечен отчетливый дозозависимый характер влияния: в низких дозах макролиды (М) увеличивали продукцию ИЛ-8 альвеолярными макрофагами, а в высоких снижали ее. Выявлено, что в высоких дозах некоторые М утрачивали способность влиять на развитие адаптивных и естественных иммунных реакций, тогда как в умеренных дозах хорошо стимулировали выработку IgG-антител. Основным объектом влияния «классических» М на иммунную систему являются фагоцитирующие клетки. Проникая в них, М ингибируют продукцию кислородных радикалов, хемоаттрактантов, эластазы. Кроме того, М ускоряют апоптоз нейтрофилов и модулируют выработку про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО α). На нефагоцитирующие клетки макролиды оказывают как прямое, так и опосредованное фагоцитами влияние. Супрессивный эффект 16-членных М на пролиферацию Т-лимфоцитов связан с их способностью подавлять продукцию ИЛ-2. Более чувствительны к действию М Т-хелперы 1-го типа. В то же время, влияние на цитотоксические Т-клетки практически отсутствует, что позволяет использовать М у больных при иммунодефицитных состояниях. Установлено стимулирующее влияние М на естественную киллерную активность у здоровых людей. М обладают способностью прямого воздействия на эпителиальные клетки, в частности, в бронхах они модифицируют секреторную активность эпителия слизистых оболочек, а также нарушают адгезию патогенных микроорганизмов на поверхности эпителиальных клеток и процессы колонизации слизистых оболочек. М значительно ослабляют роль эозинофилов в воспалении, ускоряя их апоптоз и ограничивая продукцию этими клетками хемокинов и адгезивных молекул. Проапоптотические свойства М, стимули-

рующий эффект на естественную киллерную активность при инертности воздействия на цитотоксические Т-клетки позволяют применять макролиды при инфекционных процессах, развившихся на фоне злокачественных новообразований, иммунодефицитных состояний, сопровождающихся инфекционным синдромом, аллергических заболеваний или аллергических реакций при лечении заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза.

Тиреодопосредованные сезонные колебания функциональной активности лимфоцитов у больных лепрой

Балыбин Е.С.

НИИ по изучению лепры, Астрахань

Существует сезонность в развитии рецидивов лепры (Лунева Л.М., 1974), эндогенные механизмы которой практически не изучены. В этой связи у 216 больных лепрой, относящихся к BL/LL типам заболевания, мы в разные сезоны года радиоиммунологическими методами изучили в плазме крови уровни трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4) и тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ), синхронно у части больных – функциональную активность лимфоцитов, стимулированных фитогемагглютинином (ФГА-РБТЛ). Максимальный уровень Т3 отмечался зимой и сочетался с сезонным пиком уровня ТТГ. С точки зрения обратной связи, существующей в эндокринной системе (Алешин Б.В., 1976), такое сочетание является парадоксальным и, вероятно, обусловлено тем, что при лепре найдено снижение окислительно-восстановительных процессов (Рыжова Н.Я., 1976), вызывающих субстратную стимуляцию активности щитовидной железы. В летнее время корреляция между уровнями Т3 и ТТГ была отрицательной. Пик уровня Т4 наблюдался осенью при положительной корреляции с уровнем ТТГ. Летом, как и в случае с Т3, найдена отрицательная связь между уровнями указанных гормонов. Что касается связи между уровнями гормонов и показателями ФГА-РБТЛ, то в осенне-зимний период времени повышение уровня Т3 сочеталось со снижением показателей ФГА-РБТЛ. В весенне-летний период связь между теми же показателями оказалась положительной. Аналогичная связь наблюдалась между уровнем Т4 и величиной ФГА-РБТЛ. Так, в осенне-зимний сезоны повышению уровня Т4 соответствовало снижение указанного иммунологического показателя. В весенне-летний период времени связь между рассматриваемыми показателями оказалась положительной. Таким образом, эндогенные тиреоидные гормоны, по нашим данным, являются естественными иммуномодуляторами. Их уровень имеет сезонные колебания с существенным его повышением осенью и зимой. В эти же сезоны выявлен иммуносупрессивный эффект указанных гормонов, который, очевидно, является одним из эндогенных факторов, обуславливающих сезонность в развитии рецидивов лепры.

Сравнительная эффективность интерферонотерапии в комплексном лечении больных хроническим гепатитом С

Баранова И.П., Афтаева Л.Н., Никольская М.В.

*Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию*

Цель: сравнить противовирусную эффективность пегинтрона в сочетании с ребетолом и роферона с ингароном в сочетании с ребетолом через 24 нед лечения.

Пациенты и методы: под наблюдением находились 24 пациента с хроническим вирусным гепатитом С, 13 мужчин и 11 женщин, средний возраст больных – $32,11 \pm 0,75$ лет. Преобладали пациенты со сроком заболевания около 5 лет (64%). Диагноз верифицировали с помощью метода ИФА и ПЦР с проведением генотипирования и определением РНК HCV в крови качественным и количественным тестом на аппарате «Термоциклер» в реальном времени с чувствительностью тест-системы по РНК HCV – 15 МЕ/мл. Пациенты распределены на 2 группы: 1-я группа (13 больных) получали стандартную терапию пегинтроном в дозе 1,5 мкг/кг/нед. и ребетолом 10,6 мг/кг/сут; 2-я группа (11 больных) получала роферон А – 3 млн МЕ 3 раза в нед с ребетолом 10,6 мг/кг/сут и ингарон 500 тыс. МЕ 3 раза в нед. У 6 больных 1-й группы обнаружен 1 генотип, у 2 – 2 генотип, у 5 – 3А генотип. У 10 пациентов 2-й группы обнаружен 3 генотип, у 1 – 1 генотип. Оценивали быстрый вирусологический ответ (БВО) через 4 нед от начала лечения; ранний вирусологический ответ (РВО) через 12 нед от начала терапии; проводилась оценка вирусологического ответа через 24 нед лечения.

Результаты: в 1-й группе больных БВО достигнут у 61% пациентов (с полной элиминацией вируса у 23% больных), РВО в 100% случаев (в том числе с полной элиминацией вируса у 62% больных), через 24 недели вирусологический ответ достигнут в 92% случаев с полной элиминацией вируса. Во 2-й группе больных БВО достигнут у 61% пациентов (с полной элиминацией вируса у 27% больных), РВО в 90% случаев (в том числе с полной элиминацией вируса у 82% больных), через 24 нед вирусологический ответ достигнут в 91% случаев с полной элиминацией вируса. Выводы: сравнительный анализ использования пегинтрона с ребетолом (1 схема) и роферона А, ребетолола и ингарона (2 схема) свидетельствует об одинаковой противовирусной эффективности через 24 нед лечения; высокой эффективности лечения может способствовать небольшая длительность заболевания и молодой возраст пациентов; заключение о полной и стабильной ремиссии на фоне различных схем лечения требует дополнительного исследования и наблюдения.

К вопросу о классификации цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста

Баранова И.П., Керимова Ж.Н., Коннова О.А., Лесина О.Н., Никольская М.В., Краснова Л.И.

*Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию*

На основании изучения структуры клинических проявлений и течения заболевания у 270 детей раннего возраста с цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ) предлагается следующий вариант классификации цитомегаловирусной инфекции:

I. По развитию заболевания: 1) внутриутробная (врожденная, МКБ: P35.1); 2) постнатальная (приобретенная, МКБ: B25; МКБ: B27.1).

II. По течению: 1) острая (до 3 мес); 2) подострая (3–6 мес); 3) затяжная (6–12 мес); 4) хроническая (более 12 мес).

III. По клинической форме: 1) локализованная (сиалоаденит); 2) распространенная форма: 2.1. смешанная (комбинированная); 2.2. – генерализованная; 2.3. – мононуклеозная – инфекционный мононуклеоз, вызванный ЦМВ (МКБ: B27.1); 3) латентная: 3.1. – бессимптомное носительство; 3.2. – скрытая.

IV. По характеру выявления маркеров ЦМВИ: 1) с репликацией вируса; 2) без репликации вируса.

V. По стадии и периодам заболевания: 1) активная стадия: 1.1. – стадия манифестации (для острого, подострого или затяжного течения инфекции) с периодом разгара и периодом обратного развития; 1.2. – стадия рецидива (для хронического течения инфекции) с периодом разгара и периодом обратного развития; 2) неактивная стадия: 2.1. – стадия реконвалесценции (для острого, подострого или затяжного течения инфекции), 2.2. – стадия ремиссии (для хронического течения инфекции).

VI. По степени тяжести (для стадии манифестации или стадии рецидива): 1) легкая; 2) средней степени; 3) тяжелая.

VII. Ассоциированные варианты: 1) ЦМВИ с врожденными пороками развития (сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, атрезией желчевыводящих путей, дисплазии и др.); 2) ЦМВИ, ассоциированная с бактериальными инфекциями и грибковыми заболеваниями; 3) ЦМВИ, ассоциированная с другими герпетическими инфекциями (CMV+EBV, CMV+HSV 1,2 типа и др.); 4) ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных и лиц с иными иммунодефицитными состояниями; 5) ЦМВИ, ассоциированная с другими вирусными инфекциями (HBV, HCV и др.).

VIII. Исходы: 1) трансформация в латентную форму; 2) резидуально-органическое поражение ЦНС, органов зрения, слуха и резидуальные последствия со стороны других органов; 3) летальный исход; 4) выздоровление.

Образовательные технологии и контроль качества обучения на кафедре инфекционных болезней

Баранова И.П., Коннова О.А., Лесина О.Н., Никольская М.В., Краснова Л.И.

*Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию*

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ДПО ПИУВ реализует 5 программ послевузовского и дополнительного профессионального образования по специальности «инфекционные болезни»: интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка и повышение квалификации. Цель обучения – подготовка квалифицированных специалистов для работы в здравоохранении по специальности «инфекционные болезни». При реализации образовательных программ используются современные технологии в принципах (модульность, интегративность, вариативность сроков обучения, индивидуализация), средствах (мультимедийные презентации, компьютерные технологии, учебные видеофильмы, банк учебных таблиц и ситуационных задач) и содержании обучения, его формах и методах. Контроль качества образовательного процесса проводится по нескольким направлениям: оценка соответствия лицензионным требованиям, аттестационным и аккредитационным показателям; текущий внутриинститутский контроль; постоянный кафедральный самоконтроль. На качество образовательного процесса влияют условия обучения, структура послевузовского и дополнительного образования, соответствие учебно-лабораторной и клинической баз требованиям образовательных программ, кадровое обеспечение, информационно-методическая и материально-техническая оснащенность. Используются различные формы контроля качества обучения слушателей (собеседование; оценка практических навыков/умений, программированный контроль с применением федеральных тестов), его виды (фронтальный опрос, контрольная работа, коллоквиум, зачет, защита рефератов, тестирование, экзамен с аттестацией и/или сертификацией специалиста) и типы (вводный, текущий, рубежный, итоговый). Качество образовательного процесса оценивается также по уровню оказания помощи больным и на основании обратной связи со слушателями. Контроль качества образовательного процесса является неотъемлемой составной частью деятельности кафедры, направлен на совершенствование непрерывного профессионального развития врачей, а необходимость оснащения клинических баз и кафедр высокотехнологичной аппаратурой, электронными версиями прикладных информационных программ и интернет-технологиями становятся все более очевидными.

Клинико-лабораторная оценка эффективности аципола при острых кишечных инфекциях у детей

Бармина О.С., Усенко Д.В., Горелов А.В., Ардатская М.Д.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одними из наиболее частых инфекционных заболеваний детского возраста. Одним из важных компонентов комплексного лечения ОКИ, является применение пробиотиков.

Цель работы: оценить клинико-лабораторную эффективность аципола при лечении ОКИ у детей до 3 лет и его влияние на состояние микробиологии желудочно-кишечного тракта.

Пациенты и методы. Было обследовано 35 детей больных ОКИ преимущественно «инвазивного» генеза, в возрасте от 3 мес до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в ДИБ №5 г. Москвы. Большинство больных были госпитализированы в стационар в первые три дня заболевания. В основную группу А вошли 12 детей, которые получали аципол в возрастной дозировке (по 1 капсуле 2–3 раза в сутки) в комплексе стартовой терапии (пероральная регидратация, сорбенты) с первого дня поступления в стационар, в остром периоде, в период реконвалесценции. Курс препарата составил 14 дней. В основную группу Б были включены 10 детей, получавших аципол на фоне традиционной терапии (диета, антибиотики, энтеросорбенты, ферменты) с первого дня поступления в стационар, в остром периоде, в период реконвалесценции. Курс препарата составил 10–14 дней. Группа сравнения – 13 детей – получала традиционную терапию. Эффективность и переносимость препарата оценивали по динамике клинических симптомов. Дополнительно исследовали метаболическую активность микрофлоры ЖКТ методом газо-жидкостной хроматографии.

Результаты. У детей, получавших аципол, основные симптомы интоксикации, лихорадки, анорексии и рвоты исчезли достоверно раньше. Отмечалась также положительная динамика кишечного синдрома (явления метеоризма, непереваренные остатки пищи в стуле, диарея) к 3–4-му дню лечения. У пациентов, получавших аципол, после проведенного курса лечения отмечалась тенденция к повышению абсолютного содержания короткоцепочечных жирных кислот (до $3,9 \pm 1,01$ мг/ч), что свидетельствует о повышении функциональной активности и численности толстокишечной микрофлоры, в снижении активности условно-патогенных штаммов микрофлоры и нормализации баланса аэробно/анаэробных популяций микроорганизмов.

Выводы: использование аципола в лечении ОКИ «инвазивного» генеза у детей характеризуется высокой клинической эффективностью, что позволяет рекомендовать включать аципол в качестве стартового препарата для этиотропной терапии ОКИ у детей.

Стадии интоксикации при кишечных инфекциях

Башиева М.А., Маржохова М.Ю., Желихажева Ж.М.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Было обследовано 83 больных с тяжелым течением острых кишечных инфекций. Из них 52 больных с острой дизентерией Флекснера (гастроэнтероколитический вариант) и 31 больной с пищевыми токсикоинфекциями (ПТИ), вызванными стафилококками (гастроэнтеритический вариант течения заболевания).

Определение веществ низкой и средней молекулярной массы (ВН и СММ) проводили по методу М.Я.Малаховой (1994), который заключается в осаждении крупных белковых молекул 15% раствором трихлоруксусной кислоты с последующим измерением оптической плотности супернатанта в спектре длин волн от 238 до 302 нм с интервалом 4 нм, уровень олигопептидов (ОП) определяли по Лоури (1951). Изучаемые показатели определяли в плазме крови, эритроцитах и моче в периодах разгара, угасания клинических симптомов, ранней и у части больных – поздней реконвалесценции. Интегральный индекс (ИИ) эндогенной интоксикации равен сумме произведения ВН и СММ и ОП плазмы крови и произведения ВН и СММ и ОП эритроцитов. По величине ИИ, а также содержания ВН и СММ в биологических жидкостях организма развитие синдрома эндогенной интоксикации было разделено на 4 периода, из которых 4 – терминальный, необратимый.

Проведенные исследования показали, что концентрация ВН и СММ и ОП была достоверно повышена в периоде разгара заболевания у большинства обследованных больных во всех исследуемых жидкостях организма, при этом уровень ВН и СММ, а также ОП был повышен по сравнению со здоровыми, в среднем, в плазме крови в 1,5 раза, в эритроцитах – в 1,4 и в моче – в 1,8 раз, ИИ был близок к 2, что характеризовало третий, обратимый период эндогенной интоксикации. Однако у 2 больных с крайне тяжелым течением острой дизентерии изученные показатели оказались близки к норме, что соответствовало 4 периоду эндогенной интоксикации, когда токсины проникают внутрь клеток и определяемые ВН и СММ представлены, в основном, каталитическими веществами.

Таким образом, у большинства больных с тяжелым течением острой дизентерии и ПТИ происходило накопление токсических веществ экзогенной и эндогенной природы и наблюдалась 3-я степень эндогенной интоксикации, а у 2 крайне тяжелых больных – 4.

Течение коклюша у детей и взрослых на современном этапе

Бевзенко О.В., Баум Т.Г., Первишко О.В., Тыщенко О.Б., Гадецкий В.Н.

Кубанский государственный медицинский университет; Специализированная клиническая детская инфекционная больница, Краснодар

Коклюш является инфекцией, которой болеют как дети, так и взрослые. В детском возрасте заболевание протекает как в легкой, так и в тяжелой степени тяжести. У взрослых принято считать, что заболевание протекает в легкой степени тяжести.

Нами было обследовано 56 детей, больных коклюшем, получавших лечение в ГУЗ «СКДИБ» г. Краснодара, а также госпитализированные с ними матери. Диагноз выставляли на основании типичной клинической картины заболевания и характерных лабораторных данных (гематологические, бактериологические, серологические, ИФА, ПЦР).

Чаще коклюшем болели дети раннего возраста. В 67,8% случаев заболевание протекало в средней степени тяжести, а в 19,6% – приобретало тяжелое течение с развитием ряда осложнений (апноэ, пневмония, коклюшная энцефалопатия). В 21,4% случаев коклюшем болели дети, получившие неполный цикл прививок АКДС-вакциной. Все больные чаще госпитализировались совместно с матерями. В 91% случаев был установлен контакт с длительно кашляющими больными. В 10,7% случаев (6 больных) коклюш был выявлен у ухаживающих за ребенком матерей в возрасте от 22 до 35 лет. У них заболевание протекало в типичной форме (2 – легкие формы и 4 – среднетяжелые). Диагноз был выставлен на основании роста титра антител в 4 раза в реакции агглютинации. Ни в одном случае диагноз не был установлен на догоспитальном этапе. В 50% случаев больные обращались за медицинской помощью. Взрослые связывали кашель с простудой, курением или наличием сопутствующей патологии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что на современном этапе коклюшем в типичной форме болеют не только дети, но и взрослые, у которых заболевание довольно часто протекает с выраженными клиническими симптомами. Небольшая настороженность врачей-терапевтов, а также необращаемость больных своевременно за медицинской помощью способствует распространению этой инфекции. Всех длительно кашляющих взрослых необходимо обследовать на коклюш не только бактериологическим, но и серологическим методами.

Вегетативная регуляция у детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции и у детей, больных туберкулезом

Бекетова А.А.

Тверская государственная медицинская академия

Целью работы было выявить особенности вегетативной регуляции у детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции.

Было обследовано 96 дошкольников в возрасте 5–7 лет: 38 детей, инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ), состоящих на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере и получающих химиопрофилактику (основная группа); 26 детей (группа сравнения) – больные туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов на этапе стационарного лечения и 32 здоровых дошкольника с нормальным течением поствакцинального процесса – группа контроля. Состояние вегетативной регуляции оценивалось по данным исследования вариабельности ритма сердца методом ВНС-спектрографии.

Было установлено, что уровень симпатической активности – показатель низкочастотных колебаний спектра (LF) – у детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции был достоверно выше на 55,6% в сравнении с данными, полученными в группе больных детей. Одновременно, показатели высокочастотных колебаний спектра (HF) и вариационного размаха в кардиоинтервалограмме (BP), характеризующие парасимпатическую активность, у детей основной группы были достоверно выше на 53,3 и 43,6% соответственно по отношению к данным группы сравнения. Выявленная закономерность прослеживалась и в значениях интегральных параметров – коэффициента вариабельности ритма (CV) и общей мощности спектра (TP), которые у детей, инфицированных МБТ, были больше в 1,5 и 2,2 раза соответственно, чем у больных туберкулезом. Достоверных различий по показателям вариабельности ритма сердца у детей основной и контрольной групп получено не было.

Таким образом, у детей дошкольного возраста в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции состояние вегетативной регуляции идентично здоровым детям, а у больных туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, в сравнении с инфицированными МБТ, существенно снижен уровень симпато-адреналовой активности, что обусловлено истощением компенсаторно-приспособительных механизмов вегетативной нервной системы.

Клиническая характеристика раннего периода первичной туберкулезной инфекции у детей дошкольного возраста

Бекетова А.А.

Тверская государственная медицинская академия

Целью работы было выявить клинические особенности течения раннего периода первичной туберкулезной инфекции у детей дошкольного возраста.

Клинико-anamnestическим методом было обследовано 38 детей в возрасте 5–7 лет, наблюдающихся в VI группе диспансерного учета, получающих химиопрофилактику (основная группа). 26 детей, больных туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) на этапе стационарного лечения, составили группу сравнения. Из обследования были исключены дети с хроническими очагами инфекций и заболеваниями, протекающими с симптомами интоксикации, а также реконвалесценты острых заболеваний.

По общему количеству жалоб различий между группами получено не было. Однако у детей основной группы достоверно чаще встречались нарушенный сон (на 20,3%), эмоциональная лабильность (на 38,9%), раздражительность (на 44%), обидчивость (на 22,9%), двигательная расторможенность (на 23,1%), рассеянность и невнимательность (на 70,1%). В то же время у больных туберкулезом ВГЛУ чаще отмечались повышенная утомляемость и общая слабость (на 32,0 и 24,3% соответственно). Подъемы температуры тела до субфебрильных цифр имели место только у детей, больных туберкулезом (11,5%). Снижение аппетита встречалось примерно с одинаковой частотой как в основной, так и в группе сравнения (у 15,8 и 19,2% соответственно). У детей основной группы чаще на 44,2% отмечалась общая потливость и на 25,9% чаще дистальный гипергидроз. Почти у половины больных туберкулезом ВГЛУ имело место недостаточное развитие подкожного жирового слоя и яркий красный дермографизм, в то же время у детей основной группы данные проявления встречались реже на 21,0 и 22,5% соответственно. В обеих группах одинаково часто определялись множественные лимфатические узлы (у 92,1% детей основной группы и 100% детей группы сравнения) и гипертрофия небных миндалин I и II степени (100% – в каждой группе).

Таким образом, у дошкольников в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции преобладали симптомы психовегетативной направленности, а у больных туберкулезом ВГЛУ – проявления хронической интоксикации. Следует отметить, что в обеих группах одинаково часто имели место внешние признаки дисфункции вегетативной нервной системы и лимфопролиферативный синдром.

Клинические особенности рота- и норовирусной инфекции у детей

Белан Ю.Б.¹, Полянская Н.А.¹,
Логиновских Н.В.², Павлова Н.Н.²

¹Омская государственная медицинская академия;

²Центр гигиены и эпидемиологии в Омской Области, Омск

Работа проведена на базе детского инфекционного стационара МУЗ ОГКБ №1 им. А.Н.Кабанова. Под наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 1 мес до 6 лет. У 82,5% диагностирована ротавирусная инфекция, у 17,5% норовирусная инфекция. Клинический диагноз был подтвержден с помощью полимеразной цепной реакцией для обнаружения РНК норовирусов первого и второго генотипов, методом ИФА выделен антиген ротавируса в фекалиях, а также бактериологическим исследованием кала

на кишечную группу и условно-патогенных микроорганизмов. Всем больным были выполнены общеклинические анализы.

Во всех случаях заболевание начиналось остро и протекало преимущественно в среднетяжелой форме, что определялось интоксикационным, диспепсическим и диарейным синдромами. При ротавирусной инфекции повышение температуры тела до фебрильных цифр регистрировалось с первых дней заболевания у 61% больных, и сохранялось в течение 3–5 дней, при норовирусной инфекции у 57% пациентов, достигала субфебрильных цифр (макс. – 37,9°C) и держалась в течение 1–2 дней. У детей с ротавирусным гастроэнтеритом повторная рвота с частотой 5–10 раз регистрировалась у 42,3%. Водянистая диарея развивалась одновременно с появлением рвоты или на следующий день у 81%. Частота стула у обследованных детей колебалась от 3–4 раз в сутки (9,3%) до 10–15 раз (24,7%). Нормализация стула регистрировалась на 7–8-е сутки от начала заболевания. При норовирусной инфекции эпизоды рвоты не превышали 2–8 раз у 85,7%. Частота стула у всех детей колебалась от 1–2 раз до 5–6 в сутки. Характер стула в начале заболевания был водянистым без патологических примесей, к 4–5-м суткам имел консистенцию кашицеобразного. С самого начала болезни для всех больных характерными являлись метеоризм и урчание по ходу кишечника. Изменения в общем анализе крови были неспецифическими, характеризовались умеренным лейкоцитозом с нейтрофилизмом. При копроцитологическом исследовании у всех больных определялся синдром недостаточности переваривания в тонкой кишке.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о более легком течении норовирусной инфекции в сравнении с ротавирусной.

Современные подходы к совершенствованию системы диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами

Беляева В.В., Кравченко А.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;

Специализированная научно-исследовательская лаборатория эпидемиологии и профилактики СПИД

Медицинская помощь пациентам, страдающим ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами, оказывается в режиме диспансерного наблюдения. Совершенствование системы диспансерного наблюдения представляет собой важную задачу. Для ее выполнения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008 году было проведено обучение врачей различных специальностей на семинарах «Проведение терапии больных сочетанной патологией ВИЧ-инфекция и хронические вирусные гепатиты». Для изучения вопроса о причинах, которые, по мнению врачей, приводят к недостаточному охвату пациентов с сочетанной патологией ВИЧ-

инфекция и хронические вирусные гепатиты, во время семинаров было проведено анкетирование участников.

Пациенты и методы. Было проанкетировано 190 врачей различных специальностей, принимающих участие в 8 семинарах. Вопрос о причинах был сформулирован в виде незаконченного предложения: «Опишите, какие, по Вашему мнению, причины приводят к недостаточному охвату диспансерным наблюдением пациентов с ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами».

Результаты и их обсуждение. По мнению участников семинаров, основная причина, приводящая к недостаточному охвату пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами, диспансерным наблюдением, связана с нежеланием пациента (48%). Нежелание пациента соблюдать режим диспансерного наблюдения опрошенные, исходя из собственного профессионального опыта, объясняли хорошим самочувствием, нежеланием посещать ЛПУ без необходимости, занятостью, неверием в эффективность лечения.

На втором месте, по мнению участников семинара, находятся такие особенности поведения пациентов, как употребление наркотиков и алкоголя (17%).

На третье место врачи поставили недостаточную информированность пациентов о возможностях, которые предоставляет своевременное и полное диспансерное наблюдение (15%).

Четвертое место заняли такие причины, как страх нарушения конфиденциальности, неадекватная оценка своего состояния и отсутствие мотивации (7%).

Полученные данные показывают, что врачи, вовлеченные в процесс оказания медицинской помощи пациентам, страдающим ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами, основную причину недостаточного охвата диспансерным наблюдением этих больных видят преимущественно в пациенте. Однако, по-видимому, не только особенности пациентов, но и особенности самой системы оказания им медицинской помощи имеют большое значение.

Система центров профилактики и борьбы со СПИДом была создана для осуществления контроля за развитием эпидемии ВИЧ-инфекции. Не имея лекарств и развитой психосоциальной службы, система центров СПИД в течение длительного времени была недостаточно привлекательной для инфицированных людей, их родственников или партнеров. На современном этапе первоочередной задачей является привлечение и удержание пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в режиме диспансерного наблюдения за этими заболеваниями. Решение этой задачи позволит проводить своевременное и эффективное лечение этих заболеваний, обеспечить профилактику передачи возбудителей.

Выводы. Под привлекательностью службы понимается способность службы к привлечению пациентов и удержанию их в контакте в течение времени, необходимого и достаточного для достижения измеримого терапевтического эффекта. В случае ВИЧ-инфекции удержание пациента в рамках диспансерного наблюдения должно стать пожизненным. Реализация современных стратегий привлечения и удержания пациентов основывается на пациент-центрированном подходе и технологии консультирования.

Принципы дифференциальной диагностики псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза у детей

Бехтерева М.К., Иванова В.В.,
Пуринь В.И., Панова Т.Ф.*

*НИИ детских инфекций, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая
медицинская академия;*

**Детская клиническая больница, Санкт-Петербург*

Иерсиниозы (ИИ) – это группа заболеваний, вызываемых *Y. pseudotuberculosis* и патогенными *Y. enterocolitica*. Дифференциальный диагноз ИИ зависит от периода и клинической формы заболевания. В начальный период ИИ дифференцируют с гриппом, менингитом, лептоспирозом, брюшным тифом. В эти же сроки развивается мезаденит, терминальный илеит, аппендицит, которые требуют наблюдения хирурга и нередко оперативного лечения. В разгар заболевания круг диагностического поиска включает респираторные и кишечные инфекции, гепатиты, корь, краснуху, герпес-, энтеро- и парвовирусную, стрептококковую инфекции, заканчивая геморрагическими лихорадками, бруцеллезом, лейшманиозом, токсокарозом и трихинеллезом. Нередко ведущей может быть клиника осложнений, это: инфекционно-токсический шок в 9%, острая почечная недостаточность – 6%, миокардиодистрофия – 25%, пневмония – 24%, панкреатит – 15%. Кроме того, не следует забывать о возможности летальных исходов при иерсиниозах, которые были описаны в отечественной литературе в 50–60-х годах XX века. Нам пришлось наблюдать пациента, страдающего легкой формой гемофилии А, госпитализированного в 1-е сутки болезни с клиникой желудочно-кишечного кровотечения, осложнившегося геморрагическим и инфекционно-токсическим шоком, летальный исход наступил при нарастающих явлениях полиорганной недостаточности. При аутопсии в лимфатических узлах брыжейки выявлен реактивный гистиоцитоз с некрозами, формированием микроабсцессов, гиперплазия герминативных центров фолликулов, в центре которых множество мелких густых скоплений нейтрофильных лейкоцитов, большая часть которых подверглась пикнозу и рексису что соответствовало описанию морфологических изменений при иерсиниозах. Наибольшие сложности отмечаются при негладком течении ИИ, так как клиника, расцененная как ИИ, может быть маской ревматизма, туберкулеза, системного васкулита, ЮХА, лейкоза, кроме этого, ИИ может быть триггером системных или злокачественных заболеваний. Так мы наблюдали исход генерализованного кишечного иерсиниоза ОЗ в инфекция-ассоциированный гемофагоцитарный у 16-летнего пациента, который был заподозрен через 2 мес от установления диагноза иерсиниоза. Таким образом, дифференциальная диагностика ИИ остается сложной и многоступенчатой, особенно при негладком течении заболевания, задачей клинициста является своевременное распознавание редких нозологических форм и жизнеугрожающих состояний.

Влияние различных методов лечения на тиолдисульфидное звено антиоксидантной системы у больных рожей

Билалова С.К.

Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала

Существующие методы лечения больных рожей недостаточно эффективны и требуют углубленного изучения отдельных механизмов патогенеза рожи с целью совершенствования терапии. Известно, что значительную роль в поддержании гомеостаза играет сложная многокомпонентная антиоксидантная система (АОС), ферментное и неферментное звенья которой обеспечивают обезвреживание свободных радикалов (СР). Нами было изучено влияние различных методов лечения на функциональное состояние тиолдисульфидного звена (ТДЗ) АОС у 168 больных рожей. Все наблюдаемые нами больные методом случайной выборки были разделены на две группы – контрольную, получающую традиционное лечение – антибиотики, неспецифические противовоспалительные и десенсибилизирующие препараты, физиотерапевтическое лечение (89 больных) и основную (79 больных), которая на фоне традиционной терапии получала новый отечественный антиоксидантный препарат тамерит. Функциональное состояние ТДЗ АОС на фоне различных методов лечения определяли по содержанию сульфгидрильных (SH-) и дисульфидных (SS-) групп в гемолизате крови методом прямого и обратного амперометрического титрования (Соколовский В.В. с соавт., 1996). Анализ результатов исследования ТДЗ АОС показал, что содержание SH-групп в гемолизате крови больных рожей, получающих традиционную терапию достоверно ниже, а SS-групп достоверно выше, чем в основной группе ($4,7 \pm 0,1$ и $5,0 \pm 0,1$ мкмоль/л, $p < 0,001$, соответственно; $3,9 \pm 0,1$ и $3,3 \pm 0,1$ мкмоль/л, $p < 0,001$, соответственно). С целью определения буферной емкости АОС нами вычислялся после лечения тиолдисульфидный коэффициент (ТДК). Сравнивая соотношения ТДК в основной и контрольной группах, можно отметить наличие достоверной разницы между этими показателями, при этом у больных основной группы, получавших в комплексной терапии тамерит, отмечалось более выраженное увеличение ТДК, нежели у больных контрольной группы ($1,5 \pm 0,1$ и $1,2 \pm 0,04$, $p < 0,001$, соответственно). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости включения в комплексную терапию больных рожей препаратов, обладающих антиоксидантным действием. Включение тамерита в комплексную терапию больных рожей способствовало нормализации показателей ТДЗ АОС (содержание SH-групп, SS-групп и ТДК).

Эволюция клиники брюшного тифа в г. Краснодаре

Блажняя Л.П., Городин В.Н., Беляк Г.М.,
Арапов Ю.П., Метакса Г.Ю., Арапова Д.Ю.

Специализированная клиническая инфекционная
больница;
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар

Несмотря на спорадическую заболеваемость брюшным тифом и стабилизацию ее в последние годы на низком уровне, актуальность ранней диагностики этого заболевания очевидна.

Цель работы – сопоставление клинических симптомов брюшного тифа у госпитализированных больных в г. Краснодаре за последние 50 лет: в период 1954–1958 гг. (1-я группа больных) и 1997–2008 годы (2-я группа больных). Диагноз заболевания верифицирован клинически, серологически и бактериологически.

Выявлен рост числа ошибочных диагнозов на догоспитальном этапе (70,3 и 90,94% соответственно). Кроме того, во 2-й группе больных в 2,3 раза чаще наблюдалось легкое течение заболевания (4,2 и 9,1%) и в 1,5 раза чаще, чем в 1-й группе – тяжелое течение (24,1 и 36,4%). В последние десятилетия почти у половины больных ранний период заболевания стал короче (6,9 и 45,5%). У большинства больных заболевание начиналось остро (39,8 и 72,7%) с ознобом, диареей у каждого третьего больного, симптомами катара верхних дыхательных путей (8 и 54,5% соответственно). Однако, другие клинические признаки брюшного тифа: гепатолиенальный синдром, экзантема, тифозный язык встречаются с таким же постоянством, как и прежде. Рецидивы заболевания во 2-й группе наблюдались реже (22 и 9,1%), но осложнения брюшного тифа в виде кишечного кровотечения и перфорации кишки сохраняются (6,2 и 18,2%). В 1-й группе больных брюшным тифом летальность составляла 1%, во 2-й группе летальных исходов не было.

Таким образом, особенности клиники современного течения брюшного тифа и его спорадическая заболеваемость приводят к отсутствию настороженности врачей к этому заболеванию и росту числа ошибочных диагнозов.

Микробиоценоз кишечника у больных хроническим бруцеллезом

Богачева О.Н., Соболева Л.А., Шульдяков А.А.

Саратовский государственный медицинский университет

Развитие патологического процесса при хроническом бруцеллезе характеризуется полиорганным поражением с вовлечением костно-суставной, нервной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта, половых желез. Важно отметить, что в процессе лечения больные бруцеллезом принимают медикаменты различных фармакологических групп пролонгированными курсами, включая антибактериальные средства широкого спектра действия, нестеро-

идные противовоспалительные препараты. К настоящему времени не вызывает сомнений, что состояние полного здоровья подразумевает, в том числе, равновесие микрофлоры кишечника, которая является одним из важнейших компонентов гомеостаза организма человека, обеспечивающих его стабильное функционирование. Вместе с тем, исследований частоты встречаемости и характера сдвигов микрофлоры кишечника у больных хроническим бруцеллезом не проводилось.

Для определения микробиоценоза кишечника осуществлено обследование по стандартной методике 40 больных с активной и неактивной формами хронического бруцеллеза. Контрольную группу составили 20 добровольцев (здоровые лица).

При оценке полученных результаты показано, что при хроническом бруцеллезе развитие заболевания сопровождается нарушениями микробиоценоза кишечника, при этом имеются значительные изменения по качественно-количественному составу микрофлоры кишечника, особенно выраженные среди пациентов с активными формами на фоне приема антибактериальных средств. На фоне дисбиотических сдвигов, обусловленных как собственно заболеванием, так и приемом лекарственных средств, отмечаются нарушения стула и другие диспепсические нарушения. Таким образом, дисбактериоз кишечника является одной из важных составляющих в цепи патологических сдвигов при данном заболевании, что необходимо учитывать при назначении лечения данной категории больных.

Эффективность использования пробиотика «Энтерол» в комплексной терапии кишечных инфекций у детей первого года жизни

Богвилене Я.А., Мартынова Г.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, характеризуются высокой частотой развития постинфекционных нарушений, особенно у детей раннего возраста. Однако вопросы рациональной этиотропной терапии по-прежнему волнуют врачей педиатров и инфекционистов. Традиционное использование с этой целью антибиотиков и химиопрепаратов не всегда достигает желаемого эффекта, что является основанием для применения альтернативных средств терапии, в частности пробиотиков, среди которых большого внимания заслуживает пробиотик из группы самоэлиминирующихся антагонистов «Энтерол», который представляет собой живые биотерапевтические агенты – непатогенные дрожжи сахаромикеты буларди.

Под нашим наблюдением находилось 63 больных ОКИ в возрасте от 3 мес до 1 года, находившихся на лечении в детском инфекционном отделении МУЗ ГKB №20 им. И.С.Берзона г. Красноярск. Среди госпитализированных детей преобладала среднетяжелая форма заболева-

ния (61,9%), легкая форма зарегистрирована у 38,1% больных. Этиологическая расшифровка диагноза имела место в 71,5% случаев. Среди расшифрованных заболеваний преобладал клебсиеллез – 47,6%. Кишечные инфекции неустановленной этиологии имели место у 28,5% человек.

Дети поступали в стационар, как правило, на 1–2-е сутки от начала болезни. У всех больных заболевание началось остро с повышения температуры до 37,5–38,5°C (76%), до 39,5°C и выше (24%) и жидкого стула с частотой до 5–6 раз (25,4%), до 10–12 (57,1%) и более (17,5%) раз в сутки. В 80% случаев наблюдалась однократная или повторная рвота, у 71,5% – имела место болезненность при пальпации живота. Более чем у половины больных (52,3%) отмечались явления метеоризма (урчание, вздутие живота). У 46% больных стул носил энтеритный характер, у 54% – в испражнениях присутствовали патологические примеси в виде слизи и зелени.

Все больные были распределены на две группы: дети основной группы (31 человек) в качестве этиотропной терапии получали пробиотик «Энтерол» per os по 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней, а 32 человека контрольной группы – традиционную антибактериальную терапию. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, срокам поступления в стационар, этиологии и тяжести кишечной инфекции.

Клинический мониторинг за детьми проводился ежедневно с момента поступления ребенка в стационар и до его выписки. При оценке эффективности терапии учитывались сроки улучшения общего состояния, купирования симптомов интоксикации, продолжительность рвоты, нормализации характера и частоты стула, длительность пребывания в стационаре. Сравнительный анализ клинического течения заболевания показал, что у больных, получавших в качестве этиотропной терапии пробиотик «Энтерол», отмечалось более быстрое улучшение состояния, восстановление аппетита, исчезновение симптомов интоксикации, купирование рвоты и диареи. Уже к третьему дню от начала терапии у 80,6% больных полностью исчезли симптомы интоксикации, тогда как у больных, получавших антибиотики – лишь у 56,3%. Купирование рвоты на 2-й день лечения произошло у всех больных основной группы, в то время как в группе сравнения – лишь в 46,9% случаев. Продолжительность диарейного синдрома и явлений метеоризма также существенно сокращалась при лечении больных данным препаратом. К 5-му дню от начала терапии у всех больных, получавших «Энтерол», отмечалась полная нормализация частоты и характера стула, а явления метеоризма у большинства (64,5%) были купированы уже на вторые сутки. Напротив, при лечении антибиотиками полная нормализация стула в эти же сроки имела место лишь у 62,5% больных, явления метеоризма сохранялись до пятого дня лечения. Таким образом, включение в комплексную терапию больных легкими и среднетяжелыми формами кишечных инфекций пробиотика «Энтерол», способствует сокращению продолжительности симптомов инфекционного токсикоза и диарейного синдрома, сокращает среднюю продолжительность заболевания, что позволяет рекомендовать его для широкого использования в клинической практике.

Управление стафилококковой персистенцией в ЖКТ при помощи пищевого фактора

Богданова Е.А., Несвижский Ю.В.,
Королев А.А., Брюхова М.В.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Повышение концентрации *Staphylococcus aureus* в ЖКТ способствует развитию патологических процессов, и поиск путей подавления избыточного роста стафилококков является актуальной проблемой современной медицины. Известно, что состав питательной среды является лимитирующим фактором при культивировании микробов. В связи с вышесказанным представляется интересным изучение возможности управления персистенцией *S. aureus* в ЖКТ при помощи пищи.

Исследование выполнено на 65 крысах линии Вистар. Животных разделили на три группы: №1 (25 крыс) получала базовый пищевой рацион, №2 (10 крыс) – базовый пищевой рацион с добавлением растительной клетчатки, №3 (10 крыс) – полусинтетический казеиновый рацион (ПСКР), №4 – ПСКР с повышенной в 2 раза концентрацией кальция, №5 – ПСКР без кальция. Продолжительность содержания животных на указанных рационах составляла не менее 2 недель. Выделяли *S. aureus* из пристеночного муцина биоптатов тощей, подвздошной, слепой кишки и фекалий.

Частота встречаемости *S. aureus* в ЖКТ и тип колонизации существенно варьировали в зависимости от исследуемой группы. Так в группе №1 стафилококки были выявлены у 65% крыс, в группе №3 – в 100% случаев, в группе №4 – в 80% случаев, а в группе №5 – всего в 10% случаев. В группе №2 стафилококки не обнаруживались. Исследуемые пищевые рационы способствовали колонизации преимущественно фекалий, либо совместной колонизации фекалий и пристеночной области. Изолированного заселения пристеночного муцина кишки не наблюдалось.

Таким образом, оказалось возможным управление персистенцией *S. aureus* в ЖКТ крыс при помощи пищевого рациона. Было обнаружено, что одни рационы (группы №1, №3 и №4) потенцируют, а другие (группы №2 и №5) препятствуют ее реализации. Подбор определенного состава пищи позволяет элиминировать стафилококков из ЖКТ без применения антибактериальных средств.

Создание экспериментальной модели синдрома избыточного микробного роста в тонкой кишке

Богданова Е.А., Несвижский Ю.В.,
Королев А.А., Зверев В.В.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Избыточный рост индигенных микроорганизмов в не типичном для них биотопе тонкой кишки вызывает целый ряд патологических состояний. Для поиска методов борь-

бы с этой патологией необходима модель, создание которой явилось целью настоящей работы.

Исследование выполнено на 35 крысах линии Вистар. Животные были разделены на две группы: контрольная (25 крыс) получала базовый пищевой рацион, экспериментальная (10 крыс) – полусинтетический казеиновый рацион. Продолжительность содержания животных на указанных рационах составляла не менее 2 нед. Исследовали микробный состав пристеночного муцина биоптатов тощей и подвздошной кишки.

В результате работы установлено, что в контрольной группе частота встречаемости индигенной микрофлоры в тонкой кишке была невысокой и составляла 5,9–35,3%. Применение полусинтетического казеинового рациона приводило к увеличению частоты встречаемости в тощей кишке лактобактерий (в 2,3 раза, $p < 0,05$) и энтерококков (в 2,0 раза, $p < 0,05$). В подвздошной кишке экспериментальной группы, по сравнению с контролем, чаще встречались бифидобактерии (в 3,2 раза, $p < 0,01$), эшерихии (в 2,9 раза, $p < 0,05$) и лактобактерии (в 2,2 раза, $p < 0,05$). Концентрация исследуемых микроорганизмов в пристеночном муцине тонкой кишки практически не зависела от состава пищевого рациона за исключением эшерихий, количество которых у экспериментальной группы было в 1,4 раза выше, чем в контроле ($p < 0,05$).

Таким образом, нам удалось вызвать у крыс развитие синдрома избыточного роста в тощей и подвздошной кишке, используя пищевой рацион.

Эволюция клинического диагноза инфекционных болезней

Богомолов Б.П.

Центральная клиническая больница с поликлиникой
Управления делами Президента РФ, Москва

Поиск критериев установления клинического диагноза (КД) инфекционных болезней (ИБ), их рациональной классификации и номенклатуры имеет многовековую историю.

В настоящем сообщении сделана попытка исторического анализа эволюции КД ИБ от Гиппократов до наших дней.

В далеком прошлом ИБ подразделяли на горячечные (лихорадки), высыпные (кожные сыпи). Чумой называли любую болезнь с высокой летальностью. Всякое заболевание кожи с вялым течением, не поддающиеся лечению, называли проказой. Диагноз основывался на сугубо внешних проявлениях болезней, описание которых отличалось филигранностью и полнотой, позволившей выдержать многовековую проверку.

Многу условно выделены основные периоды эволюции КД ИБ.

I. Эпоха клиницизма – от истоков до средних веков (роль Авиценны, Сиденхема, Гуффеланда).

II. Инновационное значение отечественной клинической мысли в становлении методологии диагноза болезней человека (Мудров, Захарьин, Боткин, Остроумов, Филатов).

III. Эра выдающихся микробиологических открытий (Пастер, Кох, Ивановский), обусловивших переход от синдромального к нозологическому диагнозу ИБ.

IV. Клинико-эпидемиологическое обоснование диагноза ИБ.

V. Разработка учения об этапности клинического диагноза ИБ, открывшего путь к рациональной оценке клиники отдельных нозоформ и адекватному лечению инфекционного больного на различных стадиях заболевания

VI. Современная методология диагноза ИБ, основанная на выяснении этиологии болезни, особенностях ее иммунопатогенеза определяющего многообразие клинических форм. Трудности практической реализации высокочувствительных лабораторных методов индикации антигенов возбудителей и специфических антител. Диагностика смешанных инфекций, нозокомиальных, медленных, новых и возвращающихся ИБ.

Эндогенная анаэробная инфекция

Богомолов Б.П., Ефимов Л.Л., Девяткин А.В., Митюшина С.А., Ткачева И.В., Рачкова Е.Б.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Анаэробная инфекция (АИ) – тяжелое и опасное для жизни стремительно развивающееся заболевание. АИ возникает обычно при открытых повреждениях (ранениях), хирургических вмешательствах, инъекциях.

В доступной литературе мы не встретили работ по АИ эндогенного генеза. Основой настоящего сообщения являются два клинико-анатомических наблюдения АИ, развившейся на фоне острых кишечных инфекций (ОКИ) у больных с отягощенным преморбидом.

1. У больной 75 лет, с тяжелой пищевой токсикоинфекцией (ПТИ).

Во время настоящего заболевания в области ушиба спины и левой лопатки, произошедшего при падении дома, через час после госпитализации выросли симптомы интоксикации, появился отек синюшно-багрового цвета, стремительно распространившийся на верхнюю часть груди, спины, шею и лицо; появились пузыри. При пальпации участков поражения определялась крепитация. К концу вторых суток больная скончалась. При клиническом и патологоанатомическом исследовании диагностирована молниеносная форма АИ.

2. У больного 69 лет, с сальмонеллезом группы В тифи-муриум средней тяжести.

На четвертый день болезни возникла острая боль в области правого бедра, не стихающая после введения анальгетиков. Через 8 ч боль стала распирающей, появились синюшно-багровая окраска и отек кожи всей правой ноги. При пальпации определялась крепитация. Развился ИТШ. Клинически и патологоанатомически установлен диагноз АИ.

В обоих случаях документирована АИ. В пораженных участках тканей обнаружены крупные, грамположительные спорообразующие палочки (анаэробы).

В первом случае АИ развилась на фоне хронического лимфолейкоза и сахарного диабета. Во втором случае

сальмонеллезу предшествовала потеря массы тела (20 кг) при целенаправленном ограничении питания с целью похудения. Источником инфицирования явился пораженный воспалением кишечник.

Разработка и апробация отечественной тест-системы для определения лекарственной устойчивости ВИЧ к АРВ препаратам

Богословская Е.В., Волошина П.В., Мызникова А.И., Куевда Д.А., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Определение мутаций устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам является важной практической задачей, необходимой для подбора оптимальной схемы терапии. Для этих целей в ЦНИИЭ была разработана тест-система «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Eph», основанная на принципе секвенирования последовательности ВИЧ. В рамках разработанной тест-системы анализируется цельный ген протеазы и фрагмент гена ревертазы (с 30-265 кодон). Аналитическая чувствительность «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Eph» составляет 1000 Г.Э./мл. Конечный этап анализа полученных нуклеотидных последовательностей осуществляется с помощью программы для определения лекарственной устойчивости ВИЧ (<http://hivdb.stanford.edu>). В 2008 г. проведено усовершенствование тест-системы в соответствие с требованиями ВОЗ о необходимости чтения генома вируса по двум цепям.

В России на сегодняшний день для выявления мутаций устойчивости ВИЧ-1 к АРВ-препаратам кроме тест-системы «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Eph» зарегистрирована тест-система «Viroseq HIV Genotyping System». Эффективность тест-системы «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Eph» была сравнена с тест-системой «Viroseq HIV Genotyping System» на 101 образце плазмы крови ВИЧ-инфицированных пациентов из 6 регионов России. Для тест-системы «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Eph» ампликон был получен в 93% образцов, «Viroseq HIV Genotyping System» – 85% образцов. Результаты анализа 86 образцов, для которых ампликон был получен в обеих тест-системах, показал, полностью совпали для 81-го образца. В 2 образцах результаты полностью совпали после повторной постановки, в двух образцах системой Viroseq была выявлена мутация полиморфизма G333DE, не анализируемая системой АмплиСенс в соответствие с ее дизайном, в одном образце обеими системами была выявлена мутация T74S, которая в программе ViroSeq была расценена как неизвестная, а в рекомендованной для интерпретации результатов системы АмплиСенс базе данных Стэнфордского университета – как мутация устойчивости к нельфинавиру.

Таким образом, чувствительность тест-системы «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Eph» сравнима с импортным аналогом. Тест-система «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Eph» успешно прошла государственные испытания в ГИСК им. Л.А.Тарасевича.

Характеристика отдельных показателей гемостаза у пациентов с вирусиндуцированными циррозами печени

Богушевич С.А., Чуйкова К.И.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Целью исследования явилось изучение состояния свертывающей системы крови у пациентов с циррозом печени (ЦП) при вирусных гепатитах В и С. Под наблюдением находилась группа больных с ЦП в стадии субкомпенсации (50 человек), проходивших клиническое обследование и лечение на базе инфекционного отделения г/б №3 г. Томска в 2006–2008 гг. Возраст пациентов в группе составлял от 29 до 65 лет. У всех больных выявляли жалобы, выясняли подробный эпидемиологический анамнез, проводили клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее общеклинические методы исследования и развернутую коагулограмму. Диагноз вирусного ЦП был подтвержден обнаружением маркеров вирусов и выявлением ДНК и РНК вирусов в ПЦР. В 36% случаев вирусный ЦП был вызван вирусом гепатита С, в 30% – вирусом гепатита В. Микстинфекция HCV+HBV была выявлена в 34%. Из 50 больных у 25 – цирроз печени носил смешанный характер (алкогольный и вирусный), а у 25 – был индуцирован исключительно вирусами гепатита В, С и D. У всех пациентов была выполнена развернутая коагулограмма, включающая в себя исследование показателей фибринолитической, антикоагулянтной систем, коагуляционного и тромбоцитарного гемостаза. Отмечено снижение ПТИ у 76% пациентов, удлинение АЧТВ – у 72%, хотя общий фибриноген у большинства оставался в норме (64%). Выявлен дефицит физиологических антикоагулянтов: снижение активности протеина С у 72% и антитромбина-III у 42% пациентов. У 35% больных зафиксировано повышение РФМК в ортофенолтролиновом тесте. У 62% пациентов отмечалось избыточное количество фактора Виллебранда. В фибринолитической системе нарушения отмечались у 72% больных в виде снижения плазминогена. Интересен тот факт, что у пациентов с ЦП смешанной этиологии уровень ПТИ, антитромбина-III, РФМК и плазминогена был выше, чем у пациентов с вирусным циррозом, тогда как уровень протеина С – значительно ниже. В целом, у больных с ЦП при дефиците естественных антикоагулянтов отмечается повышение маркеров свертывающей системы крови, а также усиленная способность тромбоцитов к агрегации. Такая разнонаправленность прокоагуляционных тестов и паракоагуляционных тестов является лабораторными признаками коагулопатии потребления.

Критерии диагностики герпесвирусных инфекций у детей

Боковой А.Г., Таратина М.Э.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Обследовано 258 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с герпесвирусными инфекциями (ГВИ), вызванных герпесвирусами человека (ВГЧ) 1 и 2 типов – 22 ребенка, ВГЧ-3 – 12, ВГЧ-4 – 108, ВГЧ-5 – 28, ВГЧ-6 – 29, ВГЧ-4+ВГЧ-5+ВГЧ-6 – 59. Диагностированы следующие клинические формы ГВИ: герпес лабиалис, герпетические стоматиты, герпес кожи и слизистых, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз – типичные и атипичные формы; респираторные формы ЦМВ-инфекции, фебрильные и экзантематозные формы ГВИ 6-го типа и их сочетания. Из 246 детей только у 96 (39%) была документирована первичная ГВИ, у 150 (61%) – доказана реактивация ГВИ, протекавшая в виде ОРВИ с бронхитом, пневмонией, гепатита, фебрильной формы ГВИ 6-го типа.

Диагностика ГВИ у детей построена на интегральной оценке:

1. Анамнестических данных с оценкой наиболее значимых факторов: возникновение повторной заболеваемости ребенка (частые ОРВИ с субфебрилитетом более 1 нед, ангины, лихорадка неясного генеза) – 80,9% больных; длительная гиперплазия лимфоидной ткани ротоглотки (фарингиты, синуситы, аденоиды, хронический тонзиллит) – 53%; неуточненная и, как правило, незначительная гепатоспленомегалия – 38%; – токсикоаллергические сыпи на антибиотики (чаще – аминопенициллины) и вакцинацию – 25%.

2. Характерных для каждой формы ГВИ клинических данных: герпетический стоматит, вызванный ВГЧ-1,2; полиморфная пятнисто-везикулезная сыпь, вызванная ВГЧ-3; лихорадка, лакунарная ангина, шейный лимфаденит, гепатоспленомегалия, вызванные ВГЧ-4 и т.п. (до 80% больных).

3. Лабораторных данных: выявление в крови атипичных мононуклеаров (70,8%); ПЦР-диагностика в крови, моче и слюне геномов ВГЧ 4, 5 и 6 типа (96,5%); обнаружение в сыворотке крови методом ИФА антител к этим вирусам (76,8%), причем IgM-антитела к ним обнаруживались с частотой в 25,8%, а IgG-антитела – с частотой в 51%. Исследование уровня IgG-антител и их avidности показало, что у 60% обследованных детей их уровень превышал 30 ед. (при норме до 10 ед.), а avidность у половины из них была ниже 80%. Повышенный уровень специфических IgG-антител подтверждают наличие текущей ГВИ у детей.

Иммунологические особенности поражения нервной системы при хроническом Лайм-боррелиозе

Бондаренко А.Л., Ежова О.А.,
Тихомолова Е.Г., Аббасова С.В.

Кировская государственная медицинская академия

Кировская область является высокоактивным очагом Лайм-боррелиоза. Заболевание характеризуется полиморфизмом клинических проявлений.

Целью исследования являлось изучение иммунологических особенностей поражения нервной системы при иксодовых клещевых боррелиозах. В Кировской инфекционной клинической больнице с 2003 по 2007 гг. под нашим наблюдением находилось 44 больных с хроническим нейроборрелиозом в возрасте от 19 до 74 лет (в среднем $44,9 \pm 1,6$ года). Диагноз ставился на основании эпидемиологических и клинических данных (присасывание клещей, возникновение мигрирующей эритемы и неврологической симптоматики) и/или положительных результатов серологических исследований (н-РИФ с корпускулярным антигеном *B.afzelii* Jp-21 в титре 1/40 и выше). Диспансерное наблюдение проводилось в течение 1–5 лет от начала заболевания. У пациентов определялись показатели клеточного и гуморального иммунитета. В контрольную группу вошли 30 здоровых лиц, сопоставимых с исследуемыми по полу и возрасту.

В ходе работы выявлены следующие изменения иммунного статуса больных: увеличение по сравнению со здоровыми СД4+ клеток ($56,4 \pm 0,2\%$ – $47,8 \pm 1,2\%$, $p < 0,001$) и СД20+ клеток ($12,2 \pm 0,5\%$ – $10,2 \pm 0,5\%$, $p < 0,001$), снижение количества СД3+ клеток ($55,0 \pm 0,9\%$ – $61,6 \pm 0,9\%$, $p < 0,001$) и СД8+ клеток ($12,0 \pm 0,5\%$ – $25,9 \pm 0,5\%$, $p < 0,001$). Общий уровень лимфоцитов, как правило, не изменялся. У пациентов с боррелиозной инфекцией по сравнению с группой контроля отмечалось повышение количества IgA ($2,4 \pm 0,15$ г/л – $1,8 \pm 0,1$ г/л, $p < 0,001$) и IgG ($14,9 \pm 0,07$ г/л – $11,5 \pm 0,5$ г/л, $p < 0,01$) на фоне снижения IgM ($0,8 \pm 0,2$ г/л – $1,4 \pm 0,1$ г/л, $p < 0,01$), а также увеличение уровня циркулирующих иммунных комплексов ($65,9 \pm 1,9$ – $41,2 \pm 2,09$, $p < 0,01$). Повышенное количество ЦИК приводит к активизации основных факторов воспаления: генерации лейкотоксических стимулов и стимуляции фагоцитоза. Таким образом, у больных с хроническим нейроборрелиозом происходит активизация иммунных и аутоиммунных механизмов поражения нервной ткани, что приводит к персистенции возбудителя и хронизации инфекционного процесса.

Комбинированная антимикотическая терапия криптококкоза центральной нервной системы у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Бондаренко А.Л., Протасов А.В., Любезнова О.Н.

Кировская государственная медицинская академия;
Больница Красного Креста им. Деджазмач Балчи,
Аддис-Абеба

Целью данного исследования являлась оценка клинической эффективности и переносимости терапии криптококкоза ЦНС у пациентов с ВИЧ-инфекцией при использовании комбинации амфотерицина В с флюконазолом.

В 2003–2007 гг. на базе больницы Российского Красного Креста в г. Аддис-Абеба наблюдалось 114 пациентов с ВИЧ-инфекцией IVB стадии в фазе прогрессирования с криптококкозом ЦНС. Средний возраст пациентов составил $29,9 \pm 0,9$ лет; мужчины – 31,6%. Диагноз криптококковой инфекции ЦНС устанавливался на основании клинических симптомов поражения ЦНС и обнаружения криптококков в спинномозговой жидкости. Диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден с помощью HIV Rapid Tests.

Первая группа – 72 пациента, получали в фазу индукции комбинацию препаратов (амфотерицин В в дозе 0,3–0,5 мг/кг/день внутривенно в течение двух недель и флюконазол в дозе 5,5 мг/кг/день перорально). Вторая (группа сравнения) – 42 пациента, у которых в фазу индукции проводилась монотерапия амфотерицином В (0,3–0,5 мг/кг/сутки ежедневно). В фазу консолидации пациенты обеих групп получали амфотерицин В и флюконазол. При использовании комбинированной терапии достоверно чаще происходит восстановление высших психических функций ($p < 0,05$), исчезает менингеальный синдром ($p < 0,05$) и нормализуется ликворное давление ($p < 0,05$). Разница в частоте развития побочных реакций в период индукционной терапии не являлась достоверной ($p > 0,05$). Однако в период консолидирующей терапии во 2-й группе достоверно чаще, чем в основной группе, наблюдалось увеличение уровня аминотрансфераз ($p < 0,05$) и креатинина ($p < 0,05$). Общая летальность от криптококкоза ЦНС у пациентов с ВИЧ-инфекцией при использовании с первых дней комбинированной терапии амфотерицином В с флюконазолом была достоверно ниже, чем при применении монотерапии амфотерицином В ($9,7 \pm 3,5\%$ и $26,2 \pm 4,6\%$; $p > 0,01$).

Таким образом, при применении комбинированной антимикотической терапии амфотерицином В и флюконазолом в индукционную фазу терапии криптококкоза ЦНС у ВИЧ-позитивных пациентов наблюдается быстрая и выраженная положительная клинико-лабораторная динамика, лучшая переносимость лечения и снижение смертности.

Роль оксида азота в дифференциальной диагностике острых вирусных и токсических поражений печени

Бондаренко И.Н., Стриханов К.С.

Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар

Токсическое воздействие на печень сопровождается гиперпродукцией провоспалительных медиаторов, которые оказывают стимулирующее действие на синтез оксида азота (NO). Целью работы изучить роль NO в дифференциальной диагностике острых вирусных и острых токсических гепатитов. Под наблюдением находилось 19 больных (8 женщин, 11 мужчин), средний возраст $30,26 \pm 2,41$ лет. Об уровне NO судили по содержанию ближайшего метаболита – нитрита в сыворотке крови с помощью реакции Грисса. Контролем служила кровь 40 практически здоровых лиц: средний уровень нитрита составил $8,09 \pm 1,13$ мкмоль/л. Острый вирусный гепатит (ОВГ) В установлен у 12 пациентов. В 2 случаях наблюдали ОВГ С, из которых в одном ОВГ С + острый токсический. В одном случае коинфекция HBV и HDV, суперинфекция ОВГ D – у 1 больного, ОВГ А – в 1 случае. У 8 человек (42,1%) ОВГ протекал на фоне хронического гепатита смешанной этиологии (вирусный + токсический), а в 2 случаях (10,5%) был установлен острый токсический гепатит на фоне хронического (вирусный С + токсический). В 7 случаях токсический компонент носил алкогольную природу, в 3 – сочетание алкогольной и наркотической. В зависимости от степени тяжести больные были разделены на 2 подгруппы: среднетяжелая и тяжелая – в соответствии с общепринятыми клинико-лабораторными критериями. У всех больных отмечалась желтушная форма: среднетяжелое течение – у 12 человек; тяжелое течение – у 7. С учетом наличия или отсутствия токсического поражения печени были выделены еще 2 подгруппы. В подгруппу с токсическим поражением вошли 10 человек (среднетяжелое течение – в 5 случаях, тяжелое – в 5). В подгруппу без токсического поражения вошли 9 человек (среднетяжелое течение – у 7 человек, тяжелое – у 2). Среднее значение уровня нитрита в крови (мкмоль/л) составило: у больных со среднетяжелым течением – $10,26 \pm 2,7$, с тяжелым – $33,08 \pm 12,9$, что статистически не отличалось от контроля. Уровень нитрита в крови у больных с токсическим поражением печени повышался в среднем до $30 \pm 9,18$ мкмоль/л, и был достоверно выше, чем у здоровых и больных без токсического поражения печени ($p < 0,05$), где уровень нитрита составил $6,48 \pm 1,47$. Таким образом, повышение уровня NO свидетельствует о токсическом поражении печени.

Вирусный гепатит у детей и подростков, больных туберкулезом легких, на современном этапе

Борзакова С.Н., Аксенова В.А., Селицкая Р.П.,
Джимшелейшвили Т.В., Михайловская Г.В.,
Чуланов В.П., Рейзис А.Р.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;
НИИ фтизиопульмонологии

Больные туберкулезом относятся к группе высокого риска заболевания вирусными гепатитами. Проблема распространенности вирусных гепатитов среди детей и подростков, больных туберкулезом, на современном этапе остается малоизученной.

Цель исследования: установить частоту выявления маркеров гепатотропных вирусов В, С, G, TTV у пациентов детского туберкулезного стационара.

Пациенты и методы. Обследованы 235 детей в возрасте от 6 мес до 18 лет, больных различными формами туберкулеза и находящихся на стационарном лечении. Определялись в сыворотке крови маркеры вирусных гепатитов: HBsAg, anti-HCV IgM, IgG, ДНК вируса GB, РНК GC, РНК вируса GG, ДНК TTV. Обследованию подвергались все поступившие в отделение (скрининг), повторно обследованы 20% пациентов через 6–12 мес, а также все пациенты при появлении симптомов поражения печени.

Результаты. Маркеры HBV-инфекции найдены у 3 детей (1,7% от числа обследованных): HBsAg, ДНК HBV обнаружены у подростков 15, 17 лет и девочки 4 лет, инфицированной также ВИЧ, TTV, причем вирусная нагрузка по HBV оказалась высокой – более $1,0 \cdot 10^8$ у всех детей, а признаки поражения печени были минимальны – небольшое повышение уровня прямого билирубина. У девочки 13 лет обнаружена только ДНК HBV, HBsAg – отрицательный, что может свидетельствовать о мутантном штамме HBV. Маркеры HCV-инфекции (РНК ВГС и anti-HCV) обнаружены у одного ребенка (0,4%). Маркеры ВGG – у 11 (4,7%), а TTV – у 20 (8,5%). Соотношения с характером и фазой туберкулезного процесса, видом применяемого лечения и длительностью пребывания в стационаре установить не удалось. Повторно в течение 12 мес обследованы 48 детей при появлении симптомов поражения печени – новые маркеры вирусных гепатитов обнаружены не были.

Таким образом, в настоящее время инфицированность вирусами GB и С детей, находящихся в туберкулезном стационаре, невелика. Вирусные гепатиты не являются причиной большинства поражений печени у детей с туберкулезом. Новых случаев вирусных гепатитов за 12 мес пребывания в стационаре не зарегистрировано.

Коррекция нарушения функции иммунной системы в алгоритмах терапии инфекционных болезней

Борисов А.Г., Савченко А.А., Смирнова С.В.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

Рациональные стандарты ведения больных с инфекционными болезнями являются центральным звеном в управлении качеством медицинской помощи. Учитывая, что нарушения функционального состояния иммунной системы одна из основных причин развития заболевания, в лечении пациента обязательна иммуноактивная терапия.

Прежде всего, для формирования правильного диагноза, определения методов лечения и реабилитации больных предлагаем классифицировать иммунные нарушения: 1) по длительности – стойкие и транзиторные; 2) по этиологии – врожденные, индуцированные, спонтанные; 3) по патогенезу – гипореактивные, гиперреактивные, смешанные; 4) по уровню нарушения – клеточно-эффекторные, гуморально-эффекторные, макрофагально-фагоцитарные, регуляторные, комбинированные; 5) по степени тяжести – легкие, среднетяжелые, тяжелые.

С учетом классификационных критериев, индивидуально определяется комплекс лечебных мероприятий.

Кроме устранения патогенного агента (санационные мероприятия, специфическая терапия с учетом чувствительности к антибиотикам, нормализация микрофлоры) и нейтрализации причин иммунных нарушений, проводится разнообразная иммуноактивная терапия, а именно:

- заместительная – специфические сыворотки и иммуноглобулины в т.ч. свежзамороженная плазма, цитокиноterapia (интерфероны, интерлейкины), клеточно-тканевая терапия;
- иммуностимулирующая – бактериальные препараты и их синтетические аналоги, иммунорегуляторные пептиды, вакцины, специфическая иммунотерапия;
- иммуносупрессивная – средства подавляющая иммунный ответ в целом, препараты устраняющая иммунные реакции, лекарственные вещества специфического действие.

Помимо этого нормализуется метаболизм клеток иммунной системы и улучшения состояния межклеточного взаимодействия. Для этого используются препараты, влияющие на энергетические, пластические и утилизационные процессы клетки, а также различные виды детоксикации и мероприятия улучшается реология крови и микроциркуляцию.

Структура и содержание современной эпидемиологии

Брико Н.И.

Московская медицинская академии им. И.М.Сеченова

В медицине, на основе используемых подходов к изучению болезней человека (клинический, морфологический, физиологический, генетический и др.) сформиро-

вались такие медицинские науки, как клиника различных болезней, анатомия, физиология, генетика и т.д. В Древнем Мире зародился, но закрепился в медицине только в XX веке эпидемиологический подход, который сформировал новую специфическую (эпидемиологическую) деятельность. Основная задача его состоит в выявлении и изучении причин объективно существующего сложнейшего процесса – процесса возникновения и распространения болезней. В то же время, ни одной медицинской науке (включая и эпидемиологию) не под силу изучать проявления болезней на всех уровнях организации жизни и, следовательно, ни одна наука не может считать своим предметом весь процесс возникновения и распространения болезни. Эпидемиология изучает популяционный уровень организации патологии и здоровья человека. Предметную область эпидемиологии составляют такие явления (понятия) как заболеваемость, ее исходы (смертность, инвалидизированность), здоровье населения, другие явления, связанные с заболеваемостью и характеризующие здоровье населения. Структура современной эпидемиологии включает общую эпидемиологию (эпидемиологический подход к изучению болезней человека, эпидемиологическая диагностика и эпидемиологические исследования, управление и организация профилактической и противоэпидемической деятельности), эпидемиологию инфекционных болезней (общая и частная) и эпидемиологию неинфекционных болезней (общая и частная). Широкое применение эпидемиологических исследований в клиниках, привело к формированию нового раздела эпидемиологии – клинической эпидемиологии, которая в свою очередь является основой, так называемой научно-доказательной медицины.

Эпидемиология инфекционных и неинфекционных болезней представляют собой два раздела единой науки – эпидемиологии, имеющие общий предмет изучения – заболеваемость (популяционный уровень организации патологии), единый научный метод (эпидемиологический) и общую цель – профилактику заболеваемости. Различия при инфекционной и неинфекционной патологии касаются преимущественно природы патогенов (этиологии). Сегодня актуальным является поиск общих закономерностей эпидемического распространения неинфекционных болезней, т.е. создание теоретической основы этой дисциплины (раздела эпидемиологии). Существует настоятельная необходимость расширения участия эпидемиологов в социально-гигиеническом мониторинге заболеваемости, а также создания специализированных групп, отделов при департаментах охраны здоровья населения, либо в рамках санитарно-эпидемиологической службы.

Дипломная работа, как средство оценки качества подготовки выпускников по эпидемиологии

Брико Н.И., Кирьянова Е.В., Миндлина А.Я., Покровский В.И.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Повышение качества подготовки выпускника медицинских вузов является обязательным условием дальнейшего развития всей области здравоохранения в целом. Итоговые аттестационные испытания предназначены для определения практической и теоретической подготовленности врача. Целью итоговой государственной аттестации является установление уровня подготовки выпускника высшего учебного заведения к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

Итоговая государственная аттестация выпускников в различных вузах проводится как в форме итогового государственного экзамена (собеседование) так и защиты выпускной квалификационной работы. В медицинских вузах защита выпускной квалификационной (дипломной) работы предусмотрено по специальностям «фармация» и «сестринское дело».

По специальности «медико-профилактическое дело» выполнение дипломной работы Государственным образовательным стандартом не предусмотрено.

На сегодняшний день важнейшей задачей подготовки выпускника медико-профилактического факультета по эпидемиологии является приведение обучения в соответствие с меняющейся профессиональной ориентацией специалиста-эпидемиолога. Приоритет сегодня отдается аналитической деятельности, позволяющей определить причины и факторы риска инфекционной и неинфекционной заболеваемости. В связи с этим, по нашему мнению, проведение первого и третьего этапа итоговой государственной аттестации могут быть заменены выполнением дипломной работы. Выполнение дипломной работы имеет преимущества для раскрытия способностей и интересов студентов, чем итоговое собеседование по ситуационным задачам и позволит более эффективно оценить качество подготовки выпускников.

При выполнении дипломной работы наиболее эффективно могут быть оценены как практические умения по проведению эпидемиологических исследований, так и знания студентом вопросов общей и частной эпидемиологии.

Оптимизация преподавания вопросов острых респираторных инфекций у детей

Бриткова Т.А., Лекомцева О.И., Поздеева О.С., Мохова О.Г., Канкасова М.Н., Чуракова А.В., Занкеева А.Г.

Ижевская государственная медицинская академия

На современном этапе в структуре детской инфекционной патологии ведущее место занимают острые респираторные заболевания (90–93%). Отмечается увеличение

частоты данной патологии, склонность к рецидивирующему течению, возрастание роли различных вирусных и бактериальных патогенов, а также имеет большое значение проблема полипрагмазии в педиатрии в рамках лечения ОРЗ у детей. Вопросы острых респираторных инфекций преподаются студентам педиатрического факультета на 5-м и 6-м курсах. При проведении занятий преподаватель должен уделять особое внимание актуализации и мотивации изучения данной тематики. Важно особенно подчеркнуть значимость частых респираторных инфекций для детского организма в плане формирования очагов хронической инфекции в носоглотке, нарушения сроков плановой вакцинации детей раннего возраста, снижения темпов физического и нервно-психического развития. При изучении данного раздела на современном этапе необходимо обратить внимание на большое разнообразие этиологических факторов в микробиологическом аспекте, подчеркнуть роль микст-инфекции в развитии ОРЗ и ориентировать студентов на широкие возможности лабораторной диагностики. Между тем, важным является и рассмотрение вопросов ОРЗ у детей в рамках клинической топической диагностики, а именно, выделив важнейшие клинические синдромы: интоксикационный, катаральный, бронхообструктивный, синдром тонзиллофарингита и др. Преподаватель должен обратить внимание студентов, что, будучи на первом приеме врач-педиатр, прежде всего ориентируется на синдромальную и топическую диагностику ОРЗ. При этом со студентами 6 курса, особенно четко надо разобрать патогномичные клинические синдромы наиболее частых респираторных инфекций у детей с закреплением этого раздела в виде дифференциально-диагностических таблиц и при клиническом разборе больных с различными формами ОРЗ. Преподаватель должен акцентировать внимание на большие возможности этиотропной и патогенетической терапии, специфической и неспецифической профилактики с обязательной демонстрацией современных лекарственных средств и вакцинальных препаратов. Контроль знаний целесообразно проводить путем разбора ситуационных клинических задач.

Эффективность препарата Иммунорикс в схемах реабилитации детей с рецидивирующими респираторными инфекциями

Бриткова Т.А., Петракова И.А., Омелянюк И.В., Завьялова И.В.

*Ижевская государственная медицинская академия;
Городская клиническая больница №7, Ижевск*

Проблема рецидивирующих респираторных инфекций в детской популяции является на сегодня одной из ведущих и полностью нерешенной. По российским данным, доля детей с рецидивирующими респираторными инфекциями не имеет тенденции к снижению и составляет от 15 до 75%. В научно-практической программе Союза педиатров России «Острые респираторные заболевания» важная роль отводится иммунотерапии.

Иммунорикс (пидотимод) – это инновационный иммуномодулирующий препарат пептидной структуры с мультинаправленным действием. По классификации экспертной группы ВОЗ он входит в группу системных иммуномодуляторов. В основу исследования было положено наблюдение за 11 детьми из группы ЧБД в возрасте от 3 до 6 лет, в иммунореабилитации которых использовался препарат Иммунорикс. Иммунорикс был назначен всем наблюдаемым больным в периоде ремиссии по схеме: по 1 флакону 2 раза в день в течение 5 дней, затем по 1 флакону 1 раз в день в течение 10 дней в осенний период времени. Группу сравнения составили 10 детей от 3 до 6 лет, которые использовали с целью сезонной профилактики иммуномодулятор ликопид по схеме: 1 таблетка (1 мг) 1 раз в день 10 дней. Проведенный анализ показал, что среднее количество дней до последующего рецидива в основной группе составило 47,3 дня, в группе сравнения – 35,8 дня. Анализ течения очередного эпизода рецидива респираторной инфекции свидетельствует, что длительность лихорадочного периода в основной группе составила 2,2 дня и, в целом, отмечалась тенденция к отсутствию лихорадки у 37,8 % больных. В группе сравнения длительность лихорадочного периода составила 3,1 дня.

Таким образом, включение в комплекс сезонной профилактики детей с рецидивирующими респираторными инфекциями современного иммуномодулятора препарата Иммунорикс не уступает по эффективности другим иммуномодуляторам и обладает хорошим профилактическим эффектом.

Тропические язвы у российских туристов

Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Кочергин Н.Г.

Инфекционная клиническая больница №1, Москва;
Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

У туристов, посещающих тропические страны, часто развиваются язвы, этиология которых точно не выявлена. Предполагается, что возбудителями тропических язв являются: плесневые грибки *Fusarium sp.*, β-гемолитический стрептококк и золотистый стафилококк. Заражение происходит при проникновении бактерий через поврежденные участки кожи на месте царапин, ссадин, ожогов. При неэффективном лечении язва принимает хроническое течение. Возможно поражение глубоких тканей, с последующим образованием контрактур. Под наблюдением находились двое туристов с хроническими язвами кожи, посетившие Индию и Таиланд. Причинами, провоцирующими образование язв, были в одном случае – ссадина после езды на мотоцикле, в другом – ожоги медузы. Факторами, способствовавшими хронизации язвенного процесса у этих больных, были: длительное нахождение во влажном тропическом климате, задержка в лечении и неэффективность использованных антибиотиков. У больного С. – лечение левомицетином и доксициклином, оказавшееся неэффективным, было начато лишь через 3 мес после образования язв. У больной М., имелось обширное поражение кожи после ожога медузой с последующим возможным загрязне-

нием морскими галофильными бактериями, резистентными к аугментину и левомицетину. Данные наблюдения указывают, что в условиях тропического климата даже незначительное повреждение кожи и задержка в лечении могут вести к развитию хронической язвы, не поддающейся рутинной антибиотикотерапии. Местное применение левомицетина не является эффективным средством для лечения тропических язв. В данных наблюдениях неэффективным также оказалось пероральное применение доксициклина и аугментина. Профилактикой хронизации тропических язв является срочное назначение современных антибиотиков, желательное с предварительным определением чувствительности бактериальной флоры, при необходимости с использованием хирургических методов лечения. Вопросы разработки мер рациональной химиотерапии тропических язв требуют специальных исследований. Туристы, посещающие тропические страны с влажным климатом должны быть информированы о высоком риске развития тропических язв при незначительном повреждении кожи и необходимости срочного обращения в этих случаях за медицинской помощью.

Диарея путешественников у российских туристов, обусловленная кишечными нематодами

Бронштейн А.М., Лучшев В.И., Малышев Н.А.

Российский государственный медицинский университет, Москва;
Инфекционная клиническая больница №1, Москва;
Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Этиология острой диареи обычно обусловлена бактериями, вирусами или простейшими. В ряде случаев острая диарея может также развиваться при гельминтозах, и в частности при кишечных нематодах. Риск развития острой диареи при кишечных нематодах существенно возрастает у туристов в тропических странах, где возможно одновременное инфицирование как гельминтозами, так и бактериями, вирусами и простейшими. В данных наблюдениях приведены случаи диареи путешественников у двух российских туристов, посетивших Индию и Таиланд. У туриста, посетившего Индию, диарея была обусловлена интенсивной инвазией *Strongyloides stercoralis*, а у посетившей Таиланд – *Ancylostoma spp.* Общность клинической симптоматики при диарейном синдроме, обусловленном кишечными гельминтозами, протозоозами и ОКИ, затрудняет диагностику болезни и является причиной диагностических ошибок. В данных случаях на возможность паразитарной этиологии болезни указывало пребывание больных в тропических странах, длительное течение диареи, отсутствие симптомов общей интоксикации, высокая эозинофилия и отсутствие существенного эффекта от назначения фуразолидона, препаратов из группы 5-нитроимидазолов и доксициклина. Паразитологический диагноз был лабораторно подтвержден обнаружением в фекалиях личинок *S.stercoralis* и яиц анкилостомид. Излечение стронгилоидоза было достигнуто путем

назначения ивермектина, а излечение анкилостомидоза – албендазолом. Хотя кишечные нематодозы, в том числе стронгилоидоз и анкилостомидозы, редко являются этиологическим фактором развития острой диареи, эти инвазии следует иметь в виду у туристов, посетивших страны тропического климата. Диагностические ошибки при кишечных гельминтозах обусловлены общностью их клинической симптоматики с ОКИ и многими соматическими заболеваниями органов пищеварения. Результаты лабораторных исследований, при которых яйца гельминтов, личинки или простейшие в фекалиях больного не выявляются, не должны являться основанием для отрицания паразитарной этиологии болезни у туристов, посетивших тропические страны. В этих случаях рекомендуется синдромно-эмпирический подход к химиотерапии.

Изменения нейроэндокринных клеток в лимфоидных органах морских свинок в ответ на введение противотуляремийной вакцины

Бугоркова С.А.¹, Барулина И.С.²,
Щуковская Т.Н.¹, Саяпина Л.В.²

¹Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб», Саратов;

²Государственный институт стандартизации и контроля им. Л.А.Тарасевича, Москва

Верификация клеток нейроэндокринной (APUD) системы в составе иммунокомпетентных органов (тимус, селезенка, лимфатические узлы, костный мозг) позволяет поновому оценить механизмы развития иммунологических реакций. На настоящий момент невыясненными остаются многие стороны структурно-функциональных взаимосвязей элементов APUD-системы и клеток иммунокомпетентных органов при вакцинации живыми вакцинами против ряда особо опасных инфекционных болезней.

Поиск закономерностей в характере изменений лимфоидных органов биомоделей и реакций апудоцитов в них при моделировании противотуляремийного вакцинального процесса предпринят для определения возможности оценки безопасности и эффективности живой вакцины по состоянию клеток APUD-системы.

Были получены количественные параметры, характеризующие нейроэндокринное окружение лимфоидных органов биомоделей, отражающие направленность адаптационно-компенсаторных реакций и иммуногенеза в макроорганизме при моделировании вакцинального процесса, обусловленного введением различных доз культуры штамма *F. tularensis* 15 НИИЭГ.

Выявлены определенные закономерности изменения количества и морфофункционального состояния аргирофильных и аргентаффиновых клеток в регионарных (относительно места введения), отдаленных лимфатических узлах, селезенке и тимусе морских свинок в раннюю фазу иммуногенеза при введении разных доз вакцинного штамма *F. tularensis* 15 НИИЭГ тесно связанные с характером структурно-функциональных изменений в этих органах.

Таким образом, определена перспектива применения количественной характеристики клеток нейроэндокринного окружения лимфоидных органов для совершенствования и оптимизации методов оценки безопасности и эффективности живых вакцин.

Нейтропении у детей раннего возраста, больных острыми водянистыми диареями

Буланова И.А.¹, Титова Л.В.¹, Феклисова Л.В.²

¹Северный государственный медицинский университет, Архангельск;

²Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Цель и задачи исследования: оценить абсолютное содержание нейтрофилов у детей раннего возраста с водянистой диареей в зависимости от этиологии заболевания и препарата, выбранного для лечения.

Пациенты и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 64 ребенка первых трех лет жизни с острой водянистой диареей. У 53 из них (82,8%) установлена ротавирусная, у 5 (7,8%) – норовирусная и у 6 (9,4%) – рота-норовирусная этиология заболевания. У большинства детей (73,3%) заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 26,7% – в тяжелой. В лечении 36,8% детей получали флорин-форте, 18,3% – аципол в капсулах, 30,9% – энтерол и 14,0% – эрцефурил (в связи с невозможностью исключить бактериальную инфекцию). Нейтропенией считали содержание абсолютного количества нейтрофилов (АКН) менее 1500 клеток.

Результаты исследования. Среди больных, с изначально нормальным абсолютным содержанием нейтрофилов при повторном исследовании гемограммы абсолютная нейтропения установлена у 17 (26,6%) детей (15 – с ротавирусной 1 – с норовирусной и 1 с рота-норовирусной инфекцией). АКН колебалось от 210 до 1376 клеток. Чаще всего (41,6%) в периоде ранней реконвалесценции нейтропении наблюдались в группе детей, получавших антибактериальную терапию, АКН составило от 360 до 1376 клеток (в среднем $973,0 \pm 424,0$). На втором месте по числу нейтропений были дети, получавшие терапию ациполом и энтеролом (16,6 и 15,0% соответственно), однако у детей принимавших энтерол среднее число нейтрофилов было значительно ниже, чем у детей, получавших аципол ($599,0 \pm 356,0$ и $1118,0 \pm 390,0$ соответственно). Реже нейтропения встречалась у детей, лечившихся флорином форте (14,7%) и среднее АКН составило $908,0 \pm 360,0$ клеток. Дети с нейтропенией выписывались под наблюдение гематолога по месту жительства.

Таким образом, четкой зависимости развития нейтропений от этиологии установить не удалось, в связи с малочисленностью групп больных. Примерно в 2,5 раза чаще нейтропении регистрировались при лечении антимикробными препаратами. При использовании биопрепаратов, содержащих представителей нормальной микрофлоры кишечника – флорина-форте и аципола нейтропения встречалась реже и была менее выражена.

Эпидемиологическая характеристика природно-очаговых инфекций на территории Астраханской области

Буркин А.В.¹, Углева С.В.¹, Спиренкова А.Е.¹,
Ахмерова Р.Р.¹, Шабалина С.В.²

¹Астраханская государственная медицинская академия;

²Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва

Уникальные климатические особенности Астраханской области обуславливают функционирование на ее территории стойких природных очагов ряда трансмиссивных инфекций, где отмечается возрастание естественной циркуляции возбудителей таких заболеваний, как Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ), лихорадка Западного Нила (ЛЗН), Астраханская риккетсиозная лихорадка (АРЛ).

Мониторинг за возбудителями, источниками и переносчиками, а также за факторами внешней среды позволяет судить о динамике активности очагов, увеличении популяции переносчиков, о степени их инфицированности и об уровне заболеваемости.

КГЛ сохраняет выраженные тенденции к расширению ареала. С 1953 по 2005 гг. заболеваемость КГЛ в Астраханской области носила спорадический характер, и за этот период было зарегистрировано 281 случаев заболевания. Заболеваемость КГЛ начала возрастать в 1991 г. с 1 зарегистрированного случая до 37 – в 2005 г. Заболеваемость КГЛ начинает регистрироваться при индексе обилия клещей рода *Hyalomma* выше 2,0.

Переносчиками вируса ЛЗН являются комары рода *Culex*, которые имеют ведущее эпидемиологическое значение в городах, где комары размножаются круглогодично. В 1991–1996 гг. заболеваемость носила спорадический характер, а с 1997 по 2006 гг. отмечался эпидемический подъем заболеваемости, когда было зарегистрировано 341 случаев ЛЗН. В зону высокого риска заражения входят г. Астрахань и несколько дельтовых районов Астраханской области.

Изучение АРЛ началось с 70-х годов прошлого века, с 1983 г. отмечается рост заболеваемости, возросший за последние 10 лет в 20 раз. За период 2001–2006 гг. зарегистрировано 1162 случая АРЛ: с 13,04 – в 2001 г. до 21,6 – в 2006 г. на 100 тыс. населения. Случаи АРЛ были зарегистрированы в 9 из 11 сельских районов Астраханской области.

Таким образом, совокупное воздействие на окружающую среду многократно активизировавшегося антропогенного фактора в сочетании с климатическими особенностями Астраханской области предопределило четко выраженную тенденцию роста численности переносчиков природно-очаговых болезней и приблизило ареал их распространения к человеку.

Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции в Архангельской области

Бурмагина И.А., Агафонов В.М.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Несмотря на существующие и совершенствующиеся меры специфической профилактики, заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями остается по-прежнему высокой. Снижение регистрации гриппа в Российской Федерации за предыдущие 7 лет связано в том числе с массовой вакцинации населения, масштабы которой возросли в связи с приоритетным национальным проектом в здравоохранении, так, в 2007 г. в стране было привито 38% населения.

Из общего количества больных ОРВИ и гриппом, обратившихся за медицинской помощью, нами была отобрана группа пациентов общей численностью 2376 человек, лечившихся в стационаре в 2001–2008 гг.

Статистика по регистрации гриппа в Архангельской области в целом отражает общероссийскую ситуацию. Так, пик заболеваемости гриппом приходится на 1997 г. – 6439,3 на 100 тысяч населения, а в 2008 г. отмечается снижение этого показателя более чем в 10 раз – 613,2 на 100 тысяч населения. За последние 5 лет отмечается снижение числа тяжелых форм гриппа в 1,6 раза, что, по-видимому, связано с особенностями течения гриппа, вакцинацией, ранней постановкой этим пациентам диагноза и применением современной противовирусной терапии.

Возрастные характеристики пациентов в когорте значимо не отличались от аналогичных данных по больным ОРВИ в целом по области. Движущей силой эпидемии являются лица в возрасте 29–49 лет, на долю которых приходится более 40,0% больных. В 2006 г. по сравнению с 2003 г. возросло, а в 2008 г. продолжает оставаться на высоком уровне участие в эпидпроцессе людей в возрасте 50–69 лет.

В то же время, половая структура этой когорты отличается от представленной в целом. Так, если соотношение мужчин и женщин с ОРВИ по городу Архангельску составило в 2007 г. – 1 : 2, то в когорте количество мужчин и женщин оказалось примерно равным (в 2007 г. – 1,1 : 1).

Таким образом, следует констатировать, что распространение ОРВИ в Архангельской области в 2001–2008 гг. остается на высоком уровне, эпидемический процесс при этом приобретает новые черты на фоне массовой вакцинацией населения, ростом госпитализации среди взрослого населения. Истинная картина динамики эпидемического процесса острых респираторных вирусных заболеваний маскируется наличием большого количества легких форм, по поводу которых больные не обращаются за медицинской помощью.

Клинико-эпидемиологические аспекты острых респираторных заболеваний

Бурмагина И.А., Веселова Т.М., Агафонов В.М.

Северный государственный медицинский университет,
Архангельск

Острые респираторные инфекции играют ведущую роль в заболеваемости населения, ежегодно каждый человек в среднем трижды их переносит. Клинико-эпидемиологические особенности острых респираторных вирусных инфекций, потребовавших госпитализации, проанализированы у пациентов инфекционного стационара в северном регионе с 2001 по 2008 год.

В 2001 г. с диагнозом «грипп» из числа взрослого населения в стационаре находилось 38 человек, поступившие не были вакцинированы и не принимали средства экстренной профилактики. В 2003 г. находилось на лечении наибольшее количество пациентов, 99 человек, с диагнозом грипп в период разгара эпидемии. Снижение общей численности госпитализированных пациентов с диагнозом грипп в 2004 году совпадало с данными по снижению заболеваемости как в России, так и на территории Архангельской области. В 2005 г. количество поступивших в стационар с диагнозом «грипп» соответствовало предыдущему году, несмотря на снижение уровня заболеваемости гриппом в целом в регионе. Течение гриппа сопровождалось высоким уровнем интоксикации, лихорадкой, выраженной головной болью, артралгиями и миалгиями. У четверти госпитализированных отмечались явления менингизма. Трахеит регистрировался у всех пациентов. Бактериальные осложнения были выявлены у 63% госпитализированных за весь анализируемый период.

В 2001 г. с диагнозом ОРВИ был госпитализирован 241 человек, с этого времени уровень госпитализации имеет тенденцию к увеличению, так, в 2007 году количество госпитализированных выросло вдвое в сравнении с 2001 годом. Заболевания протекали с ларинготрахеитом и трахеобронхитом. Направительным диагнозом чаще других была пневмония. Длительность лихорадки в среднем составила $4,0 \pm 1,5$ дня. Бактериальные осложнения регистрировались в 47% случаев.

Среди госпитализированных взрослых пациентов мужчины составили 61,2%, в возрастной структуре доминирует группа 20–29 лет, она составляет 43,4%. Наблюдалось преобладание среднетяжелых форм ОРВИ, они составили 87,7%. Отмечается увеличение доли приезжих среди госпитализированных больных с ОРВИ с 3,7% в 2001 г. до 13,4% в 2007 г., в среднем доля иногородних больных составили 6,2%.

Таким образом, прослеживается тенденция к увеличению числа госпитализированных с диагнозом ОРВИ и негативном влиянии процесса миграции на течение болезни.

Клинико-лабораторная характеристика гнойных менингитов по данным МБУЗ города Новосибирска ГИКБ №1 в 2006–2008 гг.

Бурмистрова Т.Г., Савельев С.В.,
Алексеева М.В., Добровольский А.В.

Городская инфекционная клиническая больница №1,
Новосибирск

В структуре патологии центральной нервной системы удельный вес инфекций составляет около 40%. При этом менингиты и менингоэнцефалиты являются наиболее частыми клиническими формами нейроинфекций. Актуальность проблемы определяется тяжелым и осложненным течением этих заболеваний, высокими показателями летальности, расширением спектра патогенов, вызывающих менингиты и энцефалиты, ростом резистентности основных возбудителей бактериальных менингитов к наиболее распространенным антибиотикам, трудностью идентификации возбудителей.

Несмотря на наличие большого выбора антибактериальных препаратов, средств патогенетической терапии, летальность на протяжении последних 40–50 лет не снижается и остается в следующих пределах: 15–50% при пневмококковом менингите, 5–15% – при менингококковой инфекции, 3–20% – при гемофильном менингите. Большинство исследователей отмечает различную степень актуальности тех или иных возбудителей бактериальных нейроинфекций, причем как в зависимости от рассматриваемой территории, так и от возраста больных. Однако всеми отмечается наибольшая значимость в этиоструктуре 5 возбудителей – менингококков, пневмококков, листерий, гемофильных палочек и стафилококков. За последние 3 года через ГИКБ №1 г. Новосибирска прошло 115 больных гнойными менингитами. Летальность составила 11,3%. Этиологическая структура: *S. pneumoniae* – 48,6%, *N. meningitidis* – 33%, *S. aureus* – 6%, *H. influenzae* – 0,8%, неуточненные – 11,2%. Анализ клинических форм болезни показал, что, из года в год, преобладающей формой является менингит (90%), реже менингоэнцефалит (10%). Специфическая диагностика осуществляется с использованием бактериоскопического и бактериологического методов, дополняется выявлением ДНК возбудителя в ликворе и антител возбудителей методом РАЛ. Лабораторное подтверждение этиологии заболевания достигнуто в 87%. Количество осложнений за последние три года имеет тенденцию к снижению (с 80% в 2006 г. до 40% в 2007 г.). Так за последние три года отек-набухание головного мозга составлял 82% среди всех осложнений, рецидивирующее течение 15%, и абсцесс мозга 3%. Решающую роль в комплексном лечении больных гнойными менингитами является этиотропная терапия. Используется антиоксидантная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапия, метаболическая и нейровегетативная защита мозга и симптоматическая терапия.

Случай группового заболевания сибирской язвой в Республике Башкортостан

Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзабаева Р.Т., Мурзагалеева Л.В., Султанов Р.С.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Сибирская язва является одной из опасных, остро протекающих инфекций, относящихся к сапрозоонозам, регистрируемых на всех континентах, особенно в странах с развитым животноводством. Республика Башкортостан (РБ) входит в зону периодического проявления сибирской язвы среди животных и людей. При этом среди животных заболеваемость носит единичный характер, тогда как у людей отмечаются чаще групповая с числом заболевших от 1–2 до 10 и более человек.

В этом году в одном из районов республики зарегистрирована вспышка сибирской язвы среди людей, связанная с забоем лошади без ветеринарного контроля.

Нами наблюдалось 13 больных с кожной формой сибирской язвы, из них лиц мужского пола – 4, женского – 9, в возрасте от 21 до 81 года.

Легкая форма болезни диагностирована у 11 больных, средне-тяжелая у 2. Диагноз у всех больных подтвержден бактериологическим методом. У 11 больных отмечались типичные сибиреязвенные карбункулы на кистях рук с черным безболезненным струпом и серозно-геморрагическим отделяемым, у 5 больных регистрировалось по два карбункула. У двух заболевших в начале диагностирован эдематозный вариант, который впоследствии трансформировался в карбункулезный. Инкубационный период составил 5–9 дней. Первыми признаками болезни у обследованных пациентов были: появление красноватого пятнышка на коже кистей рук которое трансформировалось вначале в папулу, затем в пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым, после вскрытия которого образовывалась язвочка, что сопровождалось чувством жжения и зуда. В последующем отмечалось образование струпа. У всех больных заболевание протекало благоприятно и закончилось выздоровлением.

Больным проводилась комплексная терапия, включавшая внутримышечное введение антибиотиков, дезинтоксикацию с введением кристаллоидных растворов, антигистаминные препараты.

Таким образом, в последние десятилетия в РБ наблюдается активизация природных очагов сибирской язвы, что сопровождается заболеванием людей.

Изучение влияния разных видов диет на количественное содержание в крови HCV у больных хроническим гепатитом С

Васильева И.И., Амбалов Ю.М., Левина Л.Д., Ткачев А.В., Халявкина И.О., Брусняк В.С., Кузнецова Г.В., Довлекаева И.Ю., Алексеева Н.Н., Коваленко А.П., Перепечай С.Д.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель – оптимизация диетического питания больных хроническим гепатитом С (ХГС).

В исследовании участвовали 140 человек с РНК – позитивным ХГС, которые были рандомизированы в три группы. Пациенты 1-й ($n = 44$) никакой диеты не придерживались, 2-й ($n = 50$) – получали стол №5 и 3-й ($n = 46$) – предложенное нами лечебное питание, предусматривающее потребление т.н. защелачивающих продуктов с исключением из рациона столового уксуса и содержащих его блюд, а также – ежедневный прием 1000 мл 0,25% водного раствора лимонно-кислого натрия. До проведения исследования у всех больных ХГС определяли в крови вирусную нагрузку. При этом, число лиц с количеством HCV $>2 \times 10^6$ коп/мл оказалось в сравниваемых группах статистически идентичным, равняясь соответственно $25,0 \pm 6,5\%$, $26,0 \pm 6,2\%$ и $26,1 \pm 6,5\%$ (во всех сравниваемых случаях $p > 0,05$). Через 4 нед от начала исследования РНК HCV продолжала определяться в крови у всех 140 пациентов. Однако, число тех, у кого уровень вирусной нагрузки превысил 2×10^6 коп/мл, в 1-й и 2-й группах практически не изменилось, а в 3-й – достоверно снизилось до $4,3 \pm 3,0\%$ ($p < 0,01$). Полученные данные позволяют рекомендовать разработанную нами диету больным ХГС накануне (а возможно и в процессе) проведения противовирусной терапии, эффективность которой может зависеть, в значительной мере, от исходной вирусной нагрузки.

Фильтрум в комплексной терапии больных шигеллезом

Ватутина О.В., Соколова Л.В., Володина В.Н., Лазуткина Л.И., Лучшев В.И.

Российский государственный медицинский университет, Москва;

Инфекционная клиническая больница №3, Москва

Под наблюдением находилось 114 пациентов среднетяжелым течением шигеллеза Флекснера. В контрольную группу (84 человека) вошли больные шигеллезом Флекснера, получавших ципрофлоксацин. В исследуемой группе (30 человек.), больным в схему лечения был включен энтеросорбент фильтрум. Фильтрум назначался в дозе по 0,8 г – 4 раза в сутки с интервалом 1,5–2 ч до или после приема других лекарственных средств. Курс лечения составил 5 дней. Оценивалась клиническая эффективность включения в комплексную терапию энтеросорбента

филтума, определялся уровень специфического О-антигена и содержание специфических антител в динамике заболевания, проводилась характеристика микрофлоры кишечника у больных шигеллезом Флекснера, получавших традиционную терапию и комплексную с включением филтума.

При статистической обработке данных получены следующие результаты: комплексная терапия больных шигеллезом Флекснера с включением энтеросорбента филтума, приводила к достоверному уменьшению длительности симптомов интоксикации на 2,55 дня и снижению длительности колитического синдрома в среднем на 3 дня, что уменьшало продолжительность заболевания на 2,5 дня. Показана высокая эффективность филтума в комплексной терапии за счет его сорбционной способности. По окончании лечения в 70% случаев в исследуемой группе происходило полное восстановление слизистой дистального отдела толстой кишки, в то время как у больных получавших этиотропную терапию в 62,2% сохранялись: отек, гиперемия, единичные эрозии.

Включение в схему лечения больных шигеллезом Флекснера филтума приводило к достоверно более быстрому снижению специфического О-антигена к периоду реконвалесценции в 2,4 раза, и повышению уровня специфических антител в 1,2 раза по сравнению с больными, получавшими традиционную терапию. При изучении количественного и качественного состава микрофлоры кишечника в динамике заболевания, получавших лечение по схеме «филтум + ципрофлоксацин» выявлены достоверно менее выраженные дисбиотические нарушения.

Этиопатогенетические факторы развития хронических увеитов у детей

Величко Т.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Эндогенные увеиты – группа иммуновоспалительных заболеваний сосудистой оболочки глаза – в детском возрасте отличаются особой тяжестью течения, хроническим рецидивирующим характером и высокой частотой формирования поствоспалительных осложнений.

Под наблюдением находились 65 детей (1–16 лет) с хроническими эндогенными увеитами различной этиологии и локализации. Срок заболевания 1–11 лет. Этиология увеита установлена в 80% случаев: вирусные увеиты (HSV, в. гриппа, CMV, HBV) составили 13,8%, бактериальные (стрептококк) – 3,1%, вирусно-бактериальные (ассоциации HSV, tox, Chlam., tbc и др.) – 10,8%, инфекционно-аллергические – 13,8%, аутоиммунные (при системных заболеваниях соединит. ткани) – 38,5%.

Рецидивирующий характер течения увеита послужил причиной формирования осложнений у 92,3% больных: дистрофические изменения роговицы диагностированы у 29,2%, осложненная катаракта – 63,1%, увеальная глаукома – 24,6%, фиброзные изменения стекловидного тела – у 38,5%; дистрофические изменения сетчатки –

у 32,3% больных. При анализе сроков возникновения воспалительных осложнений установлено, что быстрое развитие тяжелых осложнений (в течение первого года хронического течения увеита), сопровождающееся резким снижением остроты зрения (до 0,1 и менее), характерно для ревматоидных увеитов. В то время как для хронических увеитов другой этиологии характерно более позднее время формирования осложнений (3–5 лет) и меньшая скорость их прогрессирования, что позволяет сохранить зрительные функции даже при длительном течении увеита (до 7–10 лет).

Установлены ведущие патогенетические факторы хронизации увеитов: системная сенсибилизация к аутоантигенам глаза – у 23,1% детей; снижение антиокислительной активности в слезной жидкости и сыворотке крови – у 52,3%; нарушение противовирусной защиты, приводящее к усилению репликативной активности персистентной герпесвирусной инфекции – у 36,9%; системная продукция провоспалительных медиаторов – у 38,5%. Следует отметить, что наиболее тяжелые формы эндогенных увеитов у детей развивались при сочетанном обнаружении указанных патогенетических механизмов.

Проведенное исследование свидетельствует о необходимости применения комплексной терапии эндогенных увеитов, направленной на коррекцию выявленных патогенетических нарушений.

Ликворологические исследования при нейроинфекциях

Венгеров Ю.Я., Нагибина М.В., Молотилова Т.Н., Свистунова Т.С., Михалинова Е.П., Шипулин Г.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Исследование СМЖ – основной метод диагностики нейроинфекций (НИ), который позволяет дать качественную и количественную характеристику воспалительного процесса в оболочках мозга, дифференцировать бактериальные и вирусные НИ, а в большинстве случаев установить этиологию НИ. Исследование СМЖ – основной критерий оценки эффективности этиотропной терапии при бактериальных НИ и завершения воспалительного процесса при вирусных НИ. Подозрение на НИ – абсолютное показание для исследования СМЖ. Временным противопоказанием является нарушение витальных функций и судорожный синдром. Рутинные методы исследования дают большой объем информации, но их результаты нередко неправильно трактуются. Так, по уровню люмбального давления СМЖ судят о степени отека-набухания мозга, неправильно оценивается клеточный состав СМЖ и уровень глюкозы. Вне зависимости от этиологии НИ наиболее ранними изменениями являются повышение уровня глюкозы и нейтрофильный плеоцитоз. Через несколько часов (сутки) изменения принимают типичный характер: лимфоцитарный плеоцитоз, нормальный или повышенный уровень глюкозы при вирусных НИ, нейтрофильный лейкоцитоз, прогрессивное снижение

уровня глюкозы при бактериальных НИ. Бактериологическая диагностика бактериальных НИ становится все менее эффективной из-за массивного применения антибиотиков, но весьма важной. Частоту расшифровки этиологии не повышает РЛА. Дальнейшие возможности установления этиологии нейроинфекций дает ПЦР. Но в ряде случаев эффективней определение антигена возбудителя и специфических антител методом ИФА. Для оценки характера патологического процесса и его динамики важная роль принадлежит определению уровня лактата, димера фибрина и показателей клеточного и гуморального иммунитета (субпопуляции лимфоцитов, иммуноглобулины), особенно при сопоставлении с этими показателями в крови. Установлено четкая корреляция между уровнем лактата и димером фибрина и показателями активности воспалительного процесса в оболочках мозга (цитоз, белок, уровень глюкозы). Комплексное исследование ликворологических критериев при тяжелом течении бактериальных нейроинфекций позволяет наиболее объективно оценить в ранние сроки эффективность антибактериальной терапии.

Роль ситуационных клинических задач по инфекционным болезням в итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов

Веревищikov В.К., Кузнецов П.А., Борзунов В.М.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Существующая в настоящее время в мире и в России эпидемиологическая ситуация по инфекционным болезням позволяет констатировать наличие значительных трудностей, а чаще и невозможности в ликвидации многих нозологий инфекционного генеза. Врачам лечебных специальностей приходится сталкиваться с подозрением на инфекционное заболевание всякий раз, как отмечается лихорадка, признаки интоксикации, дисфункции желудочно-кишечного тракта, высыпания на коже и слизистых. Дифференциальный диагноз инфекционной и неинфекционной патологии важен не только с точки зрения определения последующей диагностической и лечебной тактики, но и принятия своевременных противоэпидемических мер. В связи с этим, итоговая государственная аттестация (ИГА) выпускников лечебного факультета должна обязательно включать вопросы инфекционного профиля.

В УГМА в течение последних трех лет в общий пул тестовых заданий междисциплинарного экзамена включены вопросы по инфекционным болезням и компьютерная программа методом случайной выборки сама формирует тему, количество и последовательность задаваемых вопросов инфекционного профиля. В комплект ситуационных задач для устного собеседования с каждым выпускником помимо задач по внутренним, хирургическим и детским болезням, акушерству и гинекологии так же включается клиническая задача по инфекционным болезням. Коллективом нашей кафедры разработано 20 «плановых» и

20 «неотложных» клинических ситуаций инфекционного профиля, содержащих сведения по жалобам больного, анамнезу заболевания, эпиданамнезу, данным объективного осмотра, а в ряде задач – результаты некоторых лабораторных исследований. Выпускнику предлагается ответить на вопросы обоснованной формулировки диагноза, проведения дифференциальной диагностики, назначения лабораторных методов для верификации с аргументацией их использования, определения тактических и лечебных мероприятий, оценки возможных ошибок догоспитального этапа.

Таким образом, включение в ИГА выпускников медицинских ВУЗов клинических задач по инфекционным болезням позволяет не только обозначить проблему инфекционной патологии в числе актуальных, но и способствует развитию системности в мышлении врача на основе обобщения, сравнения и сопоставления всех сведений о больном.

Клинико-лабораторная характеристика ВИЧ-инфекции на стадии вторичных заболеваний

Веревищikov В.К., Кузнецов П.А., Борзунов В.М.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Ежегодно возрастающее число ВИЧ-инфицированных на стадии вторичных заболеваний определяет необходимость подробного анализа спектра оппортунистических инфекций, особенностей их клинического течения и совершенствования вопросов терапии.

Под нашим динамическим наблюдением находится 264 ВИЧ-инфицированных на стадии IVA-B: 58,2% мужчин и 41,8% женщин; подавляющее большинство (87,7%) в возрасте 20–35 лет. Средняя продолжительность с момента возможного инфицирования до развития стадии вторичных заболеваний составила $4,8 \pm 1,2$ лет. Ведущим путем заражения (86,5%) является парентеральное потребление наркотических веществ. Вместе с тем, ежегодно увеличивается количество случаев инфицирования при гетеросексуальных половых контактах, что сокращает разрыв между мужчинами и женщинами, наблюдавшийся в начале эпидемии ВИЧ в России.

Клиническая картина болезни характеризовалась фебрильной лихорадкой (95,6%), гепатомегалией (82,1%), сухим или продуктивным кашлем (73,3%), генерализованной лимфаденопатией (62,2%), диффузной головной болью (31,1%) и наличием полиморфной сыпи (28,9%). Хронический вирусный гепатит В диагностирован у 42,2% больных, хронический гепатит С у 63,2%, микст-инфекция В+С в 37,8% случаев. Таким образом, хроническая вирусная патология печени регистрируется практически у всех больных IV стадией. Вторичные заболевания были представлены: кандидозом полости рта (51,1%), ВИЧ-энцефалопатией (24,4%), ВИЧ-кахексией (24,2%), пневмоцистной пневмонией (22,3%), туберкулезом легких (21,5%, из них инфильтративных форм – 42,9%, диссеминированных –

28,6%), опоясывающим герпесом (8,8%), ЦМВ-инфекцией (5,6%). Среди наблюдаемых выявлены единичные случаи мультифокальной лейкоэнцефалопатии, лимфомы, саркомы Капоши и генитального герпеса.

Микробиологическое исследование в 51,1% случаев было положительным на присутствие грибов рода *Candida*, из них в половине – IV степень обсеменения. При исследовании ликвора определялись микобактерии туберкулеза (5,6%), криптококки (3,2%), стрептококки (2,5%). Гемокультура в 4,4% случаев показала наличие стрептококков, верифицируя клиническую картину ангиогенного сепсиса у лиц, продолжающих инъекционное введение психоактивных веществ.

Особенности клинического течения лихорадки Ку в зависимости от возраста на фоне применения иммунофана

Вишневецкая И.Ф., Карпенко С.Ф., Касимова Н.Б.

Астраханская государственная медицинская академия

К лечению 52 больных лихорадкой Ку до 50 лет и 57 больных старше 50 лет был добавлен препарат иммунофан. Длительность лихорадки у больных до 50 лет составляла $5,03 \pm 0,12$ дней, тогда как у больных старше 50 лет лихорадочный период продолжался $11,02 \pm 0,46$ дней. В группе больных старше 50 лет намного дольше держались общая слабость ($12,25 \pm 0,87$ дней), головная боль ($5,07 \pm 2,12$ дней), потливость ($7,21 \pm 1,24$ дней), тогда как у больных до 50 лет данные симптомы продолжались соответственно $7,08 \pm 0,11$; $1,5 \pm 1,27$ и $3,07 \pm 1,54$ дня. Такие симптомы интоксикации, как анорексия и тошнота, также были намного более продолжительными у больных старше 50 лет (соответственно $6,21 \pm 0,75$ и $4,13 \pm 1,24$ дня), чем в группе больных до 50 лет, где данные симптомы продолжались не более 2 дней. Артралгии и миалгии у больных до 50 лет держались не более одного дня. В группе больных старше 50 лет данные симптомы беспокоили больных в течение $7,11 \pm 0,12$ дней. Гепатомегалия выявлялась у больных до 50 лет в течение соответственно $7,5 \pm 0,11$ и $6,12 \pm 0,35$ дней, а у больных старше 50 лет – в течение $12,06 \pm 11,32$ и $15,35 \pm 0,31$ дней. Желтушность кожных покровов держалась у больных до 50 лет $3,5 \pm 0,14$ дня, а экзантема – в течение $2,09 \pm 0,58$ дней. У больных старше 50 лет оба симптома длились $13,05 \pm 0,57$ дней. Лимфоаденопатия, отмечавшаяся у больных до 50 лет в течение $1,06 \pm 0,32$ дня, у больных старше 50 лет отмечалась в течение $7,07 \pm 0,65$ дней. Симптомы со стороны органов зрения также длились намного дольше у больных старше 50 лет. Так, ретроорбитальные боли, а также склерит и конъюнктивит беспокоили больных в течение $10,02 \pm 0,64$ дней, тогда как у больных до 50 лет данные симптомы продолжались соответственно $1,02 \pm 0,32$ и $4,11 \pm 0,51$ дня. Таким образом, проведенный анализ показал, что у больных старше 50 лет лихорадка Ку имеет затяжное течение.

Качественный анализ дегидрогеназной активности у больных лихорадкой Ку

Вишневецкая И.Ф., Карпенко С.Ф., Касимова Н.Б., Иванова Е.И.

Астраханская государственная медицинская академия

Было обследовано 150 больных лихорадкой Ку в динамике. В качестве контроля обследовали 52 человека в возрасте от 18 до 70 лет. В нейтрофилах и моноцитах определяли активность метаболических ферментов: сукцинатдегидрогеназа (СДГ); лактатдегидрогеназа (ЛДГ); глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа (Г-6-ФДГ) по методу Р.П.Нарциссова. Оценка результатов проводили методом Карлов. Кроме количественного, мы проводили и качественный анализ. В основе этого метода лежит распределение всех клеточных элементов по группам в зависимости от интенсивности окраски и количества выявляемого в клетке цитохимически активного вещества.

К нулевой группе относили клетки без гранул. В первую группу включали клетки низкой степени активности, содержащие единичные гранулы, или же клетки, в которых площадь окраски занимала до 25% цитоплазмы (степень «а»). Ко второй группе относили клетки средней степени активности, то есть те, цитоплазма которых была заполнена гранулами на 30–70% (степень «б»). К третьей группе относили клетки высокой степени активности, то есть заполненные гранулами на 70–100% независимо от того, контролировалось ядро или нет (степень «в»). Кроме того, к степени «в» относили клетки, из которых наблюдался выход гранул.

Дегидрогеназная активность нейтрофилов при лихорадке Ку до лечения была крайне низкой, но все реагирующие клетки проявляли высшую степень активности («в»). При стандартной терапии происходило качественное изменение активности реагирующих нейтрофилов. Все реагирующие клеток проявляли низшую степень активности («а»). При присоединении к лечению иммунофана все реагирующие клетки проявляли только низшую степень активности. В моноцитах больных лихорадкой Ку индекс дегидрогеназной активности до лечения формировался исключительно клетками степени «в». Данное положение сохранялось и после лечения стандартной терапией. При присоединении к лечению иммунофана отмечалось полное качественное перераспределение реагирующих моноцитов. Все клетки реагировали по низшей степени активности. Таким образом, применение иммунофана при лихорадке Ку приводила к полной качественной нормализации активности метаболических ферментов в нейтрофилах крови.

Заболееваемость гнойно-септическими инфекциями у хирургических больных в амбулаторных условиях

Владимиров Н.И., Яковенко О.Н., Погорелов В.И., Лапа С.Э., Сорока С.В.

Иркутский государственный медицинский университет

Анализ обращаемости за хирургической амбулаторной помощью за пятилетний период показал, что среднее число обратившихся составляет $230,6 \pm 6,3$ на 10 000 населения, из них с гнойно-септическими инфекциями (ГСИ) – $141,9 \pm 5,3$. Ведущими нозологическими формами являлись: инфицированные раны – $70,6 \pm 2,8\%$, панариции – $19,6 \pm 2,0\%$, абсцессы – $17,0 \pm 1,7\%$, фурункулез – $15,8 \pm 1,8\%$. Сопоставление данных обращения за хирургической амбулаторной помощью со сведениями о стационарном лечении показало, что ежегодно до $35,0 \pm 1,9\%$ хирургических амбулаторных больных уже получали медицинскую помощь в стационарах хирургического или соматического профилей.

Обращаемость в поликлинику после стационарного лечения с незаживающими лигатурными свищами составила – $8,1 \pm 1,3\%$, постинъекционными некрозами – $1,2 \pm 0,4\%$, нагноением послеоперационных швов $18,9 \pm 1,7\%$, прочие причины $6,8 \pm 1,8\%$.

Следует отметить, что за 5-летний период наблюдения произошло увеличение заболеваемости послеинъекционными некрозами в 1,4 раза, нагноение послеоперационных швов в 4,5 раза ($p < 0,005$)

Оценивая динамику месячной обращаемости по поводу указанных выше причин, выявлено, что графически «профиль» обращаемости идентичен. Наблюдается ($p < 0,005$) увеличение заболеваемости в марте с постепенным снижением к летним месяцам и в августе отмечается минимальный уровень. Второй пик увеличения обращаемости приходится на ноябрь – декабрь месяцы. Вероятнее всего, такая динамика связана с уровнем общей резистентности популяции, т.к. качество амбулаторной помощи при этом не меняется. При проведении корреляционного анализа установлено, что обращаемость в поликлинику пациентов хирургического профиля имеет сильную зависимость ($r = 0,86$) от заболеваемости ГСИ в стационарах города. Последнее, по-видимому, можно объяснить недоучетом и ранней выпиской пациентов со случаями внутрибольничных инфекций из стационаров.

Серологические и молекулярно-генетические показатели у HBsAg-позитивных лиц

Вознесенский С.А.¹, Чуланов В.П.², Кожевникова Г.М.¹

¹Российский университет дружбы народов, Москва;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Заболееваемость острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) в Российской Федерации за последние годы приобрела выраженную тенденцию к снижению: так за последние

5 лет этот показатель сократился почти в 4 раза, с 19,7 на 100 тыс. населения в 2002 до 5,28 на 100 тыс. населения в 2007 году. Значительное сокращение заболеваемости, по-видимому, обусловлено проведением массовой вакцинации населения. Вместе с тем заболееваемость хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) и так называемое «носительство» возбудителя ВГВ в 2007 г. остаются на высоком уровне – 14,0 и 42,66 на 100 тыс. населения соответственно. Вследствие чего проблема ХВГВ нуждается в дальнейшем изучении, а пациенты в тщательном мониторинге.

Целью нашего исследования было определение серологических и молекулярно-генетических показателей ВГВ и анализ значимости каждого из них. Нами проведен анализ данных результатов обследования лиц с наличием HBsAg при первичном обращении (т.е. исключены повторные исследования) за период 2004–2008 гг.. Обследование проводилось в ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора. Всего обследовано 132 060 человек. Из них у 7018 человек (5,3%) определялся HBsAg, что соответствует умеренной степени распространенности ВГВ. Выявлено повышение распространенности HBe-Ag-негативного гепатита с 69,4% в 2004 г. до 77,2% в 2008 г. У 1955 HBsAg-негативных лиц из 5901 (33%) выявлялись anti-HBc IgG, что может встречаться у переболевших ОВГВ. Однако возможны и другие причины: получение ложнопозитивных результатов; латентное течение HBV-инфекции; при образовании иммунных комплексов HBsAg с anti-HBs, в результате чего anti-HBc становятся единственным доступным серологическим маркером HBV-инфекции; возможна HBsAg-негативная фаза ХВГВ, при которой сохраняется репликация вируса в печеночной ткани. 3292 HBsAg-позитивных человека при обращении обследовались на наличие вируса гепатита В методом ПЦР, при этом у 62% (2025 человек) качественная реакция была положительной, а у 17% вирусная нагрузка ДНК ВГВ превышала 105 копий/мл, что позволяет ставить вопрос о необходимости назначения противовирусной терапии.

Таким образом, РФ входит в число стран со средним уровнем распространенности HBs-Ag. Для оптимизации подходов к диагностике и лечению ХВГВ обосновано определение других серологических маркеров ВГВ помимо HBs-Ag и широкое внедрение в клиническую практику ПЦР диагностики.

Эволюция клинической картины сальмонеллеза у детей на современном этапе

Волохова О.А., Тихомирова О.В., Бехтерева М.К., Ныркова О.И.

НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург

Целью исследования являлось изучение современной клинической картины сальмонеллеза по сравнению с 2002–2005 гг. Под наблюдением находилось 214 больных сальмонеллезом детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет. Анализируя возрастной аспект заболеваемости, можно

отметить увеличение доли больных в возрасте от 1 года до 3 лет (39 против 30%), причем эта возрастная группа становится преобладающей в структуре заболевших детей. Несмотря на сохраняющееся доминирование сальмонеллеза *enteritidis* (60%), с 2006 г. резко возрастает заболеваемость сальмонеллезом *typhimurium* (34 против 1,9%), причем в половине процента случаев выделяются мультирезистентные штаммы *S. typhimurium*, v. *Kopenhagen*. Несмотря на эволюцию этиологической структуры сальмонеллеза, заболевание, по-прежнему, характеризуется преобладанием среднетяжелых форм (93,5%). Тяжелые формы инфекции, частота которых, как и в прежние годы, не превышает 7%, достоверно чаще регистрируются в дошкольном возрасте. Течение современного сальмонеллеза характеризуется доминированием интоксикационного синдрома (у 80% больных) с продолжительной, преимущественно фебрильной лихорадкой, которая регистрируется у 67% больных детей (против 24% в предыдущие годы). Динамика местного синдрома характеризуется уменьшением частоты и выраженности болевого синдрома (51 и 80% соответственно) и более редким вовлечением в патологический процесс толстой кишки (54 против 81%), причем такая тенденция наблюдается во всех возрастных группах. Нами отмечена определенная зависимость местных проявлений от серогруппы возбудителя: для сальмонеллеза *enteritidis* более характерен продолжительный болевой синдром, тогда как при сальмонеллезе *typhimurium* регистрируется более длительная диарея. В возрастном аспекте – у детей раннего возраста, по-прежнему, преобладает гастроэнтероколитический вариант инфекции, характеризующийся длительным нарушением характера стула с регистрацией патологических примесей. Частота осложненного сальмонеллеза в сравнительном аспекте не изменилась, как и в прежние годы преобладает экзикоз I–II степени (89% детей). Таким образом, современный сальмонеллез характеризуется преимущественным развитием среднетяжелых форм с преобладанием интоксикационного синдрома и уменьшением частоты поражения толстой кишки.

Опыт применения фосфоглива в терапии хронического гепатита С

Воробьева Н.Н., Ларионова Г.Г.,
Наумова А.М., Фризен В.И.

Пермская государственная медицинская академия
им. акад. Е.А.Вагнера;
Краевая клиническая инфекционная больница, Пермь

Наличие противопоказаний для применения стандартной противовирусной терапии при хроническом гепатите С (ХГС) предполагает использование иных препаратов, способных продлить жизнь пациентов и улучшить ее качество.

Цель. Оценка эффективности применения фосфоглива в лечении ХГС.

Пациенты и методы. В 2008 г. в Краевой клинической инфекционной больнице г. Перми проведено лечение фосфогливом на фоне базисной терапии 10 пациентов в воз-

расте от 22 до 30 лет с ХГС, подтвержденным обнаружением в сыворотке крови антител к HCV в течение 6 и более месяцев и РНК HCV, которым в силу различных причин (непереносимость интерферонотерапии, тяжелые сопутствующие заболевания и др.) была противопоказана стандартная противовирусная терапия. Препарат назначался внутривенно по 10мл 2 раз/сут в течение 10 дней, затем внутрь по 2 капс 3 раз/сут курсом 2 нед. Эффективность лечения оценивали по продолжительности симптомов интоксикации и показателей цитолиза.

Результаты. На фоне применения фосфоглива у пациентов наблюдалось быстрое купирование симптомов интоксикации: тошнота и рвота исчезли через 1,5 и 1,8 дней соответственно, анорексия – через 2,3 дня, слабость – через 2,5 дня. Отмечалось снижение активности АлАТ: до лечения – $11,9 \pm 1,18$ ммоль/л, через 10 дней терапии – $5,6 \pm 1,19$ ($p < 0,05$), через 25 дней – $1,06 \pm 1,19$ ($p < 0,05$).

Заключение. Включение фосфоглива в комплексное лечение ХГС способствует быстрому уменьшению интоксикации, выраженности цитолитического синдрома, что свидетельствует об эффективности препарата и позволяет рекомендовать его больным с противопоказаниями к проведению противовирусной терапии.

Новые подходы к дифференциальной диагностике ГЛПС на догоспитальном этапе

Гаврилов А.В.

Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенск

Как при первичном осмотре на врачебном участке, так и при поступлении в приемное отделение больницы, допускались ошибки в постановке диагноза ГЛПС на догоспитальном этапе. Анализ 120 историй больных ГЛПС, по данным нашей клиники, показал, что чаще всего ошибочные диагнозы на догоспитальном этапе были: грипп – (25%); сальмонеллез – (5%); вирусный гепатит А – (10%); менингококковая инфекция – (5%). На эти ошибочные диагнозы приходилось – 45%. С целью проведения дифференциальной диагностики, мы применили метод с использованием количественного определения липидов на клеточном уровне (в нейтрофильных лейкоцитах крови заболевших). Цитохимический метод был подробно описан нами в патенте на изобретение № 2239186 «Способ прогнозирования тяжести клинического течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС)» – бюл. №30 от 27.10.04. Для реализации поставленной цели мы провели исследования в 5 группах больных с указанными выше диагнозами. Из них: у 39 больных с тяжелым клиническим течением ГЛПС, у 15 больных сальмонеллезом, у 11 больных менингококковой инфекцией, у 15 больных гриппом, у 12 больных вирусным гепатитом А. Средний липидный индекс 30 здоровых лиц составил – $388,7 \pm 0,90$, у больных ГЛПС – $279 \pm 1,56$, у больных менингококкцемией – $339 \pm 2,33$, у больных гриппом – $371 \pm 0,65$, у больных сальмонеллезом – $360 \pm 1,94$, у больных вирусным ге-

патитом А – $322 \pm 6,60$. Получено достоверное статистическое различие при сравнении показателей. Таким образом, предлагаемый способ позволяет, с учетом эпидемиологического анамнеза, клинической картины заболевания и данных количественного содержания липидов в нейтрофильных лейкоцитах, проводить дифференциальную диагностику ГЛПС с другими сходными по клинике инфекционными заболеваниями, как на догоспитальном этапе (сельский врачебный участок, поликлиника, СМП, приемный покой больницы), так и в первые дни пребывания в стационаре в лихорадочном периоде ГЛПС.

Клонорхоз в Амурской области

Гаврилов В.А., Марунин Н.А., Корытко О.Н., Сильчук О.Н., Матеишен Р.С., Гаврилов А.В., Тарасов А.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

В Амурской области (АО) по-прежнему, отмечается высокая заболеваемость клонорхозом. Уровень заболеваемости клонорхозом в 2007 г., в сравнении с 2006 г. снизился на 14,7%, а показатель составил – 22,87 на 100 000 населения. Высокие уровни заболеваемости клонорхозом регистрировались на территории г. Благовещенска, и южных районах АО (г. Благовещенск – показатель – 59,28; Ивановский р-н – 36,90; Тамбовский р-н – 44,00; Благовещенский р-н – 61,54; Константиновский р-н – 142,86). Удельный вес детей до 14 лет, в общем числе заболевших составил – 4,2%. Мы изучили клинику клонорхоза у 140 больных (127 взрослых и 13 детей), находящихся на стационарном лечении. Все больные в анамнезе указывали на употребление рыбы, выловленной в водоемах АО, без достаточной термической обработки (сырую, вяленую, малосольную). У больных имела место среднетяжелая форма заболевания. Инкубационный период колебался от 9 до 30 дней. Заболевание начиналось остро с лихорадки, тошноты, рвоты. Лихорадка достигала фебрильных цифр – 38–39 и длилась от 10 до 19 дней. Объективно было отмечено увеличение размеров печени, гипербилирубинемия и эозинофилия в крови от 34 до 78%, увеличенное СОЭ-35-42 мм/час. При копроскопии в кале обнаруживали яйца клонорхов, а у 22% больных в желчи найдены живые паразиты. У 91 больного для диагностики проводилась постановка ИФА, из них, только у 26, определялись титры антител, причем, оптическая плотность лишь в 3 случаях превысила критический уровень в 3 и более раза. У 65 больных с высокой степенью инвазии антитела обнаружены не были. Постановка ИФА с использованием тест-систем на описторхоз при диагностике клонорхоза не имеет достаточной диагностической ценности и лабораторная диагностика ограничивается копрологией и дуоденальным зондированием. Дегельминтизация проводилась празиквантелом (билтрицид) с высокой эффективностью (88%). Таким образом, клонорхоз имеет широкое распространение в АО. Для ИФА-диагностики необходимо наладить выпуск специфических тест-систем для клонорхоза.

Комплексная интенсивная терапия тяжелого ботулизма

Галимзянов Х.М., Курятникова Г.К., Китиашвили И.З., Плотников В.П., Плотников А.В.

Астраханская государственная медицинская академия; Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань

На территории Астраханской области ежегодно регистрируются 3–7 случаев ботулизма, связанные с продуктами домашнего изготовления (грибные и овощные консервы, копченая рыба и др.). За 2008 год зарегистрировано 7 случаев. Все больные находились в отделении реанимации и интенсивной терапии областной инфекционной клинической больницы. Инкубационный период в среднем составил от нескольких часов до 1,5 дней. Первые признаки болезни проявлялись спустя несколько часов после приема инфицированного продукта. Больных сразу стала беспокоить тошнота, тяжесть и боли в области желудка, сухость во рту, головные боли, головокружение, быстрая утомляемость. Больные отмечали симптомы расстройства зрения (снижение зрения, двоение в глазах, «туман» перед глазами), нарушения глотания и речи (неприятные ощущения в гортани, затруднение жевания и глотания, хриплость и осиплость голоса, неразборчивая, замедленная речь). Прогрессировала мышечная слабость. Основной причиной госпитализации в отделение реанимации у данных больных явились острая дыхательная недостаточность 2–3-й степени, миастения и нарушение акта глотания. Всем больным в отделении реанимации проводилась комплексная интенсивная терапия: специфическая (введение противоботулинической сыворотки) и неспецифическая детоксикация, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, нутриционная поддержка. Неспецифическая дезинтоксикационная терапия включала внутривенное введение солевых растворов, глюкозы и кровезаменителей, капельное одномоментное применение противоботулинической гомологичной плазмы – 100–200 мл. Для воздействия на споры назначали левомицетин (30–50 мг/кг в сутки), тетрациклин (10 000–25 000 ЕД в сутки) в течение 7 дней, АТФ, витамины группы В и С, сердечные гликозиды (0,06% раствор коргликона – 0,5–1,0 мл). У некоторых больных отмечались парез мышц глотки, гортани, языка с нарушением дыхания с выраженной дыхательной недостаточностью, что являлось показанием искусственной вентиляции легких (ИВЛ). ИВЛ потребовалась 2 больным (28,5%) и ее длительность составила в среднем 4–5 дней. В наблюдаемых нами случаях летальных исходов не было и последовало полное выздоровление пациентов.

Результаты обследования больных с мононуклеозоподобным синдромом на микоплазмоз

Галкина Л.А., Казакова С.П., Феклисова Л.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Проведено обследование 62 больных с мононуклеозоподобным синдромом в возрасте от 1 до 14 лет на *Mycoplasma pneumoniae* методом иммуноферментного анализа. Одновременно больные обследовались на Эпштейна-Барр вирус (ЭБВ), цитомегаловирус (ЦМВ). Маркеры микоплазмы были обнаружены у 20 (32,3%) обследованных детей, преимущественно старше 3 лет (95%). Специфические антитела к данному возбудителю в классе IgM обнаружены у 19 (30,6%) больных в диагностическом титре, в том числе у 12 из них (19,4%) в сочетании с IgG, и только у одного ребенка (1,6%) выявлены антитела класса IgG. На основании обнаружения диагностически значимых титров антител класса IgM к микоплазме и отсутствия маркеров ЭБВ- и ЦМВ-инфекций диагноз микоплазмоза установлен в 9,7% случаев (6) среди больных с мононуклеозоподобным синдромом. У 13 из 19 больных обнаружены одновременно маркеры активных ЭБВ- и ЦМВ-инфекций, что расценивалось как микст-инфекция. Больные (6) микоплазмозом были старше 7 лет и относились к группе часто болеющих детей. Начало болезни было острым, с подъема температуры до фебрильных цифр и развития мононуклеозоподобного синдрома, включавшего увеличение размеров подчелюстных и шейных лимфатических узлов, поражение носоглотки и ротоглотки, увеличение размеров печени. Но у одного ребенка начало заболевания было постепенным с субфебрильной лихорадкой, затрудненного носового дыхания, и только в конце второй недели появились признаки мононуклеозоподобного синдрома. Гнойно-воспалительный процесс в ротоглотке у больных характеризовался гиперемией слизистых оболочек, увеличением миндалин, наличием на них скудного или умеренного гнойного налета, гиперплазией лимфоидной ткани задней стенки глотки. При обследовании были выявлены нарушения биоценоза слизистой ротоглотки у этих больных, с обнаружением золотистого стафилококка и энтеробактерий. Вероятно, характер выявленных изменений в ротоглотке обусловлен также и сопутствующей бактериальной микрофлорой. Обращало внимание наличие у больных микоплазмозом выраженной бледности кожных покровов, слизисто-гнойного отделяемого из носовых ходов, сухого или малопродуктивного кашля.

Таким образом, среди больных с мононуклеозоподобным синдромом в 30,6% случаях регистрировался микоплазмоз, но только в 9,7% как моноинфекция.

Гематологические нарушения у больных ВИЧ-инфекцией, получающих лечение хронического гепатита С на фоне АРВТ

Ганкина Н.Ю., Кравченко А.В.

Красноярский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями; Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Терапия хронического гепатита С (ХГС) пегилированным интерфероном (ПегИФН) и рибавирином (РБВ) часто сопровождается развитием нежелательных явлений со стороны показателей периферической крови. Сочетание лечения ХГС и антиретровирусной терапии (АРВТ) увеличивает частоту гематологических осложнений.

Целью исследования была оценка частоты развития гематологических нарушений в первые 12 недель терапии ХГС ПегИФН и РБВ в зависимости от схемы АРВТ.

Пациенты и методы. 45 больных ВИЧ-инфекцией (стадия ВИЧ-инфекции 3 – у 28 больных, 4А – у 17) были разделены на 2 группы в зависимости от схемы АРВТ: 26 больных получали фосфазид (ФАЗТ – группа 1), 19 – ставудин (d4Т – группа 2). В схеме АРВТ все пациенты получали ламивудин и в качестве 3 препарата ингибитор протеазы ВИЧ (16 больных) или ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы ВИЧ (29 больных). Оценивали уровень гемоглобина (Hb), абсолютное число нейтрофилов (АЧН), тромбоцитов и CD4-лимфоцитов до начала терапии ХГС, через 4 и 12 нед. На момент начала терапии ХГС течение ВИЧ-инфекции было стабильным: у 40 из 45 больных РНК ВИЧ < 400 копий/мл, среднее число CD4-лимфоцитов – 433 клетки/мкл (у всех больных >200 клеток/мкл).

Результаты. Через 4 и 12 нед терапии ХГС средние уровни Hb уменьшились на 26–22 г/л (1-я группа) и 13–13 г/л (2-я группа). Через 12 нед только у 4% больных 1-й группы уровень Hb был менее 100 г/л. АЧН снизилось через 4 нед на 762 и 716 клеток/мкл, соответственно, а через 12 нед – у больных 1-й группы АЧН восстановилось до исходных значений, а у 2 – снизилось еще на 316 клеток/мкл. Количество тромбоцитов у больных 2-й группы изменялось незначительно, а у 1 – уменьшилось на 73 клетки/мкл. Среднее число CD4-лимфоцитов уменьшилось через 12 нед терапии на 124 и 97 клеток/мкл, соответственно.

Заключение: обе схемы АРВТ были достаточно безопасны у больных ВИЧ-инфекцией, получающих терапию ХГС. У больных, леченных d4Т, частота и выраженность анемии была несколько меньше, тогда как уменьшение АЧН – более существенным.

Клинический случай инфекции, обусловленной *Varicella Zoster virus*

Гельфанд Л.Л., Кравченко И.Э.,
Харитонов Ю.Н., Ахметзянова Е.Ф.

Государственный медицинский университет, Казань;
Городская клиническая больница №9, Казань

Герпесвирусные инфекции является актуальной проблемой здравоохранения в связи с ростом и распространением заболеваний, рецидивирующим течением и сложностью диагностики и лечения.

Нами наблюдался больной Б. 70 лет, который поступил в терапевтическое отделение с диагнозом: ИБС, прогрессирующая стенокардия, ГБ II–III ст. Заболел остро, при поступлении предъявлял жалобы на головную боль, ощущение дискомфорта и боли в груди, повышение температуры тела до 38°C. В анамнезе гипертоническая болезнь II ст., частые рецидивы герпетической инфекции с преимущественным поражением кожи вокруг рта.

Состояние больного в стационаре оценено как тяжелое за счет интоксикации и неврологических нарушений. Сознание спутанное, дезориентирован. Положительные симптомы ригидности затылочных мышц, Кернига. На коже передней поверхности живота и бедра справа, в области локтевого сгиба имелись высыпания в виде сгруппированных пузырьков с серозным содержимым и корочками. При исследовании ликвора выявлено повышение белка, лимфоцитарный плеоцитоз, методом ПЦР обнаружена ДНК VZV. Исследование головного мозга методом РКТ показало наличие атрофического процесса в головном мозге. Выставлен диагноз: герпетическая инфекция, обусловленная VZV, генерализованная форма с преимущественным поражением нервной системы (энцефалит) и кожи.

Проводилась этиотропная терапия с внутривенным введением ацикловира, а также патогенетическая терапия с целью дегидратации, дезинтоксикации и десенсибилизации. Однако тяжелое течение герпетической инфекции привело к развитию полиорганной недостаточности и явилось причиной летального исхода.

Таким образом, пусковым фактором заболевания явилась активация VZV на фоне снижения иммунитета. Многообразие клинической картины, протекающей под маской других заболеваний, часто приводят к непрофильной госпитализации больных, несвоевременной постановке диагноза и позднему назначению этиотропной терапии, что является ведущей причиной неблагоприятных исходов. В подобных случаях решающее значение имеет использование специфических методов диагностики, без которых этиологическая постановка диагноза затруднительна.

Клинико-лабораторная характеристика больных сахарным диабетом с персистенцией грибов рода *Candida*

Герасимова Е.В., Несвижский Ю.В., Майорова Н.М.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Обнаруженная нами ранее популяционная неоднородность *Candida* spp. в фекальном биотопе пациентов с сахарным диабетом (СД) вновь акцентирует внимание на роли персистенции микроба в патогенезе осложнений данного заболевания. Причины обсуждаемой неоднородности могут быть связаны с особенностями клинико-лабораторных проявлений СД, что определило цель нашего исследования.

Исследовали образцы фекалий, полученных от 64 пациентов с СД и 40 практически здоровых людей в возрасте 20–60 лет. У каждого обследуемого учитывали: наличие кандидоза в анамнезе, возраст на момент обследования, длительность течения СД, вид антигипергликемической терапии, наличие поздних осложнений СД, уровень гликемии натощак в день сдачи анализа. Фекалии исследовали методом подращивания после разведения в 100-кратном объеме жидкой питательной среды. Определяли высеваемость (%) *Candida* spp. на 0 и 1 сутки эксперимента и дифференцировали 2 варианта «короткоживущих» культур (обнаруживаются только на 0 или только на 1 сутки), вариант с «долгоживущими» культурами (обнаруживаются и на 0 и на 1 сутки) и вариант негативный по *Candida* spp.

Согласно полученным данным, у пациентов с СД «долгоживущие» культуры *Candida* spp. встречаются чаще у лиц, моложе 50 лет (в 1,7 раза, $p < 0,01$), при наличии кандидоза в анамнезе (в 1,6 раза, $p < 0,01$), менее 5-летней давности заболевания (в 1,6 раза, $p < 0,05$), уровне гликемии более 7,8 ммоль/л (в 2,0 раза, $p < 0,001$), лечении пероральными сахароснижающими средствами (в 1,4 раза, $p < 0,05$). Отсутствие персистенции грибов рода *Candida* в 60,7% случаев ассоциировалось с поздними осложнениями СД ($p < 0,001$). В контрольной группе в отличие от пациентов с СД наблюдалось повышение частоты «короткоживущих» культур *Candida* spp. при наличии кандидозного анамнеза (в 2,2 раза, $p < 0,01$) и в группе лиц моложе 50 лет (в 2,4 раза, $p < 0,01$).

Таким образом, структура популяции грибов рода *Candida* при СД существенно отличается от здоровых лиц за счет «долгоживущих» фракции, а характер кандидозной персистенции у пациентов с СД определяется клинико-лабораторными характеристиками основного заболевания.

Клинико-морфологическая картина у больных с разными генотипами HCV

Гилева Р.А., Хохлова З.А., Николаева Н.А., Маянская Т.В.

Институт усовершенствования врачей;
Инфекционная больница №8, Новокузнецк

Изучали корреляцию циркулирующих генотипов ВГС, вирусной нагрузки у больных ХГС с клинико-морфологической картиной заболевания. Обследовано 48 больных

ХГС 24–57 лет. Определяли РНК ВГС в ПЦР, генотип вируса (ГТ), вирусную нагрузку (ВН), ИГА по Knodell.

В 60,4% выявлен 1в ГТ, в 31,2% – 3а и в 8,3% – 2а. Высокая ВН у больных с 1в ГТ имела место у 48,3%, умеренная – у 38%, низкая – у 13,7%. 53,3% пациентов с ГТ 3а имели высокую ВН, 40% – умеренную, 6,7% – низкую. У всех пациентов с ГТ 2 ВН была умеренной.

Основным симптомом была слабость независимо от ГТ вируса. У 55,2% пациентов с 1в ГТ размеры печени были в норме, у 41,4% она выступала из под края реберной дуги не более, чем на 2 см, у одного пациента (3,4%) – на 4 см. Как правило, уровень билирубина был в пределах нормы (24,1%) или превышал ее не более, чем в 2 раза (58,7%); у 17,2% – более 3 норм. Активность АлАТ в 37,9% была в пределах нормы, в 34,5% до 2-х норм, в 27,6% выше. По УЗИ в 37,5% изменений в печени не обнаружено, в 37,5% выявлены признаки гепатита, в т.ч. у 2 с признаками портальной гипертензии; у 1/4 признаки гепатоза. У пациентов с ГТ 3а размеры печени в пределах нормы в 64,3%; в 26,7% увеличены не более чем на 2 см, у одного (6,6%) с ЦП на 3 см. Показатели билирубина соответствовали норме в 13,3%, в 80% составляли не более двух норм, в 6,7% – более трех норм. Активность АлАТ у 1/5 пациентов была в пределах нормы, у 1/3 – не более 2 норм, у 1/2 выше 2 норм. У всех больных с ГТ 2а размеры печени не были увеличены, показатели билирубина в норме у 1-го, у остальных были в пределах 2 норм. Активность АлАТ у 2 пациентов была нормальной, у 1-го – в пределах 2 норм и у 1-го с циррозом печени превышала норму в 8 раз. При морфологическом исследовании у больных с ГТ 1в ИГА указывал на низкую активность ХГ в 41,4%, умеренную в 55,2%, высокую в 3,4%. Фиброз печени 1 стадии наблюдался в 51,9%, 2 стадии в 24,1%; в 20,7% признаки фиброза не обнаружены. В 46,7% при ГТ 3а имела умеренная активность ХГС, в 53,3% низкая. У всех больных с ГТ 2а была умеренная активность ХГ. У больных с ГТ 3а фиброз 1 стадии выявлен в 40,8%, 2 стадии в 26,7%, цирроз печени в 6,6%; в 21,4% фиброз отсутствовал. У больных с ГТ 2а имел место фиброз 1 ст., у 1-го – цирроз.

Таким образом, не выявлено значимых различий в клинике, биохимических показателях и морфологической картине при ХГС, вызванном различными ГТ вируса. Несколько более выраженные сдвиги в биохимических тестах отмечались у пациентов с ГТ 3а. При всех ГТ не выявлено также прямо пропорциональной зависимости ВН и степени активности гепатита (ИГА по Knodell).

Клинические проявления и лабораторная характеристика бруцеллеза в Республике Дагестан

Гипаева Г.Р., Ахмедова М.Д., Магомедова С.А., Арбулиева Е.А., Сааева Н.М., Алханов Р.К.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

В последние три десятилетия сохраняется широкое распространение бруцеллезной инфекции в краях, областях и республиках Южного Федерального округа (ЮФО),

Поволжском и Восточно-Сибирском округах России. Заболеваемость бруцеллезом на территории РД имеет стабильно высокие цифры и не имеет тенденции к снижению. Бруцеллезная инфекция характеризуется поражением различных органов и систем, при этом отмечается тенденция к хроническому течению, что зачастую является причиной инвалидизации больных. Наиболее часто поражаемой группой являются лица молодого трудоспособного возраста (20–50 лет), что определяет значительный социально-экономический ущерб, наносимый бруцеллезом. Нами изучена клиничко-лабораторная характеристика бруцеллеза в Республике Дагестан у 381 больного бруцеллезом. Диагноз бруцеллеза у наблюдаемых больных был выставлен на основании клиничко-эпидемиологических, лабораторных (реакции Райта, Хеддлсона, РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом) и результатов кожно-аллергической пробы по Бюрне, при этом у 34,1% установлен диагноз острый (ОБ), у 15,5% – подострый (ПБ) и у 50,4% – хронический бруцеллез (ХБ). Клинические проявления у 89,1% больных ОБ характеризовались недомоганием, быстрой утомляемостью, у 72,7% отмечалась лихорадка, у 92,7% – потливость, у 65,5% – головная боль, у 98,2% – боли в суставах, у 78,2% – гепато- и/или спленомегалия. У 83,3% больных ПБ наблюдалось недомогание и быстрая утомляемость, у 79,2% – потливость, у 50% – головная боль, у 100% – боли в суставах. У больных ХБ в 89,3% встречались недомогание и быстрая утомляемость, в 83,9% потливость, в 53,6% головная боль, в 100% боли в суставах и в 57,1% гепато- и/или спленомегалия. Нарушение автоматизма сердца, проводимости и реполяризации выявлены у 69,7%, 10,6%, 20%, соответственно, у больных ОБ и у 35,8%, 29,6%, 12,3% – у больных ХБ. Таким образом, полиморфизм клинических проявлений, характер течения бруцеллезной инфекции с тенденцией к хронизации процесса с поражением различных органов и систем требуют дальнейшего углубленного изучения отдельных патогенетических механизмов бруцеллеза для совершенствования лечения больных.

Особенности лечения ХВГС у детей и подростков, его клиничко-экономическая эффективность

Горелов А.В., Лисукова Т.Е., Ивченко А.Ю.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Цель исследования: оценить терапевтическую и экономическую эффективность монотерапии Вифероном комбинированной терапии Виферон + Ремантадин у детей и подростков с хронической HCV-инфекцией.

Пациенты и методы. Обследовано 35 больных (м/д – 19/16) в возрасте от 2 до 18 лет с диагнозом ХВГС, подтвержденной клиничко-лабораторно (обнаружением в крови маркеров активной репликации РНК HCV). Генотип 1b – 29 человек, 3а – 6 человек. Все больные ранее не получали интерферонотерапию. У всех пациентов не наблюдалось противопоказаний для данного вида терапии. Ле-

чение проводилось в следующем режиме; Виферон (в возрастной дозировке) 2 раза в день на протяжении 3, 6, 9 и 12 мес, Ремантадин у детей 7–10 лет, 50 мг 2 раза в сутки. У детей с 11 лет 50 мг 3 раза в сутки. Эффективность лечения оценивалась по трем критериям, вирусологическая динамика, биохимическая динамика и клиническая картина.

Результаты. В течение 6 мес наблюдалась следующая картина: из 35 человек, получавших терапию, у 2 человек наблюдалась исчезновение РНК HCV, имело место некоторое снижение аминотрансфераз у 14 человек. Самочувствие улучшилось у 28 пациентов. В течение 9 мес лечение получали 30 человек. У 9 пациентов не определялось РНК HCV. Биохимические и клинические показатели улучшились у 26 пациентов. В течение 12 мес получали лечение 13 человек. У 5 из них наблюдалась положительная вирусологическая динамика, снижение уровня аминотрансфераз до нормальных цифр, стабилизация состояния и самочувствия наблюдалось у 12 человек. Как при монотерапии, так и при комбинированной терапии наблюдалась хорошая субъективная переносимость. Кроме того, проведенные исследования показали, что комбинированная терапия и монотерапия экономически доступны для большинства больных и имеют клинически стойкий эффект. Из выше сказанного можно сделать вывод, что терапия данными препаратами является выгодной экономически и клинически эффективной.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения данных схем лечения у больных с ХВГС, в фазе активной репликации.

К характеристике тяжелых форм лептоспироза

Городин В.Н., Лебедев В.В.

*Специализированная клиническая инфекционная больница;
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар*

Изучены клинико-лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) у 705 больных лептоспирозом с применением диагностических критериев Согласительной комиссии общества критической медицины США (1992).

В 618 случаях (87,7%) изучаемой группы больных выявлено наличие от 2 до 4 признаков ССВО. При этом отмечена высокая ассоциативная связь (Q от 0,75 до 1,0) между выраженностью (количеством признаков) и тяжестью течения заболевания. При среднетяжелом течении заболевания ССВО развился у 104 из 186 больных (55,9%), при тяжелом течении у 100% больных. У всех пациентов, имевших 2 признака ССВО, – 184 чел., заболевание протекало циклично и закончилось благоприятным исходом. У 165 пациентов с наличием 3 признаков ССВО отмечались проявления различных органных дисфункций, но в целом заболевание окончилось благоприятно. У всех умерших больных (132 человека) выявлялись раз-

витие полиорганной недостаточности (ПОН) и все 4 критерия ССВО. ПОН развилась у 427 из 514 (83,1%) больных с тяжелым течением лептоспироза и констатировалась при поражении 3 и более органов и систем, возникающих одновременно или последовательно в течение нескольких суток наблюдения и лечения. Прогностическими признаками развития полиорганной дисфункции/ недостаточности и летальности были высокий балл синдрома ССВО в 1-е сутки шока и/или устойчивое постоянство высоких баллов. Неблагоприятные исходы зависели от числа пораженных органов и систем (Q от 0,7 до 1,0). В большинстве случаев последовательность вовлечения систем в СПОН у наблюдавшихся больных лептоспирозом выглядела следующим образом: ИТШ – ДВС-синдром – острое повреждение легких (РДСВ) – энцефалопатия – синдром почечно-печеночной недостаточности – стресс-язвы желудочно-кишечного тракта – ОНГМ.

Установлено, что концентрация IL-1 β , IL-6 и TNF- α в крови больных лептоспирозом достоверно превышала аналогичные показатели в контроле в 7–15 раз в зависимости от тяжести течения и периода заболевания. Индивидуальные показатели содержания TNF- α были существенно повышенными у больных при развитии инфекционно-токсического шока и ПОН, превышали норму в 17,6 раз.

Тактика лечения больных лептоспирозом на современном этапе

Городин В.Н., Лебедев В.В.

*Специализированная клиническая инфекционная больница;
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар*

Лечение больных лептоспирозом является сложной задачей, в реализации которой важное значение имеют ранняя диагностика лептоспироза, комплексное лабораторно-инструментальное обследование больных и установление индивидуального диагноза, отражающего период болезни, тяжесть состояния пациента и ведущий клинко-патогенетический синдром. Назначается этиотропная и комплексная упреждающая интенсивная терапия с активным антимицитарным и детоксикационным воздействием, направленная на стабилизацию показателей гемодинамики и коррекцию нарушений основных звеньев гомеостаза, профилактику полиорганной недостаточности. В этих целях применяются патогенетически обоснованные лекарственные препараты различных фармакологических групп.

Применение субстратного антигипоксанта «Реамберина» в комплексной терапии тяжелых форм лептоспироза снижает интенсивность липопероксидации и повышает активность систем антиоксидантной защиты.

Использование в комплексе интенсивной терапии ДВС-синдрома низкомолекулярных гепаринов (НМГ) позволяет стабилизировать уровень антитромбина III, тромбоцитов, снизить интенсивность микротромбирования сосудов органов и тканей.

Истощение функций иммунитета и развитие вторичной иммунной недостаточности у больных лептоспирозом определяет необходимость применения, средств иммуноориентированной терапии. Назначение больным производных фталгидразидов (галавит, тамерит) с противовоспалительным и иммуномодулирующим действием или иммунорегуляторного пептида имунофана приводило к достоверному уменьшению синтеза провоспалительных цитокинов, благоприятному воздействию на функционально-метаболическую активность лейкоцитов, бактерицидную систему нейтрофилов. Использование системной энзимотерапии демонстрирует многосторонний системный эффект (противовоспалительный, дезинтоксикационный, иммуномодулирующий, гемореологический, окислительнорегулирующий).

Оптимизация комплексной терапии лептоспироза с использованием указанных препаратов позволила существенно снизить летальность при тяжелых формах лептоспироза с 5,9 до 2,1%.

Сравнительный клинико-лабораторный анализ метода «Гастропанель» и гистологического метода в диагностике хеликобактерной инфекции

Грачева Н.М., Новикова Л.И., Леонтьева Н.И., Щербаков И.Т., Хренников Б.Н.

*Московский НИИ им. Г.Н.Габричевского
Роспотребнадзора, Москва;
Инфекционная клиническая больница №1, Москва*

Большинство хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) протекает ассоциировано с пилорическим хеликобактером (HP), который протекает в виде длительного инфекционного процесса и утяжеляет их течение. Диагностика этих болезней, наиболее часто, проводится с помощью эзофагогастродуоденоскопии с взятием биоптатов слизистой оболочки (СО) ЖКТ и последующей их обработкой. Однако, не во всех случаях, из-за тяжести больных и других причин проводить это исследование представляется возможным. В связи с вышеизложенным в последнее время, стали использовать неинвазивный метод «Гастропанель» с определением пепсиногена I и II, гастрин-17 и выявлением в сыворотке крови IgG специфических антихеликобактерных антител.

Обследовано 300 больных с различными хроническими заболеваниями ЖКТ с помощью «Гастропанели». У 52 пациентов ЭГДС сопровождалась взятием биоптатов СО ЖКТ с последующим их гистологическим исследованием. Анализ полученных результатов показал, что чувствительность «Гастропанели» по выявлению хронического антрального, фундального и смешанного гастритов составила 96%, 94%, 93%, что несколько превышало результаты гистологического исследования (92,8%), но эти данные были статистически недостоверны, а при детальном обследовании наблюдавшихся больных у части пациентов локализация поражения атрофического процесса в СО ЖКТ не совпадала с гистологическими изменениями

по степени выраженности и глубине поражения СО желудка, что удалось уточнить только с помощью гистологического исследования.

Таким образом «Гастропанель» может служить скрининговым методом для выявления больных с атрофическим хеликобактерным гастритом и своевременного назначения адекватной терапии. Особенно этот метод показан при наличии противопоказаний для проведения ЭГДС. Для уточнения локализации поражения в СО желудка и степени выраженности атрофического гастрита необходимо проведение гистологического исследования гастробиоптатов.

Инфекционная заболеваемость у детей Смоленской области

Грекова А.И., Герасимова М.А., Соломатина Н.Н., Готманова Л.А., Кельманович И.С., Лобанова Т.В., Шевченко С.С., Смолянкин Н.Н.

Смоленская государственная медицинская академия

Цель: изучить структуру инфекционной заболеваемости у детей Смоленской области.

Методы: проведен анализ инфекционной заболеваемости у детей за последние три года (2006–2008 гг.) по данным годовых отчетов детских инфекционных отделений МЛПУ КБ №1.

Обсуждение: анализ показал, что среди инфекционных заболеваний у детей преобладают болезни органов дыхания (ОРВИ), однако в 2008 году отмечается снижение ОРВИ на 11,4%. Среди ОРВИ преобладают вирусы парагриппа, аденовирусы. На втором месте остаются острые кишечные инфекции (ОКИ), заболеваемость которыми в 2008 г. выросла на 12,4%. В структуре расшифрованных ОКИ у детей, преобладает ротавирусная инфекция, которая составляет 25,4% от расшифрованных заболеваний. Остается высоким процент ОКИ неустановленной этиологии (63,3%), причем, в 2008 г. количество таких детей выросло на 20%. Среди ОКИ неустановленной этиологии преобладают дети с синдромом инфекционного гастроэнтерита, что не исключает в этиологии наличие других вирусов. Заболеваемость детей с шигеллезами снизилась на 42,5% по сравнению с 2007 г., а заболеваемость сальмонеллезом увеличилась на 38,9%. Отмечен рост кишечного иерсиниоза в 4,2 раза.

Среди больных с вирусными гепатитами снизилась заболеваемость острыми вирусными гепатитами А и В. Хронический гепатит В остается на прежнем уровне, но резко, на 64%, увеличился хронический гепатит С.

Среди «малых» капельных инфекций увеличилась заболеваемость стрептококковой инфекцией. Так, число детей со скарлатиной увеличилось в 2,5 раза, с рожистым воспалением в 3 раза. Остается высокой заболеваемость герпетической инфекцией. В 2007 и 2008 гг. отмечен рост инфекционного мононуклеоза – в 1,5 раза, в 1,7 раза увеличилась заболеваемость ветряной оспой.

В 2008 г. увеличилось число детей с нейроинфекцией. Отмечен рост менингитов пневмококковой и гемофиль-

ной этиологии. Снизилась заболеваемость коклюшем в 5,4 раза, краснухой.

Выводы: таким образом, знание структуры инфекционной заболеваемости у детей является важным моментом в диагностике, выборе адекватной терапии и профилактики инфекционных заболеваний у детей.

Эпидемиологические и микробиологические аспекты перинатальной инфекционно-воспалительной патологии

Гриценко В.А., Бирюкова Т.В., Вострикова М.В.

Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург

Перинатальная инфекционно-воспалительная патология (ИВП) относится к часто встречающимся заболеваниям новорожденных (10–180 случаев на 1000 живорожденных детей) и занимает лидирующие места среди причин младенческой смертности (Володин Н.Н., 2004; Шабалов Н.П., 2004).

Целью работы явился анализ данных клинико-микробиологического мониторинга перинатальной ИВП в г. Оренбурге за период 2002–2008 гг. с определением уровня и годовой динамики заболеваемости, нозологической структуры, таксономического спектра и антибиотикорезистентности приоритетных возбудителей данной патологии.

Установлено, что за указанный период средний уровень заболеваемости перинатальной ИВП среди новорожденных г.Оренбурга составил $17,4 \pm 0,8\%$. При этом годовая динамика частоты встречаемости перинатальной ИВП носила циклический характер с пиком заболеваемости в 2004 г. ($29,2 \pm 2,7\%$) и ее снижением к 2007–2008 гг. до $15,2 \pm 2,0$ и $15,3 \pm 2,6\%$ соответственно. В структуре перинатальной ИВП у новорожденных г. Оренбурга выделялись ведущие и «минорные» нозологические формы. К первым относились кожные (везикулопустулез, пузырьчатка) и глазные (конъюнктивит) заболевания, удельный вес которых составлял $64,8 \pm 2,2$ и $18,7 \pm 1,8\%$ соответственно, ко вторым – относительно редко встречающаяся патология (пневмония, сепсис, менингит и др.), на долю которой приходилось около 10%.

В таксономическом спектре возбудителей ведущих форм перинатальной ИВП доминировала грамположительная кокковая микрофлора ($81,0 \pm 3,0\%$), представленная, преимущественно, коагулазонегативными стафилококками ($62,7 \pm 3,8\%$), среди которых лидировали *S. epidermidis* и *S. haemolyticus* ($22,6 \pm 3,3$ и $19,5 \pm 3,1\%$ соответственно). *S. aureus* и энтерококки встречались реже – $13,4 \pm 2,7$ и $4,9 \pm 1,7\%$ соответственно. Доля других бактерий и грибов рода *Candida* не превышала 5–7%. Составлен региональный регистр антибиотикорезистентности возбудителей ведущих форм перинатальной ИВП у детей г. Оренбурга, который используется при выборе препаратов для стартовой эмпирической терапии новорожденных с данной патологией.

В заключение обоснованы новые клинико-микробиологические подходы к прогнозированию риска развития пе-

ринатальной ИВП как своеобразного варианта эндогенной инфекции, ее терапии и профилактике, в том числе с использованием пре- и пробиотиков.

(Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда)

Новый метод диагностики инфекций органов репродукции на основе реакции транскрипционной амплификации НАСБА

Гущин А.Е., Рыжих П.Г., Маркелов М.А., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Лабораторные методы диагностики играют ключевую роль в установлении инфицирования, главным образом среди лиц, не имеющих клинических проявлений заболевания, а также в установлении этиологии инфекции. В последние годы акцент развития рутинных лабораторных методов сдвигается в сторону молекулярно-биологических технологий – в первую очередь методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК). Наиболее известным во всем мире и в нашей стране является метод ПЦР, который направлен на выявление ДНК возбудителей инфекций. Многочисленные сравнительные исследования показали, что диагностическая чувствительность современных тестов на основе ПЦР выше, чем классических рутинных тестов, включая так называемый «золотой стандарт» диагностики инфекционной – микробиологический посев. В тоже время высокая аналитическая чувствительность ПЦР и другие особенности метода оставляют риск получения ложноположительных результатов лабораторного исследования. В связи с этим актуальным вопросом является разработка альтернативных лабораторных тестов на основе МАНК, основанных на иных, чем ПЦР, принципах амплификации и направленных на выявления других мишеней нуклеиновых кислот. Изобретенная за рубежом реакция транскрипционной амплификации нуклеиновых кислот NASBA (НАСБА) в реальном времени направлена на амплификацию фрагментов РНК. В ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора была разработана серия тест-систем на основе НАСБА «Амплисенс *S.trachomatis*-РИБОТЕСТ», «Амплисенс *N.gonorrhoeae*-РИБОТЕСТ», «Амплисенс *T.vaginalis*-РИБОТЕСТ», «Амплисенс *M.genitalium*-РИБОТЕСТ» для выявления 16SpРНК микроорганизмов, входящих в группу ИППП и имеющих наибольшее клиническое значение. Разработка включала: выбор мишень-специфических праймеров и гибридационных зондов, конструирование рекомбинантных контрольных образцов – внутреннего и положительного, а также проведение лабораторных испытаний на клиническом материале из урогенитального тракта различных групп пациентов, включая лиц с инфекционными заболеваниями урогенитального тракта в сравнении с методами ПЦР и микробиологического посева. Исследование показало, что предел детекции составляет порядка 100 копий РНК в реакции, что с учетом копийности рРНК в клетках микроор-

ганизмов соответствует около 20 клеткам возбудителей в 1 мл клинического образца. Диагностическая чувствительность оказалась сопоставима с методом ПЦР и выше, чем у культуральных тестов. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности применения разработанных тест-систем в рамках клинико-лабораторного обследования пациентов с инфекционной репродуктивной патологией.

Новый подход к комплексной диагностике инфекций органов репродукции с помощью мультиплекс-ПЦР в реальном времени

Гущин А.Е., Рыжих П.Г., Савочкина Ю.А., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Среди широкого спектра микроорганизмов, входящих в группу ИППП в развитых странах, включая РФ, наибольшее клиническое значение принадлежит *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*, ответственных за большую часть случаев репродуктивных осложнений инфекционной природы. Инфекции, вызванные указанными микроорганизмами, обладают рядом общих черт – отсутствие специфических клинических признаков, высокая частота бессимптомных форм, общие места локализации в организме. В то же время они чувствительны к препаратам разных фармакологических групп. Ключевым элементом установления этиологии инфекции является лабораторное исследование. В нашей стране по-прежнему высока доля простых методов диагностики ИППП – микроскопии, иммунофлуоресценции, которые мало информативны при хронических и бессимптомных формах заболеваний. Более чувствительные культуральные методы требовательны к условиям транспортировки клинического материала, а для выявления некоторых возбудителей – *C. trachomatis* и, в первую очередь, – *M. genitalium* крайне трудоемки и малопригодны в качестве рутинных лабораторных тестов. Наконец, все так называемые классические методы предполагают процедуры инвазивного получения клинического материала, что ограничивает возможность обследования лиц без клинических проявлений и не имеющих повода обращения к клиницисту. Развитие и внедрение в последние годы метода в лабораторную практику ПЦР в реальном времени и соответствующего оборудования открыло новые возможности для выявления возбудителей инфекций. В частности существует возможность одновременной амплификации и детекции нескольких генетических мишеней в ходе одной реакции, получившее название «мультиплексная ПЦР». В ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора впервые в лабораторной практике Российской Федерации была разработана принципиально новая тест-система «Амплисенс-*N. gonorrhoeae/C. trachomatis/M. genitalium-T. vaginalis*-Мультипрайм», которая позволяет амплифицировать и идентифицировать фрагменты генома указанных микрооргани-

мов в процессе одной реакции. Реакционная смесь содержит праймеры к фрагментам ДНК указанных микроорганизмов, а также ФМ-зонды, позволяющие регистрировать флуоресцентные сигналы с разными длинами волн на приборе RotorGene-6000 (Corbett Research, Австралия). В процессе разработки основное внимание было уделено сохранению высокой аналитической чувствительности в отношении каждого микроорганизма в условиях многократного избытка двух других. Полученная тест-система была апробирована на клиническом материале, полученном из урогенитального тракта мужчин и женщин. Полученные результаты показали, что диагностическая чувствительность мультиплекс-тест-системы совпадала с обычными моно-плекс-тест-системами, при этом дополнительными преимуществами были: увеличение скорости и снижение себестоимости анализа. Использование для исследования материала, получаемого неинвазивным путем – первой порции мочи позволит проводить скрининговые обследования широких групп лиц на наличие основных возбудителей ИППП с целью проведения необходимых лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и последствий урогенитальных инфекций.

Оценка симптомов интоксикации и диарейного синдрома у больных ОКИ с высокими показателями токсинов клостридий в копрофильтратах

Гюлазян Н.М., Белая О.Ф., Малов В.А., Пак С.Г.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Изучены симптомы интоксикации и диарейного синдрома, число лейкоцитов и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) в группе больных с высокими показателями токсинов А и В *C. difficile*, энтеротоксина А *C. perfringens*. Циркуляция в организме больных ОКИ маркеров токсинов клостридий изучена в пробах копрофильтрата (КФ) с помощью иммунологических тест-систем в РКА на планшетах с соответствующими тест-системами в динамике заболевания. Определение количественного содержания цитокинов (ЦК) в крови – ИЛ-1β, ФНОα, ИЛ-4, ИЛ-10, – проведено с использованием ИФА («Протеиновый контур», С.-Пб).

Из 273 больных ОКИ средней тяжести (с колебаниями титров маркеров токсинов от 1 : 2 до 1 : 4096) нами была выделена группа с высокими титрами (512 и выше), что составило 9,9% от общего числа больных. Подавляющее большинство больных этой группы поступило в стационар в 1–3 дни заболевания. У 74,1% больных заболевание протекало по ГЭ варианту, у 14,8% – ГЭК и у 11,1% – ЭК вариант. Превалировали мужчины (59,3%), средний возраст – 34,9 ± 3,7 лет. Анализ симптомов интоксикации и диареи показал, что, несмотря на высокие уровни токсинов клостридий, показатели высоты и длительности лихорадки, а также частоты и длительности диареи существенно не отличались от таковых у больных с уровнем токсинов ниже 1 : 512. Следует отметить, что и лабораторные показатели (число лейкоцитов и ЛИИ) достоверно не от-

личались. Интерес представляет тот факт, что почти у половины больных (48,2%) этой группы концентрации ЦК были ниже диагностического уровня, а в 29,6% случаев не определялись. Вероятно, высокие уровни токсинов действуют угнетающе на клетки, продуцирующие ЦК, вследствие чего воспаление кишечника не достигает той степени и глубины, которые характерны при развитии псевдомембранозного колита, обусловленного патогенными клостридиями.

Динамика титров ЦИК в копрофильтратах больных кишечными инфекциями при различной этиологии

Гюлазян Н.М., Белая О.Ф., Юдина Ю.В., Малов В.А., Пак С.Г.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Изучена динамика уровней среднемoleкулярных ЦИК в копрофильтратах (КФ) больных острыми кишечными инфекциями (ОКИ) при различной этиологии заболевания (273 больных ОКИ средней тяжести). На 1–10-й день болезни в крови определяли уровни ЦИК (5% ПЭГ – 6000).

В разгар заболевания почти у половины больных (47,3%) выявлено одновременно несколько О-Аг (микст-инфекция), у 16,1% больных обнаружена сальмонеллезная инфекция, у 3,7% – шигеллезная, у 5,5% больных найдены только О-Аг иерсиний, у 2,2% – кампилобактерий, у остальных больных диагноз бактериологически не подтвердился (КИНЭ).

В группе больных сальмонеллезной, иерсиниозной инфекциями и КИНЭ в остром периоде болезни (1–3 д/б) титры ЦИК были одинаковые и составили $2,3 \pm 0,1$ (lg10 обратного титра антигена). В период угасания симптомов (4–6 д/б) установлено некоторое повышение титров ($2,5 \pm 0,1$, $2,6 \pm 0,5$ и $2,7 \pm 0,3$, соответственно) и их сохранение в периоде ранней (7–9 д/б) реконвалесценции ($2,3 \pm 0,4$, $2,5 \pm 0,8$ и $2,6 \pm 0,7$, соответственно). В 1–3 д/б при шигеллезной ($2,1 \pm 0,2$) и кампилобактериозной ($2,3 \pm 1,0$) инфекциях уровни ЦИК были невысокие, на 4–6 д/б при шигеллезе выявлено некоторое повышение, при кампилобактериозной инфекции – снижение титров ($2,1 \pm 0,1$), однако, на 7–9 д/б в обеих группах отмечено повторное повышение уровней ЦИК ($3,0 \pm 1,0$ и $3,3 \pm 0,1$). В группе с микст-инфекцией в соответствующих периодах болезни ($2,1 \pm 0,1$, $2,3 \pm 0,1$, $2,6 \pm 0,1$) отмечено постепенное статистически достоверное повышение уровня ЦИК ($p < 0,05$).

К моменту выписки (10 и более дней от начала болезни) показатели уровня ЦИК в группах достоверно не различались, снижение уровней ЦИК наблюдалось только у больных при микст-инфекции ($2,2 \pm 0,2$).

Заболееваемость внутрибольничными инфекциями среди персонала лечебно-профилактических учреждений

Данилова Е.С.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

По данным Всемирной организации здравоохранения, от инфекционных болезней ежегодно в мире умирает 16 млн человек. В 2007 г. в Российской Федерации зарегистрировано свыше 30 млн случаев инфекционных и паразитарных заболеваний по 52 нозологическим формам, из них 26237 случаев внутрибольничных инфекций. Постоянно регистрируются случаи инфицирования медицинских работников, возникшие в результате их профессиональной деятельности и, согласно определению ВОЗ, заболеваемость медицинских работников инфекционными болезнями, связанная с их профессиональной деятельностью, относится к внутрибольничным инфекциям. Так, в 2007 году в России зарегистрировано среди медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях 240 случаев профессиональных инфекционных заболеваний, в том числе выявлено 202 случая туберкулеза органов дыхания (84,2%) и 38 случаев вирусных гепатитов В и С (15,8%). Одним из основных факторов производственной среды, который приводит к возникновению профессиональных заболеваний среди медработников в России, является биологический фактор, удельный вес которого составляет в среднем 73%. В результате растущего год от года количества заносов инфекционных заболеваний в лечебно-профилактические учреждения, риск заражения медицинского персонала достаточно высок. Наиболее пораженными являются родовспомогательные учреждения (35,6%), хирургические (29,4%), детские (11,2%) и амбулаторно-поликлинические стационары (7,6%). Так как внутрибольничные инфекции являются острой проблемой здравоохранения в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности, а также причиняемым ими значительным социально-экономическим ущербом, весьма актуальной является проблема оценить риск развития профессиональных и производственно-обусловленных инфекционных заболеваний медицинских работников и сопоставить риск развития инфекционных заболеваний медицинских работников с условиями труда и видами медицинской деятельности, а также разработать рекомендации по профилактике инфекционных заболеваний медицинских работников многопрофильных лечебно-профилактических учреждений на основе оптимизации условий труда.

Диагностические возможности ПЦР и специфических серологических методов в верификации диагноза краснухи

Дарвина О.В.¹, Шипулина О.Ю.², Литвинова О.Г.³, Чуланов В.П.², Волчкова Е.В.¹

¹Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

³Инфекционная клиническая больница №2, Москва

Проблема специфической диагностики инфекции, вызванной вирусом краснухи, по-прежнему остается актуальной, так как течение этого заболевания отличается крайним многообразием клинических проявлений.

Цель работы: изучение диагностической ценности ПЦР в сравнении со специфическими серологическими методами для подтверждения диагноза краснухи.

Пациенты и методы: образцы биологического материала (кровь, слюна, соскобы из ротоглотки и носоглотки) были отобраны у 58 пациентов, поступавших в ИКБ №2 г. Москвы с мая 2006 по июль 2007 года с синдромом сыпи и с различными направительными диагнозами (корь, краснуха, ветряная оспа, ОРВИ, скарлатина) в возрасте от 14 до 29 лет. Кратность забора материала была следующей: при поступлении, в разгаре заболевания и при выписке из стационара, что совпадало с клиническим выздоровлением. Образцы были исследованы методом ПЦР на ДНК вирусов краснухи, кори, паротита, Эпштейна-Барр, цитомегаловируса, парвовируса В19, вируса герпеса VI типа. Сыворотка крови этих же больных исследовалась на наличие специфических антител классов IgM, IgG к тем же вирусам с использованием коммерческих иммуноферментных тест-систем производства DSL (США), EUROIMMUN (Германия), BIOTRIN (Ирландия). Все лабораторные исследования были выполнены в отделе молекулярной диагностики и эпидемиологии ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора.

Результаты: из 58 пациентов, 44 поступили с направительным диагнозом «краснуха». Диагноз краснухи был подтвержден выявлением ДНК вируса краснухи не только в плазме и лейкоцитах крови, но и в слюне, мазке из ротоглотки и носоглотки, а также наличием специфических антител классов IgM, IgG к данному вирусу у всех 44 пациентов. Из 14 пациентов, поступивших с другими направительными диагнозами (корь, ветряная оспа, ОРВИ, скарлатина), лабораторными методами удалось установить диагноз краснухи у 10; у 2 пациентов был подтвержден диагноз кори; еще у 2 – парвовирусная инфекция В19. Следует отметить, что результаты ПЦР диагностики при исследовании различных биологических образцов (плазма крови, лейкоциты, слюна, соскобы из ротоглотки) совпадали. Таким образом, методом ПЦР в остром периоде заболевания диагноз краснухи был подтвержден у 54 пациентов (93%), из них у 10 (18,5%) он не совпадал с направительным диагнозом.

Заключение: при инфекционных болезнях, сопровождающихся синдромом сыпи, дифференциальная диагно-

стика может быть значительно затруднена, особенно в случае атипичных и стертых форм заболевания. Использование лабораторных методов, таких как ПЦР и иммуноферментный анализ, позволяет однозначно подтвердить или исключить диагноз краснухи, что особенно важно для женщин детородного возраста и беременных. Забор образцов крови остается инвазивной манипуляцией с присутствием ей рисками и отрицательным эмоциональным воздействием на пациента. Учитывая, что анализ слюны на выявление ДНК вируса краснухи методом ПЦР является столь же информативным, он может быть рекомендован как неинвазивный, простой и безопасный метод для подтверждения диагноза.

Роль инфекционной службы в многопрофильной клинической больнице

Девяткин А.В., Богомолов Б.П.

Центральная клиническая больница с поликлиникой
Управления делами Президента Российской Федерации,
Москва

В многопрофильной клинической больнице инфекционная служба осуществляет не только лечебно-диагностическую работу, но и является научно-методическим подразделением. Она обеспечивает эпидемиологическое благополучие больницы, решая неотложные вопросы диагностики инфекционных болезней (ИБ) среди направленных на стационарное лечение больных и, совместно с врачами-эпидемиологами, вопросы профилактики нозокомиальных инфекций. Врачами-инфекционистами круглосуточно проводится консультативная работа, взвешенно решаются вопросы перевода больных в инфекционные боксированные отделения, либо их изоляции и лечения на месте пребывания (при невозможности перевода по медицинским показаниям).

Структура диагнозов ИБ у почти 2,5 тыс. госпитализированных в 2008 г. больных представлена 49 нозологическими формами. Наибольшую долю составили больные острыми кишечными инфекциями (35%) и острыми респираторными вирусными инфекциями (27%). Больных стрептококковыми инфекциями (ангиной, рожей и скарлатиной) было 14%, герпесвирусными инфекциями – 9%, острыми вирусными гепатитами – 4%, энтеровирусными заболеваниями – 2%, аденовирусной инфекцией – 1,5%.

Среди редких ИБ – типичная корь у больной 27 лет, подтвержденная обнаружением специфических IgM-антител, с исходом в активацию фиброзно-очагового туберкулеза, паратиф А с выделением возбудителя в гемокультуре у 1 больного, острый гепатит Е у 1 больной, отдохавшей в Египте.

В группе так называемых «детских» ИБ – 25 больных ветряной оспой, из них 13 взрослых; 5 больных эпидемическим паротитом, из них 3 взрослых, 1 больная краснухой в возрасте 35 лет.

Среди природно-очаговых ИБ – 9 больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, 5 больных

клевцевым иксодовым боррелиозом, 2 больных туляремией и 1 больной лептоспирозом.

Приведенные данные демонстрируют многоплановую работу инфекционной службы в условиях большой многопрофильной клинической больницы.

Клиника инфекционного мононуклеоза у взрослых

Девяткин А.В., Митюшина С.А.

*Центральная клиническая больница с поликлиникой
Управления делами Президента Российской Федерации,
Москва*

Актуальность изучения инфекционного мононуклеоза (ИМ) обусловлена высокой степенью инфицированности населения лимфотропными герпесвирусами человека (ГВЧ), их пожизненной персистенцией в организме человека и онкогенной потенциальностью. В последние годы увеличилось количество госпитализаций по поводу ИМ, возросла до 40% доля взрослых среди этих больных. Между тем, клиническая диагностика ИМ у взрослых больных зачастую бывает затруднительной.

Обследовано 53 больных ИМ в возрасте от 16 до 53 лет, госпитализированных в 2008 г. Преобладали больные в возрасте до 30 лет – 49 чел. Мужчин – 28, женщин – 25 чел.

Клиника типичной формы ИМ была у 37 больных, атипичная форма установлена у 16 больных. Острое начало болезни было у 37 больных. Выраженная слабость отмечалась у всех больных, повышение температуры выше 38°C – у 44, боли в горле – у 40, слизистые и слизистогнойные наложения на миндалинах – у 37, генерализованная лимфаденопатия с преимущественным увеличением лимфоузлов шейной области – у 46, увеличение печени – у 38, увеличение селезенки у 33, пятнисто-папулезная сыпь – у 14, желтуха – у 4 больных.

В периферической крови у 30 больных определялся лейкоцитоз, у 6 – лейкопения. В лейкоцитарной формуле лимфоцитоз более 60% наблюдался у 49 больных, атипичные мононуклеары (от 14 до 78%) выявлены у 47 больных. Повышение активности трансаминаз до 15 норм было у 48 больных, повышение билирубина до 2 норм – у 4.

Специфическая диагностика методом ИФА была проведена у 43 больных. У 36 больных обнаружены IgM-антитела к вирусу Эпштейна–Барр (ВЭБ), у 6 – IgM-антитела к цитомегаловирусу (ЦМВ). У 18 больных выявлен высокий уровень специфических IgG-антител к ГВЧ 4, 5 и 6 типа. ВЭБ этиология ИМ установлена у 33 больных, ЦМВ-инфекция – у 3, сочетанная ВЭБ+ЦМВ-инфекция – у 6, ВЭБ+ЦМВ+ВГЧ-6 – у 1.

У больной 22 лет на 2-й неделе болезни в анализе крови появились бластные клетки. Окончательный диагноз – лимфобластная лимфосаркома.

ИМ у взрослых чаще начинается остро, не всегда имеет характерную клиническую симптоматику и изменения в периферической крови. При атипичных формах необходима дифференциальная диагностика с лейкозом.

Опоясывающий герпес у госпитализированных больных

Девяткин А.В., Митюшина С.А., Бахур Е.Г.

*Центральная клиническая больница с поликлиникой
Управления делами Президента РФ, Москва*

В структуре инфекционных заболеваний человека существенную роль играют герпесвирусные инфекции (ГВИ). Больные опоясывающим герпесом (ОГ) среди госпитализированных по поводу ГВИ взрослых составляют около 50%. При этом существенная часть больных ОГ остается дома и не получает полноценного лечения.

Обследовано 50 больных ОГ в возрасте от 19 лет до 91 года, госпитализированных в 2008 г. 2/3 больных пожилого и старческого возраста, 2 – долгожители, 7 – моложе 40 лет. Мужчин – 21, женщин – 29 чел. У 45 больных заболевание ОГ развивалось на фоне сопутствующих заболеваний.

У 23 больных односторонние высыпания локализовались в зоне иннервации ветвей тройничного нерва, у 5 – по ходу шейных сегментов спинного мозга, у 15 – по ходу грудных сегментов, у 7 – по ходу поясничных и крестцовых сегментов. Ганглионит диагностирован у 47 больных. Поражение Гассерова узла было у 9 больных, герпетический блефароконъюнктивит – у 14, кератит – у 3, стоматит – у 4. Синдром Ханта с парезом лицевого нерва диагностирован у 4 больных. Диссеминированная форма ОГ развилась у 3 больных.

Начало болезни у 2/3 больных было острым. У половины больных отмечались симптомы интоксикации: озноб, повышение температуры до 38°C, головная боль, общая слабость, недомогание, снижение аппетита, нарушение сна. У 27 больных интенсивные локальные боли предшествовали появлению сыпи. 3 больных были первично направлены в хирургические и кардиологические отделения с подозрением на пельвиоперитонит, панкреатит, нестабильную стенокардию.

В комплексном лечении больных ОГ применялись противовирусные препараты в/в и внутрь, дезинтоксикационная терапия, обезболивающие и десенсибилизирующие средства, местно фукоцин и др. антисептики, лазерная терапия и иглорефлексотерапия. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных ОГ составила 12 дней.

Показаниями для госпитализации больных ОГ являются выраженность болевого синдрома, симптомы интоксикации, локализация и распространенность высыпаний, наличие тяжелой сопутствующей патологии.

Особенности течения энтеровирусных менингитов в Новосибирской области

**Демина А.В., Мечетина А.А.,
Караваяева Ю.Ю., Нагорная И.Н.**

*Городская инфекционная клиническая больница №1,
Новосибирск*

В последние 5–7 лет наблюдается рост заболеваемости энтеровирусной инфекцией (ЭИ) во всем мире. В 2004 г. вспышка ЭИ имела место в Новосибирске, что

обусловило значительный подъем заболеваемости, в 3,8 раз превысивший показатели предыдущих лет. Доминирующей клинической формой ЭИ последние годы в г. Новосибирске являлся серозный менингит.

Цель работы: дать характеристику течения энтеровирусных менингитов у взрослого населения Новосибирской области за период 2004–2007 гг.

Пациенты и методы: проведен анализ 214 случаев заболевания энтеровирусным менингитом (ЭМ) у пациентов, пролеченных в ГИКБ №1 в 2004–2007 гг. У всех больных диагноз был подтвержден выявлением РНК энтеровирусов методом ПЦР в лаборатории ГИКБ №1.

Основные результаты: 84% составляли лица 15–30 лет. При этом 60% больных были мужчины. Пик заболеваемости приходился на июль и август (23,3–30%). У 93,5% больных ЭМ протекал в среднетяжелой форме. Лихорадка отмечалась у всех больных, фебрильная – у 83%. У 15% наблюдалась 2-, 3-волновая лихорадка. Головная боль отмечалась у 84% больных. Рвота регистрировалась у 64,5%. У 60% больных менингеальные знаки отсутствовали или были сомнительными. Помимо изменений со стороны ЦНС у больных ЭМ отмечались и другие проявления ЭИ: экзантема петехиального и розеолезного характера (10%), герпангина, гиперемия зева (43,3%), ринит (5%), гиперемия лица (3,3%), конъюнктивит (1,6%), боль в глазных яблоках (18%), боль в животе, диарея (8,3%), боли в суставах, мышцах, костях (8,3%). При исследовании ликвора у 57% больных отмечался умеренный плеоцитоз ($100\text{--}500\text{ кл/мм}^3$), у 28% – ($<100\text{ кл/мм}^3$), у 12% – ($500\text{--}1000\text{ кл/мм}^3$), у 3% – ($>1000\text{ кл/мм}^3$). У 28,5% больных плеоцитоз был лимфоцитарным, у 27,1% – смешанным и у 44,4% – нейтрофильным. Диагноз энтеровирусный менингит устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных и был подтвержден обнаружением РНК энтеровирусов методом ПЦР: у 70% больных – в ликворе, у 9% – в крови и у 21% – в обеих средах.

Заключение: особенностью ЭМ в Новосибирской области является доброкачественное течение, серозный характер заболевания, сопутствующее полиорганное поражение организма энтеровирусами. Характерна сезонность заболеваемости: летне-осенний период.

Иммунологическая характеристика больных с рассеянным склерозом

Демкина В.А., Горелов А.В., Шабалина С.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Проанализировано содержание IgG и IgE антител (АТ) к основному белку миелина (ОБМ) у 86 больных с рассеянным склерозом (РС), из которых у 60 человек был диагностирован ремиттирующий вариант течения РС, а у 26 – прогрессивный.

Самые высокие уровни IgG АТ к ОБМ определялись при прогрессивном варианте РС ($1406 \pm 18\text{ мкг/мл}$) и при обострении ремиттирующего варианта РС ($642 \pm 14\text{ мкг/мл}$),

однако при прогрессивном варианте РС уровень IgG АТ был достоверно выше, чем при ремиттирующем.

IgE АТ к ОБМ достоверно чаще выявлялись у больных с прогрессивным вариантом течения РС ($83 \pm 1,8\%$), чем у больных с ремиттирующим вариантом, при котором IgE АТ к ОБМ выявлялись чаще в острый период заболевания ($54 \pm 2\%$), чем в период ремиссии ($31,4 \pm 2,4\%$). Для прогрессивного течения демиелинизирующего процесса закономерны достоверно более высокие по сравнению с ремиттирующим вариантом течения заболевания уровни специфических IgE АТ к ОБМ. У больных с РС в период обострения уровни IgE АТ к ОБМ в 13,6 раза превышал таковой в период ремиссии РС. Значительное увеличение содержания IgE АТ к ОБМ в период обострения РС свидетельствует об активном участии гиперэргического воспаления в процессах формирования очагов демиелинизации.

Таким образом, выявленная тесная взаимосвязь между содержанием и частотой обнаружения IgG и IgE АТ к ОБМ с одной стороны, а также тяжестью течения РС, с другой, позволяет сделать заключение о том, что уровень IgG и IgE АТ к ОБМ может служить адекватным отображением степени активности демиелинизирующего процесса при РС.

Экспресс-диагностика геморрагической лихорадки с почечным синдромом

Дмитриев А.С., Абдулова Г.Р., Валишин Д.А., Сюндюкова Л.А.

Инфекционная клиническая больница №4; Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

В Российской Федерации геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) занимает ведущее место среди зоонозных инфекций и одно из первых мест среди всех природно-очаговых болезней человека. Остро встает вопрос о максимально ранней диагностике ГЛПС с целью назначения противовирусных препаратов, так как этиотропная терапия эффективна в первые пять дней от начала заболевания. В настоящее время специфическая лабораторная диагностика ГЛПС методами флуоресцирующих антител (МФА) и иммуноферментного анализа требуют не менее 7–10 дней для постановки клинического диагноза.

Нами были апробированы иммунохроматографические тесты для ранней и быстрой диагностики Ханта-вирусной инфекции двух фирм производителей. Бесприборные экспресс-тесты «Point-of-care PUUMALA» фирмы «Reagent» (Финляндия), позволяющие определить специфические иммуноглобулины класса М к очищенному белку нуклеокапсида вируса всего за несколько минут. Второй набор – «SD BIOLINE HANTAAN VIRUS», одностадийный экспресс-тест для качественного определения суммарных антител (IgG, IgM, IgA) к вирусу Hantaan фирмы «STANDARD DIAGNOSTICS» (Южная Корея).

Целью исследования являлась оценка пригодности вышеуказанных диагностических наборов в качестве серо-

логической экспресс-диагностики ГЛПС для их дальнейшего использования в практическом здравоохранении.

В качестве исследуемого материала для первого экспресс-теста использовались сыворотка крови и капиллярная кровь больных ГЛПС, а для второго – только сыворотка крови. Во всех сыворотках наличие специфических антител к Ханта-вирусам подтверждено МФА.

Получены следующие результаты. При использовании сыворотки крови в качестве исследуемого материала чувствительность «Point-of-care PUUMALA» составила 100%, капиллярной крови – 85,7%. Чувствительность «SD BIO-LINE HANTAAN VIRUS» была всего 40%, что, возможно, связана со специфичностью вируса, циркулирующего на территории РБ.

Выводы. Диагностический набор «Point-of-care PUUMALA» обладает высокой чувствительностью и специфичностью в качестве экспресс-диагностики ГЛПС и может быть использован в системе практического здравоохранения. Наиболее предпочтительным является использование сыворотки крови в качестве исследуемого материала.

Динамика тромбомодулина и Цистатина С в сыворотке больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Дмитриев А.С., Абдулова Г.Р., Валишин Д.А., Худoley В.Н., Крпоткина Е.А.

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа;
ООО «Наука, Техника, Медицина», Томск*

Особого внимания в клинике геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) заслуживает развитие острой почечной недостаточности (ОПН) и ДВС-синдрома у больных с тяжелой формой заболевания.

Нами проведено исследование динамики изменений содержания тромбомодулина (ТМ) и Цистатин С (Cys C) в сыворотке больных ГЛПС среднетяжелой и тяжелой формами в различные периоды заболевания. Тромбомодулин – один из гликопротеидов эндотелиальной мембраны, маркер эндотелиальной дисфункции. Цистатин С – ингибитор цистеиновых протеаз, маркер почечной функции, не зависящий от возраста, пола, расы, или различий в мышечной массе. По литературным данным Cys C на 2 дня раньше предсказывает наступление ОПН при различных острых заболеваниях, приводящих к поражению почек.

Полученные результаты. Как при среднетяжелой, так и при тяжелой формах ГЛПС наблюдается нарастание уровня ТМ в лихорадочный период с максимальным увеличением в период олигурии и последующее снижение в полиурическом периоде, но восстановление уровня ТМ до нормальных цифр не происходит. Однако, при среднетяжелом течении заболевания снижение ТМ в полиурическом периоде незначительное.

При среднетяжелом течении ГЛПС в лихорадочный период происходит нарастание уровня содержания Cys C в

сыворотке больных с резким увеличением в олигурическом периоде и последующим снижением в полиурическом периоде. При тяжелой форме ГЛПС также имеет место резкое возрастание уровня Cys C в олигурическом периоде. Однако в полиурическом периоде содержание Cys C остается на высоком уровне.

Изучение прогностической ценности ТМ и Cys C продолжается. Нами проводится исследование этих показателей у двух групп больных ГЛПС: с лечением на основе базовой терапии и с включением противовирусного препарата йодантипирин – индуктора эндогенного интерферона, с противовоспалительным, антивирусным, иммуностимулирующим, интерферогенным действием. Его влияние на сосудистый эндотелий и почечную функцию еще предстоит выяснить.

Совершенствование преподавания предмета «Эпидемиология инфекционных болезней» в системе постдипломного образования (ПС-интернатуре)

Дмитриева О.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

В Рязанском госмедуниверситете накоплен опыт преподавания раздела «Эпидемиология и профилактика ВБИ» врачам-интернам по основной специальности «Лечебное дело». «Примерная учебная программа по дисциплине «Эпидемиология», М., 2006» предусматривает на изучение собственно «госпитальной инфекции» 9 часов, что явно недостаточно. Итоги тестирования, решения ситуационных задач, результаты интерактивного опроса свидетельствуют о явной недооценки интернами клинической, экономической, юридической значимости этой проблемы. Особенно слабо усвоено понятие ВБИ, – том числе и как профессиональных заболеваний медицинских работников инфекционной природы, роль медицинского персонала в эпидемиологическом процессе ВБИ. Также требуют углубления знания не только эпидемиология, но и клиника, лабораторная диагностика рота – энтеро- и аденовирусных инфекций и, соответственно, организация профилактики этих вирусных инфекций как у пациентов, так и медицинского персонала. У выпускников не сформировано современное представление о негативной активности факторов риска инфекционной заболеваемости, в том числе медицинских работников, понятии «инфекционный контроль» и т.п. Улучшению качества обучения в интернатуре, по нашему мнению, способствовало бы создание учебных пособий для самостоятельного изучения предмета в виде электронного учебника, решение ситуационных задач на примере инфекции, значимых для региона, защита курсовых работ по теме, актуальной для избранной специальности.

Решение видится как в использовании современных технологий, так и в изменении существующей нормативной базы последипломного обучения выпускников. Пре-

жде всего требуют пересмотра образовательные стандарты интернатуры. Необходимо создание учебных модулей «Клиника, эпидемиология и профилактика инфекций, значимых для региона» и «Клиника, эпидемиология и профилактика ВБИ». Эти модули должны быть общими для изучения на всех видах основных специальностей для выпускников, имеющих диплом «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология». Затем создание модулей, изучаемых при прохождении цикла первичной специализации только по одной специальности: «ВБИ в хирургии», «ВБИ в офтальмологии» и т.д. Одновременно требует пересмотра и сам документ, удостоверяющий факт получения первичной специализации. В него (или приложение к нему), должны быть внесены изучаемые разделы, оценка их усвоения (в академических часах или академических кредитах).

Кардиальная патология у ВИЧ-инфицированных

Довгалюк Т.И., Орлова С.Н., Федоровых А.П., Чернобровый В.Ф.

Ивановская государственная медицинская

Под наблюдением находилось 104 пациента ВИЧ-инфекцией в возрасте от 21 до 36 лет (мужчин – 74, женщин – 30). Диагноз верифицирован в реакциях ИФА, иммуноблотинга, определялась вирусная нагрузка, содержание CD-4 лимфоцитов. Больным проводился мониторинг исследований: уровень РНК ВИЧ в момент госпитализации, затем через 3–4 недели; АЛТ еженедельно, клинический анализ крови.

Все наблюдаемые инфицировались 4–6 лет тому назад, имели сопутствующую патологию: хронический вирусный гепатит В+С – у 92, туберкулез легких у – 7, пневмония – у 19. Поражение сердца проявилось в виде бактериального эндокардита, экссудативного перикардита у 8 пациентов. Детальный исход наступил у 3 больных. Все пациенты этой группы имели стадию ВИЧ IV-B, не получали антиретровирусной терапии, имели высокую вирусную нагрузку (340 000 копий в мин). Госпитализация в инфекционный стационар проводилась в связи с гектической лихорадкой и усилением астеновегетативного синдрома. Жалобы кардиологического плана отсутствовали. При клиническом и инструментальном исследовании выявлены признаки бактериального эндокардита с поражением аортального и митрального клапанов, у одного пациента развился тяжелый экссудативный перикардит.

Больным проводилась комбинированная антибактериальная терапия, использовались препараты имипенемового ряда. В комплекс лечения включались внутривенные иммуноглобулины, альбумины, средства дезинтоксикации, сердечные гликозиды. Несмотря на проводимую терапию симптомы болезни продолжали нарастать, усиливалась сердечная недостаточность. После месячного пребывания в стационаре ремиссия отмечена у 5 больных с кардиальной патологией в течение 3–4 нед.

Таким образом, эндомиокардиты и перикардиты у ВИЧ-инфицированных при наличии септического состояния имеют прогрессивное течение и характеризуются высокой летальностью. Возможно, появление кардиальной патологии есть следствие поздней диагностики и отсутствия.

Место норовирусной инфекции в этиологической структуре острых кишечных инфекций у детей, госпитализированных в стационар Москвы

Дорошина Е.А., Подколзин А.Т., Горелов А.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Острые кишечные инфекции (ОКИ) на современном этапе остаются одной из важнейших проблем детской инфекционной патологии – в связи с высоким уровнем заболеваемости, значительной частотой развития тяжелых форм болезни и высокой летальностью. Вклад в спорадическую заболеваемость каждого вирусного патогена различен, но наиболее часто в пробах от пациентов с ОКИ выявляются ротавирусы группы А, норовирусы и астровирусы, причем норовирусы и астровирусы являются основной причиной вспышек кишечных инфекций как у взрослых, так и у детей. На базе ДИБ № 5 г. Москвы нами было проведено обследование 997 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет, госпитализированных с диагнозом ОКИ с ноября 2006 г. по июль 2008 г. Для уточнения этиологии ОКИ всем детям проводили исследование фекалий на наличие возбудителей ОКИ методом ПЦР. Детей в возрасте до 1 года было 350 (35,1%); от 1 года до 3 лет – 402 (40,3%); от 3 до 6 лет – 144 (14,4%); старше 6 лет – 101 (10,1%). Таким образом, большинство детей было в возрасте от 1 года до 3 лет 40,3%. Доминирующей группой в структуре ОКИ явились вирусные агенты. Они были обнаружены у 58,3% обследованных детей. Наиболее часто выявлялись ротавирусы (32,2%), норовирусы были выявлены в 16,8%, а прочие вирусы – в 9,2% проб. Бактериальные агенты составили – 14,9%. В 356 (35,7%) пробах ни один из исследуемых патогенов выявлен не был. Но это не исключает наличия в них других ЭПЭ, условно-патогенных бактерий и других, менее распространенных вирусов, способных вызвать ОКИ. На долю смешанных (вирусно-вирусных, вирусно-бактериальных, бактериально-бактериальных) инфекций в структуре расшифрованных ОКИ пришлось 90 (14%) случаев. Среди сочетанных инфекций наиболее часто выявлялось вирусно-вирусное сочетание (60%). При этом норовирусы наиболее часто встречались в сочетании с ротавирусами – 67,5%, реже – с прочими вирусными агентами (16,2%), сальмонеллами (8,1%), кампилобактером (5,4%), шигеллами (2,7%). Установлено доминирование вирусов в этиологии ОКИ у детей раннего возраста и в холодное время года.

Оценка клеточной чувствительности лейкоцитов крови к интерферону *in vitro* у детей с различными формами инфекционного мононуклеоза

Дрыганова М.Б., Мартынова Г.П.,
Куртасова Л.М., Евреимова С.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – полиэтиологическое острое инфекционное заболевание, вызываемое различными вирусами, характеризующееся поражением ретикулоэндотелиальной и лимфатической систем, протекающее с лихорадкой, тонзиллитом, полиаденитом, гепато- и спленомегалией, лейкоцитозом с наличием атипичных мононуклеаров. Перспективным направлением в терапии ИМ является применение препаратов интерферона (ИФН), однако их необоснованное применение может снизить эффективность терапии или оказать негативное воздействие на организм в целом.

Целью данного исследования являлось определение клеточной чувствительности *in vitro* к различным дозам рекомбинантного интерферона- $\alpha 2a$ у детей со среднетяжелой и тяжелой формами ИМ. Под нашим наблюдением находилось 20 больных с ИМ в возрасте от 3 до 6 лет. Среднетяжелая форма заболевания диагностирована у 11 человек (1 группа), тяжелая – у 9 (2 группа). В качестве контрольной группы были обследованы 20 здоровых детей. Индивидуальную клеточную чувствительность к реферону *in vitro* определяли, исследуя хемилюминесцентный (ХЛ) ответ лейкоцитов крови методом De Sole et al. (1989) при наличии разных доз реферона в реакционной среде (500 тыс. МЕ, 1 млн. МЕ, 1,5 млн. МЕ). Изучение параметров ХЛ ответа лейкоцитов периферической крови больных со среднетяжелой формой ИМ позволило установить статистически достоверное снижение спонтанной интенсивности ХЛ относительно здоровых детей при отсутствии в среде ИФН и при дозах 500 тыс., 1 млн. Выявлена тенденция к достоверному ускорению времени достижения максимума интенсивности спонтанной ХЛ нейтрофилов в присутствии в реакционной среде реферона в дозе 1,5 млн МЕ, относительно соответствующего показателя в контрольной группе. У пациентов со среднетяжелой формой ИМ отмечалась тенденция к ускорению времени выхода на максимум спонтанной ХЛ кривой при воздействии реферона в концентрации 1 млн МЕ ($0,1 > p > 0,05$), по сравнению с контрольным диапазоном. Наблюдалась тенденция к снижению уровня спонтанной интенсивности ХЛ при воздействии на лейкоциты реферона в дозе 500 тыс. МЕ, и к увеличению уровня свечения относительно контроля при воздействии реферона в дозе 1 млн МЕ ($0,1 > p > 0,05$). Отмечалось достоверное снижение площади спонтанной ХЛ реакции лейкоцитов *in vitro* при воздействии реферона в дозе 500 тыс. и 1 млн. Анализ индуцированного ответа лейкоцитов крови у больных 1 группы позволил установить тенденцию к замедлению времени выхода на максимум ХЛ кривой при воздействии реферона в дозе 1,5 млн, и к снижению площади индуциро-

ванной ХЛ кривой по сравнению с контрольными значениями при наличии 1 млн. реферона в среде. В данной группе отмечалось достоверное увеличение индекса активации в ответ на воздействие 500 тыс. реферона и тенденция к его увеличению при воздействии 1 млн МЕ. У больных с тяжелой формой ИМ отмечалась тенденция к увеличению площади спонтанной ХЛ при дозе реферона 500 тыс. МЕ, и достоверное увеличение – при дозе 1 млн, 1,5 млн МЕ. У них отмечалась тенденция к увеличению уровня спонтанной продукции АФК в нейтрофилах, к замедлению времени достижения максимальной интенсивности спонтанной ХЛ при воздействии реферона в дозе 1,5 млн, относительно показателей 1 группы. Исследуемые дозы реферона достоверно не влияли на уровень спонтанной ХЛ, который оставался повышенным, как и в пробе без наличия реферона в реакционной среде. В то же время у здоровых детей контрольной группы значимого изменения параметров ХЛ в зависимости от доз реферона не отмечалось. Анализ проведенных исследований позволил установить, что больные со среднетяжелой формой ИМ восприимчивы к различным терапевтическим дозам интерферона, а у детей с тяжелой формой заболевания отмечается чувствительность только к максимальной дозе препарата. Следовательно, для повышения эффективности интерферонотерапии у больных с ИМ необходимо определять индивидуальную клеточную чувствительность к реферону, поскольку высока вероятность необходимости изменения дозы препарата.

Способы коррекции лейкопении у больных с хроническим вирусным гепатитом в процессе противовирусной терапии

Дубинина В.А., Котова Н.В.,
Стриханов К.С., Авдеева М.Г.

Краснодарский краевой центр гепатологии;
Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Цель: оценить эффективность и безопасность применения препаратов рекомбинантного гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (рГ-КСФ) и дерината в лечении медикаментозно обусловленной лейкопении (гранулоцитопении) у больных с хроническими вирусными гепатитами, находящимися на противовирусной терапии.

Проведено обследование и наблюдение 20 больных хроническим вирусным гепатитом «С» с признаками лейкопении, развившейся на фоне комбинированной противовирусной терапии ПэгИФН и рибавирином по стандартным схемам. Обследованные больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 10 пациентов, которым для лечения лейкопении применяли препараты рГ-КСФ – лейкостим в дозе 300 мкг/нед и граноцит в дозе 263 мкг/нед №1–3. Вторую группу составили 10 пациентов, получавших деринат 1,5% – 5 мл через день №5, внутримышечно. У пациентов 1-й группы отмечалось снижение уровня лейкоцитов до $2,1 \pm 0,69$ г/л, гранулоцитов до

0,8 ± 0,41 г/л в среднем. Повышение уровня лейкоцитов до 10,6 ± 3,23 г/л отмечалось на следующий день после инъекции рГ-КСФ и сохранялось на нормальных значениях в течение 1–2 нед. В 70% случаев пациентам потребовалось 1–2 инъекции рГ-КСФ для достижения стойкой нормализации уровня лейкоцитов, гранулоцитов, а в 30% случаев – трехкратное введение препарата. У пациентов второй группы исходный уровень лейкоцитов статистически не отличался от уровня в 1 группе и составлял 2,5 ± 0,91 г/л, а уровень гранулоцитов – 1,2 ± 0,44 г/л. Повышение уровня гранулоцитов у пациентов второй группы отмечалось после 5 инъекций дерината натрия (10 дней лечения) – до 1,5 ± 0,32 г/л и сохранялось в течение 2–4 недель.

При лечении препаратами рГ-КСФ и деринатом ни у одного из пациентов побочных эффектов не отмечалось, переносимость препаратов была удовлетворительной. Применение лейкостима, граноцита и дерината позволило без снижения дозы ИФН продлить пациентам курс противовирусной терапии. Эффект от применения дерината наступает медленнее, его использование целесообразно для профилактики лейкопении при тенденции к снижению уровня клеток крови.

Изменение показателей медиаторов воспаления при первичной роже у женщин

Дубовикова Т.А., Беспалова М.К., Рольщиков О.Б.

Челябинская государственная медицинская академия

Среди заболеваний стрептококковой природы рожа и в настоящее время остается актуальной проблемой отечественного здравоохранения. Данное исследование проводилось на базе ГКБ № 8 г. Челябинска. Изучались уровни провоспалительных цитокинов: интерлейкина – 1α (ИЛ-1α) и фактора некроза опухоли – α (ФНО-α) у женщин с первичной рожей в острый период болезни в зависимости от клинической формы и периода репродуктивного развития. В число обследуемых вошли 108 женщин. Средний возраст составил 47 лет. Наблюдаемые пациентки были разделены на три подгруппы: I – 37 женщин (34,3%) раннего и позднего репродуктивного возраста (до 45 лет); II – 30 женщин (27,8%) женщин перименопаузального периода (от 45 до 50 лет); III – 41 пациентка (37,9%) в период постменопаузы (старше 50 лет). В контрольной группе анализировались сыворотки крови условно-здоровых лиц сопоставимого возраста. Геморрагические формы рожи чаще встречались у пациенток постменопаузального периода, чем у женщин фертильного и перименопаузального возраста: 48,8, 27 и 20% соответственно. Установлено достоверное увеличение сывороточной концентрации ИЛ-1α и ФНО-α у больных в остром периоде первичной рожи в сравнении с группой контроля. Определена зависимость уровней провоспалительных цитокинов от клинической формы. Более выраженные отличия в продукции изучаемых медиаторов обнаружены при геморрагической форме изучаемой инфекции (в 1,2–1,5 раза выше, чем в

группе больных с эритематозной формой рожи). Выявлены различия в секреции цитокинов у женщин с данным вариантом стрептококковой инфекции в различные возрастные периоды. Наиболее значимое повышение ИЛ-1α и ФНО-α зарегистрировано у больных постменопаузального периода: в 1,4 раза и в 1,7 раза выше соответственно показателей условно-здоровых лиц сопоставимого возраста.

Таким образом, наиболее вероятно течение рожи с развитием геморрагических форм у женщин старше 50 лет. Заболевание в таком случае характеризуется значительной реакцией со стороны провоспалительных цитокинов.

Сравнительная характеристика течения острых кишечных инфекций у взрослых, вызванных условно-патогенной микрофлорой

Дубровская Д.Н., Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Мамон А.П., Салихова Н.А., Сюндюкова Л.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Целью работы явилось сравнительное изучение особенностей течения острых кишечных инфекций (ОКИ), вызванных условно-патогенной микрофлорой (УПМ), в зависимости от вида возбудителя. Нами проводился анализ историй болезни 108 больных с ОКИ, вызванных УПМ, в возрасте от 18 до 80 лет. Среди них 46 мужчин и 62 женщины. У большинства больных (72%) заболевание протекало в виде гастроэнтерита (лихорадка более 2 дней, жидкий стул более 3 суток), у 30 (28%) – гастрита (как пищевая токсикоинфекция с коротким инкубационным периодом, бурным началом с многократной рвоты, интоксикации и быстрой положительной динамикой). Преобладала среднетяжелая форма ОКИ – у 87 больных (81%), у 10 пациентов (9%) отмечалась тяжелая и у 11 (10%) – легкая форма болезни. Тяжелое течение заболевания наблюдалось чаще у лиц старше 60 лет, имеющих сопутствующую патологию. Диагноз подтверждался бактериологически в 100% случаев. При этом у 78 пациентов получена копрокультура УПМ, у 30 – высеив из промывных вод желудка (в 80% золотистый стафилококк). В структуре выделенных возбудителей преобладала клебсиелла – у 51 больного (47,3%), далее золотистый стафилококк – у 30 (27,7%), протей – у 19 (16,6%) и синегнойная палочка – у 8 (7,4%) пациентов. Для подтверждения диагноза проводилась реакция агглютинации с аутоштаммом выделенного возбудителя, с помощью которой у 62% больных выявлены диагностические титры антител к антигенам высеянной УПМ. При ОКИ, вызванной синегнойной палочкой, преобладала тяжелая форма болезни (7 из 8 случаев), которая сопровождалась высокой температурой, болями в животе и длительным расстройством стула (5–6 сут). При инфицировании золотистым стафилококком заболевание протекало в виде пищевой токсикоинфекции с купированием симптомов болезни в течение 2–3 сут.

Таким образом, острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенной микрофлорой, чаще обуславливались клебсиеллой, стафилококком, реже протеем, синегнойной палочкой. Доминировала среднетяжелая форма заболеваний, протекавших в виде гастроэнтерита, реже – гастрита. Наиболее тяжело протекала кишечная инфекция, вызванная синегнойной палочкой.

Оценка профессиональной деятельности врачей при оказании лечебно-диагностической помощи больным трихинеллезом

Думбадзе О.С., Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель работы: провести количественный и качественный анализ ошибочных действий врачей при диагностике и лечении больных трихинеллезом на догоспитальном и стационарном этапах оказания медицинской помощи.

Пациенты и методы: проанализирована медицинская документация 143 больных трихинеллезом взрослых людей, находившихся на лечении в различных инфекционных стационарах Ростовской области.

Результаты: неправильная диагностика (нераспознавание) трихинеллеза врачами амбулаторно-поликлинического звена зарегистрирована в 42,7% случаев. Врачами приемного отделения инфекционного стационара этот дефект допускался лишь в 2,8% наблюдений. У врачей-ординаторов инфекционного стационара случаев ошибочной диагностики трихинеллеза не отмечено. Причиной этого серьезного дефекта в более чем 90% случаев была профессиональная некомпетентность врачей.

Несвоевременная клиническая диагностика трихинеллеза врачами на догоспитальном этапе отмечена в 37,1% случаев, а в стационаре у 40,6% больных. Однако, если в случае со специалистами инфекционных отделений, основной причиной поздней диагностики были объективные обстоятельства, в частности позднее поступление больных, то в более чем 50% случаев на амбулаторно-поликлиническом этапе – это неспособность врачей к клиническому обследованию пациента и постановке правильного предварительного диагноза.

Основные замечания по качеству терапевтических вмешательств касались, в основном, врачей инфекционных стационаров, так как только там фактически начиналось проведение лечения. Избыточное или недостаточное лечение трихинеллеза допущено в 11,8% случаев и касалось преимущественно осложненных форм.

Выводы: у 79,8% больных трихинеллезом на амбулаторно-поликлиническом этапе правильный диагноз не устанавливается вообще или устанавливается поздно и обусловлено это, в первую очередь, субъективными причинами. Дефекты, допущенные врачами-инфекционистами стационаров, в основном, были вызваны объективными причинами.

Взаимосвязь динамики инфекционного процесса с иммунным статусом больных при первичной роже

Дунда Н.И., Зайцева М.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Цель: выявить клинико-иммунологические прогностические параметры ранних рецидивов первичной рожи (ПР).

Пациенты и методы: у 20 клинически здоровых людей и 49 больных ПР в острый период болезни в динамике методом проточной цитометрии определяли субпопуляционный состав лимфоцитов и поглотительную способность фагоцитов периферической крови; содержание IgA, IgG, IgM, IgE в сыворотке крови методом ИФА; состояние кислород-зависимых механизмов методом спонтанной и стимулированной хемилюминесценции (ХЛ).

Результаты: при благоприятном течении лечение в стационаре не превышало 17 сут. Двухлетний катамнез показал, что в 16,3% случаев (8 человек) наступил рецидив болезни в основном у больных эритематозно-геморагической формой ПР затяжного течения и с развитием ранних осложнений. Лабораторными признаками риска перехода болезни в рецидивирующую форму (РФ) были эозинофилия, рост активности АлАт и АсАт, повышение уровня глюкозы в крови выше референтных значений. Наиболее характерными иммунологическими параметрами, выявленными на 1-й неделе болезни, были следующие: достоверное снижение числа CD4⁺, CD8⁺ и CD16⁺-лимфоцитов, повышение HLA-DR⁺, CD20+клеток и IgA в 1,5 раза, статистически достоверное уменьшение IgM. Следует особо выделить существенное снижение функциональных возможностей фагоцитов периферической крови (уменьшение спонтанного и стимулированного люминол- и люцигенин-зависимого ХЛ ответа), что способствовало ухудшению процессов элиминации возбудителя из организма при ПР. Корреляционный анализ полученных данных показал, что в случае благоприятного течения болезни выявлялось большое число корреляционных связей с параметрами клеточного иммунитета; при неблагоприятном прогнозе – с гуморальными факторами. Таким образом, к прогностически неблагоприятными признаками перехода ПР в РФ относятся ранние осложнения, затяжное течение, активность гуморального звена иммунитета и ухудшение поглотительной и киллинг-ассоциированной функций фагоцитов периферической крови.

Клинико-эпидемиологическая характеристика метапневмовирусной инфекции у детей

Евсеева Е.А., Горелов А.В., Яцышина С.Б., Кондратьева Т.Ю., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Введение. В 2001 г. в Нидерландах был изолирован новый возбудитель ОРЗ верхних и нижних дыхательных путей из семейства *Paramyxoviridae*, подсемейства *Pneumovirinae* – метапневмовирус человека (hMPV). Данные серологических исследований, выполненных в Нидерландах, показывают, что почти каждый ребенок в возрасте 5 лет хотя бы единожды был инфицирован, предполагают, что вирус циркулирует в популяции более 50 лет. По данным разных авторов, hMPV обнаруживается в мазках из носа у детей с симптомами ОРЗ с частотой от 2,2 до 33,3%.

Цели. Определить этиологическую значимость метапневмовируса и описать особенности клинической картины.

Пациенты и методы. Методом ПЦР обследован клинический материал (мазки из носа и ротоглотки) от 2210 детей в возрасте от 1 мес до 14 лет, госпитализированных в стационар г. Москвы по поводу ОРЗ. Сбор материала осуществлялся в течение 5 осенне-зимних периодов с 2002 по 2007 гг.

Результаты. Метапневмовирус был выявлен в 86 случаях, что составило 3,9% от всех протестированных пациентов с ОРЗ. Было зарегистрировано три пика циркуляции вируса: в осенне-зимний сезон с ноября 2002 по март 2003 гг., весной и летом 2006 г. (май-июль) и в осенне-зимний сезон с сентября 2006 по январь 2007 гг. Метапневмовирус обнаружен у детей в возрасте от 1 мес до 13 лет, на долю детей до 1 года пришлось 15% случаев, от 1 до 3 лет – 44%, от 3 до 5 лет – 26%, от 5 до 7 лет – 4%, старше 7 лет – 11%.

Среди симптомов, наблюдаемых у детей, наиболее часто регистрировали гиперемии зева (100%), кашель (97,5%), ринорею (95,0%), гипертермию (47,5%), хрипы в легких (66,3%) на фоне жесткого дыхания. Заболевание протекало в форме острого (30%) или обструктивного бронхита (15,0%), ларинготрахеита со стенозом гортани I степени (18,8%), пневмонии (3,8%). В целом заболевание протекало чаще в среднетяжелой форме.

Заключение. Метапневмовирусная инфекция имеет определенные особенности клинического течения, позволяющие предположить данную этиологию заболевания и затем лабораторно верифицировать ее, тем самым отличив от аналогичных случаев другой вирусной этиологии.

Особенности клинических проявлений у детей с протозойно-глистной инвазией

Егорова И.Н., Романова П.А., Иванова И.Е.

Институт усовершенствования врачей МЗ и СР, Чебоксары

Среди инфекционной патологии у детей значительный удельный вес занимают протозойная и глистная инвазия. Смешанная протозойно-глистная инвазия характеризует-

ся полиморфностью клинических проявлений, что обусловлено вовлечением в инфекционный процесс различных органов и систем (нервной системы, органов пищеварения, дыхания).

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений смешанной протозойно-глистной инвазии.

Пациенты и методы: обследовано 117 детей в возрасте от 2 до 10 лет, которые обратились в консультативную поликлинику для уточнения причины длительного нарушения стула, гепатомегалии, недостаточной прибавки веса, диспепсических расстройств. Дошкольников было 88, школьников – 29. Больные с протозойной инфекцией составили первую группу, дети с протозойно-гельминтной инвазией включены во вторую группу.

В комплекс обследования включалась оценка анамнеза и клинического статуса, копрологическое исследование на гельминты, лямблии (методом формалин-эфирного обогащения), фиброгастродуоденоскопия, УЗИ брюшной полости, методом ИФА определялись антитела к токсокарам.

В клинической картине у больных первой группы преобладающими являлись диспепсия, уплощение весовой кривой, у 18% детей первой группы отмечались явления бруксизма, 58% детей имели жалобы на повышенную возбудимость, проявляющуюся в раздражительности, плаксивости. В 14% случаях у детей из первой группы имели место нарушения сна (трудность засыпания, частое просыпание). Поражения гастроуденальной зоны выявлены у 33% больных в виде поверхностного воспаления, у 74% по данным УЗИ органов брюшной полости – дисфункции билиарного тракта.

Клинические симптомы у больных второй группы выражались в виде бледности сероватого колорита кожи, периорбитальных теней, лимфаденопатии. В 15% случаях в анамнезе отмечались явления геофагии. Все обследованные предъявляли жалобы на боли в животе.

Боли чаще локализовались в околопупочной и эпигастриальной областях. У 42% имела место гепатомегалия.

По результатам эндоскопического исследования у 67,5% наблюдалось сочетанное поражение слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки. Преобладала поверхностная форма поражения (66%) слизистой оболочки.

УЗИ органов брюшной полости выявило реактивные изменения поджелудочной железы (52% случаев), дисфункцию билиарного тракта у 67% детей.

Таким образом, наиболее характерными клиническими особенностями течения хронических заболеваний органов пищеварения у детей с протозойной инфекцией являются изменения со стороны нервной системы, диспепсические симптомы, уплощение весовой кривой.

У большинства детей со смешанной протозойно-гельминтной инвазией преобладающими были болевой синдром, гепатомегалия, воспалительные изменения гастроуденальной зоны.

Комплексная терапия сочетанной протозойно-хеликобактерной инвазии у детей

Егорова И.Н., Романова П.А., Перлова Р.М.

Институт усовершенствования врачей МЗ и СР, Чебоксары

Лечение больных с протозойной инфекцией, несмотря на значительное количество противоямблиозных препаратов, остается недостаточно эффективным, у 25–30% безуспешным, требует оптимизации.

Под наблюдением находилось 27 детей в возрасте от 6 до 15 лет. В комплекс методов включались оценка клинико-anamnestических данных, исследование фекалий на лямблии по стандартной методике, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), дыхательный уреазный тест для выявления хеликобактериоза. Клинико-эндоскопически у всех обследованных детей был установлен диагноз хронического гастродуоденита.

У 2/3 обследованных детей выявлялись гипертрофические, эрозивные изменения слизистой антрального отдела желудка.

Обследованные пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 12 больных хроническим гастродуоденитом, у которых был хеликобактериоз. Во вторую группу вошли 15 детей, которые имели двойную инвазию – *Нр* и лямблии.

В качестве тройной терапии больным первой группы назначались омез, амоксициллин, энтерофурил в возрастных дозах. Дети второй группы получали препараты, обладающие двойным действием (на *Нр* и лямблии). В схему лечения включались макмирор, амоксициллин, омепразол (в возрастных дозах), курс 10 дней.

Для коррекции дисбиотических нарушений у больных первой и второй группы использовались пробиотики.

В результате проведенного лечения купировался болевой, диспепсический синдромы. После окончания курса лечения у больных второй группы проводилось трехкратное исследование на лямблии. Эффективность эрадикационной терапии составила 85%.

Таким образом, макмирор можно с высокой эффективностью использовать для лечения детей со смешанной инвазией лямблиями и пилорическим хеликобактериозом.

Гемодинамические нарушения у больных сальмонеллезной инфекцией

Елисеев В.А., Коньчева Т.В.

Челябинская государственная медицинская академия

Современное течение сальмонеллеза характеризуется утяжелением клинических форм инфекции, частым развитием осложнений, в частности – острой сосудистой недостаточности.

Нами было обследовано 124 пациента обоого пола, находившихся на лечении в инфекционном отделении ГКБ №8 г. Челябинска. Возраст больных колебался от 15 до 60 лет

(средний показатель составил $28,4 \pm 8,7$ года). Диагноз у всех пациентов был подтвержден выделением возбудителя в копрокультуре. Клинико-инструментальное обследование больных проводили, определяя число сердечных сокращений (ЧСС), систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление. Ударный объем (УО) рассчитывали по формуле Стара, минутный сердечный выброс (МСВ) – по формуле Фолкова, среднее динамическое давление (СДД) – по формуле Хикэма, общее периферическое сопротивление сосудов – по формуле Савицкого.

Результаты исследования. У больных со среднетяжелым и тяжелым течением сальмонеллезной инфекции отмечалось увеличение ЧСС (до $91,4 \pm 6,0$ уд/мин и до $97,1 \pm 5,2$ уд/мин соответственно), МСВ (до $4965,0 \pm 568,1$ мл/мин и $6165,7 \pm 538,5$ мл/мин соответственно).

Со стороны периферической гемодинамики (САД, ДАД, СДД, ОПСС) при легком и среднетяжелом течении сальмонеллеза существенных отклонений не наблюдалось. У 62,3% пациентов с тяжелым течением заболевания регистрировалось снижение САД (до $95,5 \pm 4,1$ мм рт. ст.), ДАД (до $61,6 \pm 2,5$ мм рт. ст.), СДД до $72,7 \pm 3,1$ мм рт. ст.), ОПСС (до $956,7 \pm 96,1$ дин/см⁵ × с). Вышеперечисленные изменения нормализовались к 4-м суткам болезни.

Таким образом, при тяжелом течении сальмонеллеза со стороны показателей периферической гемодинамики отмечена тенденция к их снижению, что необходимо учитывать в комплексной фармакотерапии заболевания.

Эффективность и побочные реакции противовирусной терапии у пациентов хронической HCV-инфекцией

Еналеева Д.Ш., Фазылов В.Х., Фазульязнова А.И., Гайфуллина Э.Г., Созинова Ю.М., Мангушева Я.Р., Султанбиков Ф.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Целью исследования явилось сравнительное изучение эффективности и нежелательных явлений при различных вариантах противовирусной терапии (ПВТ) у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Пациенты и методы: нами наблюдались 149 больных ХГС в возрасте от 16 до 48 лет (мужчин – 46% и женщин – 54%). Преобладали пациенты в возрасте от 21 до 39 лет (77%), 1в генотипом (53%), умеренной и высокой вирусной нагрузкой (81%).

Монотерапия была назначена 68 больным, комбинированная терапия проводилась у 81 (54%). Подавляющее большинство пациентов (96%) получало ПВТ отечественными препаратами альфа-2 интерферона (ИФН) (реаферон, интераль). Во всех случаях назначение ИФН происходило индукционным способом: ежедневное введение препарата с использованием высоких доз по 5–6 млн. МЕ в течение первых 12–24 недель. Рибавирин назначался в дозе 800–1200 мг/сутки с учетом массы тела. Продолжительность терапии была от 24 до 48 нед (у 64% больных).

Результаты: оба варианта ПВТ сопровождались развитием побочных явлений. Наиболее часто имели место гриппоподобный синдром (при монотерапии – 96% и при комбинированной – 100%), слабость (50 и 47%), выпадение волос (57 и 58%), снижение массы тела (59 и 79%), сухость кожи (22 и 24%) и слизистых (20 и 18%). Развитие бактериальных инфекций (19,6 и 26%; например, лакунарной ангины, абсцесса молочной железы, бронхита, отита и др.), как и в случае других побочных реакций, не требовало прекращения лечения, происходила лишь коррекция доз лечения. В ходе ПВТ у больных ХГС развивались нейтрофильного характера лейкопения и тромбоцитопения, которые купировались в большинстве случаев к 6 месяцам после окончания лечения. При монотерапии частота стойкого вирусологического ответа (СВО) составила 55% (у больных ХГС, инфицированных 1 генотипом – 32%). У больных, находившихся на комбинированной ПВТ, частота СВО достигла 78% (1 генотип – 64%, не 1 генотип – 94%). Таким образом, комбинированная ПВТ хронического гепатита С отечественными препаратами ИФН с использованием индукционного метода введения является высокоэффективной, особенно у больных с не 1 генотипом.

Особенности течения ветряной оспы у взрослых

Еремушкина Я.М., Кускова Т.К.,
Бурчик М.А., Белова Е.Г.

Московский медико-стоматологический университет

В последние годы наблюдаются изменения в возрастной структуре за счет повышения заболеваемости ветряной оспой среди подростков и взрослых. При анализе заболеваемости ветряной оспой за 2005–2007 гг. в 3-м боксированном отделении ИКБ №2 г. Москвы установлено ежегодное увеличение числа заболевших взрослых ветряной оспой. Наблюдения показали, что клинические проявления болезни у взрослых отличаются от заболевания у детей более тяжелым течением. По данным литературы у взрослых больных риск развития осложнений в 25 раз выше, чем у детей. На лечении в 2005 г. в 3-м боксированном отделении ИКБ №2 находилось 426 больных ветряной оспой, в 2006 г. – 486 человек, в 2007 г. – 612 человек, что значительно превышает показатели прошлых лет. Большинство больных находятся в возрастной группе 18–30 лет. По нашим наблюдениям у 82% больных течение болезни расценивается как среднетяжелое, в 8% – как тяжелое, и у 10% – как легкое. Летальный исход наблюдался у 2 больных в 2006 г. (0,4%), в 2007 г. – у 5 больных (0,8%) от общего числа больных старше 15 лет. При анализе летальных случаев установлено, что летальность за 2006–2007 гг. по данным 3-го боксированного отделения ИКБ №2 составляет 0,4–0,8%, что превышает полученные ранее результаты. Тяжелые формы ветряной оспы развиваются у больных на фоне сопутствующих заболеваний, сопровождающихся иммуносупрессией. В первую очередь это злокачественные новообразования, ге-

матологические, нефрологические заболевания, состояние после трансплантации почки. Возникающее у данных больных снижение иммунитета еще более усугубляется при проведении стандартного лечения основного заболевания – лучевая терапия, химио- и гормонотерапия. У этих больных наблюдается увеличение лихорадочного периода до 10 дней, продолжительности периода высыпаний до 9 дней, частым осложнением является выраженная пустулизация высыпаний, обильные высыпания на слизистой полости рта, половых органах, выраженная лимфоаденопатия. В тяжелых случаях наблюдается специфическое поражение внутренних органов (печень, легкие, селезенка, головной мозг, почки). Характер этих поражений не отличается от поражения кожи. Опасным проявлением болезни может стать тяжелое течение ветряной оспы с развитием ветряночной (вирусной) пневмонии. На фоне характерной сыпи и повышения температуры тела наблюдается кашель нередко с кровянистой мокротой, боль в грудной клетке, одышка, цианоз. На рентгенограмме обнаруживаются мелкие обильные очажки затемнения с расширением корней легких и увеличением прикорневых лимфатических узлов и интерстициальный пневмонит (рентгенологическая картина напоминает милиарный туберкулез или карциноматоз легких).

Причины летальных исходов больных ВИЧ-инфекцией в России: ситуация в последние годы

Ермак Т.Н., Кравченко А.В.,
Ладная Н.Н., Шахгильдян В.И.

*Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

В настоящее время в Российской Федерации наблюдается тенденция к увеличению числа больных, доживших до поздних стадий ВИЧ-инфекции, не находившихся на диспансерном наблюдении, и, в большинстве случаев, не знавших о наличии ВИЧ-инфекции и, соответственно, не получавших антиретровирусной терапии (АРВТ) и профилактического лечения вторичных заболеваний. Именно эти пациенты, а также больные, которым АРВТ проводилась неадекватно, являются основным контингентом риска в отношении летальных исходов.

Проведен анализ причин летальных исходов среди больных ВИЧ-инфекцией из 70 территорий России за период 2005–2007 гг. Выявлено, что ведущими вторичными заболеваниями у больных ВИЧ-инфекцией являются туберкулез, тяжелые проявления кандидозной инфекции и манифестная цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ). У впервые выявленных больных чаще стали регистрировать пневмоцистную пневмонию, церебральный токсоплазмоз. Основные причины летальных исходов – туберкулез (52,1% в 2005 и 60,0% в 2007) и кандидозная инфекция (8,6% в 2005 и 12,0% в 2007). ЦМВИ, церебральный токсоплазмоз, пневмоцистоз, лимфолифферативные заболевания – 0,7–3,0%. Значительную часть среди причин смерти составляют нерасшифрованные вторичные

заболевания (18,8% в 2005 и 22,4% в 2007) и синдром истощения (4,5% в 2005 и 6,8% в 2007). Терминальная стадия хронических гепатитов В и С (ХВГ; 13,4% в 2005 и 14,5% в 2007) занимает 1-е место среди других причин смерти.

Подобная структура летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией в РФ связана с: 1. низким охватом диспансерным наблюдением (40–46% больных проходили обследование хотя бы 1 раз в течение года); 2. отсутствием знаний у медработников об особенностях течения и диагностики вторичных поражений и, соответственно, поздней их диагностикой; 3. недостаточными знаниями врачей основ АРВТ. АРВТ проводили 1 или 2 препаратами – 19% (2005) и 5,7% больных (2007). В течение года АРВТ прервали 16% (2005), 13,6% (2007), а основной причиной этого был летальный исход в связи с поздним назначением АРВТ (наличие тяжелых вторичных заболеваний и количество CD4-лимфоцитов <100 клеток/мкл). Доля больных ВИЧ-инфекцией, получавших лечение ХВГ, составила 0,05% (2005) и 0,58% (2007).

Клещевые нейроинфекции у детей: характеристика эпидсезона 2008 года

Ермолаева И.Ю., Чуракова А.В., Поздеева О.С., Губина С.В., Мохова О.Г., Бояринцева О.Г., Бурова Е.В.

Ижевская государственная медицинская академия; Республиканская детская клиническая инфекционная больница, Ижевск

Географические особенности Удмуртской Республики, высокая численность таежных клещей способствует широкому распространению клещевых нейроинфекций (клещевой энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз). Количество детей, ежегодно госпитализирующихся в РКИБ с данными диагнозами с 2000 г., варьирует от 50 (2000 г.) до 11 (2008 г.). Необходимо отметить, что в последние годы на фоне невысокой заболеваемости клещевым энцефалитом (КЭ) отмечается рост очаговых форм (28,57% детей), преобладание одноволнового течения (57,14% случаев), увеличение количества детей с тяжелой степенью тяжести (57,14%).

Сохраняются следующие эпидемиологические черты: среди госпитализированных преобладают школьники в возрасте от 7 до 14 лет (71,43%); чаще – мальчики (71,43%, $\chi^2 = 2,19$, при $n = 1$, $p > 0,05$); факт присасывания клеща отмечают только 57,14% детей; экстренная специфическая профилактика КЭ γ -глобулином проводилась в большинстве случаев (71,43%). Необходимо отметить, что среди госпитализированных у 2 детей была проведена своевременно, в полном объеме вакцинация против КЭ (у 1 ребенка – лихорадочная, у другого – очаговая менингоэнцефалитическая форма). Регистрировались у 28,57% больных микстинфекции: ГЛПС, энтеровирусный менингит (ПЦР ликвора на энтеровирусы положительный). В периоде ранней реконвалесценции клещевого энцефалита у 71,43% больных отмечался выраженный цереброастенический синдром.

Все менингеальные формы были подтверждены люмбальной пункцией. Диагноз у всех детей подтвержден серологически (ИФА крови): по результатам первой крови – 4 случая (57,14%), в остальных случаях – по результатам второй крови. Титры IgM в первой крови составил от 2,6 до 17,3 МЕ/л.

Таким образом, описанные основные клинические характеристики клещевого энцефалита в совокупности со своевременным проведением лабораторной диагностики помогут врачам успешно поставить правильный диагноз и назначить лечение.

Современные клинические аспекты рожи в г. Москве

Еровиченков А.А., Потекаева С.А., Бухольц С.Ю., Пак С.Г.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова; Инфекционная клиническая больница №2, Москва

Нами проведен анализ современных клинических особенностей течения рожи (2004–2008 гг.) на основании клинических данных специализированного (рожистого) отделения ИКБ №2 г. Москвы.

Всего за изучаемый период в специализированное отделение ИКБ № 2 было госпитализировано и проведено лечение 7024 больному с диагнозом рожа, мужчин – 3232 (46%), женщин – 3792 (54%). Большинство больных, находившихся на лечение в специализированном отделении, были старше 50 лет (73,8%). Среди госпитализированных больных в изучаемый период времени местный очаг локализовался чаще в области нижних конечностей (79%), реже в области лица (13,9%) и верхних конечностей (4,1%). Чаще рожа промежности и наружных половых органов, туловища развивается вследствие перехода воспалительного процесса с соседних областей (нижних конечностей, живота, верхних конечностей). Значительно реже наблюдалась рожа другой локализации (3,0%) – промежности, наружных половых органов, туловища, молочной железы. В целом, за весь изучаемый период, больные с первичной рожой составили 61,8%, рецидивирующей – 29,0%, повторной – 9,2% среди госпитализированных больных. Если в 1995–1996 гг. удельный вес первичной и рецидивирующей форм болезни среди госпитализированных больных был примерно одинаковым, то с 1997 г. отмечается нарастание первичных форм болезни с одновременным уменьшением рецидивирующих. Геморрагические формы рожи (эритематозно-геморрагические и буллезно-геморрагические) в целом за период за изучаемый период были диагностированы у 67,7% больных. 29,3% больных были госпитализированы в летние месяцы. Мы отмечаем в последние годы в некоторое снижение уровня геморрагических форм по сравнению с 90-ми годами прошлого века, когда геморрагические формы составляли более 90% всех госпитализированных больных.

Важной особенностью клинического течения рожи в современных условиях является частое выявление у больных с данной патологией сахарного диабета преи-

мущественно 2 типа, так, за изучаемый период, у 977 (13,9%) больных рожей заболевание протекало на фоне сахарного диабета (у 141 – сахарный диабет был впервые выявлен).

Антигенные и генетические особенности современных вирусов гриппа в России

Еропкин М.Ю., Грудинин М.П., Коновалова Н.И., Писарева М.М., Гудкова Т.М., Григорьева В.А., Байбус Д.М., Иванова А.В., Смирнова Т.С., Щеканова С.М., Зюзева Е.В.

НИИ гриппа РАМН, Санкт-Петербург

Эпидемии гриппа в России, как и в других странах мира, возникают практически ежегодно и связаны с непрерывной изменчивостью современных вирусов гриппа А и В. Детальное изучение более полутора тысяч российских эпидемических изолятов позволило нам определить структуру эпидемий за последние пять лет и выявить направленность антигенного дрейфа современных вирусов гриппа. За исследуемый период вирусы гриппа А(Н3N2) выделялись с наибольшей частотой практически на всей территории России. Вирусы данного подтипа были причиной эпидемий почти ежегодно и составляли от 100 до 44,7%. Дрейфовые изменения российских изолятов соответствовали эволюционным изменениям вирусов гриппа А(Н3N2) в мире и носили непрерывный поступательный характер. В последние годы отмечено снижение скорости эволюции вирусов гриппа этого подтипа. Генетический анализ позволил определить 45 позиций, подвергшихся за исследуемый период мутационным изменениям, 16 из которых связаны с селективным преимуществом и оказывают непосредственное влияние на антигенные свойства вируса. Основная масса замен коснулась антигенных сайтов А и В (19 замен), а также РСС (7 замен).

Циркуляция вирусов гриппа А(Н1N1) была не столь интенсивна: удельный вес выделения данных штаммов не превышал 12%. Однако, в последних два эпидемических сезона частота их выделения резко возросла, достигнув в 2007–2008 гг. 51,7%. Подобная активизация связана с появлением на эпидемической арене вирусов новой антигенной разновидности. Этот факт подтвердили данные антигенного и молекулярно-биологического анализа – выявлены 34 замены в HA1, связанные с эволюционным дрейфом и включающие 9 положений, отвечающих за антигенные отличия вирусов. В наибольшей степени изменения наблюдались в сайтах Ca и Sb. Основные изменения, сопровождающиеся появлением нового дрейф-варианта, были связаны со сменой заряда или полярности аминокислоты в определенных позициях HA1. Дивергентный характер эволюции вирусов гриппа В на современном этапе сохраняется, при этом в России в последние годы наблюдается попеременное преобладание циркуляции штаммов ямагатской (2007–2008 гг.), или викторианской (2008–2009 гг.) линий. Кроме того, было отмечено выделение реассортантных вирусов гриппа В.

Перспективы совершенствования диагностических препаратов для выявления возбудителей опасных инфекционных заболеваний с использованием иммобилизованных систем

Жарникова Т.В., Левченко Н.В., Кочарян А.С.

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт

Новые перспективы открылись перед микробиологией когда удалось разработать способы получения и использования иммобилизованных препаратов-лигандов, искусственно связанных с нерастворимым носителем и сохраняющих свои свойства. В качестве носителей для иммобилизации нами использованы неорганические материалы (алюмосиликат, оксид железа). В качестве лигандов применяли иммуноглобулины против возбудителей туляремии, лептоспироза, вируса гриппа птиц. Для их иммобилизации использовали метод перхлоратного окисления с образованием ковалентных связей. В результате исследований получены экспериментально-производственные серии тест-систем диагностических иммуносорбентных для выявления вышеперечисленных возбудителей в иммуноферментном анализе. При этом время постановки анализа сократилось в 2 раза, чувствительность повысилась более чем в 100 раз, увеличился в 3 раза срок годности препаратов.

Разработаны и апробированы в лабораторных условиях бифункциональные сорбенты с иммобилизованными гетерологичными антигенами для одномоментной очистки иммуноглобулинов флуоресцирующих от несвязавшегося красителя и гетерологичных антител с сокращением трудовых, материальных затрат при сохранении высокой активности и специфичности.

Иммобилизованные препараты имеют ряд преимуществ по сравнению со свободными. Они активны, долговечны и стабильнее свободных препаратов. Все это обеспечивает высокую экономичность, эффективность технологий, использующих иммобилизованные препараты.

Работа выполнена в рамках Гранта научной школы (НШ-2486.2008.7).

Уровень оксида азота при различных формах рожи

Жаров М.А.

Майкопская городская клиническая инфекционная больница

Рожа относится к числу инфекционных болезней, заболеваемость которыми не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем по России 15–20 на 10 тысяч населения.

Несмотря на достижения последних лет в области микробиологии, иммунологии, внедрение новых антибактериальных и иммунокорректирующих препаратов, проблема

профилактики и лечения рожи до сих пор не теряет своей актуальности. Сохраняется широкая распространенность рожи, ее склонность к рецидивирующему течению у 16–35% больных, формированию стойких лимфостазов, слоновости, приводящих к инвалидизации, нередко еще в работоспособном возрасте (В.Х.Фазылов, 1996; А.А.Ерочиченков, 2003). Существенный процент в структуре заболевания составляют больные осложненными формами рожи (7–14%), в том числе с развитием геморрагических форм и гнойно-некротических осложнений.

Одним из направлений современной медицины, работающей на стыке с молекулярной биологией, является исследование роли цитокинов в патогенезе различных заболеваний. Поиск новых методов оценки эффективности лечения и прогнозирования течения заболевания заставил нас исследовать динамику содержания эндогенного иммуномодулятора – оксида азота (NO) у больных с различными клиническими формами рожи, что и явилось целью настоящего исследования.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 больных рожей, мужчин – 25, женщин – 37, в возрасте от 18 до 83 лет, в среднем $57,6 \pm 1,86$ лет. Первичная рожа диагностирована у 42 больных, рецидивирующая – у 13, повторная – у 7. Эритематозная форма рожи имела место у 32 больных, эритематозно-буллезная – у 12, эритематозно-геморрагическая – у 15, буллезно-геморрагическая – у 3. Средний койко-день составил $8,1 \pm 0,49$. Оценку уровня NO в сыворотке крови проводили путем определения конечного стабильного метаболита азотистого цикла – нитрита, который выявляли при помощи реакции Грисса. Контролем служила кровь 31 донора, среднее значение нитрита крови составило $8,82 \pm 1,42$ мкмоль/л.

При эритематозной форме рожи уровень нитрита колебался от 0 до 17,9 мкмоль/л, но среднее значение от нормы не отличалось, составляя $6,3 \pm 1,00$ мкмоль/л. Эритематозно-буллезная форма рожи, также характеризовалась умеренными колебаниями уровня нитрита от 0 до 18,5 мкмоль/л, при среднем значении $5,9 \pm 1,92$ мкмоль/л. При эритематозно-геморрагических и буллезно-геморрагических формах рожи содержание нитрита сыворотки находилось в пределах 2,2–47,0 мкмоль/л, при средних значениях $12,2 \pm 2,68$ мкмоль/л, и было достоверно выше уровня нитрита при эритематозной форме ($p < 0,05$). Существенных отличий в содержании нитрита сыворотки при первичной, повторной и рецидивирующих формах рожи установлено не было.

В литературе имеются данные о том, что повышенная продукция оксида азота приводит к угнетению агрегации и адгезии тромбоцитов, проявляет антитромбогенное действие в сосудистом эндотелии (Mugge A., 1991). Полученные данные при роже свидетельствуют о влиянии уровня оксида азота на формирование геморрагических форм, что может быть связано с прямым воздействием NO на тромбоциты и эндотелий.

Таким образом, определение содержания оксида азота сыворотки крови может служить дополнительным диагностическим критерием в оценке выраженности патологического процесса при роже.

Глицирризиновая кислота в лечении гепатита С

Жаров С.Н., Чиквинидзе Н.К.,
Санин Б.И., Литвинова О.С.

*Российский государственный медицинский университет,
Москва;*

Инфекционная клиническая больница №3, Москва

Наибольшие успехи в лечении ХГС были достигнуты при проведении комплексной терапии с использованием пегинтерферона и рибавирина. При этом частота устойчивого вирусологического ответа достигает 60–70%. Однако такое лечение вызывает достаточно большое количество побочных эффектов. Эти данные подчёркивают необходимость поиска и внедрения в практику новых препаратов, обладающих противовирусной активностью и отсутствие значимых побочных эффектов при длительном и возможно многолетнем применении. Фосфоглив, сочетая в себе свойства гепатопротектора, также обладает противовирусной активностью и является принципиально новым препаратом в отличие от препаратов, разработанных ранее. Целью работы явилось: оптимизация схем лечения фосфогливом больных вирусными гепатитами.

Применялись следующие варианты терапии: 1. Моновитерапия фосфогливом по 5 г в сутки через день внутривенно в течение 30 дней (20 больных). 2. Комбинированная терапия – внутривенное и пероральное применение фосфоглива по 2,5 г внутривенно через день, по 3 г перорально через день в течение 30 дней (16 больных). 3. Комплексная терапия: внутривенное введение фосфоглива по 5 г в сутки 3 раза в неделю в сочетании с приемом капсул 3 г в сутки 4 раза в неделю и ежедневным приемом рибамидила в дозе от 800 до 1200 мг в сутки в зависимости от веса больного. Длительность терапии от 30 дней до 24 нед (17 больных). 4. Контрольная группа – базисная терапия (20 больных).

Были получены следующие результаты: длительность симптомов интоксикации при применении всех схем терапии у больных ХГС была достоверно короче, чем у больных на базисной терапии. Уровень ферментов у больных, после окончания терапии фосфогливом был в большинстве случаев достоверно ниже по сравнению с пациентами на базисной терапии.

При исследовании вирусной нагрузки пациентов, страдающих ХГС, было выявлено, что монотерапия фосфогливом у 70% больных вызвала снижение вирусемии, а в 30% случаев у них же привела к полному исчезновению вируса на фоне лечения. При комбинированной терапии снижение уровня вирусемии выявлено у всех (100%) больных, а у 43% из них – РНК ВГС в крови исчезла на фоне лечения. Комплексная терапия способствовала снижению уровня вирусемии у 96% пациентов, а в 58% случаев была достигнута полная элиминация вируса у этих больных на фоне лечения.

Белок PB1-F2 вируса гриппа птиц H5N1 обладает фибринолитической активностью

Жилинская И.Н.¹, Ляпина Л.А.²,
Смирнова Т.Д.¹, Азаренок А.А.¹

¹НИИ гриппа РАМН, Санкт-Петербург;

²Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова

Цель исследования. Известно, что патогенез гриппа характеризуется нарушениями в системе гемостаза хозяина и, как было показано ранее, активное участие в этом принимают поверхностные белки вируса гриппа – гемагглютинин (HA) и нейраминидаза (NA). Основной целью настоящего исследования явилось изучение воздействия белка полимеразы PB1-F2 на систему гемостаза, так как он вносит существенный вклад в проявление патогенетических свойств вируса.

Материалы и методы. В исследованиях использовали синтезированный фрагмент белка PB1-F2 (65-82). Фибринолитическую активность препарата оценивали по суммарной фибринолитической активности (неферментативной и ферментативной) и активности активатора плазминогена. Для оценки показателей фибринолиза *in vivo* исследуемый препарат вводили внутривенно в концентрации 10 мкг/мл в *v. jugularis* крыс и через 10 минут анализировали сыворотку крови.

Результаты. В экспериментах *in vitro* анализируемый полипептид в концентрациях 0,1 мкг/мл и 1,0 мкг/мл проявлял значительную неферментативную активность и активность активатора плазминогена (по сравнению с контролем). Аналогичные данные были получены и в экспериментах *in vivo*. Исследуемый полипептид стимулировал увеличение неферментативной фибринолитической активности в 1,5 раза (по сравнению с контролем) и увеличение активности тканевого активатора плазминогена почти в 5 раз.

Заключение. Полученные данные указывают на то, что белок PB1-F2 способен регулировать процессы антикоагуляции, как и поверхностные белки вируса гриппа. Повышение неферментативной фибринолитической активности и активности активатора плазминогена в условиях *in vitro* под воздействием вирусного белка означает, что исследуемый полипептид способен взаимодействовать с фибрином и обладает свойствами активатора плазминогена. Вероятно, что в основе механизма действия PB1-F2 лежит молекулярная мимикрия регуляторных белков, участвующих в процессах гемостаза.

Мультидисциплинарная модель профилактики и терапии ВИЧ-инфекции в условиях мегаполиса

Жолобов В.Е., Беляков Н.А., Рахманова А.Г.

Центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург

В СПб в 2005 г. была введена в городе единая система регистрации всех случаев ВИЧ-положительных и больных ВИЧ-инфекцией, передача сведений о них в отделения инфекционных заболеваний поликлиник по месту жительства. В дальнейшем было издано распоряжение о введении освобожденных должностей инфекционистов и медсестер в структуре КИЗ. Это позволило увеличить количество больных состоящих на диспансерном учете в районах и центре СПИД. Вместе с тем мультидисциплинарный подход к оказанию помощи больным с ВИЧ-инфекцией, а также проведение профилактических мероприятий, не было обеспечено в должной мере. Для перспективного планирования в районных поликлиниках создаются отделения профилактики и терапии ВИЧ-инфекции с многокомпонентными функциями возложенными на мультидисциплинарную команду. В числе основных задач отделения является диспансеризация больных во взаимодействии с Центром СПИД, разработка комплексных планов по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией, с районными отделами здравоохранения, образования и молодежной политики. Это позволит более оперативно решать вопросы профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией. Отделения формируются по модульному принципу, в основе которого лежит обеспечение пациентов из расчета нагрузки врач, психолог, социальный работник и три-четыре ставки среднего медперсонала на 1500 ВИЧ-пациентов с ВИЧ-инфекцией.

В зависимости от расположения и населения района города одно отделение приходится на один или два района. Формируется единая база данных с обменом информации между отделениями и Центром СПИД, который делегирует часть функций по диспансерному наблюдению и сопровождению за антиретровирусной терапией районными отделениями. Проведенные расчеты свидетельствуют о том, что увеличение приверженности к терапии у больных на 10% от общего числа не только улучшает качество, но и окупает материальные затраты на содержание районных отделений, обеспечивает усиление первичной профилактики за счет привлечения районных специалистов.

Особенности течения кишечных инфекций при «синдроме нейтропении»

Жуйкова Г.В., Гильмутдинова Т.Г., Данилов П.В.,
Ермакова С.Н., Наймушина Е.С.

Ижевская государственная медицинская академия;
Республиканская инфекционная клиническая больница,
Ижевск

Цель исследования – выявить особенности течения кишечных инфекций при сопутствующем «синдроме нейтропении» у детей различного возраста.

Обследовано 70 детей в возрасте от 0 до 14 лет, пролеченных в отделении кишечных инфекций, у которых выявлялся «синдром нейтропении». Критерием диагностики явилось снижение количества числа нейтрофилов в циркуляции до $1,5 \times 10^9$ и ниже в повторных гемограммах.

Пик проявления синдрома приходился на зимне-весенний период. В структуре кишечных инфекций, при которых наблюдался нейтропения, 24% составляла ротавирусная инфекция, 8,6% – энтеровирусы, 9,6% детей перенесли сальмонеллез, 21,1% – эшерихиоз, 22,4% – клебсиеллез, у 14,3% детей – этиология не установлена. Среди всех детей 46% занимала кишечная инфекция, протекающая на фоне респираторной вирусной инфекции.

В возрастном аспекте нейтропении чаще встречалась у детей младшего возраста (до года – в 63%, от года до 2 лет – в 24%) и реже в более старшем возрасте (3–7 лет – в 8%, старше 7 лет – в 3%). Наряду с нейтропенией наблюдалась лейкопения в группе детей до 3 лет (10,5%), а также у детей старше 7 лет (12,4%). У детей младшего возраста заболевание протекало в легкой и средне-тяжелой форме, в старшем возрасте – в средней и 1/3 детей имела тяжелую форму заболевания, по-видимому, дети с легкой формой заболевания в этой группе получали лечение амбулаторно. У всех детей была более выражена клиника при наличии нейтропении: температурная реакция наблюдалась с первого дня, была длительной, упорнее держался болевой и кишечный синдром, чаще наблюдались осложнения и сопутствующие заболевания. 12% детей переносили острый бронхит или пневмонию, 6% – имели инфекцию мочевыводящих путей, 3% – отиты, 20% – анемию. У большинства детей заболевание протекало на отягощенном преморбидном фоне: аллергические заболевания были у 22% детей, проявления гипотрофии – у 16,3%, патология нервной системы – у 18%.

Таким образом: «синдром нейтропении» чаще возникает при кишечной инфекции различной этиологии на фоне отягощенного преморбидного фона у детей младшего возраста и, в свою очередь, сам способствует более тяжелому течению патологического процесса.

Особенности современного течения рожи

Жукова Л.И., Городин В.Н., Блажняя Л.П., Зимина Е.В., Тарасова Л.С., Ковалевская О.И.

Кубанский государственный медицинский университет; Специализированная клиническая инфекционная больница, Краснодар

Рожа относится к числу инфекционных болезней, заболеваемость которыми не имеет тенденции к снижению. Актуальность ее изучения объясняется также склонностью заболевания к повторному и рецидивирующему течению. По данным ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края удельный вес больных рожей, госпитализированных в инфекционный стационар достигает 25%.

Цель работы – установить динамику клинических проявлений заболевания в сравнительном временном аспек-

те. Нами проанализированы клинические проявления рожи у больных, госпитализированных в инфекционный стационар в середине прошлого века (1950–1964 годы – 1 группа больных) и в начале XXI века (2003–2008 годы – 2 группа больных).

Установлено, что в современный период, как и раньше, среди больных рожей преобладали женщины. Отмечается тенденция к изменению возрастной структуры заболевших: рост удельного веса пациентов старше 60 лет (20 и 55%), имеющих фоновые (сопутствующие) заболевания. Первичная рожа ранее встречалась несколько чаще, чем в настоящее время (68 и 56% соответственно). Вместе с тем, в современных условиях, увеличилось число первичной рожи, связанной с оперативным и лучевым лечением. Изменилась преобладающая локализация очага воспаления – в последние годы уменьшилось число больных рожей лица (49 и 15,5% соответственно) за счет роста преимущественного поражения нижних конечностей. В обеих группах наблюдения преобладали больные эритематозной формой рожи (72,7 и 69,5%), однако у 31,7% больных 1-й группы отмечалась эритематозно-буллезная форма, а у больных 2-й группы эта форма выявлена только у 19% наблюдаемых пациентов. В то же время в последние годы у 1,3% больных наблюдалась буллезно-некротическая форма, требующая хирургического вмешательства.

Таким образом, в современных условиях чаще наблюдается рожа с локализацией воспаления на нижних конечностях у людей пожилого возраста, страдающих хроническими соматическими заболеваниями. Кроме этого, отмечается тенденция к утяжелению течения рожи за счет развития буллезно-некротических форм.

Оценка психологического статуса у детей с избыточной массой тела при острых кишечных инфекциях

Жупарова М.Е., Горелов А.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Ожирение у детей является серьезной проблемой здравоохранения. Психологические факторы оказывают мощное влияние на аппетит и пищевое поведение, на физическую активность и в целом на биоэнергетический баланс организма. Среди психологических факторов выделяют: первичные – участвующие в процессах развития ожирения, и вторичные – определяющие особенности социальной дезадаптации тучных детей.

Проводилось исследование психологического статуса у 20 детей больных ОКИ с избыточной массой тела (ИМТ), находившихся в ДИБ №5, в возрасте 9–14 лет. Для психологического обследования использовались следующие методы: клиническая беседа, методика диагностики уровня субъективного контроля, тест цветочных выборов – тест Люшера, шкала депрессии (ШД). По результатам цветового теста Люшера нарастание ситуационной тревоги выявлено у 9 (45%) девочек и 11 (55%) мальчиков, что можно рассматривать как прогностически неблагоприятный

признак появления личностной дезинтеграции и закрепления невротических и патохарактерологических черт личности. Отмечено, что девочки наиболее чувствительны к психогенным факторам, связанным со ШД 9 (45%), чем мальчики 2 (10%), а мальчики в большей степени чувствительны к напряженным семейным отношениям (конфликты в семье, ссоры родителей) – домашняя тревожность отмечена у 9 (45%) мальчиков и 5 (25%) девочек. У подростков с ИМТ отмечен высокий уровень личностной и ситуационной тревоги. ОКИ чаще проявлялись жалобами на боли в животе и диарею, что может являться свидетельством усугубления личностной дезинтеграции и усиления инфекционно-соматических нарушений. При оценке психологического статуса детей с ИМТ и ОКИ ни в одном случае мы не могли оценить эмоциональное состояние ребенка как «хорошее». У 12 (60%) детей состояние было «удовлетворительным», а у 8 (40%) – расценивалось, как «плохое». Кроме того, была диагностирована тревога разной степени выраженности, состояние стресса. При индивидуальной оценке степени выраженности депрессии было выявлено, что у 6 (30%) детей состояние депрессии полностью отсутствовало, у 11 (55%) была легкая (45%) и средняя степень выраженности (10%) данного состояния, а выраженная наблюдалась лишь у 3 (15%) больных. Состояние тревоги и депрессии у детей с ожирением по ШД: отсутствует (до 49 баллов) у 5 (25%) подростков, легкая (50-59 баллов) – у 6 (30%), средняя (60-69 баллов) – у 6 (30%), выраженная (70 и более) – у 3 (15%).

Результаты бактериологического исследования состава микрофлоры толстого кишечника у больных лептоспирозом

Журавлев А.Ю., Лебедев В.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Микробиологическая система организма в настоящее время рассматривается как очень сложный, динамично развивающийся комплекс, включающий в себя различные ассоциации микроорганизмов и продукты их биохимической активности в определенных условиях среды обитания. Нарушения количественного и качественного состава нормофлоры кишечника влечет за собой возможные клинические проявления, и часто – отягощение течения основного заболевания. Согласно современным данным затяжное течение процесса при лептоспирозе наблюдается в 86% случаев, с последующим сохранением патологических изменений в течение 5–9 лет не менее чем у 5,3% больных. Под нашим наблюдением на базе ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края находилось 250 больных лептоспирозом на разных стадиях заболевания: в остром и реконвалесцентном периоде. Проведено бактериологическое исследование состава микрофлоры толстого кишечника, которое показало, что уже в начале заболевания дисбиоз кишеч-

ника имел место у 84% больных. Эти изменения в большинстве своем были количественными и выражались, в частности, только уменьшением бифидо- и лактобактерий у 44% пациентов. После окончания антибиотикотерапии количество больных с регистрируемыми дисбиотическими изменениями увеличивалось и составляло 92,4% всех обследованных пациентов. При этом регистрировалось преобладание гемолизирующей кишечной палочки у 43,2%, наличие грибов рода Кандида у 42%, снижение общего количества кишечной палочки у 24,4%, наличие условно-патогенной флоры у 21,2%, повышенное содержание золотистого стафилококка у 18,8%, повышенное содержание общего количества кишечной палочки у 8%, наличие микробов рода протей у 3,2%, наличие синегнойной палочки у 2,4% больных. В период реконвалесценции наблюдалась постепенная нормализация состава микрофлоры кишечника, хотя у части больных еще какое-то время продолжали регистрироваться стойкие нарушения.

Таким образом, в результате проведенных исследований, доказано развитие у большинства больных лептоспирозом дисбиоза кишечника, что, в свою очередь может иметь значение в развитии затяжного процесса при лептоспирозе и требует решения вопроса о проведении соответствующей коррекции состава кишечной микрофлоры.

Неонатальные менингоэнцефалиты: клиничко-нейросонографические сопоставления

Заводнова О.С.

Ставропольская государственная медицинская академия

Проведен анализ результатов нейросонографических исследований у 182 больных с неонатальными менингоэнцефалитами. Для больных с неонатальными менингоэнцефалитами характерно частое выявление перивентрикулярного отека в затылочной области (86,8%), начальной дилатации ЖСМ (84,6%), субарахноидальных кровоизлияний по ходу Сильвиевых борозд (74,18%); кист и петрификатов в паренхиме, таламических отделах (58,24%). Диффузную гиперэхогенность паренхимы мозга с рождения регистрировали у 10 больных, в динамике у 44 больных. Явления вентрикулита наблюдали в 37,9% случаев ($18,67 \pm 1,67$ день жизни), внутрижелудочковые, паренхиматозные, субэпендимарные кровоизлияния в 9,9% ($6,08 \pm 1,75$ день жизни). Выявлена зависимость сроков развития вентрикулита от этиологии процесса: у больных с грибковым и токсоплазменным менингоэнцефалитом вентрикулит развивается на $14,35 \pm 1,33$ день жизни; при вирусных менингоэнцефалитах на $21,38 \pm 2,93$ день жизни. Определяли признаки перенесенного менингоэнцефалита: огрубление борозд и извилин (у 20), признаки атрофии мозговой ткани (у 12), перивентрикулярная лейкомаляция (у 21). Нарушения сознания у выживших больных регистрировали в 31% случаев, преимущественно за счет больных с формированием неврологического дефицита и вегетативного состояния. При сочетании 4–6 неврологических симптомов с признаками диффузного отека, отека

лобной области с развитием в динамике ПВЛ, псевдокист, венрикулита со спаечным процессом и атрофией мозговой ткани формируется неврологический дефицит, вегетативное состояние у доношенных детей. Наиболее распространенными клиническими проявлениями менингоэнцефалитов с летальным исходом являются сочетание 4–6 неврологических симптомов с признаками локального и диффузного отека, предшествующего поражения ЦНС (кисты, петрификаты), венрикулита без спаечного процесса. Выздоровление характерно для больных с признаками возбудимости при отсутствии диффузного отека, ПВЛ, с наличием венрикулита без атрофии мозговой ткани. Таким образом, прослеживается прямая связь между клинической картиной и нейросонографическими данными. Наличие, длительность сохранения судорожного синдрома и нарушений сознания в совокупности с данными нейросонографических исследований в динамике являются прогностическим показателем благоприятного и неблагоприятного исхода неонатального менингоэнцефалита.

Оптимизация цитологического исследования назальных эпителиоцитов при рецидивирующих бронхитах у детей

Занкеева А.Г.¹, Гришкин И.Г.¹, Соловьев А.А.¹, Канкасова М.Н.¹, Романова М.А.¹, Туровец С.В.², Ходырева И.А.², Бакулина Е.А.²

¹Ижевская государственная медицинская академия;

²Детское инфекционное отделение Медсанчасти «Ижмаш», Ижевск

Диагностика функционального состояния нативных клеток при различных заболеваниях принимает широкий резонанс в различных отраслях медицины на современном этапе. Однако в педиатрической практике исследования такого плана должного применения не получили. Среди таких исследований важное значение имеет микроэлектрофорез переживающих клеток.

Цель работы заключалась в экспериментальном выборе состава инкубационной среды для микроэлектрофореза назальных эпителиоцитов при рецидивирующих бронхитах у детей. Обследовались дети в периоде обострения рецидивирующего бронхита. Электрофоретическую подвижность (ЭФП) изучаемых клеток определяли с помощью метода знакопеременного микроэлектрофореза переживающих клеток (Соловьев А.А., 2001 г.)

Были выбраны следующие среды: нативная замороженная плазма, раствор Рингера–Локка, 5% раствор глюкозы, среда 199, физиологический раствор. В качестве критериев оценки применимости рабочего раствора были выбраны показатели ЭФП: доля подвижных клеток (%) и амплитуда колебаний клеток (А, мкм). Полученные данные представлены в таблице.

Полученные результаты выявили зависимость клеточной активности от состава инкубационной среды. Наилучшие показатели ЭФП эпителиоцитов у детей с бронхитом проявились в условиях физиологического 0,9%

раствора NaCl. Так, доля подвижных клеток составила $34,58 \pm 3,66\%$ при усредненной амплитуде колебания — $1,21 \pm 0,15$ мкм. Исследование функционального состояния эпителиоцитов в условиях остальных сред показало существенно сниженную их активность в электрическом поле. Вероятно, это связано с изменением электрического заряда на цитомембранах под влиянием компонентов инкубационных сред, что, соответственно, приводит к снижению их ЭФП.

Объективная оценка ЭФП живых назальных эпителиоцитов позволяет судить об их функциональной активности. Оптимальной средой для изучения их ЭФП является 0,9% раствор NaCl.

Эпидемиологическая значимость перевозок пищевых продуктов

Захарова Т.Б.

НИИ дезинфектологии, Москва

В современных условиях общего увеличения объемов перевозок пищевых продуктов возрастает эпидемиологическая значимость транспорта, перевозящего пищевые продукты и являющегося одним из потенциальных факторов передачи патогенной и условно патогенной микрофлоры из окружающей среды человеку. Уровни микробной контаминации различных поверхностей оборудования, инвентаря, тары и др. транспортных объектов часто не соответствуют и значительно превышают их нормативные показатели. В настоящее время профилактическая дезинфекция пищевого транспорта является обязательной и регламентируется рядом новых документов в т.ч. СП 2.3.6.1066-01, которые предусматривают не только ежедневную мойку транспортного средства, но и ежемесячную дезинфекцию с использованием специально разрешенных для этих целей дезинфицирующих средств. В настоящее время зарегистрировано значительное количество дезинфицирующих средств из различных групп действующих веществ, но наиболее эффективным является применение для этих целей препаратов на основе четвертичных аммонийных соединений или их композиций с другими действующими веществами, обладающих одновременно моющими и дезинфицирующими свойствами, что позволяет совместить этап мойки и дезинфекции транспорта в один процесс. Для дезинфицирующих средств, используемых для пищевого транспорта, необходимым требованием является отсутствие коррозионных свойств, остаточного запаха, хорошая смываемость с внутренних поверхностей транспорта, низкая токсичность и др. Высокая эффективность обеззараживания внутренних поверхностей пищевого транспорта с использованием современных дезинфицирующих средств гарантируется при строгом соблюдении рекомендуемых способов (орошение, протирание, высокодисперсный аэрозоль) и режимов обработки (нормы расхода и концентрации рабочего раствора, времени экспозиции). Анализ состояния вопроса профилактической дезинфекции пищевого транс-

порта выявил, что введение новых правил организации и проведения дезинфекционных работ позволило значительно их упорядочить и повысить санитарно-эпидемиологическую безопасность данного вида перевозок пищевых продуктов.

Показатели хемилюминесценции у больных иктерогеморрагическим лептоспирозом

Зотов С.В., Городин В.Н., Лебедев В.В., Сторожук П.Г.

*Специализированная клиническая инфекционная больница;
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар*

В настоящее время считается, что реакции свободно-радикального окисления, имея универсальный характер, являются показателем устойчивости организма, определяя его адаптационный потенциал (Шувалова Е.П. с соавт., 1991; Федин А.И., 2004; Bagis S. et al., 2003).

Нами была изучена связывающая способность сыворотки крови (СССК), люминол-индуцированная пероксидом водорода у 175 больных иктерогеморрагического лептоспирозом с различными формами и тяжестью течения заболевания. Желтушная форма лептоспироза диагностирована у 124 (70,9%), безжелтушная – у 51 пациента (29,1%). У всех больных безжелтушной формой заболевание протекало доброкачественно, с преобладанием среднетяжелого течения в 37 случаях (72,6%). Тяжелое течение болезни при данной форме отмечено у 10 больных (19,6%), легкое – у 4 человек (7,8%). Желтушный лептоспироз у наблюдавшихся больных в 87,9% характеризовался преимущественно тяжелым течением и в 12,1% среднетяжелым. У 6 пациентов (3,4%) закончилось летальным исходом.

В начальный период болезни было характерно понижение СССК, наиболее выраженное у пациентов с тяжелым течением и летальным исходом – до $6,4 \pm 0,3$ у.е. (в 3,4 раза по сравнению с контролем ($1,9 \pm 0,04$ у.е.)). Разгар заболевания характеризовался снижением СССК во всех группах больных, в т.ч. и с легким течением. При этом отмечалась закономерность – чем тяжелее протекал лептоспироз, тем достовернее ниже была СССК. Так у больных с тяжелым течением и летальным исходом заболевания данный показатель был самым низким из всех наблюдаемых больных и составлял $8,9 \pm 0,5$ у.е., что говорит о снижении СССК в 4,7 раз по отношению к контрольной группе. В то же время у пациентов с легким течением СССК была самой высокой и равнялась $4,1 \pm 0,4$ у.е. В период ранней реконвалесценции показатели приходили к норме, только у больных желтушным лептоспирозом с тяжелым течением и благоприятным исходом наблюдалось достоверное по отношению к контрольным значениям снижение СССК до $2,7 \pm 0,2$ у.е., что свидетельствует о сохраняющейся нестабильности антиоксидантного звена гомеостаза даже после купирования острого периода заболевания.

Распространение парентеральных вирусных гепатитов среди оленеводов-кочевников в Южной Якутии

Зотова А.В., Алексеева М.Н., Слепцова С.С.

Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К.Аммосова

Цель исследования: изучить распространение парентеральных вирусных гепатитов среди коренных малочисленных народов Южной Якутии.

Исследования проводили в НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи (зав. лаб. д.м.н. профессор М.И.Михайлов) с образцами сывороток крови полученных от 195 эвенков (олeneводы-кочевники, охотники) и от 329 социально адаптированных лиц других национальностей, проживающих в городе Нерюнгри на юге Якутии.

Распространенность ВГВ среди эвенков значительно превышает аналогичный показатель (HbsAg – 9,7% анти-HBs – 55,9% анти-HBc – 76,9%, ДНК-ВГВ – 19,5%), наблюдаемый в общей популяции региона (HbsAg – 5,5% анти-HBs – 22,5% анти-HBc – 32,1%, ДНК-ВГВ – 0,6%). Частота выявления ВГС-инфекции среди эвенков относительно низкая (4,1%) по сравнению с данными, полученными для лиц других национальностей этого региона (13,1%). Частота выявления HCV-инфекции среди эвенков относительно низкая по сравнению с данными, полученными для лиц других национальностей этого региона.

Учитывая интенсивность циркуляции ВГВ и активную реализацию естественных путей передачи вируса, необходима широкая социальная программа вакцинации против ВГВ.

Совершенствование профилактических мероприятий при дизентерии Зонне на территории Астраханской области

Зулькарнеев Р.Ш., Спиренкова А.Е., Ахмерова Р.Р., Мухарлямова М.З., Мартова О.В., Иванова В.А.

Астраханская государственная медицинская академия

В настоящее время ВОЗ характеризует современный подъем заболеваемости шигеллезом Зонне в промышленно развитых странах как «глобальный взрыв». В Астраханской области имеют место тенденции, соответствующие основным эпидемиологическим признакам современной дизентерии: спорадический характер заболеваемости при низкой очаговости и равномерное распределение дизентерии Зонне и Флекснера. С 2006 по 2008 гг. в этиологической структуре на долю шигелл Зонне приходилось в среднем 52,4%, а шигелл Флекснера – 47,6%. Для динамики заболеваемости с 1996 по 2008 гг. характерно чередование периодов подъема заболеваемости с периодами снижения. Показатели заболеваемости населения с 2006 по 2008 гг. дизентерией Зонне в целом по Астраханской области составили 59,9; 82,0 и 78,6 на 100 тыс. населения соответственно. Среди детей в возрасте до 14 лет показатели заболеваемости на 100 тыс. дет-

ского населения составили в 2006–2008 гг. 210,2; 277,8 и 350, а заболеваемость ежегодно возрастала в 1,3 раза.

Современная система эпидемиологического надзора за шигеллезами предусматривает адекватное слежение за основополагающими детерминантами эпидемического процесса, однако при принятии управленческих решений сложно проконтролировать деятельность пищевых предприятий. Поэтому в дополнение к общепринятой тактике необходимо ввести новый инструмент защиты – вакцинацию наиболее социально и профессионально незащищенных групп населения, в первую очередь работников пищевой промышленности и детей до 14 лет, новой вакциной «Шигеллвак», которая на современном этапе является наиболее эффективным инструментом управления эпидемическим процессом при дизентерии Зонне. Эффективность препарата в период наиболее неблагоприятного сезонного подъема заболеваемости составила 92,4%, а главным отличием вакцины является формирование достаточно длительного протективного иммунитета.

Выявление антимикобактериальных антител в реакции агрегации эмульсии перфторорганических соединений

Ибрагимов Ф.Х., Давыдов А.Г., Дуйко В.В., Наумов В.З., Первухин Ю.В., Давыдов Е.А.

НИИ по изучению лепры, Астрахань

Иммунологические методы исследования являются неотъемлемой частью комплекса лабораторно-диагностического обследования больных с инфекционной патологией и объектов окружающей среды для определения этиологического фактора болезни и возможных источников заражения.

Существует широкий перечень методов регистрации взаимодействия Аг-Ат с использованием сенсibilизированной поверхности различных носителей. При выборе носителя и метода связывания с ним конкретного вещества необходимо максимально сохранить его иммунологические свойства и стабильность в иммобилизованном состоянии.

В данной работе мы применили субмикронную монодисперсную стабильную эмульсию перфторорганических соединений (ПФОС), несущую на своей поверхности антигены или антитела, в качестве индикатора образования специфических иммунных комплексов, выражающегося агрегацией капель эмульсии. Эмульсия ПФОС, выпускаемая отечественным производителем под названием «Перфторан», состоит из смеси перфтордекалина, перфторметилциклогексилпиперидина с добавлением проксанола в качестве эмульгатора. Капли эмульсии имеют диаметр 0,1–0,15 мкм, химически инертны. Общая площадь поверхности 1 мл эмульсии составляет около 60 м².

Тестирование на предметных стеклах сывороток крови от больных лепроматозным типом лепры и туберкулезом на наличие антител к DiS-BSA, нативному антигенному препарату, полученному путем ультразвуковой дезинтеграции M. leprae, и к PPD показало высокую степень корре-

ляции предлагаемого агрегационного метода с результатами твердофазного ИФА. Этим же методом обнаруживались антитела к ЛПС *S. typhi* в агглютинирующей адсорбированной О-сыворотке рецептор Vi. Кроме этого, на примере обнаружения HBsAg в сыворотках крови больных вирусным гепатитом В показана эффективность использованного метода и в данной диагностической системе.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой разрешающей способности и специфичности предложенного метода, что делает возможным его применение для экспресс-диагностики микобактериозов и других инфекционных заболеваний.

Особенности локального иммунитета кишечника у детей раннего возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями

Иванникова Т.И.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Важная роль в межклеточных взаимодействиях иммунной и прочих систем отводится в настоящее время цитокинам, которые представляют собой универсальную биологическую коммуникационную систему, инициирующую и регулируемую воспалительные, метаболические, иммунные процессы, развивающиеся при заболеваниях различных органов и систем. Выполняя важные физиологические функции, цитокины участвуют и в патогенезе различных заболеваний, прежде всего воспалительной природы. Одним из важнейших провоспалительных цитокинов является γ -интерферон.

Целью работы явилось определение уровня γ -интерферона в копрофильтратах детей в возрасте от 6 мес до 1,5 лет с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), протекавшими с катаральным и общеинфекционным синдромами без кишечных дисфункций. Уровень γ -интерферона определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы « γ -интерферон-ИФА-БЕСТ», основным реагентом которой являлись моноклональные антитела к γ -интерферону.

Развитие ОРВИ сопровождалось у подавляющего большинства детей (87%) многократным повышением содержания γ -интерферона в копрофильтратах по сравнению с группой детей того же возраста, не имевших проявлений ОРВИ ($24,64 \pm 0,2$ пг/мл, против $0,7 \pm 0,15$ пг/мл, $p < 0,001$). Увеличение синтеза γ -интерферона в этом случае следует рассматривать как вторичный феномен ответа организма на действие патогенного фактора. Полученные результаты свидетельствуют, что у ряда детей раннего возраста при ОРВИ отмечается избыточная продукция в кишечнике провоспалительного цитокина γ -интерферона, который является активатором эндотелия, в том числе и кишечника, что неизбежно ставит вопрос о необходимости назначения кишечных цитопротекторов на фоне острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста.

Неосмектин в лечении инвазивной диареи у детей

Иванов И.В., Филиппова Г.М.,
Ефименко О.Е., Манченко С.М.

Алтайский государственный медицинский университет;
Городская больница №12, Барнаул

Проведена оценка эффекта препарата Неосмектин как средства неспецифической «этиотропной» терапии легких и среднетяжелых форм ОКИ у детей. Наблюдалось 47 детей в возрасте от 3 до 5 лет, больных острыми кишечными инфекциями бактериальной этиологии с развитием признаков инвазивной диареи. Этиология заболевания подтверждена у 70% детей, из них условно-патогенная микрофлора (изолированно) выделена у 78%, сальмонеллы – у 22%.

27 детям (1-я группа) проведено лечение по схеме: неграм в период лихорадки (не более 3 дней) + Неосмектин до клинического выздоровления (не более 7 дней). Сравнение проводилось с 20 больными (2-я группа), пролеченных по схеме неграм + Неосмектин 7 дней. Дополнительно больным обеих групп назначалась диета, оральная дезинтоксикация, бифидумактерин, ферменты, симптоматические средства. Обе группы были сравнимы по выраженности начальных клинических проявлений (температура, интоксикация, кратность рвоты и стула), топическому диагнозу, а также срокам заболевания. Единственным критерием включения в группу было наличие признаков инвазивной диареи.

У больных 1-й группы достоверно короче длительность температуры: $1,8 \pm 0,2$ дня (во 2-й группе $2,6 \pm 0,3$, $p < 0,05$), рвоты – $1,2 \pm 0,4$ ($1,9 \pm 0,2$, $p < 0,05$), жидкого стула – $2,1 \pm 0,5$ ($3,3 \pm 0,3$, $p < 0,001$), гемоколита – $1,2 \pm 0,3$ ($1,9 \pm 0,2$, $p < 0,05$).

В 1-й группе получена более быстрая и устойчивая нормализация стула: к 5-му дню лечения у 82% детей отсутствовали клинические и копрологические признаки нарушения пищеварения и воспаления в кишечнике. К этому сроку во 2-й группе сравниваемые признаки отсутствовали только у 67% больных (различие достоверно, $p < 0,001$). На 7-й день лечения у всех детей 1-й группы отсутствовали, а у 4 детей 2-й группы (15%) еще сохранялись признаки нарушения пищеварения и воспаления в кишечнике (различие достоверно, $p < 0,001$).

При контрольном бактериологическом обследовании детей 1-й группы повторное выделение микроорганизмов из кала отмечено у 2 детей, во 2-й – у 5 детей (6,7 и 18,5%, различие достоверно, $p < 0,001$). Повторные курсы антибактериальной терапии этим детям проводились бактериофагами и пробиотиками.

Эффективность ронколейкина при лейкоэнцефалитах у детей

Иванова Г.П., Скрипченко Н.В., Савина М.В.,
Иванова М.В., Вильниц А.А., Горелик Е.Ю.,
Пульман Н.Ф., Мурина Е.А.

НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург

Цель: установить эффективность препарата ронколейкин в комплексной терапии лейкоэнцефалитов (ЛЭ) у детей.

Пациенты и методы. Проведен клинический анализ 46 детей с ЛЭ в возрасте от 1 года до 17 лет. В этиологии имели значения вирусы герпеса 1–2, 3, 4, 5 и 6 типов (39,1%), энтеровирусы – ЕСНО 6,11,30 (15,2%), также вирус клещевого энцефалита (17,4%) и *B.burgdorferi* (13,1%). Основную группу составили 16 детей, которым кроме базовой этиотропной и патогенетической терапии применялся ронколейкин в/в капельно на 0,9% NaCl в дозе 0,5 мг ежедневно в течение 3 или 5 дней в зависимости от тяжести. Ронколейкин-рекомбинантный интерлейкин-2, комплексно влияет на течение инфекционного процесса, нормализует взаимодействие иммунной, эндокринной и нервной систем, стимулирует пролиферацию и дифференцировку нейроглии и восстановление нейрональных клеток. Дети в группе сравнения (20 больных) получали терапию без ронколейкина. Пациенты двух групп были сопоставимы по полу, возрасту и клинико-лучевым параметрам. Всем больным проводился клинический и лучевой мониторинг, исследовались соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП).

Результаты. Установлено, что применение ронколейкина в остром периоде ускоряло процессы восстановления и сокращало длительность сохранения неврологических симптомов в среднем на $7,4 \pm 2,6$ суток. При оценке отдаленных результатов выявлено, что исчезновение очагов на МРТ через 6 мес отмечалось у 31,5% детей основной группы, а в группе сравнения только у 15% ($p < 0,05$). Показатели скорости проведения импульса при исследовании ССВП через 6 мес улучшались у всех пациентов основной группы и в половине случаев в группе сравнения. Применение ронколейкина позволило исключить развитие рецидивов заболевания во всех случаях (длительность катмнеза составила 3–6 мес), тогда как в группе сравнения они наблюдались у 15% детей. Ронколейкин переносился хорошо, среди побочных эффектов отмечен подъем температуры у 1 ребенка до фебрильных цифр.

Выводы: ронколейкин существенно улучшает течение и исходы ЛЭ у детей, и может применяться в комплексной терапии данного заболевания.

Состояние миклофлоры толстой кишки и клинические особенности у больных с урогенитальной хламидийной инфекцией

**Иванова Е.И., Касимова Н.Б.,
Змызгова А.В., Рубальский О.В.**

НИИ краевой инфекционной патологии Астраханской государственной медицинской академии

В последние годы отмечается значительный рост заболеваний вызываемых хламидиями, особенно урогенитальный хламидиоз.

Широкая распространенность этого заболевания, значительное число хронических форм и бессимптомного носительства определяют важность изучения особенностей течения хламидийной инфекции.

Под нашим наблюдением находилось 49 больных с хроническим урогенитальным хламидиозом (16 мужчин и 33 женщины).

Диагноз «хламидийная инфекция» ставился на основании клинических признаков заболевания, анамнеза. У всех диагноз подтвержден выделением хламидий методом ПЦР. Как у женщин, так и у мужчин, наиболее часто выявлялись различные сочетания урогенитальных воспалительных процессов у 57,6% женщин и у 62,5% мужчин.

Обращало на себя внимание наличие дисфункций кишечника (запоры, сменяющиеся поносами, метеоризм, болезненность по ходу толстого кишечника у мужчин и женщин примерно с одинаковой частотой (52,63%). В связи с чем особый интерес представляло изучение микрофлоры кишечника.

Было отмечено резкое угнетение анаэробной микрофлоры у 66,7% больных (у 52,38% отсутствовали бифидобактерии, до 10⁵ снижены анаэробы у 14,29%); повышено содержание кокковой флоры в общей сумме микробов до 30% у 23,81% и до 70% у 9,52%; энтерококков до 4% у 28,57%; снижено количество лактобацилл до 10⁵ у 14,29%; содержание нормальной кишечной палочки снижено у 19,05%.

Таким образом, урогенитальная хламидийная инфекция у обследованных больных характеризовалась наличием острых или обострением хронических воспалительных очагов в урогенитальной системе, астеновегетативным синдромом, дисбактериозом кишечника с развитием дисфункции кишечника, наличием артралгий с преимущественным поражением мелких суставов (37%) и офтальмохламидиозом у 16% больных.

Каталаза эритроцитов как показатель антиокислительной активности при пневмонии бактериальной и вирусной этиологии

Иванова З.О.

Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик

Функционирование и развитие клеток в кислородсодержащем окружении не было бы возможным без суще-

ствования защитных систем, к которым относятся специализированные ферментативные и неферментативные антиоксиданты (АО). Отсутствие или сбой в этой непрерывности приводят к развитию окислительного стресса и, как следствие, к возникновению и накоплению окислительных повреждениям, что сопровождается ряд физиологических и патофизиологических феноменов и процессов.

Целью настоящего исследования явилось изучение активности каталазы в эритроцитах как показателя антиокислительной активности при пневмонии бактериальной и вирусной этиологии.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 112 больных с острой бактериальной пневмонией, у 83 заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 29 – в тяжелой. У 19 больных развились легочные осложнения: у 6 абсцесс легкого, у 11 экссудативный плеврит, у двух абсцесс в сочетании с экссудативным плевритом. У 72 больных пневмония развилась на фоне сопутствующих хронических воспалительных заболеваний. Исследование показателей активности каталазы эритроцитов проводили по рекомендации А.И.Карпищенко (1999) [8]. Кровь больных обследовали в период разгара, угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции.

Результаты. В процессе заболевания острой бактериальной пневмонией отмечено достоверное повышение содержания каталазы эритроцитов с максимальным значением в периоде разгара заболевания ($68,9 \pm 2,2$). В периоде угасания клинических симптомов, наблюдается постепенное снижение уровня активности фермента ($63,4 \pm 2,0$) с возвращением к норме в период ранней реконвалесценции ($47,1 \pm 1,8$). При тяжелой форме бактериальной пневмонии наблюдалось значительное возрастание активности каталазы в эритроцитах ($58,6 \pm 2,0$) и возвращался к нормальным показателям в период ранней реконвалесценции.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено достоверное повышение каталазы в эритроцитах с максимальным значением в период разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов наблюдалось снижение уровня активности фермента с возвращением к норме в период реконвалесценции.

НСТ-тест при пневмонии бактериальной этиологии

Иванова З.О.

Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик

Под действием бактериальных частиц и их метаболитов фагоцитирующие клетки крови взрывоопасно продуцируют высокоактивные частицы кислорода, имеющие целью обездвигнуть, убить и подготовить к полноценному фагоцитозу микробы. Нейтрофильные гранулоциты осуществляют первую линию антимикробной защиты, и от их функционального потенциала во многом зависят течение и исход воспалительного процесса (В.И.Покровский с соавт., 1987). Нейтрофил занимает одну из наиболее активных позиций в системе гуморально-клеточной кооперации крови и соединительной ткани, это делает его универсальной

мишенью и соответственно индикатором различных нарушений гомеостаза (А.Н.Маянский., О.Н.Пикуза 1993).

Целью работы явилась оценка нейтрофильных лейкоцитов при пневмонии бактериальной этиологии как показателя прооксидантной системы крови.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 112 больных с бактериальной пневмонией в возрасте от 16 до 87 лет. Больные с острой бактериальной пневмонией обследованы на базе пульмонологического отделения ГКБ №1. Среди обследованных больных острой бактериальной пневмонией у 83 заболевание протекало в средне-тяжелой форме, у 29 – в тяжелой. У 19 больных развились легочные осложнения: у 6 абсцесс легкого, у 11 экссудативный плеврит, у 2 абсцесс в сочетании с экссудативным плевритом. У 72 больных пневмония развилась на фоне сопутствующих хронических воспалительных заболеваний.

Исследование активности НСТ-теста лейкоцитов изучали по J.Stuart и соавт. (1975 г.) в модификации Б.С.Нагоева (Б.С.Нагоев, 1983). Кровь больных обследовали в период разгара, угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции.

Результаты исследования. Изучение функционально-метаболической активности лейкоцитов с помощью спонтанного НСТ-теста нейтрофилов у больных с острыми пневмониями показало повышение показателя с максимальным уровнем в периоде разгара заболевания ($42 \pm 0,7$). Параллельно положительной динамике заболевания, улучшения самочувствия, уменьшения симптомов интоксикации и нормализации рентгенологической картины в период угасания клинических симптомов и реконвалесценции происходило постепенное снижение показателей НСТ-теста ($30 \pm 0,6$), но нормализации показателя в период ранней реконвалесценции не происходило ($21 \pm 0,6$). Выявлено, что изменение показателей спонтанного НСТ-теста зависит от степени тяжести заболевания, так при тяжелом течении изменения более выражены, чем при средней степени тяжести и наличии осложнения во все периоды при этом заболевании.

Таким образом, резко выраженные и длительные нарушения показателей спонтанного НСТ-теста нейтрофилов у больных острыми пневмониями бактериальной этиологии свидетельствует о более тяжелом течении болезни, наличии осложнения или сопутствующих заболеваниях воспалительной природы, а также о возможности развития деструктивных легочных осложнений. Показано, что НСТ-тест отражает итоговую реакцию одной из ключевых ферментативных систем, ответственных за цитохимический потенциал нейтрофильных лейкоцитов.

Анализ выявляемости лямблиоза у детей

Иванова И.Е., Карягин В.А.

Институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары

Цель: изучить выявляемость лямблиоза у детей с соматической патологией.

Проведен анализ 1136 историй болезни детей, госпитализированных в соматическое отделение МУЗ «ДГБ №3»

г. Чебоксары. Среди них мальчиков – 484 (42,6%), девочек – 653 (57,4%). От 1 года до 6 лет – 281 ребенок (24,7%), с 7 до 15 – 666 (58,6%), старше 15 лет – 189 (16,6%). Дети с патологией ЖКТ (хронический гастродуоденит – ХГД, ФРЖ, ГЭРБ, язвенная болезнь) составили 64,2%, с заболеваниями мочевыводящей системы – 13,5%, с артритом и артропатиями – 10,3%, ВСД и церебральной ангиодистонией – 5 и 7% соответственно. Всем детям в рамках стандарта клинического обследования проведено исследование кала, и у 110 (9,7%) обнаружены цисты лямблий. Нами не выявлено достоверных различий в распространенности лямблиоза у детей с патологией ЖКТ по сравнению с другими заболеваниями (в среднем 9,5 и 9,1% соответственно). Однако, у пациентов с ХГД цистированные формы лямблий в кале выявлялись в 14,4% случаев, при ФРЖ – в 14,9%, тогда как при ГЭРБ – только в 8,7% ($p < 0,05\%$). Среди пациентов с другой нозологией цисты лямблий достоверно чаще выявлялись при церебральной ангиодистонии (18,8%, $p < 0,05\%$) и несколько реже при патологии суставов (11,1%).

У 838 детей было проведено исследование крови методом ИФА на наличие антител к антигенам лямблий. В 33,5% случаев выявлены антитела класса IgG, причем у 149 детей (53%) в титре 1 : 100, у 73 (26%) – 1 : 200 и у 59 (21%) – 1 : 400. Наиболее часто сероконверсия по отношению к антигенам лямблий выявлялась у детей с ХГД и церебральной ангиодистонией.

У каждого ребенка при выборе противолямблиозного препарата учитывалась основная патология. Пациентам с заболеваниями, ассоциированными с *H. pylori*, назначались метронидазол или нифуратель, при заболеваниях мочевыводящей системы – нитрофурановые препараты, при сопутствующих гельминтозах – альбендазол. Всем детям назначалась диета в соответствии с основным заболеванием, а также энтеросорбенты, холекинетики и холеспазмолитики.

Маркеры апоптоза у больных хроническими вирусными гепатитами

Иванова М.Р., Жемухова Р.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Под нашим наблюдением находилось 72 больных с различными этиологическими формами вирусных гепатитов. Из них хронический вирусный гепатит В был диагностирован у 30 больных, хронический гепатит С – у 8 больных и хронический вирусный гепатит-mixt – у 34 больных. Обследование у больных вирусными гепатитами проводили в периоде обострения заболевания и перед выпиской из стационара, в периоде нормализации клинико-биохимических показателей. Полученные данные сопоставляли с результатами обследования 15 здоровых доноров. Оценку содержания сывороточного растворимого Fas-рецептора (sFas) проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием стандартной тест-системы human sAPO-

1/Fas ELISA BMS245 (Bender MedSystems). Исследование уровня фактора некроза опухоли α (ФНО α) в сыворотке крови пациентов проводили с помощью тест-системы «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург, Россия). Результаты проведенных исследований обработаны на компьютерной программе «Microsoft Excel» и «Statistica». При исследовании сыворотки крови у больных гепатитами определялось повышение концентрации ФНО- α в периоде разгара заболевания, причем, достоверно более выраженное у больных с ХВГВ, по сравнению со значениями у больных с ХВГС и хроническим вирусным гепатитом-mixt. Причем, к норме эти показатели не приходили в изучаемых группах и перед выпиской из стационара. Также, как и при изучении концентрации ФНО- α , ни в одной из исследуемых групп показатели sFas не пришли к норме перед выпиской больных из стационара при биохимических параметрах, не отличающихся от контрольных значений. Достоверно более высокие значения ФНО- α – сывороточного маркера апоптоза у больных хроническим вирусным гепатитом В даже перед выпиской больных из стационара, при нормализации клинико-биохимических параметров в этой группе исследуемых, указывает на продолжающиеся апоптотические реакции, запущенные вирусом гепатита В, что косвенно определяет его более высокий онкогенный потенциал. В случае наличия высоких концентраций растворимого sFas часть проапоптогенных сигналов оказывается в связанном состоянии, что приводит к нарушению элиминации клеток, несущих вирусный геном, что создает предпосылки для дальнейшей персистенции инфекции.

Оптимизация схем лечения беременных потребителей наркотиков

Иванова Э.С.¹, Шмагель Н.Г.¹, Воробьева Н.Н.²

¹Краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями;

²Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера

Цель: изучить эффективность никавира в сочетании с эпивиром, как метода химиопрофилактики (ХП) передачи ВИЧ от матери-наркопотребителя ребенку.

Методы: в 2007–2008 гг. обследованы 30 беременных (возраст 20–25 лет) и 30 детей, рожденных ими. С 28 нед беременности получали никавир (производство ООО «АЗТ ФАРМА К.Б.») в сочетании с эпивиром в средних терапевтических дозах. Критериями назначения ХП были 3 стадия ВИЧ-инфекции, уровень РНК ВИЧ <30 000 копий в 1 мл, содержание CD4+Т-лимфоцитов >350 клеток в 1 мл. У всех женщин в анамнезе имело место внутривенное употребление наркотиков. Эффективность ХП оценивалась по отсутствию клинических и лабораторных признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции, минимизации побочных явлений, а также по числу детей с отсутствием ДНК ВИЧ в крови.

Результаты: при проведении ХП никавиром в сочетании с эпивиром перед родами уровень РНК ВИЧ опреде-

лялся <500 копий в 1 мл, количество CD4+Т-лимфоцитов не снижалось. Показатели красной крови, лейкоциты, тромбоциты оставались в пределах нормы. Пигментная и белково-синтетическая функции печени не нарушались.

В крови детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных наркопотребителей, ДНК ВИЧ не обнаружена.

Выводы: все женщины, ранее употреблявшие наркотики и получавшие никавир в сочетании с эпивиром, родили детей без перинатальной ВИЧ-инфекции. При назначении ХП с 28 нед беременности был достигнут профилактический эффект за счет максимального снижения уровня вирусной нагрузки (<500 копий в 1 мл) в крови у беременных перед родами. Использование лечения было безопасно, так как не наблюдалось гематологических и токсических осложнений.

Гепатоцеллюлярная карцинома, как исход цирроза печени в исходе хронического вирусного гепатита В

Иванушко Н.С., Иванис В.А., Дадалова О.Б.

Владивостокский государственный медицинский университет

Гепатоцеллюлярная карцинома – наиболее часто встречающаяся опухоль среди первичных злокачественных новообразований печени. Частота ГЦК коррелирует с количеством больных ХВГВ, не получавших противовирусную терапию. За 5 лет диагноз ГЦК установлен у 14 пациентов. В данном сообщении приведены клинические случаи не дифференцированного массивного рака печени на фоне цирроза печени в исходе хронического вирусного гепатита.

Нами было исследовано 3 истории болезни погибших пациентов, поступивших в инфекционное отделение с диагнозом «Цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита В. Декомпенсация».

У всех больных наблюдались жалобы на слабость, зуд кожи, тошноту, отсутствие аппетита, боли в правом подреберье. Объективно: склеры иктеричны; кожный покров с землистым оттенком, телеангиоэктазиями; отеки на нижних конечностях; живот увеличен за счет асцита, напряженный; край печени чувствительный, плотно-эластичный, не ровный, пальпировался из-под края реберной дуги на несколько см. диагноз ХВГВ и носительство HbsAg установлен у всех пациентов более 10 лет назад. Противовирусную терапию не получал ни один из больных. При УЗИ брюшной полости всех пациентов наблюдались гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени, поджелудочной железы, асцит. У всех был выражен желтушный синдром (билирубин более 100,0 ммоль/л), цитолитический синдром (АСТ более 6 норм, АЛТ более 8 норм). Биопсия печени не проводилась в связи с медицинскими противопоказаниями (асцит, тромбоцитопения, геморрагический синдром на коже). Патологоанатомический диагноз: Массивный рак печени на фоне цирроза печени в исходе вирусного гепатита В (гистологически: гепатоцеллюлярный рак).

Таким образом наблюдая больных вирусным гепатитом В необходима онкологическая настороженность, обследование на АФП, как один из показателей высокого риска гепатоцеллюлярной карциномы, ранняя биопсия печени, при длительном течении заболевания. Профилактикой гепатоцеллюлярной карциномы является своевременная противовирусная терапия ХВГВ.

Экспериментальный подбор иммунокорригирующих препаратов для реабилитации реконвалесцентов вирусных гепатитов А и В

Ивашенко В.Д.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова

Проведено динамическое наблюдение у 60 реконвалесцентов, перенесших преимущественно среднетяжелую форму вирусных гепатитов А и В (ГА и ГВ), с оценкой показателей функционально-метаболической активности нейтрофилов (Нф), включая определение фагоцитарного числа (ФЧ), фагоцитарного индекса (ФИ), коэффициента завершенности фагоцитоза (КЗФ) и содержания катионных белков (КБ) в Нф в лизосомально-катионном тесте.

При исследовании крови у 80% реконвалесцентов ГА и ГВ выявлено снижение как поглотительной, так и переваривающей функции Нф, что проявилось уменьшением числа фагоцитирующих Нф (на 16–18% по сравнению со здоровыми), снижением КЗФ и ФЧ в 1,5–2 раза. Регистрировали также более низкое содержание КБ в Нф ($1,16-1,21 \pm 0,02$), у здоровых – $1,52 \pm 0,02$. При повторных обследованиях только у 8% реконвалесцентов наблюдали положительную динамику показателей функционально-метаболической активности Нф, при этом значение КЗФ оставалось меньше единицы весь период наблюдения, что свидетельствовало о снижении бактерицидного потенциала Нф.

До начала терапии у всех пациентов определяли ответную реакцию Нф на воздействие различных иммуноадаптогенов (тимоптин, неовир, циклоферон, афлубин и др.) в лейкозвеси, выделенной из гепаринизированной крови, которую после часовой инкубации с препаратами инфицировали энтеробактериями. Пациенты, у которых была выявлена высокая чувствительность Нф к одному из иммуноадаптогенов по сравнению с другими, получали курс лечения этим препаратом.

Анализ результатов лечения пациентов, получавших иммунокорригирующую терапию, выявил положительную динамику всех изученных показателей и особенно повышение их бактерицидного потенциала.

Таким образом, индивидуальный подбор иммуноадаптогенов улучшает качество проводимой терапии и способствует повышению неспецифической резистентности организма у реконвалесцентов ГА и ГВ.

Апоптоз лимфоцитов, нейтрофилов и моноцитов крови у детей с изолированной цитомегаловирусной инфекцией и ассоциированной с бактериальными инфекциями

Извекова И.Я., Михайленко М.А., Черных Е.Р.

*Новосибирский государственный медицинский университет;
Институт клинической иммунологии СО РАМН,
Новосибирск*

Усиленный апоптоз как один из факторов подавления Т-клеточного ответа описан при различной инфекционной патологии. В то же время, в ряде случаев повышенный апоптоз может быть выгодным, выступая механизмом ограничения воспалительной реакции, а не фактором развития иммунодепрессии. Для выяснения причастности апоптоза клеток крови к иммунным реакциям, формирующимся при моно-ЦМВ и ассоциированных ЦМВ-бактериальных инфекциях детей первого года жизни, нами проведено исследование показателей апоптоза лимфоцитов, моноцитов, нейтрофилов среди свежесыведенных клеток периферической крови. Группами контроля служили здоровые дети и больные с генерализованными моно-бактериальными и грибковыми инфекциями. Выявлено, что при ЦМВ инфекции имело место усиление апоптоза как лимфоцитов ($10,4 \pm 1,3\%$), так и нейтрофилов ($15,9 \pm 2,1\%$) (что, видимо, служило как элиминации лимфоцитов, так и снижению воспалительной активности крови). При бактериальных инфекциях отмечали усиление апоптоза лимфоцитов ($8,3 \pm 1,0\%$). При грибковых инфекциях повышенному апоптозу были подвержены моноциты ($20,0 \pm 2,3\%$). Апоптоз лимфоцитов достигал максимальных значений при ассоциированных ЦМВ – бактериальных инфекциях ($12,5 \pm 2,3\%$). Повышенный уровень апоптотических лимфоцитов в периферической крови больных, по-видимому, отражает повышенную чувствительность Т-клеток к апоптозу под воздействием инфекционных патогенов и/или продуктов их жизнедеятельности. Характерно, что усиление апоптоза нейтрофилов выявляли исключительно при изолированной ЦМВ – инфекции, а поскольку она протекала более благоприятно, чем инфекции другой этиологии, усиление апоптоза нейтрофилов в этом случае играло, видимо, благоприятную роль в ограничении воспалительных реакций и своевременном развитии адекватного противовоспалительного ответа. Только при моно-ЦМВ-инфекции установлена сильная прямая корреляционная связь ($R = 0,64$; $p_0 < 0,05$) между уровнем апоптоза лимфоцитов и их пролиферативным ответом в конканавалин А и анти-CD3 стимулированных культурах – аргумент того, что апоптоз лимфоцитов в этом случае четко связан с активацией лимфоцитов и, по-видимому, является проявлением feed-back регуляции иммунного ответа.

Клинико-иммунологическая характеристика генерализованных бактериальных инфекций новорожденных

Извекова И.Я., Черных Е.Р.

Новосибирский государственный медицинский университет;
Институт клинической иммунологии СО РАМН,
Новосибирск

Проведен анализ клинико-иммунологических закономерностей генерализованных бактериальных инфекций (ГБИ) у выживших и умерших новорожденных. Среди клинических синдромов доминировали токсикоз в сочетании с пневмонией и локальными гнойными очагами – у выживших; токсикоз в сочетании с полиорганной дисфункцией – у умерших. Лихорадка, лейкоцитоз, нарушение микроциркуляции не имели различий в степени выраженности и встречаемости у выживших и умерших детей. Риск смерти возрастал с развитием отечного (в 21,1 раза, $r = 0,52$) и геморрагического (в 11,6 раза, $r = 0,51$) синдромов, и септицемии, вызванной *Ps. aeruginosae* (в 13,7 раз, $r = 0,35$). Нарушения в Т-клеточном звене иммунитета носили комбинированный характер с изменением как количества, так и функциональной активности Т-лимфоцитов, наиболее выраженные у погибших больных. В периферической крови выявлены снижение относительного содержания CD8⁺Т-лимфоцитов ($19,8 \pm 0,9\%$), повышение абсолютного количества CD4⁺Т-лимфоцитов ($2,3 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$) в сочетании с угнетением спонтанной ($1,49 \pm 0,3 \times 10^3$ имп/мин) и митоген-индуцированной ($33,3 \pm 3,1 \times 10^3$ имп/мин при $72,1 \pm 5,3 \times 10^3$ имп/мин у здоровых детей) пролиферативной активности лимфоцитов, и усилением их апоптоза ($8,3 \pm 1,0\%$ при $4,0 \pm 0,6\%$ у здоровых детей). Отмечены также повышенные экспрессии HLA DR-рецепторов на моноцитах в сочетании с провоспалительным цитокиновым потенциалом сыворотки у выживших, но иммуносупрессорным противовоспалительным потенциалом – у умерших больных. Однако, обширные деструктивные изменения в паренхиме печени погибших больных сопровождала гиперэкспрессия пролиферативного гена Ki67, а баланс между проапоптотическими (p53) и антиапоптотическими (Bcl2) факторами был сдвинут в сторону преобладания экспрессии Bcl2 (p53/ Bcl2 = 0,57), предназначенной, видимо, для ингибирования клеточной смерти в ответ на повреждение гепатоцитов. Т.о., ГБИ сопровождаются мультифакториальным поражением органов и каскадом воспалительных реакций при несовершенной пролиферации и вторичной реактивности Т-лимфоцитов. В то же время, одновременно разворачиваются и реакции, направленные на предотвращение дальнейшей тканевой деструкции, активацию репаративных процессов и восстановление гомеостаза.

Оценка эффективности флорин форте при острых кишечных инфекциях у детей

Илимурзина Н.А.¹, Шишова Н.Л.¹, Буланова И.А.¹, Титова Л.В.¹, Самодова О.В.¹, Щепина И.В.²

¹Северный государственный медицинский университет, Архангельск;

²Центр инфекционных болезней «Архангельская областная клиническая больница»

Цель работы: изучение эффективности использования комбинированного пробиотика флорин форте в терапии инвазивных и секреторных диарей у детей. Под нашим наблюдением находилось 77 детей с острыми кишечными инфекциями, госпитализированных в ЦИБ «Архангельская областная клиническая больница». Преобладали дети от 7 мес до 3 лет (46,7%), реже – с 3 до 7 лет (42,9%) и старше 7 лет было 10,4%. Этиология подтверждена у 56 больных, ведущее место занимала ротавирусная инфекция (62,5%), инвазивные диареи составили 26,7%, смешанные инфекции (ротавирусная с шигеллезом или сальмонеллезом) наблюдались в 3,6% случаев и в 7,2% кишечные инфекции были обусловлены условнопатогенной флорой. Преобладали среднетяжелые формы (83,1%), реже тяжелые (15,6%) и легкая отмечена лишь у одного ребенка (1,3%). Больные были распределены на две группы. Первая группа (53 ребенка), в составе комплексной терапии получала флорин форте. Вторая группа (24 человека) – традиционную терапию. На фоне лечения флорином форте улучшение состояния наступило на $3,4 \pm 0,2$ дня от начала лечения, продолжительность рвоты составила $0,66 \pm 0,1$ дня, улучшение стула на $2,9 \pm 0,2$ день, а нормализация его на $4,6 \pm 0,3$ сутки. В группе сравнения улучшение состояния наблюдалось на $4,6 \pm 0,4$ день ($p < 0,001$), продолжительность рвоты была $1,6 \pm 0,6$ дней ($p < 0,05$), улучшение стула наступило на $6,2 \pm 0,4$ день ($p < 0,001$) и нормализация происходила достоверно в более поздние сроки, на $7,9 \pm 0,4$ день. В основной группе стул нормализовался у 94,3% больных, улучшился в 5,7% случаев. В группе сравнения нормализовался у 68% детей, а улучшение наблюдалось у 32% больных. Достоверных улучшений в гемограмме и микробиоценозе толстой кишки в основной и контрольной группах не выявлено. Таким образом, включение в комплексную терапию пробиотика флорин форте оказывает благоприятное влияние на клиническую картину острых кишечных инфекций: способствует достоверному сокращению сроков интоксикации, быстрому улучшению и нормализации стула.

Вопросы преподавания вакцинопрофилактики в высшей медицинской школе на современном этапе

Ильина С.В., Киклевич В.Т.

Иркутский государственный медицинский университет

Вакцинопрофилактика была и остается основным инструментом, направленным на ликвидацию инфекционной заболеваемости. В мире ежегодно появляются новые

вакцины, усовершенствуются имеющиеся в наличии, в связи с ликвидацией и элиминацией ряда инфекционных заболеваний меняется тактика вакцинопрофилактики, создаются новые программы по иммунизации. С другой стороны, возросший уровень антивакцинаторской пропаганды в средствах массовой информации и в интернет, требует от врача углубленного знания предмета и умения отвечать на поставленные перед ним вопросы. Все это заставляет изменить подход к изучению вопросов вакцинопрофилактики студентами Высшей медицинской школы.

На кафедре детских инфекционных болезней Иркутского государственного медицинского университета проводится преподавание основ вакцинопрофилактики в виде элективного курса для студентов 6 курса педиатрического факультета. Программа элективного курса включает лекции по иммунологическим основам вакцинопрофилактики, правовым вопросам, характеристикам вакцинных препаратов, прививочным реакциям и осложнениям. Студенты знакомятся с историей вакцинопрофилактики, основными документами, регламентирующими прививочную работу, в том числе с международными Программами. На практических занятиях студенты обучаются тактике вакцинации особых групп детей, анализу противопоказаний к вакцинации, диагностике и помощи при послепрививочных реакциях. Таким образом, реализуется проблемно-ориентированный подход, основанный как на систематизации полученных ранее знаний, так и на новых знаниях по вопросам вакцинопрофилактики. Используются также активные методы обучения – ролевые игры и тренинги.

Таким образом, опыт обучения студентов на элективном курсе «Вакцинопрофилактика» показал не только целесообразность проведения таких курсов, но и необходимость введения обязательного изучения указанной проблемы на старших курсах медицинских ВУЗов в виде отдельного цикла, продолжительностью не менее 50 аудиторных часов. Необходима особая подготовка, минимально – как рекомендуется в программе – элективные курсы.

Вакцинопрофилактика в условиях загрязнения окружающей среды

Ильина С.В., Савилов Е.Д.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск;

Институт эпидемиологии и микробиологии ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН, Иркутск

На современном этапе развития медицинской науки изменение иммунологической реактивности под воздействием комплекса экотоксикантов можно считать доказанным. В то же время, остается мало изученным воздействие техногенного загрязнения окружающей среды на формирование специфического иммунного ответа.

Нами проведено выявление влияния техногенного загрязнения окружающей среды на формирование специфического поствакцинального иммунитета у детского населе-

ния. Исследования проводились среди здоровых детей в возрасте 9–17 лет, привитых согласно национальному календарю прививок Российской Федерации отечественными вакцинами. Всего было проведено 1930 исследований.

Выявлено, что при всех изученных инфекциях (дифтерия, столбняк, корь, коклюш, полиомиелит, вирусный гепатит А) уровни поствакцинальных антител были достоверно ниже на территориях с высоким уровнем техногенного загрязнения атмосферного воздуха, по сравнению с экологически благополучными территориями. Дети 10–14 лет в экологически неблагополучных условиях не имеют защитных уровней антител к возбудителю дифтерии в 23,2% случаев, кори в 33,7%, 3 типу вируса полиомиелита в 33,3% случаев. Поствакцинальные антитела к коклюшу не определяются у 92,6% детей 12–14 лет, проживающих на экологически неблагополучных территориях.

Таким образом, техногенное загрязнение окружающей среды является фактором риска, достоверно снижающим иммунологическую эффективность вакцинопрофилактики. В большей степени влияние экологического неблагополучия отмечено в отношении иммунитета к дифтерии, кори, коклюшу, 3 типу вируса полиомиелита, в меньшей – к столбняку.

Цитокиновый ответ мононуклеарных клеток периферической крови у больных хроническим описторхозом

Ильинских Е.Н., Ильинских И.Н., Семенов А.Г.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

У больных хроническим описторхозом (*Opisthorchis felineus*), было проведено изучение продукции мононуклеарными клетками периферической крови монооксида азота (NO), а также иммуноцитоклинов интерлейкина-10 (ИЛ-10), интерлейкина-4 (ИЛ-4) и интерферона- γ (ИФ- γ). Показано, что у больных описторхозом спонтанная и стимулированная липополисахаридом (ЛПС) *E. coli* или описторхином (антигеном описторхов) продукция ИЛ-10 и ИЛ-4 оказалась значительно выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,01$). Стимуляция клеток описторхозным антигеном вызывала увеличение продукции ИЛ-10 и ИЛ-4, по сравнению со спонтанным уровнем соответственно в 9,2 и 2,4 раза ($p < 0,01$). Кроме того, добавление описторхина к культуре клеток, полученных от больных описторхозом, приводило к значительному увеличению стимулированной продукции ИЛ-10, как по сравнению со спонтанным уровнем, так по сравнению с уровнем ИЛ-10 после стимуляции ЛПС ($p < 0,01$). Спонтанная продукция клетками ИФ- γ у больных описторхозом не имела достоверных отличий от соответствующего уровня у здоровых людей. После стимуляции лейкоцитов фитогемагглютинином (ФГА) и описторхином продукция ИФ- γ у больных была значительно ниже, чем у здоровых лиц ($p < 0,01$). У больных описторхозом спонтанная продукция NO во всех случаях оказалась достоверно выше, чем у здоровых людей ($p < 0,01$). Однако, добавление описторхина к

культуре мононуклеарных лейкоцитов, полученных от больных описторхозом, не приводило к существенному увеличению продукции NO, по сравнению со спонтанным уровнем. Таким образом, у больных хроническим описторхозом, по сравнению со здоровыми людьми, отмечалась тенденция к повышению спонтанной и стимулированной продукции ИЛ-10 и ИЛ-4, а также спонтанной секреции NO мононуклеарными клетками периферической крови. Вместе с тем, стимулированная продукция NO и ИФ- γ этими клетками у больных описторхозом оказалась подавленной.

Хронические вирусные гепатиты у медицинских работников многопрофильной больницы

Именева В.И., Алексеева М.Н., Слепцова С.С.

Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К.Аммосова, Якутск

В настоящее время твердо установлено, что гепатиты В и С обоснованно могут быть отнесены к профессиональным заболеваниям медицинских работников. По полученным данным, имеется зависимость частоты распространенности ХВГ от принадлежности к определенной профессиональной группе: инфицированность медицинских сестер (53%) в 2 раза выше, чем врачей (19%) и младшего персонала (17%). В 2 крупных стационарах среди персонала преобладают больные ХГВ (74%), на втором месте – ХГ С – 57% и на третьем месте микст-гепатиты. В зависимости от стажа, максимальное количество больных было в группе со стажем от 11 до 15 лет (28%), от 6 до 10 лет (23%) и 16-20 лет (22%). У лиц со стажем более 20 лет и от 3 до 5 лет (12 и 11%), соответственно, минимальное число больных ХВГ у медицинских работников со стажем менее 3 лет. Ранжирование показало, что по частоте циркуляции вирусов гепатитов первое ранговое место занимают врачи и средний медицинский персонал акушерско-гинекологических отделений, хирургических и реанимационных отделений. В каждом из этих отделений сосредоточено 13,6% от общего числа медиков больных ХВГ. Большая часть врачей (80%) и медсестер (65%) связывают свое заболевание с профессиональной деятельностью.

Результаты исследований показали высокий уровень заболеваемости вирусными гепатитами медицинских работников многопрофильных больниц.

Повышение эффективности вакцинопрофилактики рецидивов простого герпеса

Исаков В.А., Ермоленко Д.К., Шишкин М.К.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Роспотребнадзора, Санкт-Петербург

Считают, что 6-10% взрослого населения страдает генитальным герпесом (ГГ), рецидивы ГГ (РГГ) встречаются

у 15% больных. Снижение качества жизни, ухудшение здоровья населения привело к снижению эффективности вакцинации. Для профилактики РГГ была использована противогерпетическая культуральная сухая инактивированная коммерческая вакцина (ПГВ) по авторской методике (Исаков В.А., Ермоленко Д.К., Шишкин М.К., 2002; 2005). Цель вакцинации – активация клеточного иммунитета, его иммунокоррекция и специфическая десенсибилизация организма.

Наблюдали 90 женщин часто РГГ (по 9-11 рецидивов в год), длительность болезни 1–6 лет. Герпетическая сыпь локализовалась на больших половых губах (46,7%), в области промежности (26,7%), реже в области преддверия влагалища (17,8%) и малых половых губ (8,8%). Вакцино-терапию начинали в фазе клинико-иммунологической ремиссии. Перед вакцинацией проводили индивидуальный эмпирический подбор дозы ПГВ. Готовили рабочее разведение ПГВ (1 : 10–1 : 10000), затем 0,2 мл вакцины вводили асептично внутрикожно во внутреннюю поверхность предплечья начиная с разведения 1 : 10000 и 1 : 1000. Учет местной реакции через 24 ч, а рабочим считали разведение, которое формировало зону гиперемии от 5 до 15 мм. Через 72 ч вводили вакцину, цикл из 5 инъекций с интервалом 1–2 нед. Через 2–4 нед – повторный цикл вакцинации.

Оценка результатов вакцинации: хорошие (62,2% вакцинированных) – в течение 6 мес наблюдения не было рецидивов ГГ; удовлетворительные (29%) – при наличии не более 2 рецидивов (ремиссия увеличилась в 3–3,5 раза); неудовлетворительные (8,8%) – при неизменной частоте и клинике рецидивов. Регистрировалась позитивная иммунологическая динамика: достоверно возросли содержание естественных киллеров (CD16⁺-клеток), функциональная активность лимфоцитов периферической крови в РБТЛ (спонтанная и индуцированная ФГА), способность лейкоцитов к синтезу эндогенных ИФН α/β (противовирусных) и ИФН γ (иммунного ИФН). Известно, что продукция ИФН γ во многом обеспечивает формирование иммунного ответа по Тх1-типу, активируя клеточные реакции иммунитета, что важно при выздоровлении от вирусных инфекций.

Таким образом, усовершенствованная схема с использованием малых доз ПГВ позволила повысить эффективность вакцинации больных часто рецидивирующим ГГ с 48,7 до 90,8% ($p < 0,05$).

Снижение качества жизни, ухудшение здоровья населения привело к снижению эффективности вакцинации (Исаков В.А., Ермоленко Д.К., 2002).

Так, применение вакцинотерапии по базовой методике у больных с рецидивирующим ГГ в период стойкой ремиссии сопровождалось активацией инфекционного процесса у 51,3% пациентов, у 28,9% отмечено лишь снижение тяжести объективных и субъективных проявлений рецидива ГИ и удлинение ремиссии. Лишь у 19,8% больных получены хорошие результаты (Исаков В.А., Ермоленко Д.К., 2002).

Терапия осложненных форм гриппа

Исаков В.А., Каболова И.В., Днепровская Г.Л.

Государственный медицинский университет
им. акад. И.П.Павлова;
Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова,
Санкт-Петербург

Развитие гриппа сопровождается оксидативным стрессом, накоплением продуктов ПОЛ, нарушением равновесия в системе протеолитического контроля, развитием вторичного иммунодефицита и осложнений. Для инактивации негативных последствий организм человека располагает сложной системой антиоксидантной защиты (АОЗ). Для лечения больных гриппом применяют противовирусные и иммуностропные препараты, средства с антипротеазной и антиоксидантной (АО) активностью.

В терапии гриппа использовали в остром периоде АО реамберин (РБ), в ранней реконвалесценции – отечественный индуктор интерферонов (ИФН) циклоферон (ЦН). 1,5% раствор РБ вводили по 300 мл внутривенно капельно 3-5 дней подряд 37 больным осложненным гриппом. 20 больных получали витамин Е по 1 капсуле 3 раза в день в течение 8–10 дней, а 18 – базисную терапию (БТ). Пациенты хорошо переносили инфузии РБ, отмечали выраженное клиническое улучшение по сравнению с витамином Е и БТ: на фоне РБ быстрее прошли интоксикация и катаральные явления. Повышался АО потенциал сывотки крови.

30 больным гриппом, осложненным пневмонией, назначали по 4 таблетки ЦН (тЦН) один раз в день в 1, 2, 4, 6, 8, 11 и 14-й дни лечения на фоне БТ. Продолжительность основных клинических симптомов болезни была достоверно короче при назначении тЦН: лихорадка, катаральный синдром и койко-день. Короче были интоксикация и длительность заболевания, в 2,5 раза реже отмечалось затяжное течение пневмонии (6,7 и 16,5% соответственно, $p < 0,05$).

70 больным неосложненным и осложненным гриппом получали в остром периоде отечественный препарат витамин-М, обладающий интерферогенной и антиоксидантной активностью. Препарат вводили интраназально в разведении 1 : 10 по 2–3 капли в оба носовых хода 4–5 раз в день в течение 4–5 дней, при осложненном гриппе – 10 дней. Достоверно меньше была продолжительность головной боли и насморка, койко-дня. Реже в 1,5–2 раза отмечались осложнения гриппа по сравнению с использованием человеческого лейкоцитарного ИФН (капли в нос).

Таким образом, последовательное использование антиоксидантов и иммуностропных препаратов сопровождается положительной клинической динамикой, повышением АО активности и иммунобиологической резистентности организма.

Перспективы оптимизации лабораторной диагностики возбудителей I–IV групп патогенности в лабораториях специализированных противоэпидемических формирований

Казаква Е.С., Касьян И.А., Шарова И.Н., Карнаухов И.Г., Щербакова С.А., Топорков А.В., Кутырев В.В.

Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб», Саратов

Основные задачи лабораторий специализированных противоэпидемических бригад (СПЭБ) противочумных учреждений – индикация и бактериологическая диагностика возбудителей инфекционных болезней I-IV групп патогенности, а также санитарно-микробиологические и токсикологические исследования пищевых продуктов, продовольственного сырья, проб окружающей среды. В соответствии с единым стандартом оснащения, лабораторная база СПЭБ укомплектована современным высокотехнологичным аналитическим оборудованием и диагностическими препаратами, что позволит выполнять в зоне ЧС лабораторную диагностику в полном объеме.

Традиционные методы идентификации, основанные на дифференциации культур микроорганизмов по биохимической активности, весьма трудоемки, требуют больших затрат времени, большого количества лабораторной посуды, что в условиях работы СПЭБ значительно затрудняет проведение лабораторной диагностики. Использование автоматических анализаторов с программным обеспечением и микрообъемных тест-систем позволит повысить качество микробиологической диагностики, а также решить поставленные задачи в более короткие сроки.

При этом необходимо учитывать, что анализаторы должны соответствовать ряду требований, главное из которых – возможность эксплуатации не только в стационарных, но и в полевых условиях. В лабораториях мобильных формирований целесообразно использовать автоматические анализаторы открытого типа, которые обеспечивают работу с тест-системами разных производителей, и позволяют идентифицировать не только условно-патогенную микрофлору, но и возбудители особо опасных инфекционных болезней.

Коррекция микробиологии кишечника у детей с водянистыми диареями при использовании комбинированного пробиотика

Казаква С.П., Мескина Е.Р., Феклисова Л.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Для оценки микробиологических преимуществ при использовании комбинированного пробиотика у детей, больных водянистыми диареями, проводилось обследование 60 больных в возрасте от 4 мес до 5 лет, с преобладанием

детей раннего возраста (до 3 лет – 78,3%), в том числе до 1 года – 25%. Все дети получали лечение в стационаре по поводу водянистой диареи, протекавшей в среднетяжелой форме с выраженными кишечными расстройствами при поступлении (кратность стула составляла 10 и более раз).

Первичное микробиологическое обследование выявило, что дисбиотические нарушения имели место у 90% детей и характеризовались изменениями только в облигатной группе микроорганизмов у 21,7%, только в факультативной – у 30% и одновременно в обеих группах микробов – у 36,7%. При этом основные нарушения выявлены в облигатном росте в виде снижения уровня лактобактерий (менее $7 \lg$ КОЕ/г) у 43,3% со средним $\lg 6,27 \pm 0,22$ и появлением кишечной палочки с лактозонегативными свойствами (25%) или гемолизинпродуцирующих эшерихий (23,3%). Для оценки влияния комбинированного препарата в лечении водянистой диареи использовался комбинированный пробиотик линекс. Включение в комплексную терапию линекса определяло отчетливую положительную динамику в виде нормализации облигатной микрофлоры с одновременным ростом числа больных, имевших нормальный уровень бифидобактерий (92,6%) и повышением их среднего уровня ($\lg 8,74 \pm 0,11$). Отмечено достоверное нарастание среднего уровня лактобацилл (от $\lg 6,53 \pm 0,29$ до $\lg 7,04 \pm 0,26$ КОЕ/г, $p < 0,05$). У больных, получавших комбинированный препарат, в 1,21 раза увеличилась частота обнаружения энтерококка (от 76,7 до 92,6%), в большей степени за счет *E. faecium* (от 73,3 до 81,5%). Наряду с ростом энтерококка, входящего в состав комбинированного пробиотика, отмечено достоверное снижение удельного веса кишечной палочки с лактозонегативными свойствами (от $59,09 \pm 12,15$ до $24,27 \pm 9,4\%$, $p < 0,05$). Отмечена положительная тенденция в виде снижения уровня пролиферации грибов рода *Candida* в 2 раза.

Таким образом, отмечено благотворное влияние линекса в виде сокращения частоты регистрации кишечной палочки с лактозонегативными свойствами и роста общего числа энтерококков, в основном за счет *E. faecium*.

Эпидемиологическая характеристика патологии органов пищеварения среди населения г. Уфы в период 1991–2007 гг.

Кайданек Т.В., Ефимов Г.Е., Медведев Ю.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Болезни желудочно-кишечного тракта, сосредоточенные в четырех классах МКБ X, занимают в структуре всей патологии человека одно из ведущих мест. Значительная их часть представлена в XI классе – «Болезни органов пищеварения» (БОП), которые во многом по своей сути являются заболеваниями инфекционного генеза. На основе анализа данных ф.№12 «Отчет о числе заболеваний зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» изучены уровень, динамика и распределение заболеваемости БОП среди детей, подростков и взрослых г. Уфы за 1991–2007 гг.

Среднегодовалые показатели первичной и общей заболеваемости, наиболее высокими были среди детей, составив $179,2 \pm 0,2\%$ и $467,3 \pm 0,3\%$ соответственно. Значимо ниже эти значения оказались в популяции подростков ($87,6 \pm 0,3\%$ и $290,3 \pm 0,5\%$) и взрослых ($60,0 \pm 0,1\%$ и $233,5 \pm 0,1\%$). Соотношения показателей первичной и общей заболеваемости БОП составили 1 : 2,6; 1 : 4,8; 1 : 3,8 соответственно, что свидетельствует об интенсивности накопления больных с хроническим течением заболеваний БОП более выраженной в популяции подростков. Многолетняя динамика первичной и общей заболеваемости среди них имела неблагоприятный характер с выраженными темпами среднегодового прироста трендовых показателей (Тпр.= 5,6 и 7,4%). Такой же характер в направленности линии тренда по исследуемым показателям выявлялся у взрослых и по общей заболеваемости у детей при умеренных темпах их прироста (Тпр.= 1,1% и 4,4%; 1,6%). Наблюдаемые неблагоприятные тенденции в изучаемых группах населения формировались в основном за счет патологии гастродуоденальной и панкреатобилиарной зон. Наиболее выражено это проявлялось при анализе показателей их распространенности. В общей заболеваемости БОП у взрослых и подростков каждый второй случай был связан с заболеваниями гастродуоденальной и панкреатобилиарной зоны. Значительная составляющая последних в общей заболеваемости БОП взрослых, подростков, по-видимому, обусловлена накопленным эффектом, отражающим интенсивность развития эпидемического процесса хронических заболеваний ассоциированных с инфекционными агентами еще в детском возрасте.

Клинико-диагностические аспекты хронического токсоплазмоза

Калашникова Л.Г.

Омская государственная медицинская академия

Токсоплазмоз в настоящее время представляет серьезную проблему для здравоохранения в виду убиквитарности инвазии, высокой пораженности населения токсоплазмами, возможности внутриутробного поражения плода, высоким удельным весом поражений органа зрения с нарушением его функции, вплоть до развития слепоты и относительно частым развитием тяжело текущих рецидивов у больных с ВИЧ-инфекцией

Провели ретроспективный анализ 61 мед. карты стационарных больных (ИКБ №1) и 168 беременных, находившихся под наблюдением в женской консультации с предварительным диагнозом токсоплазмоз.

У пациентов, находившихся на лечении в ИКБ №1, окончательный диагноз «хронический токсоплазмоз» (ХТ) установлен в 70,5% (43 пациента), среди беременных – в 28,6% случаев (48 беременных). Контакт с домашними кошками отмечали 60,5%, дегустацию мясного фарша – 29,1% пациентов. В клинической картине ХТ преобладали общеинфекционные симптомы (35%), ведущими из которых являлись лимфаденопатия, лихорадка, гепатомега-

лия. У беременных регистрировались следующие ультразвуковые маркеры ВУИ: маловодие (21,0%), многоводие (5,3%), ХФПН (34,2%), синдром преждевременного созревания плаценты (21,1%), утолщение плаценты (5,3%). В связи с высоким процентом акушерских осложнений (гестоз легкой степени – 58,6%, угроза прерывания беременности – 41,3%, в родах – несвоевременное излитие околоплодных вод – 22,9%, аномалии родовой деятельности – 8,3%, кровотечение в раннем послеродовом периоде – 4,2%) актуальной является диагностика заболевания до планируемой беременности. Диагноз хронического токсоплазмоза верифицировался с учетом клинико-анамнестических данных и результатов ИФА на наличие антител к *T. gondii* класса IgM и IgG с определением их авидности. Антитела класса IgM были обнаружены в 2,3%, IgG – в 97,7% случаев. Индекс авидности антител (IgG) варьировал от 25 до 99%. В 69,8% случаев ХТ протекал в сочетании с герпесинфекцией, ЦМВИ, микоплазмозом, хламидиозом. В связи с этим заболевание требует дифференцированной трактовки клинико-лабораторных показателей.

Нарушения липидного обмена у пациентов с ВИЧ-инфекцией, принимающих антиретровирусную терапию

Канестри В.Г., Кравченко А.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Обоснование. У пациентов, принимающих антиретровирусные препараты, могут возникать нарушения липидного обмена на разных сроках. При длительном применении антиретровирусной терапии изменения биохимических показателей могут привести к клиническим проявлениям в виде липодистрофии. Целью исследования было определение выраженности биохимических нарушений в ранние сроки на разных схемах ВААРТ.

Методы. Показатели липидного обмена оценивали у 67 ВИЧ-инфицированных наивных пациентов (18 женщин и 49 мужчин от 19 до 46 лет). 25 пациентов принимали LPV/r, 25-SQV/r, 17-NFV. У всех пациентов в схему лечения входили 2 препарата из группы НИОТ. Анализировали уровни общего холестерина, триглицеридов, ЛПВП, ЛПНП, индекс атерогенности до лечения и через 24 нед терапии.

Результаты. Через 24 нед лечения уровень общего холестерина вырос лишь у пациентов, принимавших NFV, с 4,16 до 5,1 ммоль/л. Повышение среднего уровня триглицеридов наблюдали на всех схемах, но более существенные изменения констатировали при использовании LPV/r. Так, процент больных с превышением этим показателем верхней границы нормы возрос с 8 до 24%, в то время как при применении SQV/r и NFV он не изменился. При оценке уровня ЛПВП в более выгодном положении находились пациенты, принимавшие NFV, т.к. среднее значение этого показателя повысилось с 1 до 1,3 ммоль/л, тогда как на схеме с LPV/r повышение уровня ЛПВП регистрировали в меньшей степени, а на схеме с SQV/r он не изменился.

Тенденция к увеличению уровня ЛПНП была наиболее выражена в группе больных, принимавших NFV. Этот показатель вырос на 0,8 ммоль/л за 24 нед терапии, в то время как у пациентов, принимавших SQV/r, он даже немного снизился. Индекс атерогенности при использовании SQV/r остался прежним и не превышал нормальные значения, а при использовании LPV/r даже снизился с 2,77 до 2,53. Но наиболее выраженное снижение индекса атерогенности мы наблюдали у пациентов на схеме с NFV (с 4,28 до 3,86) несмотря на изначально высокие его значения.

Выводы. Каждый из исследуемых препаратов приводит к изменению тех или иных биохимических показателей липидного обмена уже на ранних сроках лечения. При составлении схемы АРТ необходимо учитывать влияние отдельных антиретровирусных препаратов на некоторые индикаторы липидной панели, особенно в долгосрочной перспективе.

Особенности преподавания управляемых инфекционных заболеваний на кафедре детских инфекций

Канасова М.Н., Поздеева О.С., Бриткова Т.А., Мохова О.Г., Лекомцева О.И., Занкеева А.Г., Чуракова А.В.

Ижевская государственная медицинская академия

Основной целью обучения студентов на клинической кафедре является формирование клинического мышления, которое должно развиваться у будущих врачей с первых шагов вступления в клинику. Основой его формирования является аудиторная самостоятельная работа студентов у постели больного с последующим клиническим разбором совместно с преподавателем.

В связи со значительным снижением заболеваемости управляемыми инфекциями клинические базы не могут обеспечить студентов тематическими больными для курации. В этой ситуации большое значение имеет правильная организация учебного процесса и внедрение новых форм и методов преподавания. На кафедре разработаны учебно-методические материалы, которые используются преподавателями на практических занятиях. Во время аудиторной самостоятельной работы студенты рецензируют выписки из историй болезни, учебные истории болезни с фотографиями больных корью, краснухой, паротитной инфекцией. Подготовлен банк ситуационных клинических задач на основе реальных историй болезни больных дифтерией, коклюшем, экзантемными инфекциями, острым вирусным гепатитом В, пролеченных на клинических базах кафедры. Задачи дифференцированы и зависят от этапа обучения. На V курсе – задачи типовые, на VI – задачи более сложные, для решения которых требуются знания дифференциальной диагностики. Варианты решения задач обсуждаются на занятии в присутствии всей группы студентов, анализируются ошибки. В качестве учебно-методического материала используются также таблицы алгоритмов диагностики и дифференциальной диагностики детских инфекций, фильмы на цифровых носителях, цветные таблицы.

Таким образом, внедрение новых методов обучения на кафедре детских инфекций способствует повышению качества обучения студентов по разделу управляемых инфекционных заболеваний и формированию клинического мышления, являющегося главным практическим навыком врача, который он должен усвоить в ВУЗе.

Компьютерное обеспечение исследования клеточного состава шапки сгустка крови

Караванов Я.В.

*Амурская государственная медицинская академия;
Амурский государственный университет, Благовещенск*

В течение тридцати лет на кафедре инфекционных болезней Амурского государственной медицинской академии ведутся исследования сгустка крови человека и животных, с целью получения как новых медицинских препаратов, так и новых направлений в диагностике некоторых заболеваний. Эти исследования позволяли выявить ряд особенностей сгустка крови, а также наличие у него, помимо фибрина и жидкой части крови, дополнительных образований («шапка» и «клин» сгустка). На основе этих исследований появились новые данные, однако все вышеперечисленные наблюдения связаны с визуальной оценкой составных частей сгустка крови и клеточного состава «шапки» сгустка, в которой наблюдаются различные по форме и размерам клетки (эритроциты, эхиноциты различной степени изменения, клетки, имеющие многочисленные прямые отростки – клетки – «ежи»), которые могут сливаться в конгломераты, а могут и находиться в разбросанном свободном состоянии. В связи с этим возникла необходимость в быстрой инструментальной оценке состояния клеточного состава «шапки» сгустка с целью оперативной диагностики возможности наличия инфекционного процесса и предположительно его этиологии. Особенно это касается доноров, где установление возможного содержания в крови вирусов или бактерий помогает оперативно браковать кровь, а следовательно не допускать заражения инфекционными заболеваниями через переливание крови. Особенность решения этой проблемы определяется тем, что анализируются не фиксированные и не окрашенные препараты.

Была сформулирована задача создания экспертной системы, анализирующей микроскопические изображения препаратов шапки сгустка крови, выделяющая значимые объекты интереса на изображениях, их отношения, и делающая предположения о наличии патологий.

Технической особенностью ввода информации в систему является анализ препаратов шапки сгустка не используя методик окраски препарата как при стандартной подготовки мазков для микроскопических исследований. Изображение препарата через оптический микроскоп считывается видеокамерой и поступает в интеллектуальную систему, реализованную на базе ЭВМ.

Интеллектуальная система, выполняющая задачи анализа информации и принятия решений состоит из не-

скольких блоков, последовательно выполняющих обработку входящих данных.

Это позволяет выделить отдельные клетки, распознать их особенности, отношения между собой и сделать вполне обоснованное и объективное заключение.

Молекулярная эпидемиология вирусных гепатитов В, С и Дельта на территории Чукотского автономного округа

Карандашова И.В.¹, Неверов А.Д.¹, Фаст Е.В.², Долгин В.А.¹, Браславская С.И.¹, Чуланов В.П.¹

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²Чукотская окружная больница, Анадырь

Введение. Вирусы гепатита В, С и Дельта генетически гетерогенны и распространенность различных их генотипов имеет географические особенности. Определение генотипов вирусов гепатита может иметь клиническое и эпидемиологическое значение. Целью настоящего исследования было изучение распространенности генотипов вирусов гепатита В, С и Дельта на территории Чукотского АО.

Пациенты и методы. Было исследовано 133 образца сыворотки крови: 124 от пациентов с диагнозом «Хронический гепатит В» (ХГВ) и 9 – с диагнозом «Хронический гепатит С» (ХГС), проходивших обследование в ГУЗ Чукотская окружная больница в 2007–2008 гг. Среди пациентов было 5 детей (4%) и 128 взрослых (69 мужчин (54%), 59 женщин (46%)). 113 (85%) из них были представителями коренного населения (этнические чукчи (103 образца) и эскимосы (10 образцов)) и 20 (15%) – принадлежали к некоренному населению Чукотки. Образцы исследовались с помощью ПЦР на наличие ДНК HBV, РНК HCV и HDV. Определение генотипа вирусов проводили с использованием рестрикционного анализа (HBV), генотип-специфичной ПЦР (HBV, HCV) и прямого секвенирования (62 изолята HBV, 48 изолятов HDV). Филогенетический анализ проводили с использованием алгоритмов максимального правдоподобия и Neighbour-joining (NJ, модель K80) с помощью программ Phylip 3.65 и MEGA3. Оценку достоверности кластеризации для NJ алгоритма проводили с помощью bootstrap-анализа (1000 повторов).

Результаты. Среди 124 образцов сыворотки крови больных ХГВ, ДНК HBV была выявлена в 94 образцах (75,8%). У 65 пациентов (69,2%) был выявлен D генотип HBV, у 24 (25,5%) – С генотип HBV, 2 образца (2,1%) не были генотипированы вследствие низкой вирусной нагрузки и 3 образца (3,2%) представляли собой рекомбинанты между D и С генотипами HBV. Генотип С HBV преимущественно встречался среди коренных жителей этого региона (96%). Рекомбинанты между D и С генотипами HBV обнаружены только у коренного населения Чукотки. Генотип D HBV был представлен субтипами D3 (91%), D2 (6%) и D1 (3%). При этом субтипы D2 и D1 были выявлены только среди представителей некоренного населения. В 62 образцах (50%) от пациентов с диагнозом «ХГВ» была выявлена РНК HDV, что свидетельствует о наличии у них хронического гепатита Дельта.

Причем вирус гепатита Дельта встречался в 100% случаев среди лиц с D/C рекомбинантным генотипом HBV; в 59% случаев среди лиц с D генотипом HBV и в 13% случаев среди лиц с C генотипом HBV. Среди 48 секвенированных изолятов HDV 47 (98%) принадлежали к I генотипу, 1 (2%) – ко II генотипу HDV. В 7 пробах (5,3%) была обнаружена РНК HCV. В 5 образцах (71%) был выявлен субтип 1b, в двух (29%) – субтип 3a вируса гепатита С.

Заключение. Распределение генотипов HBV на территории Чукотского АО значительно отличается от такового в других регионах РФ, что выражается в высокой частоте встречаемости генотипа С (более 25%). При этом субтип D3 и генотип С HBV являются эндемичными для данной территории, поскольку доминируют среди коренного населения. Для Чукотского АО характерна крайне высокая частота выявления вируса гепатита Дельта (50%) среди лиц хронически инфицированных вирусом гепатита В. Значительные отличия в частоте Дельта-инфекции среди лиц с генотипами D и С HBV может свидетельствовать о различных путях проникновения вышеназванных генотипов HBV на территорию Чукотского АО. Вирус гепатита С представлен генотипами, доминирующими в России в целом, однако доля субтипа 1b на территории ЧАО значительно выше (71%, по сравнению с 50–60% по России).

Применение молекулярных методов в изучении распространенности возбудителей клещевых инфекций в сочетанных очагах

Карань Л.С.¹, Шопенская Т.А.¹, Колясникова Н.М.², Гамова Е.Г.², Маленко Г.В.², Левина Л.С.², Погодина В.В.², Лесникова М.В.³, Романенко В.В.⁴, Соколов В.М.⁵

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН, Москва;

³Центр гигиены и эпидемиологии в Липецкой области;

⁴Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области;

⁵Центр гигиены и эпидемиологии в Кемеровской области

В данном сообщении представлены результаты исследования клещей *I. persulcatus*, собранных в Вологодской, Свердловской и Кемеровской областях, на присутствие следующих патогенов: вирус клещевого энцефалита (ВКЭ), *B. burgdorferi* sl, *A. phagocytophillum*, *E. muris*, *E. chaffeensis*. На каждой территории сборы клещей проводились ежегодно в течение 3–4 лет с 2005–2008 гг. Скрининг осуществлялся методом ПЦР в режиме реального времени (РПВ) с использованием тест-систем «Амплисенс *B. burgdorferi* sl-FL», «Амплисенс ВКЭ-FL» (ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора РФ) и методик, разработанных для детекции в режиме реального времени для *A. phagocytophillum* (на основе амплификации участка *msp2* гена) и *E. muris*, *E. chaffeensis* (на основе амплификации участка 16S РНК гена).

Выделение РНК и ДНК из клещей осуществляли с использованием набора «Рибо-преп», реакцию обратной транскрипции – «Reverta-L» (ЦНИИ эпидемиологии Роспо-

требнадзора). ПЦР проводили на приборах Rotor Gene 3000 и Rotor Gene 6000 (Corbett Research, Австралия).

Вологодская область. За 2005–2008 гг. было исследовано 860 проб и выявлены все четыре патогена, вызывающие заболевания у человека. Зараженность клещей боррелиями была близка к величинам, средним для европейской части России – 26%, 21%, 17% (2006, 2007 и 2008 гг. соответственно). Лишь в сборах 2005 гг. отмечался более высокий процент – 41. Уровень зараженности ВКЭ составил в среднем 2%, *E. muris* (тест был введен с 2007 г.) – 4%, *A. phagocytophillum* – 1%. При генотипировании боррелий определено некоторое преобладание вида *B. garinii* (59%), а внутри вида – *B. garinii* NT29 (76%). Все выявленные образцы РНК вируса клещевого энцефалита принадлежали к сибирскому генотипу. В 2007 г. при оценке вирусной нагрузки в клещах методом количественной РПВ ПЦР установлено, что в 50% (4 из 8) *I. persulcatus* число копий РНК ВКЭ превышает 10 000.

Что касается возможностей возникновения сочетанной инфекции, то в 2005 году 92% из всего числа положительных проб содержали только одного возбудителя, в 8% выявлены два патогена, в 2006 году соответственно 91 и 9%, с 2007 года, когда в общую структуру анализа был включен тест на патогенные эрлихии, картина несколько изменилась – 87% положительных проб содержали только один возбудитель, а 13% – два патогена, в 2008 гг. тенденция сохранилась – 83 и 15% соответственно, 2% положительных проб содержали трех возбудителей.

Свердловская область. За 2003–2007 гг. было исследовано 1200 проб. Зараженность клещей боррелиями в среднем составила 44%, *E. muris* – 4%, *A. phagocytophillum* – 3%. При типировании полученных в 2004 году 113 изолятов ДНК боррелий были получены данные о некотором преобладании геновида *B. afzelii* (58%) в подзоне южной тайги, в подзонах сосново-березовых лесов и лесостепи Зауралья количество обнаруженных изолятов *B. afzelii* и *B. garinii* распределилось поровну, в подзоне горной тайги преобладали *B. garinii* (79%), а среди них – *B. garinii* NT29 (75%). По результатам исследования уровень зараженности клещей ВКЭ составил в среднем по области в сезоны 2003, 2004 и 2006 г. 4% и в 2007 г. – 9%. Большая часть инфицированных клещей была локализована в подзоне южной предгорной и равнинной тайги (9% – 2003 г.; 8% – 2006 г.) и в подзоне сосново-березовых лесов (13% – 2004 г.; 27% – 2007 г.). 48 из 59 полученных изолятов вирусной РНК по результатам генотипирования были отнесены к сибирскому генотипу. С помощью метода количественной РПВ ПЦР (2006–2007 гг.) установлено, что в 42% (11 из 26) *I. persulcatus* число копий РНК ВКЭ превышает 10 000.

При оценке вариантов и числа проб, содержащих более одного возбудителя, мы отметили, что в среднем 90% положительных проб содержат только один из изученных возбудителей, остальные 10% – два и более.

Кемеровская область. Исследование клещей проводилось в 2005 и 2008 гг. При анализе 840 проб были получены следующие данные: зараженность боррелиями составила в 2005 году 60% (исследованы 300 проб из 5 районов области) и 30% в 2008 году (исследованы 540 проб из одного района, не вошедшего в исследование 2005 года). За-

раженность ВКЭ составила от 3 до 5% соответственно, наличие в клещах *E. muris* изучали только в сборах 2008 года, и процент положительных находок составил 3%, *A. phagocytophillum* в 2005 году – 9% (диапазон по районам области от 6 до 23 процентов), в 2008 году – 3%. 64% боррелий (2005 год сбора) относились к *B. garinii*. 29 изолятов РНК ВКЭ (100% генотипированных) наиболее гомологичны со штаммами сибирского генотипа. При исследовании РНК ВКЭ методом количественной РРВ ПЦР показано, что 32% (8 из 25) положительных *I. persulcatus* содержат вирусную РНК в концентрации, превышающей 10 000 копий.

Доля моноинфицированных клещей в 2005 году практически не отличается от 2008 года – 89 и 83 процентов соответственно. Но в общей структуре исследованных патогенов в 2008 году только 57% положительных проб пришлось на боррелии как единственный обнаруженный возбудитель в клеще, а в 20% присутствовала только РНК ВКЭ. В 2005 году 85% положительных проб содержали только боррелии.

Таким образом, показано, что во всех трех областях в клещах *I. persulcatus* чаще всего обнаруживались патогенные виды боррелий. Из двух детектируемых видов эрлий выявлена только *E. muris*. В различных районах Кемеровской области в один сезон показаны значительные расхождения между уровнями инфицированности клещей *A. phagocytophillum*. Все типированные изоляты РНК ВКЭ отнесены к сибирскому генотипу, а количественная характеристика РНК ВКЭ в клещах носит пока характер дополнительной биологической информации, которую в дальнейшем можно будет использовать при исследовании связи концентрации вируса в клещах и заболеваемостью КЭ. На исследованных территориях в *I. persulcatus* обнаружены все четыре патогена, поэтому каждый случай заболевания, возникший после присасывания клеща, необходимо рассматривать как возможную микст-инфекцию.

Динамические изменения очагов вируса Западного Нила в Волгоградской и Астраханской областях

Карань Л.С., Шопенская Т.А., Федорова М.В., Платонов А.Е.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Возбудитель ЛЗН – вирус Западного Нила (ВЗН), принадлежащий к роду *Flavivirus* семейства *Flaviviridae*. ВЗН является членом антигенного комплекса вируса японского энцефалита. По результатам сравнительного анализа нуклеотидных последовательностей внутри вида различают 5 генотипов (в настоящее время порядок цифрового обозначения генотипов различается в российских и зарубежных публикациях): I – эпидемические штаммы, циркулирующие повсеместно: в Евразии, Африке, Америке и Австралии (вирус Кунджин из Австралии рассматривается как вариант ВЗН первого генотипа); II – изоляты из Южной и Центральной Африки и из Мадагаскара, изоляты из Туркмении, Украины и Белоруссии, в 2002 г. обнаружены в комарах

Cq. richiardii и *An. hyrcanus* в Астраханской области, в 2004 г. обнаружены также в ястребе-тетеревятнике *Accipiter gentilis* в Венгрии и больных в Ростовской области, в 2007 – у больных в Волгоградской области, V – штаммы из Индии, IV – штамм из Краснодарского края, изолированный от клещей *Dermacentor marginatus*, и многочисленные изоляты от комаров *Uranotaenia unguiculata* и озерных лягушек *Rana ridibunda* в Волгоградской области, единичные находки в *An. messeae* в Астраханской области; III – два штамма Rabensburg, выделенные в Чешской республике.

Резервуаром вируса в природе являются многие виды птиц водно-околоводного комплекса: цапля, большой баклан, лысуха и др. Среди синантропных видов вирус большого всего распространен в городских популяциях ворон. Антитела к ВЗН обнаружены в антропогенных биоценозах у крупного рогатого скота, овец, верблюдов, свиней. У лошадей ВЗН вызывает клинически выраженное заболевание, характеризующееся лихорадкой с возможным осложнением в виде менингоэнцефалита и летальностью до 30%. Среди диких млекопитающих антиген ВЗН выявляли у зайцев, мышевидных грызунов, а антитела у енотов, лисиц. Эти животные, скорее всего, имеют меньшее, чем птицы, значение в поддержании популяции вируса в природе.

ВЗН передается позвоночным хозяевам кровососущими членистоногими, в первую очередь комарами (*Diptera*, *Culicidae*). В настоящее время штаммы ВЗН выделены от более чем 50 видов комаров различных родов (*Culex*, *Aedes*, *Anopheles* и др.).

В ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора лихорадка ЗН изучалась с 2000 по 2007 гг. на материале Волгоградской области и в 2004, 2005 гг. – Астраханской области.

В период с 2000 по 2004 гг. анализ материала проводился с помощью ПЦР методик с электрофоретической детекцией результатов амплификации с праймерами, лежащими в области 5' нетранслируемой области и участка С гена вируса ЛЗН. С 2005 года мы используем метод ПЦР с гибридационно-флуоресцентной детекцией («Амплисенс-ВЗН-Fl», Москва). Генотипирование полученных образцов РНК ВЗН проводилось как по участку 5' нетранслируемой области и участка С гена, так и по участку Е гена. Для некоторых изолятов была проанализирована полноразмерная геномная последовательность.

Вирусная РНК была выявлена в 17 образцах ткани мозга людей, умерших от энцефалита в 1999–2002 гг. в Волгоградской области, 7 образцах *Corvus cornix*, добытых в 2001–2003 гг. там же, в пяти пробах комаров *Culex* (в 2001, 2003 и 2007 гг.). Все положительные образцы 2000–2003 годов из Волгоградской области, секвенированные по участку Е гена длиной 512 н.п., образовали так называемую «волгоградскую» ветвь, относящуюся к I генотипу. Уровень гомологии нуклеотидного состава внутри этой ветви находится в диапазоне 99,4–100%.

С 1999 по 2007 гг. на территории Волгоградской области было лабораторно подтверждено 515 случаев заболевания ЛЗН (1999 – 380, 2000 – 32, 2001 – 15, 2002 – 14, 2003 – 0, 2004 – 0, 2005 – 3, 2006 – 7, 2007 – 64). После периода относительного благополучия в 2003 – 2006 гг. в 2007 г. была зафиксирована новая вспышка ЛЗН. При анализе нуклеотидных последовательностей 12 образцов

РНК ВЗН, изолированных в двух случаях из мочи, в одном случае из тканей мозга и в остальных 9 случаях из крови больных, была показана их принадлежность ко II генотипу. Также во время вспышки 2007 г. нами в одном пуле комаров *Culex pipiens*, собранных в подвале жилого дома, где было зафиксирован случай заболевания ЛЗН, была обнаружена РНК ВЗН, и также II генотипа. Таким образом, в период 2004–2005 сезонов произошла смена доминирующего генотипа вируса на данной территории.

На территории Астраханской области, где вирус был впервые выделен в 1963 г., в 1999 г. также была отмечена вспышка этого заболевания и с 1999 по 2007 гг. было лабораторно подтверждено 369 случаев заболевания ЛЗН (1999 – 95, 2000 – 24, 2001 – 49, 2002 – 33, 2003 – 12, 2004 – 25, 2005 – 73, 2006 – 14, 2007 – 30). По данным, полученным группой исследователей, изучающих эпидемиологию ВЗН в Астраханской области в 1999–2004 гг. (Д.К.Львов, А.Г.Прилипов, А.Г.Воронина и др.), на территории области доминирующим в эти годы бы ВЗН первого генотипа. При анализе нуклеотидных последовательностей E гена астраханские изоляты РНК ВЗН I генотипа образуют отдельную ветвь. В 1-й пробе, представляющей пул комаров разных видов, из Астрахани 2003 г. мы обнаружили РНК ВЗН, которая по результатам секвенирования была отнесена к «астраханской» ветви, включающей изоляты 1999–2004 гг. от людей, птиц и членистоногих из Астраханской области.

При изучении вспышки ЛЗН в Астрахани в 2005 году на основе клинического материала от людей и секвенирования 9 последовательностей в 7 случаях мы обнаружили изоляты, которые можно отнести к «волгоградской» ветви, и только в двух случаях – к «астраханской». Таким образом в 2005 году на территории Астраханской области также произошло смещение акцента в сторону доминирования генотипа, который раньше обнаруживался на территории дельты Волги и Волго-Ахтубинской поймы достаточно редко.

Изучение циркулирующих на сегодняшний день вариантов вируса Западного Нила в различных очагах позволит лучше понять процессы освоения вирусом новых территорий и «возникновения и исчезновения» данной инфекции.

Вагинальные инфекции и возможные перинатальные и акушерские исходы

Карапетян Т.Э, Муравьева В.В, Румянцева Л.В.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий, Москва

Одним из главных направлений в решении проблемы безопасного материнства является снижение репродуктивных потерь, которые рассматриваются как результат неблагоприятного влияния медицинских, социальных и биологических факторов на здоровье беременной, плода и новорожденного. В последние годы значительно возросла частота воспалительных заболеваний нижних отделов генитального тракта. Большинство обнаруженных возбудителей встречаются в ассоциациях, с которыми

связывают невынашивание на любом сроке беременности, плацентарную недостаточность, внутриутробное инфицирование плода, инфекционно-воспалительные осложнения в родах и послеродовом периоде. В настоящее время инфекция занимает одно из ведущих мест в структуре причин акушерской и перинатальной смертности.

Цель исследования: оценить влияние инфекций нижнего отдела генитального тракта на акушерские и перинатальные исходы.

Пациенты и методы. Обследовано 50 пациенток с доношенной беременностью, поступивших для родоразрешения и имевших клинические проявления генитальной инфекции (I, основная группа) и 40 беременных с вагинальной инфекцией, поступивших для родоразрешения (II, контрольная группа). Возраст обследованных колебался от 18 до 40 лет. Всем беременным были проведены общеклиническое, ультразвуковое обследования, а также комплексное микробиологическое исследование вагинального отделяемого, включавшее микроскопию мазка, окрашенного по Граму, и культуральное исследование с использованием общепринятых методов выделения и идентификации микроорганизмов. Выявление активации вирусных инфекций (генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция) проводили методом полимеразной цепной реакции. Генитальные микоплазмы (*M. hominis*, *Ur. urealyticum*) выделяли с помощью тест – системы «Mycoplasma Duo» фирмы BIO RAD. У всех беременных были исключены инфекции, передающиеся половым путем (ИППП): ВИЧ, сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз.

Результаты исследования. Изучение перенесенных детских инфекционных заболеваний показало, что значительно больше пациенток основной группы в детском возрасте перенесли корь, ветряную оспу, скарлатину (30% в отличие от 17,5% в контрольной группе); острый тонзиллит (соответственно 46 и 15%) и острые респираторные заболевания (62 и 45%).

Гинекологический анамнез был отягощен хроническим аднекситом у 20% женщин I группы и у 10% II группы; неспецифическим вагинитом соответственно у 70 и 45%; эрозией шейки матки – у 24 и 15% беременных. Частота искусственного прерывания беременности и самопроизвольных выкидышей в I группе женщин была в 2,7 раз выше в сравнении с контрольной группой. Анемия в основной группе была выявлена у 38% беременных, а в контрольной группе – у 22% пациенток.

По результатам микробиологического обследования у 32% беременных основной группы был поставлен диагноз бактериальный вагиноз, у 22% – вагинальный кандидоз, в 12% случаев имело место сочетание бактериального вагиноза и вагинального кандидоза, у 18% был неспецифический вагинит. У всех беременных II группы состояние микроценоза влагалища расценивали как «нормоценоз». В I группе у 6% пациенток в соскобах цервикального канала обнаружена ДНК-цитомегаловируса, у 10% – генитального герпеса. У 28% пациенток I группы и у 10% II группы была выделена *Ureaplasma urealyticum* в подавляющем большинстве в титре > 10⁴ ЕИЦ/мл.

Течение настоящей беременности у каждой второй женщины основной группы осложнилось угрозой преры-

вания, у 20% пациенток – преждевременными родами, у 14% – плацентарной недостаточностью, у 12% – многоводием, у 10% беременных – хронической гипоксией плода, у 6% – синдромом задержки развития плода. Данные показатели значительно превышали аналогичные у беременных контрольной группы. Так, угроза прерывания беременности в контрольной группе была отмечена у 30% женщин, преждевременные роды – у 12%, плацентарная недостаточность – у 6%, многоводие – у 8%, хроническая гипоксия плода – у 5%, синдром задержки развития плода – у 2% беременных.

Что касается осложнений в родах, то в I группе обследованных преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 24% беременных, во II группе – у 12,5%. Слабость родовой деятельности в основной группе была выявлена у 14% рожениц и не встречалась в контрольной группе. Экстренное оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в родах (показания к операции – клинически узкий таз I-II степени, высокое прямое стояние головки, острая гипоксия плода) проведено у 16% рожениц в основной группе и у 7,5% – в контрольной группе.

Кровотечение в раннем послеродовом периоде было отмечено в I группе – у 8% родильниц, во II – у 2,5%. Травмы мягких родовых путей были выявлены соответственно в 48% и 12,5% случаев.

В послеродовом периоде у родильниц I группы были диагностированы эндометрит (8%), субинволюция матки (10%), раневая инфекция с развитием инфильтратов в области швов на промежности или частичным их расхождением (4%). В контрольной группе случаев эндометрита и раневой инфекции не было. Субинволюция матки диагностирована у 2,5% родильниц.

Проявления внутриутробной инфекции в виде ринита, конъюнктивита, внутриутробной пневмонии, омфалита были выявлены у 36% новорожденных I группы и у 15% новорожденных II группы.

Таким образом, становится очевидным, что проблема генитальной инфекции у беременных намного сложнее, чем дискомфорт, связанный с первичным эпизодом заболевания, так как значительно возрастает риск серьезных осложнений для матери, плода и новорожденного. Своевременная диагностика во время беременности, следующая за ней адекватная комплексная терапия, рациональное ведение родов, послеродового периода позволят существенно снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

Хламидиоз и бактериальный вагиноз у беременных. Оценка клинической значимости новых методов экспресс-диагностики

Карпетян Т.Э., Муравьева В.В., Румянцева Л.В.

Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий, Москва

Цель исследования: оценить чувствительность и специфичность методов экспресс-диагностики бактериального вагиноза («BV BLUE») и хламидиоза («Hexagon

Chlamydia») у беременных женщин в сравнении с общепризнанными методами.

Пациенты и методы. В исследование включены 67 беременных женщин: 30 – в I, 16 – во II и 21 – в III триместрах. С целью диагностики бактериального вагиноза (БВ) использован тест быстрой диагностики – «BV BLUE» производства Gryphus Diagnostics (США), основанный на выявлении фермента сиалидазы, продуцируемой БВ-ассоциируемыми бактериями. В качестве альтернативного метода использовали комплексную оценку микроценоза влагалища с помощью культуральной диагностики и микроскопии вагинальных грам-мазков, получивших статус «золотого стандарта» при диагностике БВ. Для выявления хламидий в соскобах эпителия из цервикального канала применяли экспресс-тест «Hexagon Chlamydia» производства «HUMAN» (Германия), основанный на иммунохроматографическом принципе индикации липополисахаридного антигена хламидий. Полученные результаты сравнивали с результатами ПЦР-диагностики.

Результаты исследования: по данным комплексного микробиологического исследования, состояние вагинального микроценоза соответствовало критериям нормы у 45 (67,2%) из 67 женщин. У 22 женщин (32,8%) диагностированы вагинальные инфекции: БВ – у 15 (22,4%), вульвовагинальный кандидоз – у 6 (8,9%), – неспецифический вагинит стрептококковой этиологии (*Streptococcus gr.B*) у 1 (1,5%). Среди женщин с верифицированным микробиологически диагнозом БВ положительный результат «BV BLUE»-теста получен только у 6 из 15 женщин. Таким образом, чувствительность теста составила 40%. Из 52 женщин с неподтвержденным микробиологически диагнозом БВ положительный «BV BLUE»-тест отмечен в 15 случаях и в 37 – тест был отрицательным. Следовательно, специфичность теста составила 71,1%.

Сравнительное изучение частоты выявления хламидийного антигена методом «Hexagon Chlamydia» и ПЦР-диагностики хламидийной инфекции показало, что положительный результат «Hexagon Chlamydia»-теста был у 1 (1,5%) из 67 женщин. Положительных результатов при ПЦР-диагностике не было, что не позволило оценить чувствительность изучаемого метода. В то же время совпадение отрицательных результатов выявления хламидийной инфекции при использовании этих методов отмечено у 66 из 67 женщин, что свидетельствует о высокой специфичности «Hexagon Chlamydia»-теста – 98,5%.

Выводы: проведенное исследование показало относительно низкую чувствительность (40%) и специфичность (71,1%) «BV BLUE»-теста, что свидетельствует о нецелесообразности его использования для диагностики БВ. Что касается «Hexagon Chlamydia»-теста, подтверждена его высокая специфичность (98,5%). В то же время низкая частота выявления хламидийной инфекции среди обследованных нами беременных женщин не позволяет оценить чувствительность теста и требует проведения дополнительных исследований на другом контингенте женщин.

Листериоз: особенности клинических проявлений, диагностика, исходы

Кареткина Г.Н.¹, Климова Е.А.¹, Малышев Н.А.¹, Деконенко Е.П.², Гурьянов А.В.³, Русанова С.А.³, Серобян А.Г.³, Заикин В.Л.³, Трубицина Ю.Г.¹, Ющук Н.Д.¹

¹Московский государственный медико-стоматологический университет;

²Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН;

³Инфекционная клиническая больница №1, Москва

В 1998-2008 гг. наблюдали 56 больных листериозом: 53 взрослых (в т.ч. 20 беременных женщин) и 3 новорожденных. У 32 диагностирован менингит, подтвержденный выделением *Listeria monocytogenes* из ЦСЖ. У подавляющего большинства больных в преморбиде не было каких-либо отягчающих факторов, могущих вызвать иммунодефицит. Ни по клиническим, ни по ликворологическим данным листериозный менингит поначалу не имел существенных отличий от гнойных бактериальных менингитов иной этиологии. Стартовая антибактериальная терапия проводилась, как правило, пенициллином, а в дальнейшем корректировалась в зависимости от антибиотикограммы выделенных листерий, которые в большинстве случаев были чувствительны к ампициллину, левомицетину и гентамицину. Листериозный менингит характеризовался тяжелым затяжным течением, частыми осложнениями (28%), высокой летальностью (22%).

Из 20 беременных женщин 11 поступили в стационар с генерализованной (септической) формой листериоза и несмотря на начатое лечение ампициллином и/или амикацином исход беременности во всех случаях был неблагоприятным: самопроизвольный поздний выкидыш (4), преждевременные роды (3), неразвивающаяся беременность (2), срочные роды с последующей смертью новорожденного (1) от листериозного сепсиса; одна беременная умерла.

Девяти беременным женщинам с инвазивным листериозом проводилась превентивная антибактериальная терапия ампициллином 1–2 курсами. Каких-либо осложнений беременности в этой группе не наблюдалось.

Для диагностики листериоза и своевременного назначения адекватной антибактериальной терапии необходимо комплексное обследование, включая микробиологическое и полимеразную цепную реакцию.

Активность каталазы у больных лихорадкой КУ

Карпенко С.Ф., Касимова Н.Б., Галимзянов Х.М., Рубальский О.В., Вишневецкая И.Ф., Михайловская Т.И., Айрапетова Г.С., Маженова И.З., Богданова А.И.

НИИ краевой инфекционной патологии Астраханской государственной медицинской академии;

Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань

Лихорадка КУ представляет важную медико-социальную проблему, как в нашей стране, так и за рубежом, в связи с ее широким распространением, профессиональ-

ным характером болезни, множественностью механизмов передачи, полиморфизмом клинической картины, возможностью осложнений и хронизации процесса.

Целью работы было изучение активности каталазы в сыворотке крови больных лихорадкой Ку. Количественное определение каталазы проводили методом М.А.Королюка (1988). В качестве контроля было обследовано 20 доноров. Содержание каталазы в сыворотке крови здоровых лиц составило $15,8 \pm 0,75$ мкат/л.

Под наблюдением находилось 20 больных коксиейеллезом в возрасте от 20 до 67 лет (2 женщины и 18 мужчин). При постановке диагноза использовали клинические, эпидемиологические и лабораторные критерии. Диагноз подтверждался методами ПЦР и ИФА у 100% больных. Все больные лихорадкой Ку получали этиотропную (доксциклин) и патогенетическую терапию. Исследования проводились в динамике заболевания (1-4 недели болезни).

Анализ проведенных исследований показал, что у всех больных коксиейеллезом наблюдалось повышение каталазной активности сыворотки крови. Уровень каталазы за весь период болезни в 2,6 раза превышал нормальные значения ($p < 0,001$). Оказалось, что на 1-й неделе болезни содержание каталазы было в 2,2 раза, на 2 в 1,9 раза, на 3 в 3,5 раза и на 4 в 2,8 раза выше нормы ($p < 0,001$). При этом на 3-й неделе болезни наблюдалась тенденция к увеличению каталазной активности в 1,8 раза по сравнению с таковой на 2-й неделе ($p < 0,1$).

Таким образом, при лихорадке Ку наблюдается активация ферментативного звена антиоксидантной защиты, направленная на предотвращение интенсификации процессов перекисидации в организме больных.

Некоторые патогенетические аспекты респираторных инфекций у часто болеющих детей

Карпова Н.И., Малезик Л.П., Мироманова Н.А., Епифанцева Н.В.

Читинская государственная медицинская академия

Острые респираторные вирусные инфекции остаются ведущей патологией детского возраста. Частые и длительно протекающие респираторные инфекции могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития детей, а также способствовать дальнейшему снижению иммунитета и формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Такая патология возникает на фоне имеющихся в организме иммунных нарушений, а иммунные нарушения сопровождаются изменениями в системе гемостаза.

Нами обследовано 60 детей, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями. В крови детей изучена фагоцитарная активность с определением фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа, показатели гемостаза, ауторозеткообразование эритроцитов с лейкоцитами, эритроцитов с тромбоцитами и лимфоцитов с тромбоцитами (лимфоцитарно-тромбоцитарные коагрегаты).

В результате проведенных исследований установлено, что в кровотоке у детей наблюдается гиперкоагуляция, что сопровождается увеличением времени рекальцификации плазмы, удлинением протромбинового индекса, укорочением активированного частичного тромбопластинового времени, экспрессией тканевого фактора моноцитов, нарастанием концентрации фибриногена и фибрин мономеров в кровотоке торможением фибринолиза, а также увеличивалось число коагратов лимфоцитов с тромбоцитами. У детей часто болеющих респираторными инфекциями выявлено снижение поглотительной способности фагоцитов, что свидетельствует об их функциональной несостоятельности. Оценивая фагоцитарную активность, исследовалась их способность образовывать межклеточные ассоциации. В крови часто болеющих детей число таких ассоциаций резко возрастало. Интенсификация данных процессов сопровождается значительным гемолизом и поступлением в кровь эритроцитарных прокоагулянтов, а следовательно, увеличением процессов тромбообразования.

Таким образом, у детей часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями имеется несостоятельность фагоцитоза, гиперкоагуляция и склонность к аутоагрегации форменных элементов крови.

Криптоспоридиоз у больных ВИЧ-инфекцией

Карташев В.В., Амбалов Ю.М., Гусарев С.А., Саухат С.Р., Бекетова Е.В., Быков С.А. Пономаренко Я.В., Малышева М.И., Ладычук М.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет; Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии; Ростовский областной центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Ростов-на-Дону

Криптоспоридиоз (КР) относится к наиболее частым оппортунистическим инфекциям у больных СПИД. Целью исследования было комплексное изучение проблемы КР у больных с разными клиническими стадиями ВИЧ-инфекции (ВИЧ-И), а также характеристика биологических свойств паразита.

Были обследованы 182 больных ВИЧ-инфекцией с КР. Наиболее чувствительными методами лабораторной диагностики КР были прямая иммунофлюоресценция и иммуно-магнитная сепарация, которые позволяли с высокой частотой (54,2 и 77,1%, соответственно) выявлять КР, включая бессимптомные формы. КР был выявлен у 23% больных с 3-й стадией ВИЧ-И, из них выздоровели 86%. Частота КР была выше у больных ВИЧ-И с 4А, 4Б и 4В стадиями (38, 32 и 34%, соответственно), но выздоровление наблюдалось реже (26,0 и 0%, соответственно). При ВИЧ-И 3-й стадии доминировали бессимптомные формы КР (67%), они встречались реже при 4А, 4Б и 4В стадиях (53, 27 и 21%, соответственно). У 71% больных КР с диареей в течение 4 лет ВИЧ-И прогрессировала, а при отсутствии диареи такой прогресс ВИЧ-И был отмечен всего у 41% больных ($p < 0,01$).

У 7 больных КР с диареей и у 7 без диареи был выполнен ПЦР ПДРФ анализ, который установил, что все крип-

тоспоридии относились к *C. parvum*, т.е. клиника не зависела от вида возбудителя. Экспериментальный КР был воспроизведен у всех 24 зараженных мышей линии SCID, 8 изолятов паразита были отнесены к высоко вирулентным, но связь между вирулентностью и диареей отсутствовала. Модель КР у мышей SCID оказалась более чувствительной при оценке вирулентности, чем показатель экцистирования спорозитов или активность роста паразита в бесклеточной питательной среде.

Ооцисты криптоспоридий были выявлены в 15 из 25 проб речной воды и только в одной из 12 проб питьевой воды. При обследовании сельскохозяйственных животных (116 телят, 56 поросят, 64 цыплят, 48 утят) ооцисты в испражнениях были обнаружены только у 18% телят. Таким образом, вода не является основным фактором передачи КР, а единственным выявленным резервуаром инфекции в природе был крупный рогатый скот.

КР на ранних стадиях ВИЧ-И часто протекает бессимптомно. При наличии диареи КР приводит к ускоренному прогрессированию ВИЧ-И.

Состояние клеточного иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС)

Касимова Н.Б., Рубальский О.В., Иванова Е.И., Карпенко С.Ф., Вишневецкая И.Ф., Тверетинев Е.Б., Богданова А.И., Аршба Т.Е.

НИИ краевой инфекционной патологии Астраханской государственной медицинской академии; Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань

Вирусный гепатит С (ВГС) – одна из актуальных проблем инфекционной патологии, стоящих перед здравоохранением России, что связано с ростом заболеваемости ХВГС и количеством анти-НСV- позитивных лиц среди населения.

Цель исследования – определение закономерностей клеточного иммунитета у больных ХВГС в фазе реактивации.

Обследовано 46 больных ХВГС в фазе реактивации, из них у 25 пациентов наблюдалась низкая, а у 21 – умеренная степень активности инфекционного процесса. Диагноз ХВГС подтвержден нахождением анти-НСV, анти-NS₃, анти-NS₄, анти-NS₅ в ИФА. Все больные получали базисное лечение, а 30 чел. кроме того – циклоферон по 2 мл в/м 1 раз в сутки в 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 дни. Контроль – 30 доноров.

Оказалось, что при базисном лечении у больных ХВГС с низкой степенью активности содержание Т-лимфоцитов уравнивалось с контролем, добавление в лечение циклоферона незначительно увеличивало (в 1,1–1,2 раза, $p < 0,05$) количество Т-лимфоцитов. При умеренной степени активности ХВГС независимо от проводимого лечения количество Т-лимфоцитов равнялось контролю, хотя у отдельных больных наблюдалось его превышение. Содержание В-лимфоцитов у всех больных превышало контроль (в 1,2–1,3 раза, $p < 0,05$). У всех больных ХВГС не-

зависимо от проводимого лечения и степени активности инфекционного процесса наблюдалось снижение в 1,5–2,1 раза ($p < 0,05$) фагоцитарного индекса и количества активных фагоцитов.

Итак, у больных ХВГС в фазе реактивации регистрируется низкая фагоцитарная активность и недостаточность Т-звена иммунитета, что подтверждает практически иммунодепрессивные свойства вируса С и его малую иммуногенность. Базисное лечение в сочетании с циклофероном малоэффективно.

Клинические и иммунологические особенности течения сочетанной патологии ВИЧ+описторхоз на территории Среднего Приобья

Кашуба Э.А., Чернецова Л.Ф., Пальгова Г.А.

Тюменская государственная медицинская академия;
Городская больница №3, Нижневартовск

Согласно эпидемиологическим данным, отмечается значительный рост микст-патологии ВИЧ/СПИД-инфекция и хронический описторхоз (ХО) в одном из самых крупных природных очагов описторхоза – Обь-Иртышском бассейне, в частности на территории Тюменской области.

Целью исследования было выявление клинических и иммунологических особенностей течения ВИЧ-инфекции у больных на фоне описторхозной инвазии.

Сравнительный анализ клиники у больных микст-патологией ВИЧ+ХО в сопоставлении с течением ВИЧ и хронического описторхоза в виде моноинфекции выявил достоверное различие в количестве и разнообразии клинических признаков у больных исследуемых групп. По результатам лабораторного иммунологического обследования достоверные изменения по сравнению с контролем наблюдались в обеих группах ВИЧ-инфицированных. Изменения в иммунном статусе у больных ВИЧ+ХО достоверно отличались в показателях CD3⁺-лимфоцитов ($1,17 \pm 0,13, 10^9/л$)↓, CD25⁺-лимфоцитов ($0,18 \pm 0,04, 10^9/л$)↓, HLA-DR⁺-клеток ($0,19 \pm 0,04, 10^9/л$)↓, соотношении CD95⁺/CD25⁺ ($2,0 \pm 0,3$)↑, концентрации IgA ($3,7 \pm 0,7, г/л$)↑, более высоких уровнях ЦИК; уровнях ИЛ-2 ($2,4 \pm 0,5, пг/мл$)↓, ИЛ-6 ($16,8 \pm 3,2, пг/мл$)↑ и показателях нейтрофильного фагоцитоза: фагоцитарный индекс ($70,8 \pm 5,2, \%$)↓, стимулированный НСТ-тест ($22,5 \pm 4,6, \%$)↓, индекс резервного биоцидного потенциала ($1,5 \pm 0,3$)↓.

Проведенные исследования позволили сделать вывод о том, что микст-патология ВИЧ+ХО сопровождается угнетением Т-клеточного иммунитета, эффективности фагоцитоза и преимущественным переключением на гуморальный иммунный ответ. Выявленные иммунологические изменения позволяют рассматривать фоновую описторхозную инвазию как возможный фактор риска быстро прогрессирующего течения ВИЧ-инфекции.

Риск развития и манифестации цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни

Керимова Ж.Н.

Пензенский институт усовершенствования врачей

Цель исследования – на основании использования метода индивидуального математического прогнозирования А.Вальда – Е.Гублера оценить прогностическое значение факторов риска и клинических проявлений цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ). Ценность каждого признака выражена в прогностическом коэффициенте (ПК): со знаком «+» при наличии признака, со знаком «-» – при отсутствии. Результаты: проведено комплексное обследование 178 детей с ЦМВИ по 72 параметрам (анамнестические, клинические, лабораторно-инструментальные данные). Обнаружено, что для диагностики риска развития цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста имеют значение следующие факторы: неразвивающаяся беременность (+3,0 при наличии фактора; -5,2 при отсутствии); бесплодие (+2,7; -5,0); хронические и воспалительные заболевания половых органов (+1,3; -5,7); хроническая фетоплацентарная недостаточность (+2,7; -5,0); патология плаценты (+2,4; -5,7); маловодие (+3,0; -5,2); аллергические заболевания у родственников (+2,9; -5,0); раннее отхождение околоплодных вод (+3,7; -5,4); стремительные роды (+2,9; -5,0); обвитие пуповиной (+2,4; -5,0); многоплодие (+2,7; -5,0); гнойно-воспалительные заболевания в периоде новорожденности (+2,6; -5,7); кровоточащий пупок (+2,7; -5,0); ОРЗ в периоде новорожденности (+3,4; -5,2); конъюнкционная желтуха (+1,3; -5,4); пищевая аллергия (+1,9; -5,2); водянка яичек (+3,4; -5,2); дисплазия тазобедренных суставов (+2,4; -5,0). Для прогнозирования манифестации ЦМВИ у детей раннего возраста необходимо также учитывать следующие признаки: микроцефалия (+3,2 при наличии признака; -0,3 при отсутствии); ангиопатия сосудов головного мозга (+3,9; -0,5); кисты сосудистых сплетений головного мозга (+1,3; -0,8); уплотнение сосудистых сплетений (+1,1; -0,7); уплотнение таламусов (+3,1; -0,3); функциональная кардиопатия (+2,2; -0,5); кардиты (+3,1; -0,3); малые структурные аномалии сердца (+3,1; -0,3); безжелтушные формы гепатита (+3,1; -0,3); протеинурия (+1,9; -0,4); микрогематурия (+2,4; -0,3); фарингит (+3,1; -0,3); ринофарингит (+3,1; -0,3); бронхит (+3,1; -0,3). При сумме ПК +13 вероятность развития или манифестации ЦМВИ становится значительной и ребенок должен быть своевременно обследован на маркеры ЦМВИ (ДНК ЦМВ методом ПЦР, а также антитела класса IgM или низкоavidные антитела класса IgG в крови).

Природно-очаговые инфекции в Астраханской области

Кимирилова О.Г., Харченко Г.А., Колоколов В.А., Назарочкина О.В., Ратьева И.А.

Астраханская государственная медицинская академия; Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань

В последние годы на территории ряда областей юга России (Астраханской, Волгоградской, Ростовской и других) республики Калмыкия наблюдается обострение эпидемической ситуации по Крымской геморрагической лихорадке (КГЛ), лихорадке Западного Нила (ЛЗН), астраханской риккетсиозной лихорадке (АРЛ), Ку-лихорадке.

Возникновение очага АРЛ связано с техногенным влиянием человека на экологическую обстановку в Астраханской области (строительство и эксплуатация газового комплекса)

Основные симптомы АРЛ представлены лихорадкой, первичным аффектом, региональным лимфаденитом, розеолезно-папулезной сыпью, гепатоспленомегалией, изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы.

Вспышка заболеваемости ЛЗН пришлось на 1999 год, когда интенсивный показатель заболеваемости составил 12,2 на 100 тысяч населения. Заболевание протекало в виде серозного менингита, менингоэнцефалита, катаральной формы с синдромом экзантемы.

Осложнение эпидситуации по КГЛ на юге России отмечено в 2000 г., а пик заболеваемости пришелся на 2002 г., когда кроме лабораторно подтвержденных случаев заболеваемости, регистрировались и случаи с летальным исходом (среди взрослых).

Сохраняется высокий уровень заболеваемости Ку-лихорадкой (показатель 5,8 на 100 тысяч населения) с круглогодичной регистрацией больных.

В Астраханской области активно проявляют себя природные очаги лихорадки Тягиня, Синдбис.

Учитывая создавшуюся эпидемическую ситуацию и неблагоприятный прогноз по природно-очаговым заболеваниям на ближайшее десятилетие необходима четкая организация эколого-эпидемического мониторинга, который могли бы осуществлять региональные центры профилактики природно-очаговых особо опасных и карантинных инфекций, созданные на базе или в результате реорганизации существующих в настоящее время противочумных станций юга России.

Эффективность иммуномодулирующей терапии в лечении арбовирусных менингитов у детей

Кимирилова О.Г., Харченко Г.А., Марусева И.А., Вышваркова Л.Н., Чигрина Т.Н.

Астраханская государственная медицинская академия; Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань

Выбор эффективной терапии вирусных менингитов у детей остается одной из актуальных проблем. В последние годы в лечении детей с вирусными менингитами ста-

ли использоваться индукторы интерферона, обладающие иммуномодулирующим и противовоспалительным действием и способные преодолевать гематоэнцефалитический барьер.

Учитывая вышеизложенное, мы использовали препарат циклоферон в комплексной терапии 22 больных со среднетяжелыми формами менингита, вызванного вирусом лихорадки Западного Нила, по схеме (1, 2, 4, 6, 8, 10, 14, 16, 18-й дни заболевания) в возрастной дозе: 4–7 лет – 300 мг; 8–12 лет – 450 мг; старше 12 лет – 600 мг 1 раз в день, за 30 минут до еды. При тяжелых формах (18 больных) циклоферон применялся в/м или в/в, в суточной дозе 6–10 мг/кг массы тела. Курс лечения – 12 инъекций (1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 16, 18, 20, 22-й дни заболевания). Группа сравнения была репрезентативной по возрасту, полу, форме и тяжести заболевания, проводимой базисной терапии и состояла из 40 больных (20 средней тяжести и 20 тяжелых).

Критериями оценки лечебной эффективности препарата являлись продолжительность основных клинических симптомов заболевания: температурной реакции, интоксикации, менингеального синдрома, изменений ликвора и гемограммы. Анализ результатов наблюдения показал, что использование препарата циклоферон в ранние сроки (1, 2-й день заболевания) способствует быстрой ликвидации симптомов острого инфекционного поражения оболочек головного мозга. Наиболее четко это фиксировалось температурной реакцией. Так, на 3-й день от начала терапии в контрольной группе повышение температуры тела сохранялось в 37,5% случаев, а на фоне приема препарата в 17,5% ($p < 0,001$). В группе детей, получавших циклоферон, отмечено стимулирующее влияние препарата на функционально-метаболическую активность лейкоцитов. В отличие от группы сравнения величина показателей катионных белков, миелопероксидазы увеличивалась, возрастала величина фагоцитарного резерва по НСТ-тесту, что отражало усиление метаболической активности фагоцитов.

Таким образом, курсовое применение препарата является клинически эффективным, что позволяет считать его включение в комплексную терапию арбовирусных менингитов обоснованным и необходимым.

Анализ исходов арбовирусных менингитов у детей

Кимирилова О.Г., Харченко Г.А., Марусева И.А., Ряскова Н.В., Демина О.А.

Астраханская государственная медицинская академия; Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань

По литературным данным у 40–70% больных после перенесенного серозного менингита (СМ) остаются резидуальные проявления – цереброастенический, астеноневротический, гипертензионный синдромы. Приведенное выше демонстрирует, что СМ является причиной формирования тяжелых резидуальных проявлений, изучение структуры и причин которых очень актуально.

Катамнестическое наблюдение проведено за 30 больными, перенесшими СМ, вызванный вирусом лихорадки Западного Нила в возрасте от 4 до 14 лет, состоявших на диспансерном наблюдении в поликлинике на протяжении 3 лет. 25 больных (83,3%) перенесли типичную среднетяжелую форму заболевания, 5 (16,7%) – тяжелую. Дети осматривались через 1, 3, 6, 12 мес после выписки из стационара, затем 1 раз в год в течение 3 лет. При осмотре оценивали жалобы больного, наличие неврологической симптоматики, проводились дополнительные исследования – Эхо ЭГ, ЭЭГ, МРТ головного мозга по показаниям. В процессе трехлетнего катамнестического наблюдения у 13 детей (43,3%) исходом заболевания являлось полное выздоровление, а у 17 (56,7%) – выявлялись различные функциональные и органические поражения ЦНС. По нашим наблюдениям астеноневротический синдром отмечался у 8 детей (126,7%), дизэнцефальный – у одного (3,3%), гипертензионный – у двух (6,7%), мигрени – у одного (3,3%), эпилепсия – у трех (10%), очагового поражения ЦНС – у двух (6,7%).

Полученные нами данные позволяют считать, что исходы СМ, вызванных вирусом Западного Нила, определялись сроками реконвалесценции: в первые три месяца преобладали астеноневротический, дизэнцефальный, гипертензионные синдромы, в более поздние сроки (6 мес–3 года) – очаговые симптомы, эпилепсия, мигрень. На МРТ у больных с эпилепсией определялись глиозные изменения коры головного мозга в височной доле справа, а у больного с мигренью – расширение желудочковой системы, что указывало на внутреннюю гидроцефалию. Приведенное выше диктует необходимость длительного диспансерного наблюдения за больными, перенесшими СМ, с проведением электрофункционального контроля и нейрореабилитационной терапии.

Этиологическая структура и клиника гнойных менингитов в Иркутской области

Кириллова Т.А., Хабудаев В.А., Киклевич В.Т.

Иркутская областная клиническая инфекционная больница;

Иркутский государственный медицинский университет

За последнее десятилетие доля гнойных менингитов при различных инфекционных поражениях нервной системы не уменьшается. В связи с этим изучение структуры гнойных менингитов является актуальным.

Согласно литературным данным, в этиологической структуре гнойных менингитов и менингоэнцефалитов у детей ведущее место занимает менингококк, на втором месте – пневмококк, на третьем месте – гемофильная инфекция тип «В». Удельный вес прочих возбудителей составляет 11,2%. В 1/4 части случаев этиологию менингита установить не удается.

Нами проведено исследование 28 случаев гнойного менингита у детей, проходивших лечение в Областной инфекционной клинической больнице г. Иркутска в 2007 году. Для верификации этиологии гнойных менингитов ис-

пользовались бактериоскопический (ликвор, кровь) метод, культуральный – посев ликвора на чашку с «шоколадным агаром» и на 0,1% полужидкий питательный агар, посев крови на двухфазную среду, реакция латекс-агглютинации (ликвор, кровь), реакция ВИЭФ (ликвор, кровь), реакция непрямой гемагглютинации. Забор материала от больного и посев на среды производился одновременно у постели больного, что позволило улучшить этиологическую расшифровку гнойных менингитов.

При анализе полученных результатов выявлено, что ведущее место в структуре гнойных менингитов, по данным ИОИКБ, занимает *N. Meningitidis* – 42,8%. Второе место – *Haemophilus influenzae* тип «В» (HIB) – 7,2%, третье место разделили *Streptococcus pneumoniae* – 3,6% и *Enterococcus* spp. – 3,6%. В 42,7% случаев этиологию менингита установить не удалось. В структуре менингококковых менингитов удельный вес менингококков серогруппы В и серогруппы С оказался одинаковым и составил 23% случаев каждая серогруппа.

Нами установлено, что у 1 больного гнойный менингит носил вторичный характер, что подтверждалось высевом идентичного возбудителя из первичного очага инфекции и рецидивирующим течением заболевания. Данный ребенок имел дермальный синус на уровне L4 – S6. Гнойный менингит, вызванный гемофильной инфекцией тип «В» в одном случае протекал с полиорганным поражением в виде экссудативного перикардита и двухсторонней полисегментарной пневмонии, что можно расценивать как септическое состояние.

Следует отметить, что у 60,7% детей заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне (анемия, перинатальное поражение ЦНС, гипотрофия, измененного аллергического и иммунологического статуса, раннего искусственного вскармливания).

В 90% случаев дети поступили в стационар в 1–3 день заболевания, остальные в более позднее время в связи с первоначальным лечением по месту жительства. В клинической картине у всех больных отмечалась гипертермия до фебрильных цифр, общемозговая симптоматика – интенсивная головная боль, усиливающаяся при смене положения тела, упорная рвота, несвязанная с приемом пищи и не приносящая облегчения, тошнота. В 96,4% случаев в неврологическом статусе у больных преобладал менингеальный синдром в виде ригидности мышц затылка, симптомов натяжения, оживление глубоких сухожильных рефлексов и легко выраженной пирамидной симптоматикой. У 7,1% больных менингеальный синдром сочетался с очаговой неврологической симптоматикой в виде мозжечковой атаксии, пирамидным гемипарезом и ствольными нарушениями. В большинстве случаев – 64,2% гнойный менингит сопровождался эпилептическим синдромом в виде вторичных генерализованных общесудорожных приступов, у 10,7% отмечался фокальный компонент.

В анализах ликвора у всех больных отмечался нейтрофильный плеоцитоз до тысячных, уровень белка повышен и в среднем составил 2,0 г/л, в 96,4% отмечалось снижение сахара в ликворе. Санация ликвора носила затяжной характер при пневмококковом менингите и составила 25 дней.

Таким образом, в структуре гнойных менингитов на современном этапе ведущую роль играет менингококковая инфекция, при чем менингококки серогруппы «В» и серогруппы «С» в структуре менингококковой инфекции представлены в равных пропорциях. Гнойные менингиты неменингококковой этиологии характеризуются более тяжелым и длительным течением, очаговой симптоматикой, длительной санацией ликвора и наиболее неблагоприятными исходами.

Актуальность проблемы эхинококкоза в Ставропольском крае

Киселева Т.Ф., Солдатова М.В., Ртищева Л.В.

Ставропольская государственная медицинская академия

Эхинококкоз встречается в странах всех континентов земного шара. На территории СНГ заболевание регистрируется в Крыму, на Украине, в Средней Азии, на Северном Кавказе, в Молдове. Из 86 административных территорий России эхинококкоз распространен в 33. Заболеваемость населения России остается стабильной на протяжении последних 8 лет и составляет от 520 до 560 человек в год. Домашние животные и человек инвазируются при прямом контакте с зараженными окончательными хозяевами, а также опосредованно через предметы, контактированные яйцами возбудителя.

Эхинококкоз рассматривается как характерная патология южных регионов России, к которым относится Северный Кавказ и Ставропольский край. Высокая заболеваемость остается в Дагестане, Северной Осетии, КЧР. Сухой и жаркий климат, развитое животноводство, большое число сторожевых и бродячих собак, зараженность которых варьирует в пределах 25–50%, не соответствующие санитарным нормам скотобойни создают условия для поддержания очагов антропоозноза. За последние 5 лет эхинококкоз у животных выявлен практически во всех административных территориях края. Пораженность сельскохозяйственных животных составляет среди свиней до 2,8%, КРС – 8,2%, МРС – 15,6%. Эхинококкоз резко снижает рентабельность животноводства, приводит к дефициту массы тела, шерсти, снижению молокоотдачи, что делает проблему эхинококкоза экономической. Заболеваемость животных в крае достаточно высокая в полупустынной и предгорной зонах, где овцеводство является основным круглогодичным видом сельскохозяйственной деятельности. Заболеваемость населения в крае в течение последних 5 лет сохраняется также стабильной, в пределах 23–32 человек в год. При этом заболеваемость детей за этот период увеличилась в 2 раза и превысила в 2008 году четвертую часть от общей заболеваемости. Высокая заболеваемость людей и продуктивных животных свидетельствует о том, что нет разрыва в цепи развития и распространения возбудителя эхинококкоза. Слабо проводятся диагностика, лечение и профилактика среди собак, не все органы животных, пораженных эхинококкозом, подвергаются обязательной утилизации. Ежегодно в крае регистрируются до 30–40 больных, оперированных по поводу эхинококкоза внутренних органов. Среди боль-

ных преобладают жители сельской местности, в т.ч. дети – 13,6%. Трудовые потери при эхинококкозе значительно превышают прямые затраты на лечение и выплату пособий по социальному страхованию. У 30–40% больных развиваются осложнения, требующие длительного многолетнего лечения, что связано со снижением трудоспособности или инвалидизацией больных.

Особенности иммунного реагирования беременных с HCV-инфекцией

Кистенева Л.Б., Сускова В.С., Емец В.И., Серобян А.Г., Малышев Н.А., Чешик С.Г.

НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН, Москва; НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ; Инфекционная клиническая больница №1, Москва

Организм беременной женщины на фоне перестройки иммунной системы в гестационном периоде становится более восприимчивым к экзогенным инфекциям.

Это обусловило необходимость анализа изменений нескольких звеньев иммунного ответа, участвующих в подавлении активации персистирующих вирусных инфекций.

Нами проведено исследование иммунного статуса 121 беременной с HCV-инфекцией и 28 здоровых беременных, составивших группу сравнения. Проведенный анализ субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови у анти-HCV-позитивных пациенток выявил, что для рожениц с HCV-инфекцией характерна тенденция к относительному и абсолютному лимфоцитозу.

Относительное содержание лимфоцитов с фенотипом CD3⁺ было достоверно ниже у женщин с HCV-инфекцией по сравнению со здоровыми беременными, при этом вследствие лимфоцитоза абсолютное количество, напротив, имело тенденцию к увеличению.

Выявлено, что относительное число лимфоцитов-T-хелперов у анти-HCV-позитивных пациенток было ниже условного норматива, имела место тенденция к уменьшению относительного количества лимфоцитов с фенотипом CD8⁺ при увеличении их абсолютного числа. Этот факт нами был расценен как свидетельство об увеличении в циркуляции уровня клеток, не способных к полноценному функционированию.

Выявлена выраженная тенденция к повышению абсолютного количества CD16⁺-клеток у анти-HCV-позитивных пациенток.

Абсолютное количество активированных лимфоцитов с поверхностными рецепторами к IL-2 (CD25⁺-клетки) и с маркерами апоптоза (CD95⁺-клетки) у беременных с HCV-инфекцией было достоверно повышено относительно группы сравнения.

Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что группа относительных показателей более информативна при анализе баланса регулирующих субпопуляций, а абсолютных показателей – при анализе субпопуляций, которые обеспечивают противовирусную защиту (NK-клетки), отражают стимуляцию иммунных реакций (CD25⁺-клетки) или несут маркер «запланированной гибели» (CD95⁺-клетки).

Цитокиновый статус родильниц с цитомегаловирусной инфекцией

Кистенева Л.Б., Сускова В.С., Емец В.И.,
Серобян А.Г., Малышев Н.А., Чешик С.Г.

НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН, Москва;
НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ;
Инфекционная клиническая больница №1, Москва

Физиологическая иммуносупрессия, характерная для периода беременности, повышает восприимчивость организма женщины к экзогенным инфекциям и к манифестациям персистирующих вирусов.

В настоящее время для определения особенностей иммунного ответа при различных персистирующих инфекциях все чаще используют показатели содержания цитокинов в биологических жидкостях.

Целесообразность использования показателей содержания цитокинов в биологических жидкостях обусловлена их универсальностью как гуморальных факторов регуляции иммунного ответа, значительными различиями их продукции в зависимости от особенностей этиопатогенетических механизмов и несомненным участием выбранных цитокинов в развитии именно противовирусного иммунного ответа.

В качестве представителей «семейства» интерлейкинов были выбраны IL-4 (противовоспалительный цитокин) и IL-6 (провоспалительный цитокин), оказывающие антагонистическое действие в процессе индукции и синтеза специфических антител. В качестве наиболее универсального представителя «семейства» интерферонов был выбран γ -интерферон, антагонистичный по действию IL-4. Семейство некротических факторов было представлено ФНО- α , также оказывающим провоспалительное действие за счет активного участия в индукции специфических антител.

Нами изучался цитокиновый статус у родильниц с цитомегаловирусной инфекцией. Цитомегаловирус характеризуется низкой тканевой избирательностью, дискуссионной контагиозностью, неопределенностью момента и путей инфицирования, высокой степенью зависимости от состояния иммунитета.

Анализ цитокинового статуса был проведен в латентной фазе ЦМВИ (20 человек) и фазе активной репликации цитомегаловируса (12 человек).

Выявлено, что персистенция цитомегаловируса независимо от активности его репликации, приводит к увеличению концентрации как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов по сравнению с нормальным уровнем

Активная репликация CMV не ассоциируется с существенным увеличением концентрации противовоспалительного фактора IL-4 по сравнению с латентным периодом, но сопровождается значительным повышением уровней провоспалительных цитокинов – IL-6 и FNO α (преобладание провоспалительной реакции).

Активная репликация цитомегаловируса сопровождается большей степенью увеличения концентрации γ -ИФН, чем в латентном периоде.

Особенности герпетических инфекций у ВИЧ-инфицированных

Климов М.С., Склад Л.Ф., Сотниченко С.А.,
Зима Л.Г., Филиппова Е.Ю.

Владивостокский государственный медицинский университет

Спектр клинических проявлений герпесвирусных инфекций зависит от локализации патологического процесса и его распространенности, состояния иммунной системы больного и антигенного типа вируса.

Целью данной работы явилось определение спектра клинических проявлений герпесвирусных инфекций у больных ВИЧ-инфекцией. За период с января 2007 г. по декабрь 2008 г. под наблюдением находилось 353 больных ВИЧ-инфекцией. Возраст пациентов варьировал от 19 до 68 лет (в среднем $32,5 \pm 0,8$ года), из них мужчин было 220, женщин – 133. У пациентов с количеством CD4+-лимфоцитов менее 200 в 1 мкл наблюдали наиболее тяжелые и разнообразные проявления оппортунистических инфекций. Так, ВПГ-инфекция типов 1 и 2 вызывала кожно-слизистые поражения, которые носили часто рецидивирующий, распространенный характер, длительно не заживающие (более 1 месяца). Диссеминированная форма ВПГ-инфекции встречалась у 7,4% больных и укладывалась в клинику вирусного сепсиса, сопровождающегося стойкой лихорадкой, прогрессирующей слабостью, ДВС-синдромом и органами поражениями в виде тяжелого гепатита, диффузного менингоэнцефалита, тотальной пневмонии. Особенностью клиники герпетических менингоэнцефалитов у ВИЧ-инфицированных (5,7%) являлось наличие широкого спектра психопатических расстройств. Больные с опоясывающим герпесом преобладали в группе больных с количеством CD4+-лимфоцитов менее 200 в 1 мкл (86,5%). Больные с опоясывающим герпесом преобладали в группе больных с количеством CD4+-лимфоцитов менее 200 в 1 мкл (86,5%). У 43% больных высыпания локализовались на лице (тройничный нерв) и у 35,7% – в области грудной клетки и поясницы. Лишь у 3% пациентов с количеством CD4+-лимфоцитов от 200 до 500 и более 500 в 1 мкл заболевание протекало без осложнений. У большинства (87,3%) заболевание осложнялось ганглионевритами. При локализации герпетических высыпаний на лице отмечалось поражение глаз, парезы лицевого нерва. Обращает на себя внимание тот факт, что у всех пациентов ВИЧ-инфекция была выявлена впервые в лечебном учреждении, где проводилась терапия опоясывающего герпеса. Из них почти 86% были лицами моложе 40 лет. Среди больных с количеством CD4+-лимфоцитов менее 200 в 1 мкл у 81 (51%) больного регистрировалась манифестная цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ).

Цитокиновый профиль при аденовирусной и респираторно-синцитиальной вирусной инфекциях

Климова Ю.А., Попова С.П.,
Безбородов Н.Г., Токмалаев А.К.

Российский университет дружбы народов, Москва

Изучали уровни цитокинов при аденовирусной ($n = 62$) и респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекциях ($n = 48$). 29 человек из каждой группы были пролечены препаратом «Виферон» в свечах по 1 млн МЕ 2 раза в день 5 дней. У больных аденовирусной инфекцией обнаружено: снижение сывороточного ИЛ-2 ($p \leq 0,05$), спонтанных ИЛ-2 ($p \leq 0,05$) и ИЛ-6 ($p \leq 0,05$), повышение индуцированного ИЛ-6 ($p \leq 0,01$) и спонтанного ИЛ-12 ($p \leq 0,01$). У больных РСВ-инфекцией выявлено снижение сывороточного ИЛ-2 ($p \leq 0,01$), повышение индуцированного ИЛ-6 ($p \leq 0,01$). На фоне лечения у больных аденовирусной инфекцией найдено повышение индуцированных ИЛ-2 ($p \leq 0,05$), ИЛ-6 ($p \leq 0,01$), ИЛ-12 ($p \leq 0,01$) снижение спонтанного ИЛ-12 ($p \leq 0,05$). В группе пациентов с РСВ-инфекцией достоверных изменений не выявлено. Таким образом, при исследуемых инфекциях наблюдаются изменения цитокинового профиля. Препарат «Виферон» может быть рекомендован для включения в комплексную терапию аденовирусной инфекции.

Современные подходы к обследованию, лечению, реабилитации и профилактике часто болеющих детей (ЧБД) в поликлинике

Клочева И.А., Антоненко Н.Э.

Поликлиника консультативно-диагностическая Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Несмотря на неоднозначность оценок термина ЧБД в поликлиниках проводится их диспансерное наблюдение, обоснованность которого подтверждена нашими данными.

За период 1999–2007 гг. показатели взятых на учет колебались от 20,3 до 13 (на 1000 детей). Показатели числа излеченных имели возрастающую динамику от 21,1 до 55,7. Возрастная структура сохранилась неизменной с преобладанием детей 4-6 лет. Лабораторное обследование на маркеры микоплазменной, хламидийной и герпетической инфекций обнаружило равную частоту их выявляемости, однако, число возникавших осложнений в 2–3 раза превышало среди ЧБД. Аналогично эти показатели были выше по наличию хронического аденоидита и atopического дерматита. В числе мер, обусловивших положительную динамику в излеченности, отметили 90% использование реабилитации, включавшей проведение физиотерапевтических мероприятий, лечебной физкультуры, массажа, ингаляций, пребывания в санатории и вакцинацию с использованием АКТ-ХИБ и Пневмо-23. В 20% потребовался повторный курс реабилитации.

Таким образом, в росте числа детей с выздоровлением имели значение своевременное и адекватное лабораторное исследование, обязательное систематическое наблюдение и проведение комплекса реабилитационных мероприятий.

Патология верхних отделов ЖКТ у больных ГЛПС, лептоспирозом и туляремией

Клочков И.Н.

Рязанская клиническая больница им. Н.А.Семашко, Рязань

В эндоскопическом кабинете инфекционного отделения Рязанской клинической больницы им. Н.А.Семашко обследовано 30 пациентов с ГЛПС, 25 с лептоспирозом, 47 с туляремией и 31 с инфекцией мочевыводящих путей (ИМВП) – всего 133 человека. Из них: 66 мужчин и 57 женщин в возрасте от 16 до 76 лет. В группу ИМВП вошли пациенты с клиникой напоминающей лептоспироз или ГЛПС, у которых в процессе обследования и лечения диагноз острого инфекционного заболевания был снят. Фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) проводилась по стандартной методике с забором материала на цитоморфологическое исследование в первые сутки госпитализации. В результате проведенных исследований у 63 человек из 133 выявлены эрозивно-язвенные изменения: эрозивный гастрит у 28, эрозивный бульбит у 6, язва луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 10, язва желудка у 10, эрозивный эзофагит у 2, гастрит с геморрагическим компонентом у 6, полипы желудка у 2, рак желудка у 1 больного. В 21 случае наблюдалось сочетанное поражение желудка и луковицы ДПК эрозивно-язвенного характера. В 6 случаях выявлена угроза возникновения кровотечения при остром язвенном поражении луковицы ДПК, острых эрозивных гастритах. Частота возникновения поражений была достоверно выше при более тяжелом течении основного заболевания, а у больных ГЛПС, лептоспирозом и ИМВП взаимосвязана со степенью выраженности почечного синдрома и уровнем азотемии ($p < 0,05$). Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ, выявленные в наших исследованиях, чаще регистрировались на 3–12 день, с максимальным количеством случаев на 7–9-е сутки от начала заболевания. Лечение основного заболевания проводилась с учетом выявленных изменений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ. Таким образом, у больных ГЛПС, лептоспирозом, туляремией и ИМВП закономерно выявляются поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, соответствующие тяжести течения основного заболевания. Ранняя эндоскопическая диагностика позволяет своевременно выявить патологию ЖКТ, назначить адекватную терапию, что в значительной степени улучшает прогноз основного заболевания.

Самоинспекция при производстве медицинских иммунобиологических препаратов

Коготкова О.И., Омелянчук П.А., Чурикова Н.В.

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Одним из важнейших инструментов системы обеспечения качества и надлежащей практики GMP является самоинспекция производства медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП) – проверка производства на соответствие требованиям нормативной документации, выполняемая самим предприятием-изготовителем.

Целью работы явилась систематизация данных по самоинспекции производства МИБП в ФГУЗ СтавНИПЧИ Роспотребнадзора.

В 2004 г. в институте была создана комиссия по самоинспекции производства МИБП. Проводится регулярное инспектирование научно-производственных подразделений, биотехнологических процессов производства МИБП с учетом требований Инструкции административной «Внутренний аудит», регламентирующей процедуру проведения самоинспекции, порядок подготовки и заполнения документов. По результатам самоинспекции разрабатывают План корректирующих мероприятий.

В результате анализа систематизированы на три блока документы, используемые при самоинспекции производства МИБП: нормативная документация на МИБП (технологический регламент производства МИБП, фармакопейная статья предприятия, технические условия, инструкция по применению МИБП), технологические документы (руководство по качеству, стандартные операционные процедуры, маршрутные карты, сводные протоколы, аналитические листы, свидетельства о поверке технологического оборудования и т.д.), учетно-отчетная документация (ежегодные планы, отчеты, протоколы, инструкции административные).

Отмечено, что перспективным направлением в проведении самоинспекции производства МИБП является использование современных методов статистической обработки информации.

Таким образом, комплексный подход к самоинспекции производства МИБП обеспечивает своевременное выявление недостатков, поддержание необходимых параметров биотехнологии производства и качества МИБП, что способствует внедрению требований GMP, повышению качества и стабильности производства МИБП.

Методические подходы к проведению входного контроля сырья, используемого при производстве медицинских иммунобиологических препаратов

Коготкова О.И., Чурикова Н.В., Омелянчук П.А.

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Качество готовой продукции медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП) существенно зависит от используемого сырья, к которому в настоящее время предъявляются высокие требования.

Целью работы явилась разработка методических подходов к проведению входного контроля сырья, используемого при производстве МИБП.

Результативность входного контроля сырья зависит от оперативного взаимодействия с различными структурными подразделениями института: отделом материально-технического снабжения, ремонтно-эксплуатационной службой, электротехническим участком, виварием, рабочей группой по валидации, комиссии по самоинспекции, юристом, научно-производственными подразделениями, выпускающими МИБП.

Систематизированы показатели контроля качества сырья, методы и диапазон их определения, а также погрешность результатов измерения.

Разработан алгоритм входного контроля сырья, который представляет собой комплекс последовательных операций:

- разработка и оформление документации по входному контролю;
- утверждение перечня сырья, подлежащего входному контролю по каждому виду МИБП;
- метрологическая поверка контрольно-измерительных приборов;
- валидация технологического оборудования;
- валидация физико-химических методов контроля;
- отбор и распределение проб сырья;
- проведение входного контроля сырья и изменение его статуса;
- хранение и учет за движением проб сырья в музее арбитражных образцов;
- разрешение лаборатории биологического и технологического контроля на использование сырья в производстве.

Таким образом, представленные методические подходы способствуют совершенствованию проведения входного контроля сырья и учитывают требования GMP к производству МИБП.

Особенности клиники острых кишечных инфекций аденовирусной этиологии у детей

Козина Г.А., Горелов А.В.,
Подколзин А.Т., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва

В настоящее время известно, что острые кишечные инфекции (ОКИ) могут вызывать аденовирусы, относящиеся к серотипам 40 и 41, которые входят в группу F. Зарубежные авторы указывают на значительную этиологическую роль данных инфекционных агентов при острых диареях. При этом в России данная проблема является мало исследованной. На базе Детской инфекционной больницы №5 г. Москвы нами было проведено обследование 1983 детей в возрасте от 1 мес до 14 лет, больных ОКИ, госпитализированных в стационар с марта 2005 по ноябрь 2008 гг. Определение возбудителя в фекалиях больных (в первый день пребывания в стационаре) проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). В ходе исследования аденовирусы серотипов F 40–41 выявлены у 34 пациентов (1,7%). Среди них было 10 (29,4%) детей до года, 15 (44,1%) от года до 3 лет, 9 (26,5%) старше трех лет. Заболевание протекало в легкой (50%) и в среднетяжелой (50%) формах. В клинической картине ведущим являлся синдром гастроэнтерита (70,5%), чаще имело место подострое течение заболевания 25 (73,5%), реже острое 9 (26,5%). Лихорадку отмечали у 27 (79,5%) пациентов: у 13 (38,2%) она была субфебрильная, у 14 (41,7%) фебрильная. Волнообразное течение лихорадки отмечали у 7 (20,5%) больных. Интоксикация выявлена у 85%, эксикоз 1-й степени у 7 (20,5%) детей. Умеренный респираторный синдром регистрировали у 12 (35,3%) больных. Рвоту наблюдали у 29 (85,2%) пациентов, у 12 (34,5%) из них с первого дня заболевания. У большей части пациентов (75,8%) рвота сохранялась в течение 1–2 дней. Патологический стул отмечался у 33 (97%) больных, при этом у 91% зарегистрирован в первые сутки заболевания. У большей части пациентов (51,6%) диарея сохранялась в течение 5–9 дней.

Трудности догоспитальной диагностики клещевого боррелиоза

Козловцев. М.И

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П.Павлова

В последнее время клещевой боррелиоз постоянно регистрируется на территории Рязанской области. Несмотря на информированность врачей поликлинической службы о данном заболевании и кажущуюся легкость диагностики на начальном этапе болезни, отмечаются трудности в постановке диагноза. Целью нашего исследования было проведение анализа диагностических ошибок в постановке диагноза болезни Лайма. Проанализировано

56 случаев заболевания за период с 2000 по 2008 гг., из них 36 мужчин и 20 женщин в возрасте от 18 до 68 лет. Заражение происходило после работы на садовых загородных участках и посещение леса в период сбора грибов. При анализе получены следующие данные. Во всех случаях отмечались укусы клещей. Инкубационный период варьировал в пределах от 5 до 49 дней. За медицинской помощью после укуса клеща обратилось 24 пациента, остальные удаляли клещей самостоятельно и не получили информацию о заболевании. Заболевание у большинства пациентов протекало в острой форме, с появлением кольцевидной эритемы. Локализация эритемы была преимущественно на ногах и шее. В случаях локализации эритемы трудных для самостоятельного осмотра кожи – на ягодицах, спине, подмышечные области больные не обращались своевременно за медицинской помощью. У 3 пациентов заболевание протекало в подострой форме с локализацией мигрирующей эритемы на спине и без выраженных признаков интоксикации, что явилось причиной поздней обращаемости за медицинской помощью и диагностической ошибкой участкового врача. Двое больных поступили в инфекционное отделение на 28 и 32 день болезни с клиникой угасающей мигрирующей эритемы и артритами, поражениями миокарда. Данную группу больных лечили по поводу аллергических дерматитов, полиартрита. Таким образом, недостаточно собранный эпиданамнез пациента, несвоевременное обращение больных за медицинской помощью и стертая клиническая картина без основного клинического симптома кольцевидной мигрирующей эритемы представляли трудности для диагностики на догоспитальном этапе.

Применение антиоксидантов как средств патогенетической терапии хронического вирусного гепатита С

Колесников А.Б.

Клиника Челябинской государственной медицинской академии

Как в Российской Федерации, так и во всем мире вирусные гепатиты с парентеральным способом передачи возбудителя представляют собой одну из наиболее распространенных групп инфекционных заболеваний. В течении и исходах инфицирования HCV возможны: острый вирусный гепатит С, характеризующийся сероконверсией, повышением активности сывороточных аминотрансфераз, протекающий у 70–80% больных клинически латентно, и завершающийся выздоровлением в 10–15%, хронизацией в 85% наблюдений. Хроническая HCV-инфекция протекающая латентно либо малосимптомно, характеризуется умеренным увеличением печени, спленомегалией выявляемой лишь у части больных. У части больных может определяться повышение уровня общего билирубина за счет непрямой фракции, при нормальном, либо слегка повышенном уровне аминотрансфераз. Уровни сывороточных аминотрансфераз подвержены колебаниям, однако, чаще не превышает норму в 1,5–3 раза. Целесообразность регу-

ляции энергетического обмена гепатоцитов и коррекция дисфункции клеточного метаболизма фармакологическими препаратами при хроническом вирусном гепатите С продиктовано ролью окислительного стресса в патогенезе хронического вирусного гепатита С. В состав антиоксидантной системы входят многочисленные биологически активные вещества и метаболиты ферментной и неферментной природы. Необходимость патогенетической терапии определяется возможностью фармакологической коррекции нарушений функций митохондрий, наблюдаемых при окислительном стрессе. Известно, что у больных хроническим вирусным гепатитом С наблюдается истощение ферментного и субстратного звеньев антиоксидантной системы сыворотки крови. Чрезмерная продукция активных форм кислорода и последующее истощение антиоксидантного потенциала сыворотки крови являются определяющими звеньями патогенеза ХВГС. Концепция поражения гепатоцитов свободными радикалами обуславливает патогенетическую обоснованность применения на практике лекарственных препаратов с антиоксидантной активностью, в частности, церулоплазмина.

Применение циклоферона в лечении хронического гепатита В у детей

Колоколов В.А., Красилова И.М., Колоколов О.В.

*Астраханская государственная медицинская академия;
Областная инфекционная клиническая больница,
Астрахань*

Использование индукторов интерферонов является одним из перспективных методов этиотропной терапии вирусных гепатитов.

Под наблюдением находилось 45 больных ХГВ в возрасте от 4 до 15 лет. Срок длительности заболевания не превышал 3 лет. Диагноз подтверждался наличием в крови маркеров НВ-вируса. В зависимости от проводимой терапии больные распределялись на 2 группы: 1-я (опытная) – 25 детей, получали в комплексной терапии циклоферон, 2-я (контроль) – 20 больных, получали патогенетическую терапию, гепатопротекторы, антиоксиданты. Циклоферон назначали в дозе 6–10 мг/кг массы с интервалом 48 ч внутрь в течение 3-4 мес. Под влиянием терапии циклофероном первичная ремиссия была достигнута у 9 (36%) детей против 3 (12%) в контроле ($p < 0,05$). Стабильная ремиссия установлена у 8 (32%) детей в опытной группе и только у 2 (10%) в контроле.

К окончанию цикла терапии циклофероном у 8 (24%) детей произошла сероконверсия НВеАg на анти-НВеАg, у 4 (16%) сероконверсия НbsАg на анти-НbsАg. Патогенетическая терапия не оказывала влияния на репликацию вируса. Рецидив в 1-й группе имел место у 2 (8%) детей, в контроле у 4 (20%). При оценке показателей интерферогенеза во время лечения циклофероном отмечено достоверное повышение ИНФ α ($49,1 \pm 5,2$ МЕ/мл против $21,1 \pm 1,5$ МЕ/мл в контроле, $p < 0,05$), ИНФ γ ($11,1 \pm 2,1$ МЕ/мл против $3,1 \pm 0,5$ МЕ/мл в контроле, $p < 0,05$), ИРЛ ($52,4 \pm 2,7$ МЕ/мл против $17,5 \pm 2,3$ МЕ/мл в контроле, $p < 0,05$).

Таким образом, использование циклоферона у больных ХГВ приводит к снижению активности процесса, способствует активации интерферогенеза и наступлению ремиссии, повышает эффективность проводимого лечения.

Разработка тест-системы для одновременного выявления РНК ВИЧ, РНК HCV, ДНК HBV для службы крови

Коновалов А.С., Кувейда Д.А., Киреев Д.С., Трофимова О.Б., Шипулин Г.А.

*Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

Проблема безопасности препаратов донорской крови приобретает особую актуальность в России в связи с эпидемической ситуацией, сложившейся в отношении вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции. Использование серологических тестов для скринингового исследования препаратов крови позволило существенно снизить риск передачи вирусных инфекций при трансфузиях. Однако серологическое тестирование бесполезно в период отсутствия антител к вирусу, известного как «серологическое окно». Для повышения безопасности реципиентов необходимо проводить дополнительный скрининг донорской крови с использованием прямых высокочувствительных методов детекции.

Для этой цели в ЦНИИЭ была разработана тест-система «АмплиСенс HBV/HCV/HIV-FL», основанная на применении полимеразной цепной реакции с гибридно-флуоресцентной детекцией. Данная тест-система предназначена для одновременного выявления РНК вируса гепатита С, вируса иммунодефицита человека типа 1 и ДНК вируса гепатита В. Для достижения максимальной чувствительности был разработан метод выделения нуклеиновых кислот из 1 мл плазмы с использованием магнитных частиц, не требующий роботизированного оборудования. Кроме того разработан протокол совместимости с автоматической станцией для пробоподготовки easyMag (BioMerieux), позволяющей осуществлять выделение НК из 1 мл плазмы крови. Результаты проведенных испытаний показали высокую аналитическую чувствительность тест-системы – 10 МЕ/мл РНК HCV, 25 копий/мл РНК HIV и 10 копий/мл ДНК HBV. Таким образом, благодаря полученным высоким показателям аналитической чувствительности, возможно рассмотрение вопроса тестирования образцов донорской крови в формате мини-пулов, что позволит увеличить пропускную способность и снизить себестоимость анализа. Кроме того, использование технологии real-time и возможность использования автоматической станции выделения нуклеиновых кислот позволяют максимально автоматизировать процесс анализа. В настоящее время набор реагентов «АмплиСенс HBV/HCV/HIV-FL» проходит клинические государственные испытания в ГИСК им. Л.А.Тарасевича.

Клинические и иммуно-цитохимические критерии диагностики токсоплазмоза

Кончакова А.А., Авдеева М.Г.

Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар

С целью выявления дополнительных критериев диагностики токсоплазмоза были проведены цитохимические исследования крови на кислую фосфатазу (КФ) и кислую неспецифическую эстеразу (КНЭ), а также исследование иммунного статуса у 129 больных, из которых 20 больных страдали острым токсоплазмозом, у 78 был хронический токсоплазмоз в стадии обострения и 31 беременная женщина в периоде обострения хронического токсоплазмоза.

В ходе исследования выявили, что при остром токсоплазмозе в 90-100% случаев отмечается астеновегетативный синдром, лимфаденопатия и субфебрилитет, в 40–45% случаев артралгии, миалгии, снижения памяти, гепатомегалия. При хроническом токсоплазмозе в периоде обострения присоединяется снижение зрения с изменением на глазном дне – 2,5%, анорексия – 47%, повышение аминотрансфераз – в 65% случаев.

Установлено, что для паразитарно-воспалительного процесса при токсоплазмозе характерно увеличение цитохимической активности лимфоцитов и нейтрофилов, а также активация моноцитов в виде повышения активности КФ. Выявлено нарушение функциональной активности моноцитов, проявляющееся снижением процента фагоцитоза и индекса переваривания, угнетением продукции оксида азота и отсутствием повышения активности КНЭ. Изменения в иммунном статусе больных с хроническим токсоплазмозом соответствуют вторичному иммунодефициту и незавершенному фагоцитозу. Острый токсоплазмоз характеризуется сочетанием серологических маркеров паразитарного процесса с высокой цитохимической активностью лейкоцитов.

Повышение активности КФ и КНЭ лейкоцитов при наличии типичной клиники и серологических маркеров токсоплазмоза служило показанием к началу этиотропной терапии, а снижение цитохимических показателей свидетельствовало об эффективности лечения. Диспансерное наблюдение в течение года за группой больных, получивших иммунокорригирующее и этиотропное лечение, показало, что в случае нормализации цитохимических показателей лейкоцитов у больных хроническим токсоплазмозом наблюдалась стойкая ремиссия паразитарного процесса. Таким образом, цитохимическая активность КФ и КНЭ лейкоцитов, может служить диагностическим и прогностическим критерием у больных токсоплазмозом.

Изучение медиаторов флоггенного действия в ликворе и крови больных клещевыми нейроинфекциями

Конькова-Рейдман А.Б.

Челябинская государственная медицинская академия

Клещевые нейроинфекции (клещевой энцефалит, нейроборрелиоз и их сочетанные формы) приводят к формированию иммунного ответа, как на системном уровне, так и на уровне ЦНС. Исследование иммунных реакций в спинномозговой жидкости (СМЖ) позволяет лучше понять патогенез нейроинфекций, оценить динамику развития воспалительных процессов в нервной ткани. Обследовано 140 человек. Из них 90 больных с менингеальными и 27 с очаговыми формами клещевого энцефалита, 7 больных с нейроборрелиозом и 16 больных микст-инфекцией (сочетание эритемной и безэритемных форм ИКБ с менингеальной или менингоэнцефалитической формами КЭ). Общую активность комплемента ликвора и крови определяли по 50% гемолизу, а активность компонентов классического пути активации системы (С1-С5) – методом молекулярного гемолитического титрования для оценки активности. Определение содержания субклассов Ig G (G1-G4) и ферритина в ликворе и крови проводилось методом ИФА (с помощью тест-систем фирмы «Вектор-Бест» и «Биохиммак», соответственно). В сыворотке крови больных клещевым энцефалитом, нейроборрелиозом и клещевой микст-инфекцией было выявлено достоверное уменьшение концентрации субклассов G3 и G4. Соотношение IgG СМЖ/IgG сыворотки составило 0,0027. В сыворотке крови больных клещевыми нейроинфекциями в остром периоде отмечено снижение активности С2, С5 компонентов комплемента, наименьшая активность которых наблюдалась у больных нейроборрелиозом по сравнению со здоровыми лицами, что может быть связано с потреблением компонентов комплемента при образовании и элиминации ЦИК. Напротив, в ликворе отмечается усиление активности С1-С5 компонентов комплемента, что может являться косвенным свидетельством его продукции и участия в иммунологических реакциях на уровне ЦНС. В остром периоде у больных нейроборрелиозом, КЭ и микст-инфекцией выявлено повышение концентрации БТШ – ферритина в сыворотке крови и СМЖ. Наибольшие показатели ферритина наблюдались у больных с очаговыми формами КЭ, составившие в сыворотке крови $499,92 \pm 20,03$ нг/мл и в ликворе $51,24 \pm 5,91$ нг/мл. При клещевой микст-инфекции концентрация ферритина в сыворотке крови составила $301,1 \pm 16,5$ нг/мл, в ликворе $46,2 \pm 3,37$ нг/мл. Различие было статистически значимым по отношению к аналогичным показателям при нейроборрелиозе ($192,36 \pm 6,2$ нг/мл и $39 \pm 1,8$ нг/мл соответственно).

Применение селективной иммунокоррекции для оптимизации результатов проведения противовирусной терапии больных хроническим вирусным гепатитом С

Котова Н.В., Авдеева М.Г., Городин В.Н.,
Дубинина В.А., Полянский А.В., Вараева Ю.Р.

*Краснодарский краевой центр гепатологии;
Специализированная клиническая инфекционная
больница, Краснодар*

Цель исследования: Применение селективной иммунокоррекции в процессе проведения противовирусной терапии (ПВТ) с учетом данных иммунологического мониторинга у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГ «С») для оптимизации результатов противовирусного лечения.

Под наблюдением находились 167 больных ХВГ «С», получавших комбинированную противовирусную терапию в рамках национального проекта «Здоровье», в соответствии с международными стандартами реафероном в дозе 3–5 млн. и рибавирином от 24 до 48 нед. Минимальная степень активности процесса имела место в 28%, слабовыраженная – в 30%, умеренная – в 37%, выраженная – у 5% больных. Для сравнительной оценки результатов проведенной противовирусной терапии больные были разделены на группы: 1-я группа – больные, получавшие стандартную ПВТ без иммунокоррекции, и 2-я группа – больные, которым, исходя из дефектов иммунологического профиля, назначалась фоновая селективная иммунокоррекция (Галавит 10-15, Деринат 5-10 инъекций на курс по стандартным схемам) в качестве сопровождения стандартной ПВТ.

Сравнительная оценка данных иммунологического мониторинга больных ХВГ «С» при противовирусной терапии проводилась по данным стандартного исследования иммунного статуса, с учетом достоверности отклонений значений показателей от допустимого диапазона и частоты их встречаемости. С использованием фонового курса селективной иммунокоррекции эффективность ПВТ при практически идентичном исходном иммунологическом фоне возросла до 82,8%.

Таким образом, фоновая селективная иммунокорректирующая терапия, несомненно, является фактором оптимизации прогноза стандартной противовирусной терапии, и ее использование является перспективным направлением в патогенетической терапии ХВГ «С».

Нестабильность генома при стрептококковой ангине – механизмы, коррекция

Кравченко И.Э., Фазылов В.Х.

Государственный медицинский университет, Казань

Цель. Определение клиничко-патогенетических механизмов развития патологических процессов при стрептококковой ангине на уровне дестабилизации клеточного

генома и коррекция выявленных нарушений препаратом пиримидинового ряда ксимедоном.

Результаты. Обследованы 190 больных различными формами ангины, обусловленной *Streptococcus pyogenes*. Для изучения состояния генома использовали метод регистрации микроядер в эритроцитах периферической крови. Установлено, что у 98,4% больных ангиной уровень микроядер в клетках крови существенно ($p < 0,01$) превышал аналогичные показатели у здоровых лиц. Степень повреждения генома коррелировала с тяжестью и кратностью заболевания. Исследовали факторы, повышающие интенсивность эндомутагенеза в организме: процессы перекисного окисления липидов, действие стрептококка и его токсинов. У больных ангиной отмечено достоверное повышение количества первичных и конечных продуктов липопероксидации (гидроперекисей, малонового диальдегида), обладающих мутагенной активностью. Изучали состояние антиоксидантной, иммунной систем, защищающих геном клетки от повреждения. Установлено достоверное снижение антиоксидантной емкости сыворотки крови у больных ангиной в острый период заболевания и в период реконвалесценции. Выявлена недостаточность Т-клеточного звена иммунитета, фагоцитарных систем защиты. В эксперименте на животных и растениях доказан мутагенный эффект стрептококка и его токсинов.

Фармакологическая коррекция выявленных нарушений иммуотропным препаратом ксимедон показала высокую клиническую, цитогенетическую и антиоксидантную эффективность препарата, что сопровождалось сокращением длительности интоксикационного, тонзиллярного синдромов и регионарного лимфаденита, а также снижением количества микроядер в эритроцитах периферической крови до уровня здоровых лиц, нормализацией состояния иммунной и антиоксидантной систем.

Выводы. В острый период заболевания у больных ангиной происходит дестабилизация генома в связи с интенсификацией процессов мутагенеза, которые обусловлены усиленной генерацией эндомутагенов и ослаблением систем защиты генома. Обоснованным является включение препарата ксимедон в комплексную патогенетическую терапию больных ангиной.

Клиничко-лабораторная характеристика геморрагической лихорадки с почечным синдромом

Кравченко Э.В., Алейникова О.И., Онухова М.П.,
Пронина А.Э., Лучшев В.И.

*Российский государственный медицинский университет,
Москва;*

Инфекционная клиническая больница №3, Москва

Обследовано в ИКБ 3 г. Москвы в период январь-сентябрь 2008 г. 45 больных ГЛПС, из них 20 больных с легкой и 19 пациентов с средне-тяжелой формой, госпитализированных на 4–6-й день от начала заболевания, 6 больных с тяжелой формой – на 7–8-й день. В 96% случаев имелись указания на выезд в сельскую местность, в 24% –

на наличие мышевидных грызунов в месте проживания работы или отдыха, в 76% – на питье некипяченой воды из колодцев, родников.

Дебют болезни с лихорадки отмечался у всех больных, с головной боли в 70% случаев, рвота как первый симптом заболевания была в 49%, боли в животе – в 44%, боли в поясничной области – в 50% случаев. Олигурия наблюдалась при легкой форме ГЛПС у 8 больных до 900–1100 мл/сут, при средне-тяжелой форме – у 11 больных до 300–900 мл/сут и у всех больных тяжелой формой до 150–300 мл/сут.

Геморрагический синдром отмечен у 6 больных: кровоизлияния в кожу и склеры у 1 больного тяжелой формой. Петехиальная сыпь отмечена у 3 больных средне-тяжелой формой и у 3 – с тяжелой формой. Уровень лейкоцитов, тромбоцитов и СОЭ составили соответственно при поступлении у больных с легкой формой $9,1 \pm 2,7 \times 10^9/\text{л}$, $154 \pm 73 \times 10^9/\text{л}$, 15 ± 6 мм/ч, при средне-тяжелой – $9,9 \pm 3,6 \times 10^9/\text{л}$, $120 \pm 64 \times 10^9/\text{л}$, 23 ± 13 мм/ч, при тяжелой форме – $10,9 \pm 4,4 \times 10^9/\text{л}$, $81 \pm 47 \times 10^9/\text{л}$, 28 ± 12 мм/ч. При госпитализации у больных легкой формой удельный вес мочи соответственно составил $1,019 \pm 0,007$, протеинурия до $0,2 \pm 0,1$ г/л, при средне-тяжелой – $1,020 \pm 0,009$ и $0,5 \pm 0,4$ г/л, при тяжелой – $1,030 \pm 0,009$ и $1,0$ г/л. Гематурия и цилиндрурия выявлены у 15 больных. Максимальные значения уровня мочевины и креатинина составили при легкой форме $7,7 \pm 5,3$ ммоль/л и 140 ± 103 мкмоль/л, при средне-тяжелой – $12,0 \pm 4,9$ ммоль/л и 166 ± 70 мкмоль/л, при тяжелой – $38,9 \pm 16,8$ ммоль/л и 620 ± 171 мкмоль/л.

Таким образом, в настоящее время преобладают ГЛПС легкой и средне-тяжелой форм с непостоянной выраженностью синдрома острой почечной недостаточности и отсутствием геморрагического синдрома. Картина периферической крови в лихорадочном олигурическом периоде характеризовались лейкоцитозом, тромбоцитопенией и увеличением СОЭ. В общем анализе мочи – повышением удельного веса, протеинурией. Уровни мочевины и креатинина соответствовали степени тяжести заболевания.

Морфологическая картина печени у различных групп больных с HCV-инфекцией

Красильникова И.В., Позднякова Л.Л., Ульянова Я.С., Иванов Г.Я.

Городская инфекционная клиническая больница №1, Новосибирск

Прижизненные морфологические исследования ткани печени стали особенно актуальны как в связи с увеличением числа регистрируемых хронических заболеваний печени, необходимостью дифференцировать случаи инфицирования и заболевания, уточнения характера и глубины болезни, так и вследствие новых научно-практических достижений.

Цель работы: установление степени активности и стадии патологического процесса в печени у различных групп больных с HCV-инфекцией.

Пациенты и методы: проведен анализ результатов морфологического исследования печени у 3 групп пациентов: 1-я (150 человек) – пациенты с HCV-инфекцией, в фазе репликации вируса с разной степенью активности процесса (клинически); 2-я (92 человека) – пациенты с хроническим гепатитом С и опийной наркоманией; 3-я (30 человек) – пациенты в стадии стойкой вирусологической ремиссии после курса противовирусной терапии. Морфологическое исследование биоптатов печени проводилось в режиме электронной микроскопии на микроскопе IEM 1010.

Основные результаты. В 1-й группе преобладала диффузная полиморфная липидная инфильтрация цитоплазмы гепатоцита (87 наблюдений). Фазе репликации вируса соответствовала мелкоvesикулярная субплазмолеммальная липидная инфильтрация. Изменения ядер в виде «песочных» часов, тельца Каунсилмена имели место в 66%. Преобладала I (56%) и II (40%) стадии фиброза, реже выявлялась III (4%) и IV (2%). В 3-й группе наблюдалась отчетливая тенденция к снижению индекса гистологической активности и регресс фиброза по сравнению с предыдущими исследованиями. Имеющийся порто-портальный фиброз после терапии характеризовался минимальной клеточной инфильтрацией с небольшим содержанием фибробластов и мононуклеаров. В 2-й группе характерно обнаружение микровезикулярного стеатоза, повреждения эпителия междольковых желчных канальцев, лобулярной активности синусоидного лимфоцитоза. Отмечается увеличение частоты перичеллюлярного фиброза в 3,2 раза по сравнению с 1-й группой.

Заключение. Полученные результаты подтверждают, что поражение печени гепатотропными вирусами на фоне наркомании способствуют более агрессивному течению гепатита с прогрессированием фиброза; противовирусная терапия достоверно улучшает гистологическую картину печени.

Серологические маркеры герпетических инфекций у детей разного возраста

Краснов В.В.¹, Кулова А.А.¹, Кулова Е.А.¹, Позднякова М.А.¹, Обрядина А.П.², Астраханцева И.В.²

¹Нижегородская государственная медицинская академия; ²НПО «Диагностические системы», Нижний Новгород

Изучалось состояние специфического иммунитета к герпетическим инфекциям у детей в домах ребенка и детских домах.

Наблюдение осуществлялось за 420 детьми в возрасте от 1 мес до 16 лет. Детям исследовалась кровь методом ИФА. В сыворотке определяли специфические IgM, IgG и степень их avidности. Серологические исследования проводились в лаборатории «НПО «Диагностические системы».

Дети подразделялись на группы (гр.): 1-я – от 1 мес. до 1 года (54 чел. – 12,9%); 2-я – от 1 года до 3 лет (165 чел. – 39%); 3-я гр. – от 4 до 6 лет (34 чел. – 8%); 4-я – от 7 до 10 лет (66 чел. – 27,5%); 5-я гр. – от 11 до 14 лет (50 чел. – 42%) и 6-я гр. – старше 14 лет (51 чел. – 12%). Антитела к цитомегаловирусу (CMV) класса IgG в 1-й гр. у 42 (80%),

во 2-й – у 156 (94,5%), в 3-й гр. у 23 (68%), в 4-й – у 52 (79%), в 5-й гр. у 36 (70%), в 6-й гр. – у 38 (74,5%). IgM во всех группах выявлялись не более, чем в 16%, а низкоавидные (н/а) IgG к CMV не более, чем в 20%. Антитела к вирусу простого герпеса 1,2 (HSV1,2) типа класса IgG в 1-й гр. у 8 (14,8%), во 2-й – у 75 (45,5%) и в 3-й гр. у 25 (74%), в 4-й – у 44 (67%), в 5-й гр. у 36 (72%), в 6-й гр. – у 44 (86%). Н/а в 1-й гр. у 4 (7,4%), во 2-й – у 19 (11,5%), в 3-й гр. у 6 (18%), в 4-й – у 12 (18%), и в 5-й и 6-й гр. – у 3 (6%). Антитела класса IgG к вирусу простого герпеса 2 типа (HSV2) в 1-й гр. у 5 (9,2%), во 2-й – у 11 (6,6%), в 3-й гр. у 7 (21%) человек, в 4-й – у 12 (18%), в 5-й группе у 7 (14%) и в 6-й – у 15 (29%). Из них в 1-й гр. у 1 (1,8%), в 3-й группе у 1 ребенка (3%), в 4-й – у 5 (7%) детей, и в 5-й и 6-й гр. – у 2 (4%) антитела были н/а. VCA IgG в 1-й гр. у 46 (85%) человек, во 2-й – у 148 (90%), в 3-й гр. у 30 (89%) человек, в 4-й – у 58 (88%), в 5-й гр. у 38 (76%) детей и в 6-й – у 46 (90%), в 1-й гр. 4 (7,4%), во 2-й – 26 (15,7%), в 3-й гр. – 3 (9%), в 4-й – 17(25%), в 5-й гр. только 7 (14%) имели н/а IgG. VCA IgM в 1-й гр. у 1 (1,8%), во 2-й – у 4 (2,4%), 4-й гр. у 1 (1,5%) и в 6-й – у 1 (2%). Антитела EA IgG в 1-й гр. у 8 человек (14,8%), во 2-й – у 34 (20,6%), в 3-й гр. у 2 (6%), в 4-й – у 2 (3%), в 5-й гр. у 2 (4%) и в 6-й – у 9 (18%). Антитела EBNA IgG в 1 гр. у 19 (35,1%), во 2-й – у 43 (26%), в 3-й гр. у 31 (92%), в 4-й – у 62 (94%), в 5-й гр. у 43 (86%), в 6-й – у 50 (98%).

Таким образом, большинство детей инфицируется уже в раннем возрасте. Инфицированность ЦМВ и ЭБВ является наиболее высокой и не зависит от возраста.

Опыт использования мобильной лаборатории при эпизоотологическом обследовании сопряженных очагов бактериальных и вирусных инфекций в зимнее время года

Красовская Т.Ю., Шарова И.Н., Чекашов В.Н., Удовиков А.И., Шилов М.М., Яковлев С.А.

Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб», Саратов

В период с 28 января по 2 февраля 2008 г. специалистами института «Микроб» проведено эколого-эпизоотологическое обследование сопряженных очагов ГЛПС и туляремии в Аткарском районе Саратовской области. При проведении работы впервые в зимнее время года был использован опытный образец мобильной лаборатории эпизоотологической разведки и индикации на базе автомобиля ГАЗ 27057, созданный совместно ФГУЗ РосНИПЧИ «Микроб» (г. Саратов) и ЗАО «Радиян» (г. Саратов). Лаборатория оснащена оборудованием для индикации бактериальных и вирусных патогенов экспресс и ускоренными методами (МФА, ИФА, ПЦР-анализ). В ходе исследования было необходимо определить инфицированность мелких млекопитающих возбудителями ГЛПС и туляремии и установить функциональные и технические возможности мобильной лаборатории при ее эксплуатации в зимний период года.

Отлов млекопитающих с помощью давилок Геро выполняла зоологическая группа. Все этапы подготовки 10%-х суспензий органов животных (легких, селезенки и печени) и исследования проб на наличие маркеров возбудителей ГЛПС и туляремии в ИФА и ПЦР проводили два специалиста бактериолога-вирусолога. Исследовано 75 проб внутренних органов от 75 животных.

Инфицированность носителей хантавирусом составила 9,3%, возбудителем туляремии – 8,0%, что свидетельствует о сохранении активности очагов этих инфекций.

В период испытаний зарегистрированы устойчивый снежный покров высотой 400–600 мм, температура воздуха до минус 14оС. Погодные условия не сказались на эффективности работы электрогенератора и автономного автомобильного электронагревателя. Генератор обеспечивал бесперебойную работу оборудования лаборатории в течение 9 ч. Температура в рабочей зоне лаборатории составляла 19–24°С. Автомашина хорошо зарекомендовала себя не только на асфальтовых, но и на грунтовых дорогах, при мокром и скользком покрытии трассы, на заснеженной дороге. Лаборатория может быть использована при проведении эпизоотологического мониторинга в природных очагах опасных инфекций в зимний период года.

Этиологические различия клинико-лабораторной картины инфекционного мононуклеоза у детей Архангельской области

Кригер Е.А.¹, Титова Л.В.¹, Щепина И.В.², Вепрева Л.В.², Сухих М.И.², Сметкин А.А.¹

*¹Северный государственный медицинский университет;
²Центр инфекционных болезней Архангельской областной клинической больницы*

Актуальность исследования обусловлена полиэтиологичностью заболевания, широкой циркуляцией возбудителей инфекционного мононуклеоза (ИМ) среди населения. Материалы и методы: исследование имело ретроспективный наблюдательный характер. В исследование включено 62 ребенка, госпитализированных в ЦИБ АОКБ в 2006-2008 гг. с диагнозом ИМ. В исследовании учитывались диагноз при поступлении, этиология заболевания, клинико-лабораторные проявления.

Серологическая диагностика ИМ осуществлялась методом ИФА. Этиология заболевания была установлена в 32% случаев. Среди расшифрованных случаев у половины детей диагностирована цитомегаловирусная этиология (ЦМВ) заболевания, у другой половины – Эпштейна–Барр этиология (ВЭБ). У 70% пациентов с ЦМВ ИМ заболевание развивалось в возрасте до 3 лет, болели преимущественно мальчики (60%) случаев). Диагноз ИМ заподозрен при поступлении только в 50%) случаев у тех детей, у которых в дальнейшем подтверждена ЦМВ – этиология заболевания. В другой половине случаев проводилась дифференциальная диагностика между ИМ и ангиной или ОРВИ. ВЭБ вызывал развитие ИМ преимущественно в возрастной группе старше 7 лет. Примерно 70% заболевших со-

ставили девочки. При поступлении дети с ВЭБ-этиологией ИМ с большей частотой предъявляли жалобы на боли в горле, затруднение носового дыхания, увеличение шейных лимфатических узлов. Диагноз ИМ при поступлении заподозрен в 100% случаев у детей с расшифрованной ВЭБ-этиологией. В 30% случаев ИМ ВЭБ-этиологии наблюдалось тяжелое течение заболевания. Количество атипичных мононуклеаров более 12% отмечалось у 18,2% пациентов ЭБВ и у 40% пациентов с ЦМВ-этиологией, $p = 0,016$.

Выводы: этиологические различия ИМ сказываются на клинической картине и лабораторной диагностике. На стадии поступления в стационар можно предположить этиологию данного заболевания.

Эффективность лечения сочетанного хронического токсоплазмоза и хламидиоза

Крутецкий А.В., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Савин В.А., Попков А.В.

*Тюменская государственная медицинская академия;
Тюменский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*

В настоящее время чрезвычайно актуальна проблема микст-инфекций с хроническим, персистирующим течением, взаимно отягощающих друг друга и нередко приводящих к развитию вторичных иммунодефицитов.

Проанализирована эффективность лечения 19 больных с сочетанным течением хронического приобретенного токсоплазмоза (ХПТ) и хламидиоза. Комплексная терапия включала назначение паразитоцидных препаратов: дараприм 50 мг/сутки и бисептол 960 мг/сутки – 2 цикла по 7 дней, в промежутке ровамицин по 9 млн. ЕД/сутки в течении 10 дней, в сочетании с антимикотическими препаратами. В качестве патогенетической терапии использовались десенсибилизирующие средства, поливитамины, пивные дрожжи. В ходе лечения осуществлялся контроль общего анализа крови и мочи.

При иммунологическом обследовании до начала терапии у больных имело место снижение количества лимфоцитов с маркером CD4⁺(хелперов), CD8⁺(супрессоров/цитотоксических), CD16⁺(киллеров), показателя иммунорегуляторного индекса CD4⁺/CD8⁺, клеток с активационными маркерами CD34⁺, CD71⁺ и повышение содержания В-лимфоцитов (CD22⁺), то есть отмечается клеточный иммунодефицит при отсутствии отклонений от нормы со стороны иммуноглобулинов и фагоцитарной функции нейтрофилов.

По окончании терапии 85% пациентов отмечали улучшение самочувствия: нормализовалась температура тела, уменьшилась выраженность лимфоаденопатии, исчезли артралгии, миалгии, конъюнктивиты, нормализовались показатели CD4⁺, CD8⁺, CD72⁺, CD34⁺, снизилось содержание IgE, отмечалась тенденция к нормализации CD71⁺, повысилось количество IgM, ЦИК, осаждаемых 3,5 и 7% полиэтиленгликолем, но сохранялись низкими показатели CD16⁺ (киллеров).

Таким образом, комплексная терапия микст-инфекции (ХПТ+хламидиоз) антипротозойными препаратами и

антибиотиками купирует клинические проявления этих хронических заболеваний и приводит к нормализации иммунного ответа с переключением Th-I направленности, на более эффективную Th-II.

Алгоритм диагностики инфекционного мононуклеоза

Крыжановская Е.А., Гоголева И.М.

*Херсонская областная инфекционная больница
им. Г.И.Горбачевского*

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – острая форма Эпштейна–Барр вирусной инфекции, характеризующаяся клинической лихорадкой, тонзиллитом, гепатоспленомегалией и полилимфоаденопатией, а также гематологическими изменениями (лейкоцитозом, лимфоцитозом и появлением атипичных мононуклеаров).

Кроме вируса Эпштейна–Барр мононуклеозоподобный синдром могут вызывать *Toxoplasma gondii*, цитомегаловирусы, ВГЧ-6.

Вирусом Эпштейн–Барр поражено 80–100% взрослого населения земного шара.

Для уточнения этиологии мононуклеозного синдрома, а также определения, какая форма заболевания наблюдается у пациента в момент обращения, – первичное инфицирование или активная форма хронической EBV-инфекции на фоне иммунодепрессивного состояния – предлагаются два алгоритма обследования пациентов, в зависимости от доступности полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Апробация ВПЧ-тестирования для скрининга цервикальных патологий

Кувва Д.А., Сафонова А.П., Шипулина О.Ю.

*Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

С 2003 года в Москве проводится муниципальная программа цервикального цитологического скрининга с использованием метода цитологического анализа мазка в качестве единственного метода скрининга. В настоящее время использование тестов для выявления ДНК ВПЧ не валидировано для проведения скрининга цервикальной патологии.

Целью настоящего исследования явилось оценка встречаемости ДНК ВПЧ в скрининговой популяции и сравнение результатов ВПЧ-тестирования с результатами, полученными с использованием цитологического анализа мазка. В исследование были включены женщины, проходящие цитологическое обследование по программе цервикального скрининга ($n = 613$). Всем женщинам проводился осмотр и взятие материала на цитологическое исследование и для проведения молекулярно-биологического тестирования. Выявление и количественное определение ДНК ВПЧ набора реагентов АмплиСенс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT (ФГУН «ЦНИИ Эпидемиологии» Роспо-

ребнадзора). В качестве положительных рассматривались образцы, содержащие клинически значимое количество ВПЧ (более 3 Ig на 100 тысяч клеток).

Результаты. Всего положительный результат ВПЧ-тестирования был получен в 10,8% случаев, отличный от нормы результат цитологического исследования – в 17,1% случаев (16,1% – результат L-SIL, 1,0% – H-SIL). В группе ВПЧ-положительных пациентов выявлялись 7% образцов нормы или воспалительных изменений 15% ASCUS, 25% L-SIL 100% H-SIL, в группе ВПЧ-негативных пациентов: 93% образцов нормы или воспалительных изменений 85% ASCUS, 75% L-SIL, образцы H-SIL отсутствовали. Таким образом, в рамках проведенного исследования чувствительность выявления тяжелых поражений оказалась одинаковой для обоих методов, в то время как специфичность ВПЧ-тестирования – выше, отсекая, вероятно, случаи неспецифических цитологических заключений, что, однако, требует дополнительных исследований.

Как видно из таблицы в группе ВПЧ-позитивных женщин значительно выше частота встречаемости атипичи легкой степени и только в ней были выявлены случаи тяжелой дисплазии (предрака)

Заключение. Таким образом, средняя распространенность ВПЧ-инфекции высокого канцерогенного риска в женской популяции Москвы в возрасте от 20 до 60 лет составляет 16%, при этом клинически значимое инфицирование наблюдается почти у 11% женщин. Наиболее инфицированная группа женщин в возрасте от 20 до 30 лет. Встречаемость H-SIL составила порядка 1%, однако для достоверных выводов набранная статистика явно не достаточна. Примечательно, что оба образца H-SIL были положительны в ВПЧ-тесте, диагностическая специфичность ВПЧ-теста по отношению к дисплазии любой степени в сравнении с цитологией составила 93%. В дальнейшем требуется наблюдение за ВПЧ-позитивными пациентками с отрицательным результатом цитологии для решения дискордантных результатов.

Вирусная нагрузка онкогенных типов ВПЧ как маркер тяжести цервикальных поражений

Кувва Д.А.¹, Шипулина О.Ю.¹, Минкина Г.Н.²

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²Московский государственный медико-стоматологический университет

Выявление высокоонкогенных вирусов папилломы человека (ВПЧ) является важной диагностической процедурой, позволяющей определить лиц, принадлежащих к группе риска по развитию предрака и рака шейки матки. Однако папилломавирусная инфекция является широко распространенной (инфицировано 10–15% населения) и в большинстве случаев подвергается спонтанной элиминации без проведения терапии. Известно, что в случае положительной динамики с последующим выздоровлением очаг вирусного поражения эпителия уменьшается, приводя к сни-

жению количества вирусных частиц в образце соскоба, в случае персистенции увеличивается очаг поражения и активность репликации вирусной ДНК в диспластических клетках. В связи с этим целью настоящего исследования стал поиск оптимального порогового уровня концентрации ДНК вируса, позволяющего различать случаи диспластических поражений и рака шейки матки от инфицированных, при которых поражения шейки матки отсутствуют.

Пациенты и методы. В ходе работы было обследовано 3250 образцов, среди которых были отобраны пациентки с нормальными цитограммами и отсутствием патологии при кольпоскопическом обследовании (198) и пациентки с тяжелой дисплазией (H-SIL) и РШМ (129). Определение вирусной нагрузки проводили с использованием набора реагентов «АмплиСенс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT».

Результаты. Полученные концентрации ДНК ВПЧ в двух различных группах распределились следующим образом. Вирусная нагрузка в образцах нормы по медиане составила 2,84 Ig на 100 тысяч клеток с разбросом (процентили 2,5 и 97,5) от 0,29Ig до 6,31Ig. Вирусная нагрузка в образцах тяжелой дисплазии и РШМ составила по медиане 5,81Ig, при разбросе от 3,27Ig до 7,58Ig. Как видно из полученных данных в группе тяжелой дисплазии и РШМ вирусная нагрузка достоверно выше, чем в группе нормы и во всех образцах не ниже уровня 3Ig на 100 тыс. клеток. Обратное, в группе нормы распределение по вирусной нагрузке имеет более широкие границы, однако более половины случаев располагается ниже уровня 3Ig на 100 тыс. клеток. Таким образом, уровень 3Ig на 100 тыс. клеток может быть рассмотрен как порог, отделяющий группу образцов с патологией от группы образцов без изменений эпителия.

О прогнозе ожидаемой пандемии гриппа

Кузнецов О.К.

НИИ гриппа РАМН, Санкт-Петербург

Мрачный прогноз ведущих ученых, в том числе экспертов ВОЗ, начиная с 1997 г., о развитии в «ближайшие годы» пандемии гриппа, к счастью, пока не оправдывается. Наоборот, до сих пор подтверждается другой, оптимистичный прогноз (Кузнецов О.К. с соавт. 2003–2008, Белов А.В., Огарков П.И., 2006–2008). Автором настоящего сообщения были сформулированы главные Положения о возникновении вируса гриппа с пандемическими потенциями, в которых учтены доводы сторонников антропонозной и зооантропонозной концепций происхождения пандемических вирусов (2003, 2007). При определенных, в основном уже известных, условиях новый глобально опасный вирус может появиться как из группы бывших пандемических вирусов (H1, H2, H3), так и из группы вирусов гриппа животных, прежде всего птиц (H4-H16). Исходя из Положений, не следует ожидать в ближайшие десятилетия пандемии, вызванной вирусами подтипов H1, H2 или H3, а возможность превращения вируса гриппа птиц (ВГП) в возбудителя пандемии вероятно только теоретически, но маловероятно практически. Нет никакой неотвратимости развития пандемии гриппа «птичьего» происхождения. Угроза

ее возникновения в ближайшие годы остается минимальной. В Положениях научно обосновывается, что в организме птиц (уток, кур, индеек и др.) пандемический вирус гриппа в принципе не может появиться. Из этого следует вывод о бесполезности колоссальных затрат, предпринимаемых в мире, на создание из изолятов ВГП кандидатов (прототипов) пандемических вакцин. Нуждается в коррекции классификация ВОЗ 1999 г. фаз и периодов пандемии, согласно которой мир уже более 10 лет находится в фазе 3 периода угрозы пандемии. Фактически мы живем в межпандемическом периоде. Период угрозы пандемии, по нашему мнению, начинается с фазы 4 (а не 3), – с момента появления маленьких очагов заболеваний, вызванных новым вирусом гриппа с ограниченным распространением от человека к человеку. Нуждается в пересмотре и официальная точка зрения о прогнозе возникновения пандемии.

Ошибки диагностики острых кишечных инфекций на догоспитальном этапе

Кузнецов П.А., Веревщиков В.К., Манн М.А.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Проблема правильной диагностической оценки симптома «боль в животе» (абдоминалгия) является в клинической медицине одной из сложных и актуальных.

Проведен анализ 37 случаев расхождения диагноза у пациентов, поступавших в ГКБ №40 в 2008 г. с предварительным диагнозом «острая кишечная инфекция», с последующим выявлением острой хирургической патологии. Среди больных было 24 мужчины и 13 женщин в возрасте от 18 до 62 лет.

У больных отмечались следующие симптомы и синдромы: абдоминалгия и диспепсический (100%), интоксикационный (62%), субфебрильная лихорадка (43%), гепатомегалия и желтушность склер (3%). Сочетание лихорадки, диспепсического, интоксикационного и болевого синдромов – 45%.

При переводе в хирургическое отделение установлены диагнозы: острый аппендицит – 17 чел., который подтвердился в 12 случаях, несовпадение (5 чел.) по результатам лапароскопии – кишечная колика (3 чел.), острый мезаденит и острый панкреатит, отечная форма; острый панкреатит – 8 чел., по результатам ультразвукового исследования подтвердился в 7 случаях, а в одном – изменился на очаговый панкреонекроз; спаечная тонкокишечная непроходимость – 6 чел., желудочно-кишечное кровотечение – 4 чел., ЖКБ – 1 чел., ущемленная бедренная грыжа – 1 чел. – все диагнозы подтверждены. Больным с подтвержденными диагнозами «аппендицит» и «ущемленная бедренная грыжа» проведено оперативное лечение, остальные получали консервативную терапию. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

При детальном расспросе больного врачом-инфекционистом, касающемся кратности, консистенции и длитель-

ности расстройства стула; характеристике рвоты; степени, локализации и интенсивности болей в животе, и полноценном сборе эпидемиологического анамнеза выявляются нехарактерные для инфекционной патологии признаки в течении болезни. Во всех случаях диагноз острой хирургической патологии был выставлен в приемном инфекционном отделении до проведения инструментальных методов исследования.

Таким образом, причинами неправильной интерпретации клинических симптомов в установлении предварительного диагноза стали субъективные причины: неполноценно собранный анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез и некачественно выполненный объективный осмотр больных. Дефицит времени для проведения дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе требует от врача системности мышления. Своевременная и правильная диагностика определяет адекватный выбор методов лечения заболевания и прогноз в отношении его исходов.

Возможности диагностики раннего врожденного сифилиса на современном этапе

Кузнецова Н.Ф., Мартынова Г.П., Колодина А.А., Белкина А.Б.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого; Городская клиническая детская инфекционная больница №1, Красноярск

Сифилис является одной из классических венерических болезней, возбудитель которой может поражать различные органы и обуславливать циклическую, хроническую инфекцию. В последние годы в России регистрируется неуклонный рост заболеваемости сифилисом, что в свою очередь сопровождается увеличением удельного веса раннего врожденного сифилиса (РВС).

Установление диагноза РВС манифестного не представляют особых затруднений, хотя и возникает необходимость проведения дифференциального диагноза с другими внутриутробными инфекциями, имеющими подобные клинические проявления. Трудности возникают при диагностике РВС скрытого, который трудно дифференцировать с трансплацентарной передачей антител от матери. Надежными дифференциально-диагностическими критериями отечественная сифилидология пока не располагает. В клинической практике установление РВС необходимо проводить с учетом следующих основных критериев: данные анамнеза (отсутствие лечения или неадекватное лечение сифилиса у матери); рентгенологическое исследование длинных трубчатых костей; более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка в сравнении с пуповинной кровью; более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка, взятой на 7–8-й дни лечения, в сравнении с кровью матери; патология в ликворе; температурная реакция обострения после начала лечения; положительный

тест IgM-ИФА с венозной кровью ребенка (как дополнительный критерий).

Для РВС манифестной диагностической является любая степень позитивности серологических реакций. При диагностике РВС скрытого решающее значение имеют результаты обнаружения в сыворотке крови ребенка трепонемоспецифических иммуноглобулиновых антител (IgM) методом иммуноферментного анализа (ИФА) или реакции иммунофлюоресценции (РИФ-абс), которые за счет избирательной проницаемости плаценты не обнаруживаются у детей при отсутствии сифилиса (при трансплацентарной передаче материнских антител). Однако качество тест-систем для выявления IgM, применяемых в настоящее время в России, не позволяет полностью полагаться на полученный результат.

Не вызывает сомнений ключевая роль иммунной системы в развитии любого инфекционного процесса. Своеобразие передачи сифилиса, низкая сопротивляемость организма плода к инфекциям, позволяют предположить важную роль иммунной системы в развитии различных форм и характера течения РВС.

Цель настоящего исследования: изучить изменения показателей иммунитета у детей с РВС и выявить среди них наиболее значимые количественные и качественные показатели, характеризующие инфекционный процесс при различных формах РВС.

Нами проведен анализ иммунного статуса 64 детей в возрасте от 0 до 3 мес, которые составили группу риска по РВС. У 25% (16) детей диагностирован РВС манифестный, а у 28,1% (18) – РВС скрытый. Контрольной группой послужили дети (30), получившие профилактическое лечение по схеме РВС.

Анализ показал, что в группе детей с РВС манифестным отмечается статистически значимое повышение относительного содержания CD3⁺-клеток, выраженное увеличением процентного содержания CD8⁺-субпопуляции Т-лимфоцитов в 1,2 раза ($p < 0,05$) относительно контрольных величин. Нарушение соотношения CD4⁺/CD8⁺-клеток в крови приводило к падению иммунорегуляторного индекса (ИРИ), что свидетельствует о снижении функциональной активности Т-клеточного звена иммунитета. В остром периоде болезни выявлено достоверно значимое снижение процентного содержания CD95⁺-лимфоцитов ($p < 0,05$), который является основным индуктором апоптоза в клетках. Исследование фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов у детей данной группы обнаружило увеличение количества активно «работающих» нейтрофилов крови и нарастание их поглотительной способности. В группе детей с РВС скрытым в остром периоде выявлено достоверно значимое повышение процентного содержания CD19⁺-лимфоцитов, а также абсолютного и относительного числа HLA-DR-антигена. Также отмечается нарастание процента нейтрофилов, участвующих в фагоцитозе.

Таким образом, полученные результаты позволили определить статистически значимые изменения показателей иммунного статуса у детей с РВС, что в свою очередь может являться дополнительным диагностическим критерием различных форм заболевания.

Структура летальных исходов у больных с ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ за 2007–2008 годы по материалам ГУЗ ККЦ СПИД г. Владивостока

Кузьмина А.В., Скляр Л.Ф., Сотниченко С.А., Зима Л.Г., Филиппова Е.Ю., Черевко О.Н.

Владивостокский государственный медицинский университет

Противоретровирусная терапия является основным компонентом базисной терапии ВИЧ-инфекции. Она направлена на подавление размножения ВИЧ, ее можно рассматривать как этиотропную терапию ВИЧ-инфекции. Противоретровирусные препараты могут использоваться в виде монотерапии, битерапии, тритерапии. Показания для назначения АРВТ и ее тактика определяются клинической стадией и фазой ВИЧ-инфекции.

Целью настоящего исследования являлось изучение частоты и клинической структуры вторичных и оппортунистических заболеваний, явившихся причиной смерти больных с ВИЧ-инфекцией, находящихся на АРВТ.

За 2007–2008 годы в специализированном стационаре ГУЗ ККЦ СПИД г. Владивостока зарегистрировано 16 летальных исхода ВИЧ-инфицированных больных, находящихся на АРВТ. Среди умерших преобладали лица молодого возраста (75%), мужского пола (56%). Большинство являлись городскими жителями и составляли 81,2%. У 11 пациентов (68,75%) была выставлена 4В стадия ВИЧ-инфекции, у 4 человек (25%) – 4Б стадия и у 1 пациента (6,25%) – 5 стадия. Минимальный показатель вирусной нагрузки составил 0 коп/мл, максимальный – 12999406 коп/мл, а уровень CD4-лимфоцитов – $167,5 \pm \pm 40,79$ клеток в 1 мкл через 1-3 мес от начала терапии. Длительность антиретровирусной терапии составляла от 5 дней до 9 мес. Наиболее частая схема лечения представлена комбивиром в сочетании с калетрой. В структуре оппортунистических заболеваний, которые были выявлены у умерших с ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ, чаще диагностирован туберкулез легких (68,8%) и в 5 случаях (31,3%) зарегистрирован его генерализованный характер, в структуре которого преобладало поражение легких, селезенки и печени. Кандидозная инфекция наблюдалась у 10 человек (62,5%). При этом кандидозный сепсис зарегистрирован в 25% случаях. Герпетическая инфекция в сочетании с ЦМВ инфекцией в одном случае (6%) явилась причиной летального исхода у больных с ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ. Среди онкологической патологии у двоих пациентов с ВИЧ-инфекцией, умерших на фоне АРВТ, были лимфомы шеи и головного мозга, которые манифестировались и были диагностированы на фоне лечения.

Особенности вспышки пищевого микробного отравления в детском летнем оздоровительном лагере Красноярского края

Кузьмина Т.Ю., Бушуев А.И., Зависнов А.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого; Красноярское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы

Цель работы: провести анализ эпидемиологической ситуации, повлекшей к массовому пищевому отравлению и выявить особенности клинических проявлений заболевания.

Пациенты и методы. Изучена медицинская документация 93 больных детей обоего пола, в возрасте $11,5 \pm 4,5$ лет, находившихся на отдыхе в летнем оздоровительном лагере в июле 2008 года и перенесших пищевое микробное отравление стафилококковой этиологии.

Результаты. Все пациенты заболели остро, через $2,0 \pm 1,5$ ч после употребления на полдник пирожного «картошка», которое было изготовлено на местном хлебозаводе, хранилось в помещении без охлаждения, доставлялось транспортом, не приспособленным для транспортировки скоропортящихся продуктов, затем хранилось в помещении кухни лагеря. Реализовано детям через 20 часов после изготовления. Все заболевшие дети были госпитализированы в инфекционное отделение ЦРБ. У 75 больных (80,64%) развилось среднетяжелое течение гастроэнтеритического варианта, у 6 (6,45%) – легкое течение гастроэнтеритического варианта, у 8 (8,60%) – среднетяжелое течение гастритического варианта, у 4 (4,30%) легкое течение гастритического варианта пищевого микробного отравления. Диагноз подтвержден бактериологически: у 18 работников хлебозавода со слизистых ротоглотки и носа; из пирожных «картошка»; в смывах из оборудования; из испражнений и промывных вод желудка пострадавших детей в 9,7% случаев выделен *Staphylococcus aureus*. На фоне лечения: экстренного промывания желудка, детоксикации и регидратации глюкозо-солевыми растворами парентерально и перорально, симптоматических средств наступило улучшения состояния в первые сутки и клиническое выздоровление на 3–4 сутки. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии на 7 сутки.

Заключение. Выявлены грубые нарушения хранения, транспортировки и сроков реализации скоропортящихся продуктов; допущено запрещенное для реализации в детских учреждениях блюдо, что указывает на некомпетентность руководства и медицинского персонала лагеря в вопросах противоэпидемической безопасности. Типичные симптомы заболевания, своевременная диагностика и правильное лечение позволили быстро ликвидировать очаг инфекционного заболевания.

Разработка и внедрение блок-модульных программ по инфекционным болезням на додипломном и последипломном этапах образования врача

Кулагина М.Г., Мартынов Ю.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Проблема ВИЧ/СПИДа актуальна для врачей всех специальностей. Определение исходного уровня знаний этой проблемы на до- и последипломном периодах образования, выявило необходимость разработки дифференцированных программ. Чтобы избежать дублирования информации, обеспечить преемственность образовательного процесса, была создана дифференцированная программа по ВИЧ-инфекции с использованием блок-модульной системы планирования и преподавания. Цель программы – подготовить врача, способного эффективно работать в условиях продолжающейся пандемии ВИЧ-инфекции. Задачами программы являются: изменение принципов и методов преподавания, соблюдая преемственность по горизонтали и вертикали, индивидуализация образовательного процесса с учетом исходного уровня аудитории, формирование у учащихся профессионального мышления и коммуникативных навыков, интеграция клинической подготовки по горизонтали, внедрение технологии поэтапного обучения.

Программа состоит из 7 блоков, 29 модулей и 157 тем. Блоки представляют отдельные разделы ВИЧ-инфекции. Модули каждого блока – это основные концептуальные единицы, состоящие из отдельных тем. Темы модуля определяют минимальный необходимый объем информации, разбираемый на додипломном и последипломном уровнях образования, и могут меняться в соответствии с подготовкой и потребностями аудитории. Гибкость программы дает возможность использовать отдельные блоки, модули и темы в качестве основы для проведения тематических циклов, лекций, семинаров, круглых столов. В 2007 г. коллективом авторов из Ведущих ВУЗов России была разработана модульная типовая программа по ВИЧ-инфекции, которая может работать на любом этапе образования и для различного контингента учащихся. Каждый модуль этой программы может быть использован при формировании того или иного вида обучения.

Эпидемиологическая характеристика энтеробиоза в Иркутске

Куприянова Н.Ю., Антонова А.М.

Иркутский государственный медицинский университет; Центр гигиены и эпидемиологии по Иркутской области, Иркутск

Целью данной работы является выявление эпидемиологических особенностей энтеробиоза среди населения Иркутска. Исследования проводились по данным ФГУЗ

«ЦГиЭ по Иркутской области». Проанализированы годовые отчеты, информационные бюллетени о заболеваемости населения Иркутской области за 1997–2007 гг., а также карты эпидемиологического обследования очагов энтеробиоза.

При изучении многолетней динамики заболеваемости энтеробиозом среди совокупного населения выделено два периода, период с высокими темпами снижения заболеваемости (1997–2003 гг.) и низкими (2003–2007 гг.). В среднем за анализируемый период заболеваемость составила 288,9 на 100 тыс. За период с 1997 по 2007 год заболеваемость снизилась в 1,8 раза (373,0 и 211,8‰ соответственно). Выявлена выраженная тенденция к снижению заболеваемости энтеробиозом (темп снижения составил – 8,9‰). Основную роль в формировании показателей заболеваемости энтеробиозом играют дети до 14 лет, которые составили 93% от числа выявленных инвазированных лиц. Изучение инвазированности различных групп детского населения показало, что наиболее пораженными оказались школьники – 48% и дети, посещающие дошкольные детские учреждения – 30% (причем, 79% детей с энтеробиозом выявлено в детских садах, 21% инвазированных посещали детские ясли). Среди неорганизованных детей энтеробиоз составил 13%, 9% инвазированных острицами выявлено в закрытых детских учреждениях, где частота заболевших составила: в домах ребенка – 9%, детских домах – 21% и в интернатах 70%. Анализ внутригодовой динамики заболеваемости энтеробиозом за 2003–2007 годы позволил выявить сроки сезонного подъема заболеваемости и определить его продолжительность. Сезонный подъем начинается в 1-й декаде октября, заканчивается – в 3-й декаде декабря, продолжительность сезонного подъема заболеваемости составила около трех месяцев, месяц максимальной заболеваемости – декабрь. Сроки сезонного подъема вероятно связаны с формированием новых временных детских коллективов в данный период.

Ранняя стадия болезни Лайма: клинические и иммунологические особенности

Курдина М.И., Макаренко Л.А.

*Центральная клиническая больница с поликлиникой
УД Президента РФ, Москва*

Болезнь Лайма (БЛ) – природно-очаговая инфекция, характеризующаяся стадийным течением, склонностью к рецидивированию и хронизации. На ранней стадии БЛ возможно поражение нервной и костно-мышечной систем, но в подавляющем большинстве случаев первичный аффект располагается на коже в виде мигрирующей эритемы (МЭ).

Под нашим наблюдением находилось 50 больных БЛ с типичной МЭ, которым было проведено подробное клинико-лабораторное обследование в соответствии с существующими отечественными и зарубежными рекомендациями и исследование иммунного статуса (Т-лимфоциты

СД3⁺ и их субпопуляции СД4⁺, СД8⁺, В-лимфоциты СД19⁺, фагоцитоз, митогенный ответ, IgG-, IgA-содержащие ЦИК, антитела к периферическим клеткам крови, ревматоидный фактор, С-реактивный белок).

Все пациенты – жители Москвы и Подмосковья, чей возраст варьировал от 15 до 82 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1 : 3. У всех больных отягощен анамнез – посещение лесных/лесопарковых зон, присасывание клеща, контакт с дикоросами. Зарегистрирован сезонный характер заболеваемости с пиком с апреля по июнь. При первичном осмотре МЭ кольцевидной формы зафиксирована у 31 больного, гомогенной – у 19. Диаметр ее составлял от 5 до 27 см (в среднем 10 см). Гриппоподобный синдром отмечен у 1/3 пациентов.

Изменения иммунного статуса характеризовались гиперактивацией клеточного звена с преобладанием СД3⁺СД4⁺Т-лимфоцитов в первый месяц заболевания и СД3⁺СД8⁺Т-лимфоцитов – при длительности БЛ более двух месяцев. Выявлено повышение уровня IgA-содержащих ЦИК, С-реактивного белка, антител к клеткам крови с преобладанием антитромбоцитарных.

Таким образом, при сравнении клинических проявлений БЛ на ранней стадии в мегаполисе (Москва) с другими административными территориями Центрального региона РФ существенных различий не обнаружено. Выявленные изменения клеточного и гуморальных звеньев иммунитета свидетельствуют о возможности развития аутоиммунных реакций у больных БЛ уже на стадии локальной инфекции.

Особенности инфекционного мононуклеоза у госпитализированных больных

**Курмаева Д.Ю., Лесина О.Н., Керимова Ж.Н.,
Свистунова Н.В., Плотникова Е.Ю., Шишкова Л.А.**

*Пензенский институт усовершенствования врачей;
Пензенский областной центр специализированных видов
медицинской помощи*

Цель: провести анализ клинических проявлений инфекционного мононуклеоза (ИМ) у госпитализированных больных.

Материалы и методы исследования: диагноз ИМ подтвержден у 411 пациентов и верифицирован определением маркеров вируса Эпштейна–Барр (IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, авидность) и цитомегаловируса (IgM, IgG, авидность, ДНК CMV).

Результаты: у госпитализированных больных доминировал ИМ, вызванный Эпштейна–Барр-вирусом, у 8,9% диагностирован цитомегаловирусный мононуклеоз (моноинфекция – у 5,1%, микст с Эпштейна–Барр-вирусом – у 3,8% пациентов). Среди госпитализированных больных дети до 6 лет составили 63,8%, 7–14 лет – 15,8%, подростки и взрослые – 20,4%. У 61,7% детей выявлен неблагоприятный преморбидный фон: тимомегалия, дисбиоз кишечника, анемия, частые ОРВИ. В 95,9% случаев мононуклеоз протекал в среднетяжелой форме, тяжелые фор-

мы составили 3,6%, легкие – 0,5%. У 84% больных заболевание начиналось остро; у 93,9% протекало типично и проявлялось следующими симптомами: лихорадка (86,1%), острый тонзиллит (89,5%), лимфаденопатия (92,4%), затруднение носового дыхания (48,1%), гепатомегалия (82,9%), гепатит (16,7%, в том числе желтушные формы – у 6,8% пациентов); спленомегалия (44,7%); у 72,5% больных обнаружены атипичные мононуклеары. В большинстве случаев при бактериологическом посеве из зева выделен золотистый стафилококк. У 4,4% пациентов диагностировано хроническое течение заболевания. Больным проводилось комплексное лечение (циклоферон, виферон, антибактериальные препараты при наличии наложений на миндалинах, местные антисептики для санации зева, антигистаминные средства, гепатопротекторы, пробиотики); выписка осуществлялась на 12–16-й день.

Выводы: инфекционный мононуклеоз у госпитализированных больных протекает в среднетяжелой форме, у 16,7% пациентов – с гепатитом; в 20,4% случаев развивается у подростков и взрослых, а в 79,6% – у детей до 14 лет (у 61,7% – с неблагоприятным преморбидным фоном); в 4,4% случаев отмечается хроническое течение заболевания; диагностика ИМ должна включать обследование на Эпштейна–Барр-вирусную и цитомегаловирусную инфекции.

Лихорадка Западного Нила – особенности течения

Курятникова Г.К., Акмаева Л.Р., Красков А.В.

Астраханская государственная медицинская академия

Лихорадка Западного Нила регистрируется на территории Астраханской области более 40 лет. С 1999 г. активизировались природные очаги в Астраханской, Ростовской и Волгоградской областях и в Ставропольском крае. Проведен анализ заболеваемости больных лихорадкой Западного Нила (ЛЗН), нейроинфекционной формы, по данным областной инфекционной клинической больницы г. Астрахани за 2005–2008 гг. У 72% больных заболевание протекало в форме серозного менингита, а в 28% случаев – менингоэнцефалита. Во всех случаях заболевание начиналось остро с повышения температуры тела до 38–40°C. Все больные жаловались на мучительную головную боль диффузного характера, тошноту, рвоту, артралгии, миалгии, отсутствие аппетита. У большинства больных с серозными менингитами менингеальные симптомы появлялись на 2–3-й день госпитализации и имели тенденцию к нарастанию. Помимо менингеального синдрома выявлялась общемозговая симптоматика: мышечный тремор, анизорефлексия, нистагм. Менингоэнцефалитическая форма заболевания характеризовалась более тяжелым течением. Начало болезни было бурным, интоксикация и гипертермия были выражены с первых дней заболевания. С 3–4-го дня болезни на фоне умеренно выраженного менингеального синдрома начала превалировать энцефалитическая симптоматика.

Нами был проведен анализ клинической картины у больных ЛЗН без поражения ЦНС, но с наличием сыпи. Все больные были госпитализированы на 3–5 день от начала болезни. В клинической картине имело место острое начало заболевания с повышением температуры тела до 39–40°C с ознобом, болями в мышцах, суставах, тошнотой, слабостью. При осмотре кожных покровов была выявлена экзантема. Сыпь появлялась на 3–4 сутки от начала заболевания. Чаще всего это были розеолезные, пятнисто-папулезные элементы. Сохранялась в течение 5–6 дней и угасала бесследно.

Таким образом, ЛЗН отличается полиморфизмом клинических проявлений, возможно течение заболевания в виде острого лихорадочного заболевания, с симптомами общей интоксикации с головными и мышечными болями, частым развитием серозного менингита и менингоэнцефалита и, реже, макулопапулезной сыпью.

Характеристика инфекционного мононуклеоза у подростков и взрослых

Кутдусова А.М., Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзагалева Л.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

С целью изучения клинико-лабораторных особенностей ИМ у подростков и взрослых нами проводился анализ 30 историй болезни пациентов в возрасте от 15 до 35 лет. Преобладали подростки от 15 до 18 лет – 17 человек (56,6%), старше 18 лет – 13 (43,4%), из них 18 больных женского и 12 – мужского пола. У 26 пациентов (86,7%) заболевание начиналось остро. Лихорадка чаще носила фебрильный характер (19 больных), гиперпиретическая была у 4, субфебрилитет – у 7 пациентов. К 5-6 дню болезни присоединились синдром ангины, заложенность носа, храп по ночам, нарастали симптомы интоксикации, у 3 пациентов наблюдалась рвота, боли в животе, у 4 – пятнисто-папулезная сыпь. Полилимфаденопатия выявлялась у всех больных. Увеличивались подчелюстные, заднешейные лимфоузлы – у 22, переднешейные, подмышечные, затылочные – у 9 пациентов, в единичных случаях определялись паховые, локтевые лимфоузлы. У 1/3 больных на УЗИ органов брюшной полости выявлялись увеличенные мезентериальные, забрюшинные лимфоузлы. Гепатомегалия наблюдалась у 28, спленомегалия – у 21 пациента. Определялись характерные изменения в гемограмме: у 27 больных регистрировался лейкоцитоз от 10 до 19 × 10⁹/л, абсолютный лимфоцитоз (до 40–50%). Более чем у 2/3 больных обнаруживались атипичные мононуклеары, при этом у 21 человека – до 20%, у 6 – до 50%. У 3 пациентов (10%) атипичные мононуклеары в периферической крови не обнаруживались. У 2/3 больных развивалась умеренная гиперферментемия (АЛТ, АСТ), у 3 – гипербилирубинемия. При исследовании крови в ИФА на наличие антител (АТ) к различным антигенам (АГ) ВЭБ информативность составила 83%. При этом АТ к капсидным АГ, в половине случаев в сочетании с АТ к ранним

АГ, выявлены у 17 больных (56,7%), к ранним АГ в комбинации к капсидным или к нуклеарным – у 11 (36,7%), к нуклеарным АГ, в половине случаев в сочетании к капсидным АГ, – у 23 (76,7%) пациентов. Проводилась комплексная терапия с включением дезинтоксикационных, десенсибилизирующих средств, антибиотиков (97%), одной трети больных с тяжелой формой ИМ гормонов коротким курсом. 2/3 пациентов получали противовирусную терапию (виферон ректально, реаферон-липид перорально). К выписке из стационара сохранялись остаточные явления в виде лимфоаденопатии и гепатомегалии у 16, спленомегалии – у 1 больного. В периферической крови определялись атипичные мононуклеары в 13 (43,3%), гиперферментемия – в 4 случаях (13,3%).

Динамика фактора Виллебранта у больных астраханской риккетсиозной лихорадкой

Лазарева Е.Н., Малеев В.В., Галимзянов Х.М., Кудрявцев В.А., Егорова Е.А., Степанычева Е.В.

Астраханская государственная медицинская академия; Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва; Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань

Одним из показателей повреждения сосудистой стенки при различных предтромботических состояниях, системных микротромбоваскулитах является фактор Виллебранта (ФВ). Определение его при риккетсиозных инфекциях представляется актуальным, так как он может дать оценку состояния сосудистого компонента гемостаза.

Цель работы: изучение динамики ФВ у больных астраханской риккетсиозной лихорадкой (АРЛ) в различные периоды болезни.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 18 больных среднетяжелой формой АРЛ в возрасте $48,5 \pm 2,1$ лет. ФВ определяли автоматически на анализаторе НФП БИОЛА (модель 230LA) с помощью программы AGGRWB в различные периоды болезни.

Результаты: в период выраженности клинической симптоматики у наблюдаемых пациентов на $7,2 \pm 1,08$ день болезни отмечалось незначительное повышение ФВ в плазме крови. Тогда как на $13,625 \pm 0,53$ день болезни при улучшении состояния, исчезновении миалгии, нормализации температуры тела, регрессии розеолезно-папулезной сыпи и пигментации петехий, сокращение печени прослеживалось достоверное увеличение данного показателя в два раза ($p < 0,001$).

Вывод: данное исследование констатирует факт повреждения эндотелия сосудов при АРЛ, но оно преимущественно не для острого периода, а для периода клинического выздоровления. Это необходимо учитывать при выписке больных из стационара, что требует разработки и внедрения соответствующей терапии для фармакологической коррекции выявленных нарушений сосудистой стенки.

Клинические проявления гемокоагуляционных нарушений при лихорадке Ку

Лазарева Е.Н., Малеев В.В., Галимзянов Х.М., Кудрявцев В.А., Хок М.М., Маженова И.З.

Астраханская государственная медицинская академия; Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва; Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань

По литературным данным клинические проявления геморрагического синдрома при Ку-риккетсиозе не характерны. Однако, из-за выраженного полиморфизма в период эпидемиологического подъема у больных могут наблюдаться симптомы подобные при КГЛ и АРЛ, которые проявляются в виде кровоточивости и петехиальных высыпаний.

Цель работы: определить частоту встречаемости и характер клинических проявлений гемокоагуляционных нарушений у больных лихорадкой КУ.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 35 больных в возрасте $45,4 \pm 4,26$ с диагнозом лихорадка КУ, верифицированный в реакции ИФА к антигену *Coxiella burnetii*. Пациенты поступали в стационар на $4,5 \pm 0,53$ день болезни. Подсчет тромбоцитов в венозной крови и исследование их агрегационной способности (степень V и скорости S) осуществлялись под действием $2,5$ мкМоль АДФ на анализаторе НФП БИОЛА (модель 230LA).

Результаты. В 22,8% случаев наблюдался геморрагический синдром. На 6-й день болезни у двоих пациентов было отмечено появление петехий преимущественно на верхних конечностях, а также в 5,7% случаев от общего количества наблюдались кровотечения из десен и носа. В более поздний период (9–11-й день болезни) у 11,4% отмечалась кровоточивость из мест инъекций, при чем у одного пациента сочеталась с меленой. Длительность данных симптомов варьировала от двух до пяти суток. В этот период количество тромбоцитов в венозной крови уменьшалось до $89,8 \pm 1,24 \times 10^9/л$. Степень агрегации была достоверно снижена в 4,8 раза ($p < 0,001$), однако скорость и радиус агрегатов приближались к контрольным значениям. Хотелось бы отметить, что до серологического подтверждения данного риккетсиоза, больные с геморрагическими проявлениями велись под диагнозами АРЛ – 37,5%, КГЛ – 50%, листериоз – 12,5%.

Вывод: при лихорадке КУ присутствуют нарушения в одном из звеньев гемостаза, которые подкрепляются клинической симптоматикой, что требует дальнейшего изучения.

Оксидативные реакции и спектр цитокинов при гриппе

Ласеева М.Г.¹, Павелкина В.Ф.¹,
Еровиченков А.А.², Пак С.Г.²

¹Мордовский госуниверситет им. Н.П.Огарева, Саранск;
²Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

При гриппе стимулируется продукция сначала ранних ИФН- α и - β , а затем главного медиатора клеточного иммунитета – ИФН- γ и других цитокинов (ЦК). Наблюдается активация и свободнорадикальных процессов (СРП).

Цель работы. Изучение уровней про- и противовоспалительных цитокинов при гриппе и СРП в динамике болезни в зависимости от тяжести течения.

Пациенты и методы. Обследовано 22 больных гриппом (17 среднетяжелой и 5 тяжелой формы). В разгар болезни и период ранней реконвалесценции изучен титр провоспалительных (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , ИФН- γ) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) ЦК (реагенты ООО «Протеиновый контур», СПб). Из показателей СРП изучены диеновые конъюгаты (ДКо) и кетоны (ДКе), малоновый диальдегид плазмы (МДА-П), и эритроцитов (МДА-Э), каталаза плазмы (КП) и эритроцитов (КЭ), супероксиддисмутаза (СОД).

Результаты. Инфекционный процесс при гриппе сопровождался активацией СРП, что подтверждалось увеличением к периоду ранней реконвалесценции первичных продуктов ПОЛ – ДКо и ДКе до $0,40 \pm 0,03$ и $0,15 \pm 0,01$ ед/мл, а также вторичных продуктов – МДА-П и МДА-Э ($8,12 \pm 0,28$ и $33,15 \pm 1,52$ мкмоль/л), которые были выше в группе тяжелого течения. При этом отмечалось снижение антиоксидантных ферментов (КП, КЭ и СОД), которые были снижены к периоду выздоровления в 2,9, в 1,9 и 1,5 раза соответственно. При тяжелой форме активность ферментов была значимо ниже.

При среднетяжелой форме гриппа в разгар болезни уровень ИЛ-1 был повышен с дальнейшим ростом до $3534,4 \pm 2658,2$ пг/мл. Иная динамика отмечалась у других провоспалительных ЦК – ФНО- α и ИФН- γ . В разгар болезни они повышались до $268,6 \pm 210,2$ и $369,9 \pm 85,4$ пг/мл соответственно, к периоду реконвалесценции уменьшались. Следует отметить, что ИЛ-6 в обеих группах не определялся. Противовоспалительные ЦК – ИЛ-4 и ИЛ-10 имели однонаправленную динамику. В разгар заболевания выявлено увеличение титра ИЛ-4 и ИЛ-10, которые в процессе наблюдения повышались до $398,4 \pm 161,7$ и $788,7 \pm 484,9$ пг/мл. Установлена прямая зависимость показателей как про-, так и противовоспалительных ЦК от тяжести болезни. Повышенные уровни ЦК чаще встречаются при тяжелом течении гриппа и присоединении осложнений.

Выводы. Динамика компонентов ЦК сети и СРП является объективным критерием воспалительного процесса и тяжести течения гриппа, который можно использовать для дифференцированного подхода к лечению больных.

Частота и характер инфекционных поражений у детей с железодефицитной анемией

Латыпова Л.Ф., Садыков Ф.Г., Латыпов Х.И.,
Фахрисламова В.М., Самигуллина Д.Д.,
Нарынбаева Г.Ш.

Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа

Обследовано 289 детей с железодефицитной анемией в возрасте от 3 до 14 лет. Содержание железа в плазме у больных оказалось сниженным до $7,85 \pm 0,28$ мкмоль/л. Уровень ферритина колебался от $1,0 \pm 0,17$ нг/мл до $5,68 \pm 0,56$ нг/мл, что указывало на истощение запасного фонда железа у исследуемых пациентов.

Исследованием установлено, что более 95% детей имеют в анамнезе перенесенные инфекционные поражения в различные возрастные периоды роста и развития. Среди них преобладали ветряная оспа, краснуха, кишечные инфекции. Наибольший удельный вес воздушно-капельных инфекций зарегистрирован в возрасте от 3 до 9 лет, кишечных инфекций в возрасте от 7 до 14 лет. Выявленные болезни обуславливали углубление анемии. Показатели сыровоточного железа и ферритина были значительно снижены в период инфекционного поражения по сравнению с аналогичными значениями в период ремиссии, что свидетельствовало о взаимном усугубляющем влиянии нарушений обмена железа на характер течения патологического процесса.

Инфекционная патология у детей сопровождалась нарушением морфологической архитектоники эритроцитов, уменьшением их удельного веса и концентрации гемоглобина в периферической крови. Длительность течения и интенсивность инфекционного поражения определялись степенью тяжести железодефицитного малокровия. Глубокая сидеропения в большинстве случаев сопровождалась более тяжелыми и продолжительными патологическими реакциями. Эффективность лечения сидеропении имела прямую зависимость от успешности адекватной терапии инфекционных болезней.

Таким образом, железодефицитная анемия способствует формированию затяжных, рецидивирующих и тяжелых заболеваний у детей. Истощение резервов железа и длительная анемизация организма усугубляют течение и ухудшают прогноз болезней, снижая эффективность традиционной этиопатогенетической терапии. Успехом лечебно-профилактических мероприятий при инфекционных поражениях у детей с железодефицитным малокровием могут служить комплексная этиопатогенетическая терапия сочетанной патологии.

Интеграция консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции в службу охраны здоровья матери и ребенка как способ повышения эффективности профилактической работы

Лебедев В.В., Лысенко И.В., Бондаренко И.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Международный опыт показал, что интеграция профилактики ВИЧ в службу охраны репродуктивного здоровья повышает эффективность решения обеих проблем. Существуют сложности по вовлечению врачей акушеров-гинекологов в профилактическую работу, которые связаны, прежде всего, с отсутствием навыков подобной деятельности. Обучение взрослой аудитории принципиально отличается от методики обучения детей. Взрослая аудитория вносит в учебные программы свой богатый личный опыт, который может усложнять процесс, так как изменение старых привычек порой оказывается непростым делом, своего рода «сверхзадачей». Высокий уровень усвоения материала имеет обучение практикой (через опыт). В рамках учебных занятий по ВИЧ такой опыт можно получить через ролевые игры. Получение личного опыта в условиях, близких к реальной ситуации, позволяет развить конкретные практические навыки, изменить отношение к проблеме. Нами была разработана программа 3-дневного тренинга по консультированию по вопросам ВИЧ и проведено обучение 120 медицинских специалистов 4 лечебных учреждений Краснодарского края. Необычная форма и предмет обучения оказались полезными для медицинских работников, так как наряду с обучением по вопросам ВИЧ восполнили пробелы коммуникативных навыков, знаний по психологии и консультированию. Отзывы участников продемонстрировали заинтересованность в продолжении обучения. Через год после обучения медицинских кадров был проведен социологический опрос медицинских работников и беременных женщин пилотных ЛПУ. Всего опрошено 461 респондент. Врачи и медсестры оказались мотивированы на участие в профилактике ВИЧ-инфекции, 100% указали на необходимость проведения консультирования до и после теста на ВИЧ даже при отрицательном результате теста. Сотрудники кабинетов анонимного обследования на ВИЧ отметили увеличение числа желающих пройти тестирование на ВИЧ за счет женщин, получивших консультацию по вопросам ВИЧ инфекции в «пилотных» ЛПУ. Выросла также общая удовлетворенность качеством медицинских услуг: 83% женщин отметили, что получили полную информацию по профилактике ИППП.

Формирование толерантности к ВИЧ-позитивным людям у практикующих врачей и среднего медицинского персонала

Лебедев В.В., Лысенко И.В., Бондаренко И.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Исследования выполнены в рамках проекта ЮНФПА и МЗ и СР РФ «Интеграция профилактики ВИЧ-инфекции в службу охраны здоровья матери и ребенка. Несмотря на доступность ВААРТ всем людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), в нашей стране, охват ЛЖВС профилактическими медицинскими услугами по-прежнему остается низким. По мнению ВИЧ-положительных женщин, это связано с наличием стереотипов у медиков по отношению к ЛЖВС и у ЛЖВС по отношению к медикам. Известно, что стереотипы обусловлены недостаточной информированностью по проблеме, боязнью инфицироваться. В случае с медицинскими работниками они нередко базируются на опыте профессионального риска и могут проявляться нежеланием работать с ЛЖВС. Проведено анкетирование 323 беременных женщин (89% в возрасте 20–29 лет), 225 студентов, интернов и ординаторов медицинского университета (возраст 21–24 год), 136 врачей акушеров-гинекологов, терапевтов и акушерок (60% в возрасте старше 50 лет). Всем респондентам задавался вопрос: «Как бы Вы стали относиться к человеку, если бы узнали, что у него обнаружен ВИЧ?» и предложены варианты ответов: «как прежде»; «с опасением, что смогу заразиться»; «постарался бы избегать общения с этим человеком»; «затрудняюсь ответить». Молодые люди, не прошедшие обучения по вопросам ВИЧ-инфекции (беременные женщины, студенты, интерны, ординаторы), в 35% анкет ответили «как прежде». Врачи ответили аналогично только в 10% случаев. Интересно, что из студентов, обучавшихся с использованием интерактивных методик и включением психологических приемов, направленных на обращение к эмоциональной сфере, только 17% ответили так же. Врачи акушеры-гинекологи и акушерки были опрошены независимым экспертом-социологом. Выборка осуществлялась методом квотирования при случайном отборе респондентов из персонала 4 ЛПУ, в которых за год до опроса проводились тренинги «Консультирование до и после теста на ВИЧ». Одной из задач тренинга явилось формирование толерантности у медиков по отношению к ЛЖВС. На тренингах было обучено 60% персонала ЛПУ. Толерантность продемонстрировали 76% врачей и 71% медицинских сестер, что демонстрирует эффективность метода тренинга при решении подобных задач.

Динамика показателей смертности больных с ВИЧ в Краснодарском крае в условиях широкой доступности специфической терапии

Лебедев П.В., Кулагин В.В., Ларин Ф.И., Осинина А.А.

Клинический центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Департамента здравоохранения Краснодарского края, Краснодар

Одним из направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является профилактика ВИЧ-инфекции, выявление и лечение больных с ВИЧ. Цель лечения ВИЧ-инфицированных – максимальное продление жизни с сохранением ее качества. Благодаря реализации национального проекта «Здоровье» в Краснодарском крае удалось решить проблему с обеспечением антиретровирусными препаратами, что нашло отражение в снижении уровня смертности больных с ВИЧ.

Эпидемический характер распространения ВИЧ в крае приняло в 1996 году. Показатели смертности среди ВИЧ-инфицированных ежегодно возрастали с 2000 года. После 2006 года нами ожидался резкий рост показателей смертности больных с ВИЧ, так как ожидаемая продолжительность их жизни без применения противоретровирусного лечения составляет 9–11 лет.

Широкий доступ к специфической терапии ВИЧ-инфицированных Краснодарского края получили в ноябре 2006 г. Тем не менее, показатели смертности вплоть до середины 2007 года продолжали нарастать: в 4-м квартале 2006 г. – 14,8, 1-м квартале 2007 г. – 18,8, 2-м квартале 2007 г. – 18,6 случаев на 1000 больных. С середины 2007 г. нами фиксируется снижение показателей смертности ВИЧ-инфицированных. В 2008 г. на 1000 больных с ВИЧ пришлось 40,5 смертей, в то время как в 2006 г. – 57,0, 2007 г. – 66,1 случаев. Если за 2-й квартал 2007 г. показатель ассоциированной с прогрессированием ВИЧ-инфекции смертности составил 12,7 случаев, то в 4-м квартале 2008 г. он снизился до 5,5 случаев на 1000 больных – в 2,3 раза. Всего в 2007 г. вследствие развития СПИД погибло 249 ВИЧ-инфицированных, а в 2008 г. – 185. Также обращает на себя внимание снижение числа умерших больных с ВИЧ от не связанных с основным заболеванием причин – с 148 в 2007 г. до 84 в 2008 г. Если ожидаемая продолжительность жизни после установления диагноза у ВИЧ-инфицированного, выявленного в 2007 г., составляла 11,5 лет, то выявленного в 2008 г. – уже 13,7 лет.

Таким образом, за прошедшие 2 года обеспечение антиретровирусными препаратами ВИЧ-инфицированных позволило остановить рост показателей смертности среди этих больных.

Оценка эффективности применения иммунофана при лечении больных хроническими цервицитами, ассоциированными с вирусом папилломы человека

Лебедева М.И., Тутельян А.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

В настоящее время в гинекологии особую актуальность приобретает проблема хронических рецидивирующих цервиковагинитов. Известно, что в биотопе таких больных часто встречаются различные вирусно-микробные ассоциации. Центральное положение среди вирусных инфекций в гинекологии занимает вирус папилломы человека ввиду его связи с онкологической патологией. На базе научно-поликлинического отделения научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. Кулакова и ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора обследованы 96 больных хроническими ВПЧ-ассоциированными цервицитами. Все пациентки были разделены на 2 равные группы. В основную группу вошли 48 больных хроническими цервицитами и клинически значимой концентрацией вируса папилломы человека, которые получали комбинированную терапию: антибактериальную терапию с учетом данных обследования и курс Иммунофана. Группу контроля составили 48 больных хроническими цервицитами и клинически значимой концентрацией вируса, которым проводили только специфическое антибактериальное лечение. После проведения антибактериальной терапии с учетом чувствительности к антибактериальным средствам, отсутствие патогенной флоры у пациентов опытной группы отмечено в 93,7% у пациентов контрольной группы в 60,4%, что достоверно ниже. Снижение концентрации ВПЧ ниже порогового уровня в опытной группе выявлено в 87,5%, в группе контроля – 43,7%. Более высокий эффект терапии с включением иммунофана, по всей вероятности, достигается, с одной стороны, за счет регулирующего действия препарата на продукцию активных форм кислорода фагоцитами крови, с другой стороны, за счет способности иммунофана преодолевать множественную лекарственную устойчивость (МЛУ) клеток к структурно и функционально неродственным антибиотикам и химиотерапевтическим агентам. Ингибирование МЛУ приводит к повышению внутриклеточной концентрации препаратов специфической противовирусной и антибактериальной терапии, что обеспечивает их более высокую терапевтическую эффективность. Таким образом, по итогам проведения комплексной антибактериальной и иммунотерапевтической терапии, базирующейся на адекватном обследовании, была выявлена высокая клинико-иммунологическая эффективность иммунофана, что позволяет рекомендовать его для включения в практику лечения хронических рецидивирующих ВПЧ-ассоциированных цервицитов.

Критерии отбора дезинфицирующих субстанций для введения в конструкционные и отделочные материалы

Левчук Н.Н., Цвилова И.М., Федорова Л.С., Белова А.С.

НИИ дезинфектологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва

Придание антимикробных свойств конструкционным и отделочным материалам, покрытиям способствует снижению уровня микробной обсемененности поверхностей. Это особенно важно для помещений массового и длительного пребывания людей (обитаемые отсеки наземных и воздушных объектов военной техники, специальных фортификационных сооружений, надводных и подводных кораблей, помещения жилых, лечебно-профилактических, культурно-оздоровительных, образовательных учреждений и т.д.).

При обосновании перечня основных требований, предъявляемых к субстанциям, исходили из функционального назначения объектов, учитывали необходимую периодичность дезинфекционных мероприятий, уровень возможной контаминации поверхностей, физико-химические характеристики, величину требующейся их активности в отношении бактерий (включая микобактерии туберкулеза и споры бацилл), вирусов, патогенных грибов, правила безопасности при эксплуатации (отсутствие токсичности, пожаро-, взрыво-, электробезопасность и т.д.).

Все группы субстанций должны обеспечивать бактерицидную, туберкулоцидную и вирулицидную активность уже при минимально-необходимом уровне. Этот показатель обосновывается данными о нозологической структуре госпитальной заболеваемости, а также особенностями эпидемиологии вновь возникающих и возвращающихся инфекций.

Другим значимым показателем для субстанций является время дезинфекционной выдержки, которое должно стремиться к минимальному в отношении попавших на поверхность покрытия микроорганизмов или, по крайней мере, в отношении времени образования вторичного аэрозоля.

Кроме того, значимым показателем для субстанций является показатель длительности сохранения антимикробных свойств поверхностями и их безопасность.

Таким образом, общие требования, предъявляемые к субстанциям, должны включать такие параметры как: длительность сохранения антимикробных свойств, спектр антимикробного действия, время необходимой дезинфекционной выдержки для достижения требуемого эффекта при обоснованных критериях допустимой общей остаточной обсемененности.

Обоснованный перечень основных требований необходим для обеспечения практики отечественного здравоохранения эффективными, экологически безопасными и малотоксичными препаратами, разработки субстанций по новым технологиям с вышеперечисленными свойствами.

Психологические особенности пациентов, больных хроническим вирусным гепатитом

Лиознов Д.А., Сагачко А.А., Николаенко С.Л., Казишвили А.Г.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова

Последние десятилетия характеризуются широким распространением таких хронических вирусных инфекций, как гепатит С и ВИЧ-инфекция. Диагноз хронического гепатита С и ВИЧ-инфекции не только в понимании больных, но и, что особенно важно, в понимании широкого круга врачей, становится синонимом закономерного и неотвратимого фатального исхода. Перспектива неблагоприятного исхода заболевания воспринимается многими больными как приговор, оказывая влияние не только на отношение к болезни, но и на основные жизненные установки, становится причиной тяжелой депрессии.

Цель исследования – оценка личностных психологических характеристик больных хроническими гепатитами.

Под наблюдением находились 50 больных хроническими вирусными гепатитами В и С, состоящих на учете в консультативно-диагностическом центре СПбГМУ им. И.П. Павлова. Контрольную группу составили 50 человек того же возраста.

Для оценки личностных психологических характеристик пациентов и контрольной группы использовали следующие методики: многоуровневый личностный опросник, тест оценки тревожности Спилбергера/Ханина, оценку уровня нервно-психической неустойчивости «Прогноз».

Полученные данные свидетельствуют о нервно-психической неустойчивости больных хроническими вирусными гепатитами, высоком уровне тревожности и недостаточном развитии адаптационных способностей личности. Очевидно, что оказание помощи таким больным должно быть основано на комплексном подходе – объединении усилий специалистов разного профиля, создании адресной программы оказания помощи, максимально приближенной к пациентами, обязательно учитывающей психосоматический компонент проблемы.

Вирусные гепатиты и беременность

Линник М.А., Фигурнов В.А

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Острые и хронические вирусные гепатиты, особенно с парентеральным путем передачи являются основной проблемой всей инфекционной патологии. Постоянное распространение этой группы заболеваний, особенно гепатитов В и С, определенные сложности в диагностике, отсутствие возможности радикальной терапии создают определенные трудности в работе с этими больными. Национальные проекты, реализуемые в нашем государстве, особенно направленные на повышение рождаемости, создают дополнительные проблемы сочетанием вирусных гепатитов и беремен-

ности. При глубоком и разностороннем изучении течения вирусного гепатита В и беременности, проблема вирусного гепатита С и беременности остается открытой. В течение последнего года под нашим наблюдением находились 6 беременных женщин в возрасте 17–34 лет. У пятерых из них был диагностирован вирусный гепатит С и у одной – вирусный гепатит В. У двух женщин в возрасте 17 и 26 лет при беременности 9 нед и 24 нед вирусный гепатит С выявлен впервые без клинических проявлений, у одной из них (беременность 9 нед) методом ПЦР в крови была обнаружена РНК вируса гепатита С. При УЗИ органов брюшной полости у обеих женщин выявлялись диффузные изменения паренхимы печени и уплотнение стенок сосудов печени, биохимические показатели функций печени оставались в пределах нормы. Обе женщины были выписаны из стационара, роды наступили в срок, за медицинской помощью они в последующем не обращались. Три другие женщины 18, 27 и 34 лет при беременности 24, 35 и 5 нед поступили в стационар с симптомами острого вирусного гепатита. У двух из них (18 и 27 лет) наблюдалась желтуха при уровне билирубина 68–73 мкмоль/л и повышение активности трансаминаз, методом ПЦР у обеих женщин в крови обнаружена РНК вируса гепатита С типы 1в и 3а. У больной 34 лет при сроке беременности 5 нед отмечалось лишь повышение активности трансаминаз. Все беременные женщины получали базисную терапию, и две из них при беременности 5 и 24 нед были выписаны из стационара, роды наступили в срок, за медицинской помощью они в последующем не обращались. Состояние рожениц и новорожденных было удовлетворительным, желтухи не отмечалось. У женщины 27 лет на фоне острого вирусного гепатита С (тип 3а) при беременности 35 нед начались преждевременные роды, в связи с чем больная была переведена в родильный дом, где у нее родился мальчик. Послеродовый период протекал удовлетворительно. Для исследования методом ПЦР была взята кровь матери, пуповинная кровь, ткань плаценты, околоплодные воды. РНК вируса гепатита С (тип 3а) обнаружена в крови матери и плаценте, в околоплодных водах и пуповинной крови РНК вируса гепатита С не было. Перед выпиской из родильного дома для исследования методом ПЦР была взята кровь ребенка и грудное молоко матери – вирус гепатита С обнаружен не был. Через 3 мес после родов: мать и ребенок чувствуют себя удовлетворительно, каких-либо признаков болезни нет, мать кормит ребенка грудью. Начатое нами исследование продолжается с использованием современных методик. Мы надеемся, по мере увеличения наблюдений, сделать выводы и составить определенные рекомендации ведения подобных больных.

Клиническая характеристика α-герпесвирусных инфекций у детей

Литяева Л.А., Губачева Т.Ф.

Оренбургская государственная медицинская академия

Актуальность герпетических инфекций в последние годы возрастает, что объясняется их широким распространением, эпидемиологической ролью и многообра-

зием клинических проявлений. Участковый врач-педиатр первым сталкивается с этими больными. Под наблюдением находилось 36 детей с различными формами герпетических инфекций, вызванных альфа-герпесвирусами: из них 22 – с ветряной оспой, 8 – с простым герпесом с локализацией поражения на коже и слизистых, 6 – с опоясывающим герпесом. Ветряной оспой болели дети возраста 2–5 лет, простым и опоясывающим герпесом – преимущественно старше 4 лет. У большинства из них (33) заболевания имели типичные клинические проявления и протекали в среднетяжелой форме. Следует отметить, что ранее эти дети неоднократно переносили инфекционно-воспалительные заболевания: ОРЗ более 8 раз в год (36), рецидивирующий афтозный стоматит (8), атопический дерматит (11), шейный лимфаденит (7), хронический тонзиллит (7), у 11 детей была ветряная оспа. Типичные везикулезные высыпания у детей чаще возникали на фоне ОРЗ (у 10 из 12), им предшествовали общая слабость, чувство жуда и жжения, субфебрильная температура. У 5 больных герпетические высыпания локализовались на губах, крыльях носа, щеках, лбу, у 6 – в пояснично-крестцовой области, межреберьях и сопровождалась сильными болями в области пораженного участка кожи. Кроме того, у всех больных отмечался регионарный лимфаденит. У 3 больных кожные высыпания были нетипичными, что первоначально затруднило постановку правильного диагноза, тем более что все они страдали дерматозами. У них на обоих предплечьях (2) и на тыльной поверхности кистей (1) появились сгруппированные папулы на эритематозном фоне кожи, которые протекали без повышения температуры тела, признаков интоксикации и образования пузырьковой сыпи. У одного из них при спаде герпетического процесса наблюдалось обострение атопического дерматита. Полученные данные показывают вариабельность клинической картины герпетической инфекции, знание которой и своевременная антигерпесвирусная терапия позволят снизить риск кожной диссеминации и висцеральных осложнений у детей.

Распространенность скарлатины на педиатрическом участке

Литяева Л.А., Логинова Р.И.

Оренбургская государственная медицинская академия

Значимость скарлатины как стрептококковой инфекции в формировании хронических поражений сердца и почек остается бесспорной, несмотря на снижение заболеваемости этой инфекцией в последние годы. В детской поликлинике № 4 г. Оренбурга в 2008 году зарегистрирован рост заболеваемости детей скарлатиной по сравнению с 2007 годом в 2 раза (с 15 до 33 случаев). Возрастная структура заболевших была представлена детьми дошкольного возраста (26), большинство из которых были из организованных коллективов (21) и младшего школьного возраста (7). Чаще болели мальчики (20). Анализ эпидемиологического анамнеза показал,

что 2 детей имели в семье контакт с больным ангиной, 15 – в детском саду, у остальных (16) источник не был установлен. Половина детей (16) имели неблагоприятный преморбидный фон: персистирующие бактериальные инфекции (4), часто болеющие дети (6), функциональные нарушения кишечника по гипо- и гиперкинетическому типам (5), энтеробиоз (1). Клинически заболевание у всех детей начиналось с повышения температуры тела до 37,8°C (5), выше 38,0°C (27), налеты на миндалинах отмечались лишь у половины детей (15), обложенность языка и выраженность сосочков после его очищения была у всех, увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов у 12. Сыпь у большинства детей (27) была типичная, мелкоточечная на гиперемизированном фоне, усиливающаяся в естественных складках, отмечался умеренный зуд. У 5 детей высыпания были незначительными. Во всех случаях регистрировалось мелкопластинчатое шелушение на кистях и стопах на 10–11 дни болезни. В анализе крови у 8 детей отмечались умеренный лейкоцитоз до 11×10^9 , ускорение СОЭ. Заболевание протекало в легкой и среднетяжелой формах, лечились амбулаторно и только один больной 2 лет с тяжелой формой скарлатины был госпитализирован. Осложнений не отмечалось. В качестве этиотропной терапии использовались флемоксин, сумамед per os. Полученные результаты показывают, что в современных условиях скарлатина сохраняет типичные клинические проявления и эпидемиологическую значимость.

Анализ состояния здоровья детей первого года жизни от ВИЧ-позитивных матерей

Литяева Л.А., Носырева С.Ю.

Оренбургская государственная медицинская академия

Проанализировано состояние здоровья 60 детей первого года жизни, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, 30 из которых были с подтвержденным диагнозом «ВИЧ-инфекция», другие 30 – неинфицированные из перинатального контакта. Установлено, что большинство из них родились в срок, но у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией в 2 раза чаще регистрировалась задержка внутриутробного развития (6) и поражение центральной нервной системы (14). Уже в первое полугодие жизни у большинства ВИЧ-инфицированных детей определялись: лимфаденопатия (27), гепатоспленомегалия (25), недостаточная прибавка в весе (9), отставание в психомоторном развитии на 1 эпикризный срок (6), атопический дерматит (14), анемия различной степени тяжести (24), ускоренная СОЭ (25), количество лейкоцитов (9) и тромбоцитов (7) на нижней границе нормы. В группе из перинатального контакта данные проявления отмечались значительно реже: лимфаденопатия (7), гепатоспленомегалия (3), отставание в физическом (2) и психомоторном развитии (2), атопический дерматит (5), анемия легкой степени (7). Установлено, что в обеих группах имела место повышенная инфекционная забо-

леваемость преимущественно респираторного тракта: с поражением верхних отделов (ринофарингит) в группе перинатального контакта (20) и нижних отделов у младенцев с ВИЧ-инфекцией (22) с развитием пневмоний у 7 из них (в 1 случае лимфоидной интерстициальной), характеризующихся тяжелым и длительным течением с проявлениями дыхательной недостаточности, что превышало данный показатель (2) в группе сравнения. Кроме того, у ВИЧ-инфицированных детей были диагностированы герпетическая (3) и кандидозная (2) инфекции. Острыми кишечными инфекциями дети обеих групп болели примерно с одинаковой частотой. Полученные данные показывают, что выраженное снижение резистентности у ВИЧ-инфицированных детей обуславливает появление клинических проявлений болезни в ранние сроки, уже в первые месяцы жизни.

Стрептококковая инфекция у детей на современном этапе

Лобанова Т.В., Шевченко С.С., Грекова А.И., Смолянкин Н.Н., Егоров А.С., Павлюкова М.В., Якунина В.А., Бедрик Н.В.

Смоленская государственная медицинская академия

Стрептококковая инфекция до сих пор остается серьезной эпидемиологической и клинической проблемой, нередко проявляется групповыми вспышками в детских коллективах. Бесспорной является роль стрептококковой инфекции в формировании хронических поражений сердца, почек.

Нами было проанализировано 84 истории болезни детей со стрептококковой инфекцией, госпитализированных в инфекционное отделение МЛПУ КБ №1 г. Смоленска в 2005–2008 гг. Диагноз стрептококковой инфекции был поставлен на основании клинической картины и подтвержден обнаружением в крови диагностического титра АСЛО (от 400 до 800 МЕ/мл).

Установлены следующие клинические формы стрептококковой инфекции: скарлатина – 28 человек, лакунарная ангина – 34 ребенка, фаринготонзилит – 20, рожистое воспаление – 2. У всех детей заболевание протекало в среднетяжелой форме. В одном случае установлена экстрафарингеальная форма скарлатины (входные ворота – ожоговая поверхность).

По возрасту преобладали дети старшего возраста: от 1 до 3 лет – 12 детей, от 4 до 7 лет – 33 ребенка, от 8 до 14 лет – 39 больных. В первые сутки болезни были госпитализированы 94% детей. На второй неделе болезни госпитализировано 5 детей (6%), из них 1 ребенок с аллергической волной скарлатины и 5 детей с фаринготонзилитом. Осложнения установлены в 1% случаев в виде лимфаденита.

В общем анализе крови в 65% случаев отмечался лейкоцитоз от $9,1$ до $24,2 \times 10^9$, увеличение СОЭ у 72% больных и составило $27,1 \pm 3,5$ мм/ч.

У 8% детей в периоде реконвалесценции – эозинофилия (8–10%).

Выделить β -гемолитический стрептококк из носоглотки удалось только в 2% случаев, а в 5% случаев выделен *S. aureus* I–II степени обсемененности.

Полученные данные позволяют сделать выводы: 1) стрептококковая инфекция в современных условиях протекает типично и сохраняет все свойственные данному заболеванию клинические проявления в зависимости от места входных ворот; 2) преобладают локализованные формы заболевания; 3) чаще болеют дети старшего возраста; 4) осложнения развиваются редко благодаря адекватной этиопатогенетической терапии.

Амизон в профилактике вспышечной заболеваемости гепатита А в регионе Донбасса

Луговсков А.Д.

Луганский государственный медицинский университет

Выраженный вспышечный характер заболеваемости гепатитом А (ГА) в Донбассе диктует необходимость поиска эффективных и сравнительно недорогих средств профилактики данной инфекции. В Луганской области накоплен большой опыт применения индуктора эндогенного интерферона препарата амизон в качестве средства профилактики заболеваемости ГА.

В частности, амизон применялся во время одной из наиболее крупных водных вспышек ГА в Европе в г. Суходольске летом 2003 года, где было зарегистрировано 976 больных с клиническими формами гепатита А, в том числе 278 детей от 3 до 14 лет (21,6%), 176 подростков 15–17 лет (23,4%) и 572 взрослых в возрасте от 18 до 40 лет (55%). Показатель заболеваемости составил 2752,1 на 100 тысяч населения. В этих экстремальных условиях был применен амизон по схеме. Всего амизон получили 6448 человек, в том числе 1911 детей в возрасте от 7 до 14 лет, 1100 подростков в возрасте от 15 до 17 лет, 3011 взрослых от 18 до 45 лет.

Установлено, что среди лиц, получивших амизон с профилактической целью, заболело 328 человек (5,08%), при этом подавляющее большинство заболело в первые 10 дней от начала приема препарата. Это можно объяснить тем, что на момент начала химиопрофилактики данные больные находились в конце инкубационного периода ВГА, причем среди них не отмечено затяжных форм гепатита, обострений заболевания, а период реконвалесценции протекал гладко и заканчивался выздоровлением. Контрольная группа (не получавших амизон) составила 2043 человека, проживающих в эпидемическом очаге. Клинически манифестными формами ВГА заболело 648 человек (31,7%), что в 6,2 раза выше, чем среди лиц основной группы. Индекс эпидемиологической эффективности равен 6,23.

Таким образом, амизон показал достаточно высокую эффективность в снижении интенсивности эпидемического процесса во время крупной водной эпидемической вспышки в г. Суходольске в июле месяце в 2,4 раза, в августе в 3,8 раза.

Инфекция и гиперпластические процессы матки

Лукач А.А., Ольховиков А.И.,
Соколова Ю.А., Полянин Д.В.

Уральская государственная медицинская академия;
Городская клиническая больница № 40, Екатеринбург;

В последнее время, наряду с абсолютными патогенами (хламидии, гонококки), существенное место занимают условно-патогенные возбудители (микоплазмы, грибы). В основу работы положены данные ретроспективного ($n = 142$) и проспективного исследования больных с гиперпластическими процессами гениталий ($n = 326$). Средний возраст у больных эндометриозом составил $36,5 \pm 1,3$, миомой матки – $41,2 \pm 1,5$ и гиперплазией эндометрия – $41,4 \pm 1,0$ лет. Исследование биоматериала проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Нами были проанализированы результаты двух периодов. Первый период – с 2000 по 2002 гг., второй – с 2003 по 2008 гг. За первый период положительные результаты ПЦР и серологические данные были получены у 89 (62,6%) больных из 142 обследованных: из них хламидиоз – у 61 (42,9%), уреоплазмоз – у 21 (14,8%), кандидоз – у 7 (4,9%). Выявлено существенное различие между частотой выделения *Chlamidiae trachomatis* и *Ureaplasma urealiticum* в первый и второй периоды исследования. Так, выделение *Chlamidiae trachomatis* по отношению к обследованным пациентам в первый период составило 0,43, во второй – 0,05 ($p = 0,0001$), *Ureaplasma urealiticum* – 0,15 и 0,40 соответственно ($p = 0,0002$). На наш взгляд, одной из причин снижения выделения *Chlamidiae trachomatis* может быть широкое внедрение антибиотиков типа доксициклина, вильпрафена, сумамеда и пр. для лечения различных воспалительных заболеваний. Это могло привести к вытеснению *Chlamidia trachomatis* как более чувствительного возбудителя к данным антибиотикам другими, условно патогенными возбудителями, в частности *Ureaplasma urealiticum* и *Micoplasma hominis*. Во всех группах больных отмечается более низкое содержание клеточных факторов защиты, по сравнению со здоровыми женщинами. На основании соотношения $CD3^+/IFN\gamma^+$ к $CD3^+/IL-4^+$ можно сделать заключение, что у больных гиперпластическими процессами гениталий отмечается поляризация иммунного ответа в сторону Т-лимфоцитов хелперов. Корреляционный анализ выявил различные типы взаимоотношений между половыми гормонами и факторами иммунитета в зависимости от результата ПЦР, что указывает на несомненное влияние инфекционных факторов в патогенезе гиперпластических процессов матки.

Этиотропная терапия брюшного тифа

Лучшев В.И., Бурова С.В., Онухова М.П.,
Лорисов А.В., Лазуткина Л.И.

*Российский государственный медицинский университет,
Москва;*

Инфекционная клиническая больница №3, Москва

В настоящее время в Москве заболеваемость брюшным тифом возрастает за счет миграции населения из эпидемических неблагополучных районов по брюшному тифу. Важным, на наш взгляд, является определение чувствительности возбудителя брюшного тифа к антибактериальным препаратам. Во всех случаях выделения возбудителя, проводилось исследование его чувствительности к антибактериальным препаратам, учитывая резистентность *S. Typhi* к левомицетину и полирезистентность к ампициллину.

С 2004 года чаще всего проводилась комбинированная антибактериальная терапия: препаратами цефалоспоринов (III поколения) и фторхинолонами (III-IV поколения) – (ЦФ) 40 больных, а в случаях тяжелого и осложненного течения заболевания к ним добавляли метронидазол – (ЦФМ) 30 больных. Под наблюдением находилось 130 больных среднетяжелым и тяжелым течением брюшного тифа. Диагноз подтвержден бактериологическим и/или серологическим методами исследования. Критериями оценки результата этиотропной терапии являлись: длительность лихорадки, скорость нормализации размеров печени и селезенки. При лечении больных брюшным тифом препаратами ЦФ лихорадка продолжалась $10,3 \pm 0,63$ дней и $7,7 \pm 0,58$ дней на фоне ЦФМ. Сроки нормализации размеров печени соответственно $21,2 \pm 1,0$ и $22,2 \pm 1,1$ дней, селезенки $14,7 \pm 1,43$ и $13,7 \pm 0,7$ дней.

Проведенные исследования показали, что в настоящее время оптимальным является комбинированная терапия брюшного тифа с использованием антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

Эндолимфатический путь введения антибактериальных препаратов при средне – тяжелой и тяжелой форме брюшного тифа (14 и 42 больных) позволил сократить период интоксикации заболевания в 3 раза по сравнению с традиционными путями, введения антибактериальных препаратов, снизить суточную дозу антибактериальных препаратов в 10–20 раз в зависимости от препарата, сохраняя микрофлору кишечника больного.

Введение антибактериальных препаратов эндолимфатически, встречающихся с возбудителем *in situ* в лимфатической системе, приводило более эффективной инактивации бацилл Эберта, и не давало повторного контакта возбудителя с сенсibilизированными пейеровскими бляшками кишечника.

Методы введения лекарственных препаратов при инфекционных заболеваниях

Лучшев В.И., Ильинский Ю.А., Жаров С.Н.,
Бурова С.В., Санин Б.И., Шукуров А.Д., Мухин П.А.,
Борисов В.А., Лорисов А.В., Лазуткина Л.И.

*Российский государственный медицинский университет,
Москва;*

Инфекционная клиническая больница №3, Москва

Клиническая эффективность лечения больных инфекционными болезнями зависит от путей введения лекарственных препаратов, проходящих барьеры, проходящие к локусу – пораженного органа, тканей, клеток, что связано с патогенезом заболевания.

Учитывая особенности патогенеза развивающегося массивного некроза печени при тяжелой форме ОГВ, связанного с поражением инфицированных гепатоцитов и нарушениями микроциркуляции печени, при явлениях острой печеночной недостаточности (17 больных), использовали трансумбиликальный путь введения дезинтоксикационных препаратов. Введение трансумбиликально кристаллоидных и коллоидных препаратов до 4000 мл в сутки, преднизолона не более 60 мг. Остальную дозу до 300 мг вводили в системную вену. В портальную систему печени гепарин вводили до 10 000 ЕД в сутки. Улучшение больного наблюдалось на следующий день. В случаях развития печеночной прекомы или комы улучшение состояния больного зависело от функциональной сохранности органа.

Лечение больных с острыми холестатическими вариантами ГВ, ГД, ГС и ГА включало в комплекс терапевтических мероприятий (30 больных) введение гепарина ингаляционным путем до 20 000 ЕД в сутки. Холестаз разрешался через 7–14 сеансов.

Региональный путь введения гепарина через катетеризованную круглую связку печени (52 больных) дробно до 30 000 ЕД в сутки, мягко снижал показатели коагулограммы (в 2 раза) и разрешал холестаз – в течение 2–4 дней.

Эндолимфатический путь введения антибактериальных препаратов при среднетяжелой и тяжелой форме брюшного тифа (14 и 42 больных) позволил сократить период интоксикации заболевания в 3 раза по сравнению с традиционными путями введения антибактериальных препаратов, снизить суточную дозу антибактериальных препаратов в 10–20 раз в зависимости от препарата, сохраняя микрофлору кишечника. Введение антибактериальных препаратов эндолимфатически, встречающихся с возбудителем «*in situ*» в лимфатической системе, приводило к более эффективной инактивации бацилл Эберта, и не давало повторного контакта возбудителя с сенсibilизированными пейеровскими бляшками кишечника.

Обучение по вопросам ВИЧ: оценка эффективности традиционных и интерактивных методов

Лысенко И.В., Бондаренко И.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

В условиях эпидемии ВИЧ-инфекции необходим поиск новых методов обучения медицинских специалистов, которые позволят не только исчерпывающе ознакомиться с медицинской информацией, но и развеять страхи и стереотипы относительно ВИЧ-инфекции и уязвимых групп, повысить толерантность врачей и включить их в профилактическую работу. Проведена оценка уровня знаний в 2 группах студентов: 1-я обучалась «традиционно» (лекция, семинар), 2-я – с использованием интерактивных методов и включением психологических приемов, направленных на обращение к эмоциональной сфере учащегося. Знания оценивались анонимным анкетированием. Всего опрошено 158 респондентов. Анализ анкет студентов 1-й группы демонстрирует настороженное отношение будущих врачей к людям с положительным ВИЧ-статусом. Правильно оценивают вероятность профессиональных рисков только 5%, риск вертикальной трансмиссии – 28%, риск при половых контактах – 7% респондентов. Недопонимание путей передачи ВИЧ-инфекции иллюстрирует мнение 33% опрошенных о необходимости обследовать на ВИЧ поваров и официантов и опасение 67% студентов по отношению к ВИЧ-позитивным людям. Конфиденциальность ВИЧ-статуса ясна только для 61% респондентов. Более 50% студентов считают, что профилактика ВИЧ-инфекции должна сводиться к поголовному обследованию на ВИЧ и 66% – что консультирование по вопросам профилактики ВИЧ – приоритет Центров по борьбе со СПИ-Дом. Студенты 2-й группы показали более четкие знания по вопросам вертикальной и половой передачи ВИЧ-инфекции: грамотно на вопросы о риске вертикальной передачи ответили 78% студентов, половой – 61%, профессиональных рисках – 13% опрошенных. Суть профилактической работы и собственную роль в профилактике ВИЧ-инфекции так же осознает менее половины студентов. Понимание конфиденциальности сформировалось у 92% обучавшихся, но только 17% респондентов не изменят своего отношения к человеку, узнав о его ВИЧ-положительном статусе! Таким образом, «традиционные» методы обучения ставили задачей получение знаний, но их остаточный уровень неожиданно оказался ниже. Использование интерактивных методов в большей мере отвечает требованиям, предъявляемым к подготовке медицинских кадров по ВИЧ-инфекции на современном этапе.

Изучение корреляционных матриц иммунологических показателей при псевдотуберкулезе у детей

Любимцева О.А., Огошкова Н.В., Дроздова Т.Г., Кашуба Э.А., Черемных Л.Г., Князева Е.Ф., Кухтерин А.А., Федоров В.В., Козлов П.А.

Тюменская государственная медицинская академия; Областная инфекционная больница, Тюмень

Цель работы: определение баланса иммунной системы у больных псевдотуберкулезом на основании анализа корреляционных матриц иммунологических показателей и влияние на него антибиотикотерапии левомецетином и ампициллином и их сочетания с вобэнзимом.

Для характеристики синдрома напряженности функционирования иммунной системы определялись интегральные показатели корреляционной матрицы: ПДС – % достоверных корреляционных связей, СИС – средняя интенсивность связей, КТС – коэффициент тесноты связи (отношение суммы достоверных к сумме недостоверных связей) и участие в межиммунном взаимодействии отдельных показателей.

В периоде разгара псевдотуберкулеза (до начала терапии) имеется напряженность в иммунной системе по сравнению с нормой, что проявляется увеличением ПДС с 8,7 до 25,3%, КТС с 0,24 до 0,95, при практически неизменной СИС 0,34 против 0,33 в норме. Наиболее активно в процесс межиммунного взаимодействия на этом этапе вовлекаются показатели клеточного иммунитета – количество корреляционных связей CD3⁺ Лф увеличивались с 0 до 61,1% от максимально возможных в данной корреляционной «сетке», CD4⁺ Лф с 0 до 50,0%, CD7⁺ Лф с 0 до 61,1%, CD8⁺ с 5,6 до 61,1%, CD 16⁺ с 0 до 38,9%. Из активационных маркеров, наиболее активно включаются HLA-DR⁺, CD50⁺, CD38⁺. В то же время несмотря на более активное взаимодействие CD 20⁺ (В-Лф) с другими лимфоцитами по сравнению с нормой, их связи с иммуноглобулинами и ЦИКАми не прослеживаются. После лечения левомецетином напряженность в системе усиливается, а ампициллином – снижается

Выводы. В разгаре заболевания псевдотуберкулезом имеет место закономерное усиление напряженности в иммунной системе. Применение вобэнзима оказывает иммуномодулирующий эффект на уровне общего адаптационного синдрома, что клинически проявляется уменьшением частоты рецидивов (при лечении левомецетином с 66 до 11,8%, при лечении ампициллином с 25 до 12,5%).

Патогенетические основы формирования некоторых клинических симптомов при хроническом бруцеллезе

Ляпина Е.П., Шульдяков А.А., Гаврилова И.Б., Царева Т.Д., Соболева Л.А.

Саратовский государственный медицинский университет; Саратовский НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора

В патогенезе ХБ значительную роль играют поражения периферических нервов аксонально-демиелинизирующего характера, протекающие на фоне регионарных гемоди-

намических сдвигов и сопровождающиеся характерным симптомокомплексом. Нами были выявлены четкие взаимосвязи между клиническими проявлениями и инструментальными параметрами, позволяющие констатировать, что в формировании ряда симптомов, таких как парестезии, чувство похолодания и усталости в конечностях, боль в дистальных участках рук и ног, большое значение имеют как поражения периферических нервов, так и нарушения регионарного кровообращения.

Детальное комплексное клиническое обследование больных ХБ, а также использование метода электронейромиографии (ЭНМГ), позволяющего объективизировать характер патологических изменений со стороны периферических нервов, с учетом выявленных четких корреляций между клиническими проявлениями и данными ЭНМГ позволило верифицировать диагноз полинейропатии или полирадикулонейропатии у 86% пациентов, что оказалось выше результатов других исследователей, которые в процессе наблюдения применяли только клинические методики.

Клиническая картина ХБ на всех этапах его развития обуславливается регионарными гемодинамическими сдвигами, которые в некоторой степени связаны с развитием аксонально-демиелинизирующего поражения периферических нервов, а также с возможным формированием иммунно-комплексных васкулитов, возникновение которых при бруцеллезной инфекции описано многими авторами.

С учетом полученных данных для изучения генеза клинических проявлений, объективной оценки состояния периферических нервов и регионарной гемодинамики в комплексное обследование больных ХБ необходимо включать инструментальные методы, позволяющие судить о глубине, локализации, частоте поражения периферической нервной и сосудистой систем, что необходимо, в первую очередь, для рационализации терапии.

Функциональное состояние периферической нервной и сосудистой систем при хроническом бруцеллезе

Ляпина Е.П., Шульдяков А.А., Гаврилова И.Б., Царева Т.Д., Соболева Л.А.

Саратовский государственный медицинский университет; Саратовский НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора

Клинические проявления поражения периферической нервной и сосудистых систем встречаются часто при хроническом бруцеллезе (ХБ), что отмечено многими авторами. Однако остается открытым вопрос о характере и степени функциональных нарушений периферических нервов при ХБ, значении сосудистого фактора в формировании нейродистрофических синдромов.

Клинико-инструментальное обследование 100 больных ХБ, включавшее проведение реографии, реоэнцефалографии и электронейромиографии, показало, что формирование патологического процесса при ХБ сопровождается нарушениями мозговой гемодинамики в системах позвоночной и сонной артерий, обусловленными снижением пульсового кровенаполнения, возрастанием тонуса сосудов, затрудне-

нием венозного оттока. Вышеперечисленные изменения выражены в большей степени в вертебробазилярном бассейне и достигают максимума у больных неактивной формой ХБ.

ХБ характеризуется снижением кровоснабжения дистальных отделов верхних и нижних конечностей, увеличением тонуса крупных сосудов, значительной асимметрией кровенаполнения и затруднением венозного оттока. Регионарные гемодинамические сдвиги прогрессируют при переходе заболевания в неактивную форму, при которой признаки венозного застоя в области голени усугубляются падением тонуса сосудов мелкого калибра.

Смешанный аксонально-демиелинизирующий характер поражения периферических нервов у больных ХБ, приводящий к формированию полинейроадикулопатического синдрома, сопровождается падением амплитуды моторного ответа и вызванных потенциалов срединного и большеберцового нервов, возникновением аксональных блоков в области крупных суставов, замедлением проведения импульсов, в том числе и на уровне корешков спинного мозга. ХБ в своем развитии от активных до неактивных форм характеризуется нарастанием глубины патологических изменений со стороны периферических нервов с преимущественным вовлечением в процесс осевых цилиндров.

При ХБ имеются четкие корреляционные связи между признаками поражений периферической нервной системы, регионарных гемодинамических сдвигов и отдельными клиническими симптомами и синдромами.

Особенности клиники и липидного состава сыворотки крови у больных ВИЧ-инфекцией в стадии генерализованной лимфоаденопатии

Макаров В.К., Гурьянова М.В.

Тверская государственная медицинская академия

Согласно данным Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тверской области, темпы ежегодного прироста больных ВИЧ-инфекцией уменьшились, но количество новых выявляемых случаев этого заболевания остается на высоком уровне.

Целью исследования явилось изучение особенностей клиники и состава общих липидов сыворотки крови у больных ВИЧ-инфекцией в стадии 3 – генерализованная лимфоаденопатия, так как принято считать, что в этой стадии других клинических проявлений не имеется.

Всего было обследовано 50 здоровых лиц, 100 больных ВИЧ-инфекцией в стадии 3 в возрасте от 18 до 35 лет. Мужчин и женщин было приблизительно поровну. Все пациенты имели отрицательные результаты при обследовании на маркеры вирусных гепатитов.

Увеличение печени до 2 см было выявлено только у 22 их них, а увеличение селезенки – у 3. Анализ показателей биохимических тестов показал, что среди данной категории больных наблюдалась более высокая активность аланинаминотрансферазы (АЛТ) по сравнению со здоровыми лицами и остальными 78 больными ВИЧ-инфекцией.

Кроме того, было установлено, что показатели уровня общих липидов у больных ВИЧ-инфекцией в стадии 3 были ниже (302,1 8,4 мг%) по сравнению со здоровыми лицами (353,1,9 13,1 мг%). Разница достоверна ($p < 0,05$).

Липидный спектр у больных ВИЧ-инфекцией в стадии 3 характеризовался более высоким относительным содержанием свободного холестерина ($p < 0,001$) и свободных жирных кислот, но более низким уровнем триглицеридов и эфиров холестерина по сравнению со здоровыми лицами.

Таким образом, несмотря на кажущиеся «спокойствие» процесса у больных ВИЧ-инфекцией в стадии 3 – генерализованная лимфоаденопатия – наблюдаются начальные признаки поражения печени и довольно значительные изменения спектра общих липидов, что может быть отражением процесса поражения мембран иммунокомпетентных клеток непосредственно самим вирусом ВИЧ.

Соотношение фосфолипидов плазмы и мембран лимфоцитов у больных острым вирусным гепатитом В и пациентов с токсическим гепатитом

Макаров В.К., Рясенский Д.С.

Тверская государственная медицинская академия

Известно, что между липидами плазмы крови и биологическими мембранами клеток существует постоянный взаимообмен. Немалый интерес представляют данные о соотношении фосфолипидов плазмы и мембран лимфоцитов как важнейших составляющих иммунной системы.

Целью работы было изучение цифровых значений соотношений фосфолипидов плазмы крови и лимфоцитарных мембран у больных острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) в сравнении с аналогичными показателями у больных гепатитом невирусной природы (токсическим гепатитом на почве отравления полигексаметиленгуанидин гидрохлоридом (ПГМГ)).

Было обследовано 62 пациента с токсическим гепатитом (ТГ), 50 здоровых лиц и 50 больных острым вирусным гепатитом В. Спектр фосфолипидов определяли унифицированным методом не ранее, чем через 7 дней с момента последнего употребления алкоголя, а у больных ОВГ В в стадии разгара болезни.

В результате исследования было установлено, что поражение лимфоцитарных мембран под воздействием HBV-инфекции по сравнению с ТГ приводило к нарушению процессов фосфорилирования и накоплению на мембранах лимфоцитов токсичных лизофосфолипидов. В то же время, соотношение лизофосфолипидов (ЛФЛ) плазмы и мембран лимфоцитов у больных ТГ и здоровых лиц было близким, что указывает на отсутствие заметных повреждений мембран лимфоцитов при ТГ и незначительную роль иммунных механизмов в развитии нарушений метаболизма липидов при данной патологии.

Соотношение фракции фосфатидилхолина (ФХ) в плазме и лимфоцитах было достоверно выше у больных ОВГ В, по сравнению со здоровыми лицами и пациентами с ТГ, что может быть связано с накоплением данной фос-

фолипида в плазме за счет снижения активности фермента фосфолипазы А2.

Таким образом, под воздействием иммунных реакций у больных HBV-инфекцией наблюдалось значительное изменение соотношения фракций фосфолипидов по сравнению с больными токсическим гепатитом, у которых большинство показателей было близко к норме.

Характеристика липидного состава мембран лимфоцитов у больных острым вирусным гепатитом В

Макаров В.К., Рясенский Д.С.

Тверская государственная медицинская академия

В результате изучения спектра общих липидов мембран лимфоцитов было установлено, что относительное содержание общих фосфолипидов у больных острым вирусным гепатитом В было почти в 2 раза ниже, чем у лиц с токсическим гепатитом и здоровых лиц. Также у больных острым вирусным гепатитом В (ОВГ В) выявлено существенно более низкое относительное содержание свободного холестерина ($p < 0,001$) по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с токсическим гепатитом и здоровых лиц.

Содержание свободных жирных кислот (СЖК) у больных токсическим гепатитом (ТГ) было ниже, чем у здоровых лиц и в 2,5 раза более низким по сравнению с пациентами с ОВГ В.

Самый высокий уровень триглицеридов из обследуемых групп наблюдался у больных ОВГ В. У пациентов с ТГ относительное содержание триглицеридов было значительно ниже, чем у больных ОВГ В, но незначительно отличалось от аналогичного показателя у здоровых лиц.

Сравнение относительного содержания фракций фосфолипидов плазматических мембран лимфоцитов показало, что у больных ОВГ В относительное содержание суммарных лизофосфолипидов было в 2 выше, чем у пациентов с токсическим гепатитом и в 2,5 раза, чем у здоровых лиц ($p < 0,001$).

Уровень сфингомиелина у больных острым вирусным гепатитом В достоверно был выше, чем у здоровых лиц и пациентов с токсическим гепатитом ($p < 0,01$). Данный показатель у больных токсическим гепатитом был незначительно ниже по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,05$).

Относительное содержание фосфатидилхолина напротив было наиболее высоким у здоровых лиц, по сравнению с больными острым вирусным гепатитом В и токсическим гепатитом. Больные острым вирусным гепатитом В имели наименьшие цифровые значения относительного содержания фосфатидилхолина в мембранах лимфоцитов. Мембраны лимфоцитов больных ОВГ В содержали на 30% меньше фосфатидилэтанолама, по сравнению со здоровыми лицами и на 46% – в отличие от пациентов с токсическим гепатитом.

Таким образом, выявлены значительные различия в показателях липидов плазматических мембран лимфоцитов при токсическом гепатите и остром вирусном гепатите В, что можно использовать в дифференциальной диагностике.

Функциональное состояние (ФС) головного мозга у больных хроническим вирусным гепатитом G (ХВГГ)

Макарова Г.В., Кудрявцев А.Е.,
Максимова Р.Ф., Самотолкина Е.С.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;
2-я КИБ, Москва

Цель исследования: изучить ФС головного мозга у больных ХВГГ в стадии обострения.

Пациенты и методы. Обследовано 23 больных в возрасте от 26 до 49 лет. I группа – 9 человек с моноинфекцией гепатита G. II группа – 8 чел. ХВГГ в сочетании с ХВГС. III группа – 6 чел. ХВГГ в сочетании с ХВГС и токсическим гепатитом. Изучение ФС головного мозга проводилось методом электроэнцефалографии (ЭЭГ). Методы анализа ЭЭГ – визуальный и фазометрический.

Результаты. В I группе визуальная ЭЭГ – нормальная. При фазометрическом анализе выявлено незначительное повышение активности правого полушария и незначительное увеличение межполушарной асимметрии, что указывает на хронизацию процесса. В динамике изменения те же. Во II группе у 5 больных данные анализа те же, что и у больных I группы. У 3 больных на ЭЭГ умеренные изменения ФС дизэнцефальных и неспецифических структур ствола головного мозга и значительное усиление межполушарной асимметрии с доминированием правого полушария, что указывает на срыв адаптивных реакций мозга. В динамике изменения те же. В III группе у 2 чел. на ЭЭГ умеренные изменения с уплощением ЭЭГ кривой, у 4 – значительные с доминированием тета и дельта волн по всем областям мозга, что указывает на наличие у них энцефалопатии. У всех больных отмечается также значительное усиление межполушарной асимметрии на фоне доминирования правого полушария. При повторном обследовании – положительная динамика.

Выводы. ХВГГ как моноинфекция не вызывает изменений ФС головного мозга. При коинфекции ХВГГ и ХВГС изменения на ЭЭГ наблюдаются только при наличии у них астено-вегетосудистых реакций. Значительные изменения ФС головного мозга у больных ХВГГ обусловлены наличием у них токсического гепатита, что необходимо учитывать при лечении.

Химиофилактика клещевого энцефалита

Макарова Е.А., Воробьева Н.Н.,
Градобоева Е.Г., Фризен В.И.

Пермская государственная медицинская академия им.
акад. Е.А.Вагнера;
Краевая клиническая инфекционная больница, Пермь

В связи с длительной схемой иммунизации против клещевого энцефалита (КЭ), необходимостью ревакцинаций, наличием противопоказаний, а также недостаточной эф-

фективностью и высокой себестоимостью специфического иммуноглобулина проводится поиск новых средств экстренной профилактики инфекций.

Цель. Изучить эффективность применения противовирусного химиопрепарата ПК-Мерц (амантадин сульфат) для профилактики КЭ.

Пациенты и методы. В эпидсезоны 2007–2008 гг. в краевой клинической инфекционной больнице г. Перми проведено клиническое наблюдение и серологическое (ИФА) обследование 26 пациентов (от 20 до 63 лет) с присасыванием вирусифорных клещей, не вакцинированных против КЭ и не получавших экстренную иммуноглобулиновую профилактику вследствие позднего обращения (4-е сутки и более). Пациентам назначали таблетированную форму препарата ПК-Мерц в дозе 100 мг 2 раза в сутки перорально курсом 5 дней. Группу сравнения составили 64 пациента без медикаментозной профилактики в связи с поздним обращением.

Результаты. У пациентов, получавших ПК-Мерц, случаев заболеваний КЭ не установлено. Напротив, в группе сравнения у 29 (45,3%) человек верифицирован диагноз КЭ: у 23 пациентов – лихорадочная форма, у 3 – менингеальная и у 3 – очаговая. У 5 человек (17,2%) наблюдался двухволновый вариант течения инфекции. Профилактика ПК-Мерцем показала высокий результат приверженности пациентов – 93%, причем основными факторами, повышающими ее, были: удобство применения препарата, доступность, хорошая переносимость.

Заключение. Таким образом, установлена значительная эффективность ПК-Мерца в качестве средства поздней профилактики КЭ, когда нецелесообразно введение противэнцефалитного иммуноглобулина.

Моно-G-инфекция

Макашова В.В., Максимова Р.Ф., Флоряну А.И.,
Шипулин Г.А., Кушакова Т.Е.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;
Инфекционная клиническая больница №2, Москва

Открытие вируса гепатита G и разработка методов его обнаружения вызвали интенсивное накопление фактических данных. Это отразилось публикацией нескольких литературных обзоров, вышедших как в России, так и за рубежом. Вместе с тем, клинических работ, посвященных изучению этой инфекции, немного. Это можно объяснить незначительным выявлением моноинфекции гепатита G.

Выявлено 26 больных моно-G гепатитом, из них 9 человек острой формой гепатита (31%), и 17 – хронической моно-G-инфекцией (69%).

Преобладали мужчины – 65% и лица молодого возраста – 92% до 40 лет, старше 40 лет было лишь 2 больных (8%). Больше чем у половины пациентов (58%) отмечался отягощенный преморбидный фон, причем у 75% преобладали болезни желудочно-кишечного тракта.

У большинства больных острой HGV (88%) наблюдалось средне-тяжелое течение (у 7 из 8) и только у 1 паци-

ента – тяжелое. У больных со среднетяжелым течением преобладали холестатические формы – 71% (у 5 человек из 7). Средний койко-день у них составил 44 дня.

Течение ХГГ у всех, за исключением 1 больной, которая уже поступила в тяжелом состоянии, было субклиническим (94%) и выявлялось при диспансеризации или случайном обследовании. Среди 18 больных НГВ у 11 (65%) была нормальная активность трансаминаз, и у них же в 73% (у 8 из 11) регистрировались нормальные цифры билирубина. У пациентов с увеличенными уровнями ферментов наблюдалось и больше больных с повышенным содержанием билирубина (43%), правда, за счет непрямой фракции, кроме одной тяжелой больной. Это почти в 2 раза больше, чем у больных с нормальной активностью трансаминаз.

Пункционная биопсия печени была проведена у 8 человек. Из них у 6 (75%) было выявлено наличие РНК НГВ, преобладала минимальная активность патологического процесса в печени 0-2 балла – у 5 чел. – 63%, у 3 больных регистрировалась умеренная активность от 6-9 баллов, в среднем 7,7 баллов.

Будут представлены клинические случаи, которые свидетельствуют, что НГВ поражает, в основном, лиц молодого возраста и протекает как в острой, так и хронической форме.

Роль системы иммунитета в оценке эффективности противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С

Макашова В.В., Флоряну А.И., Яковенко М.А., Токмалаев А.К., Малиновская В.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;
Российский университет дружбы народов, Москва;
Инфекционная клиническая больница №2, Москва

В течение 2003-2006 гг. наблюдалось 103 больных хроническим вирусным гепатитом С, из них 85 мужчин (83%) и 18 женщин (17%) в возрасте от 21 до 57 лет, большинство из которых были до 40 лет (83%).

У 23 пациентов выявлен 1 генотип ВГС – 1b у 22 и 1a у 1 больного. У остальных преобладал генотип 3a – у 74 больных (92,5%), у 5 пациентов выявлен 2a генотип ВГС, у 1 – 2a+3a. 96 больных получали противовирусную терапию в стандартных дозах по общепринятым схемам, 7 человек – плацебо.

Устойчивый вирусологический ответ при комбинированной терапии отечественными препаратами (реаферон и рибамидилом) у больных ХГС с не 1 генотипом вируса зарегистрирован в 61% случаев; у больных ХГС с 1 генотипом эффективность была ниже – 45%.

Не было выявлено достоверно значимой разницы между показателями иммунитета в зависимости от пола, возраста и генотипа вируса.

У обследованных больных как по средне-статистическим, так и индивидуальным данным, исходное относи-

тельное и абсолютное содержание CD4⁺, CD22⁺ и CD95⁺ было достоверно ниже по сравнению с показателями здоровых лиц ($p < 0,01$). На основании индивидуального анализа было выделено 3 типа иммунограмм. Обнаружено, что на лечение чаще отвечали больные с нормальным соотношением субпопуляций Т-лимфоцитов – 69%, а в группе с ИРИ < 1 – лишь 12%. При этом пациенты, принимавшие наркотики в анамнезе, отвечали хуже, чем больные, не принимавшие наркотики.

Таким образом выявлено, что в патогенезе хронического гепатита С значимую роль играет начальное состояние и динамика субпопуляций Т-лимфоцитов. Исходное состояние системы иммунитета характеризовалось сниженным содержанием основных субпопуляций Т-лимфоцитов. Выделено три группы больных в зависимости от соотношения основных субпопуляций Т-лимфоцитов. Вирусологический ответ достоверно чаще регистрировался у пациентов с исходно нормальным соотношением CD4⁺/CD8⁺. Напротив, при выраженном иммунодефиците с уменьшением иммунорегуляторного индекса меньше 1 больные отвечали на лечение реже.

Иммунологические показатели у больных ГЛПС на ранней стадии заболевания в зависимости от тяжести клинических проявлений

Максема И.Г., Компанец Г.Г., Кушнарева Т.В., Слонова Р.А.

НИИ эпидемиологии и микробиологии
Сибирского отделения РАМН

К настоящему времени накоплено много фактов, подтверждающих важную роль гуморального звена иммунитета в защите от хантавирусной инфекции.

В данной работе мы оценили динамику некоторых факторов иммунного ответа макроорганизма в патогенезе инфекции и их значение, как дополнительного прогностического фактора в течение ГЛПС.

В результате исследований сывороток крови больных ($n = 105$) установлено, что антигемагглютинины в крови у больных ГЛПС появлялись на 4–6-й день от начала заболевания, нарастали в титре на 8–15-й день, достигали максимума к 21-му дню, оставаясь на высоком уровне не менее 30 дней, после чего отмечалось их незначительное снижение. Величина титра антигемагглютинирующих антител, по нашим данным, существенно не зависела от тяжести течения ГЛПС. Однако у отдельных больных с летальным исходом отмечен факт их отсутствия в начальный период болезни.

При оценке роли циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в формировании патологии при ГЛПС установлено, что при тяжелом клиническом проявлении инфекции на фоне лихорадки в период появления ведущих синдромов болезни, ЦИК присутствовали только в 25% случаев. При среднетяжелой и легкой формах в лихорадочный период ЦИК выявляли в 2 раза чаще: у 56,7 и 50% больных соответственно. Полученные данные

свидетельствуют о том, что их индукция при ГЛПС носит скорее защитный, чем повреждающий характер и направлена в основном на элиминацию инфекционного агента.

Установлен факт максимального выявления антигена хантавируса в лейкоцитах крови на первой неделе заболевания преимущественно у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением инфекции.

Таким образом, отсутствие антиагглютинирующих антител и ЦИК в начальный период болезни, наличие антигена в лейкоцитах крови у больных в эти же сроки, можно рассматривать как прогностический маркер развития тяжелых клинических проявлений ГЛПС.

Клинические особенности и меры профилактики осложненного течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом

Малинин О.В., Платонов А.Е., Гаранина С.Б.

*Ижевская государственная медицинская академия;
Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

По результатам наблюдения за 9640 больными геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в период с 1988 по 2008 гг. у 736 пациентов прослежено развитие осложненного течения заболевания.

Клиническая картина осложненного течения ГЛПС развивалась по трем вариантам: с первичными проявлениями в виде декомпенсации гемодинамических, почечных или респираторных нарушений, приобретавших через 1–2 дня характер синдрома полиорганной недостаточности.

Для определения патогенетических факторов, провоцирующих осложнения, были рассмотрены показатели инфекционного процесса, активности воспаления и состояния гемокоагуляции. Как оказалось, тяжесть течения ГЛПС не зависела от генотипа возбудителя, уровня «вирусной нагрузки» и продолжительности вирусемии по данным исследования крови методом обратной транскрипции и полимеразной цепной реакции. Несущественной была связь развития осложнений с гемокоагуляционными нарушениями. Отчетливо прослеживалась зависимость тяжести болезни от таких показателей активности воспаления, как содержание в крови нейтрофилов положительно реагирующих с красителем нитросиним тетразолием и уровнем провоспалительных цитокинов. Прогностическая информативность показателей воспаления, изменявшихся в ранние сроки болезни, была использована нами для организации профилактики развития осложнений.

Предположение о преимущественной роли воспаления в патогенезе осложнений ГЛПС было подтверждено сравнением эффективности противовирусной и противовоспалительной терапии. Применение рибавирина с 3-4-го дня болезни (как в таблетированной форме, так и в виде внутривенных инфузий) не сопровождалось суще-

ственным клиническим эффектом. В то же время, инъекционное применение глюкокортикоидов (в сроки с 3-го по 5-й день болезни) достоверно сокращало вероятность развития осложненного течения ГЛПС.

Применение ламивудина при тяжелом течении острого гепатита В

Малинина Г.А., Баранова Н.М., Светлов В.Н.

Ижевская государственная медицинская академия

Целью работы явилась оценка возможности применения ламивудина в терапии больных с тяжелым течением острого гепатита В.

Под наблюдением находились 19 пациентов, поступивших на стационарное лечение в первые сутки от появления желтухи. Показанием для назначения ламивудина послужили признаки развития острой печеночной недостаточности, отмеченные на 3–7-й день госпитализации в виде энцефалопатии (психомоциональная лабильность, инверсия сна, кошмарные сновидения) и коагулопатии (протромбиновый индекс 48–57%, геморрагии в местах инъекций, носовые кровотечения).

Ламивудин применяли в составе общепринятой терапии, в дозе 150 мг в сутки, в течение 12–16 дней, отменяя препарат при достоверной стабилизации состояния больных.

Развитие заболевания на фоне проводимой терапии характеризовалось следующим образом. Прогрессирование гепатита у 15 пациентов ограничилось первой-второй стадией энцефалопатии, снижением протромбинового индекса в пределах 43–51%, незначительным нарастанием геморрагий, желтухой с уровнем билирубина 207–264 мкМ/л и склонностью к гипогликемии. Явления печеночной недостаточности у этих пациентов сохранялись 2–3 дня, затем наблюдалось достаточно быстрое угасание симптомов и в дальнейшем заболевание протекало доброкачественно.

Более тяжелая форма болезни, отмеченная у 4 пациентов, характеризовалась развитием третьей стадии энцефалопатии с выраженным геморрагическим синдромом (уровень протромбинового индекса 30–41%, признаки желудочного кровотечения), гипербилирубинемией (234–302 мкМ/л) и гипогликемией (1,9–2,8 ммМ/л). Симптомы острой печеночной недостаточности нарастали на фоне проводимой терапии в течение 1–3 дней, затем сохранялись в своей максимальной выраженности 2–3 дня, после чего угасали за 3–5 дней и заболевание, во всех случаях, закончилось выздоровлением.

Таким образом, включение ламивудина в состав терапии больных с тяжелым течением острого гепатита В сопровождалось положительным эффектом.

Адаптационные возможности периферической нервной системы у пациентов после перенесенной дифтерии

Малюгина Т.Н.¹, Малеев В.В.², Зайцева И.А.¹

¹Саратовский государственный медицинский университет;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

При дифтерии отмечается нарушение гомеостаза периферической нервной системы, у ряда больных оно сохраняется и после выписки из стационара, о чем свидетельствуют жалобы пациентов. Целью исследования явилось изучение адаптационных возможностей периферической нервной системы у лиц, перенесших дифтерию ротоглотки. Обследовано 686 человек, которые были разделены на 3 группы в зависимости от сроков обследования: через 1–3 года – 1 группа (236 лиц), через 4–6 лет – 2 группа (233 человека), через 7–10 лет – 3 группа (217 пациентов). Помимо опроса и осмотра 482 лицам проведено электронейромиографическое исследование. Частота осложнений в острый период дифтерии зависела от ее формы тяжести: при локализованной форме – 12 больных (5,1%), при распространенной форме – 58 (24,8%), при токсической – 164 (70%). Остаточные проявления неврологической симптоматики при выписке из стационара сохранялись у 31 человека (4,52%), из них у 5 (16,1%) – после дифтерии распространенной формы, у 26 (83,9%) – после токсической, в то же время она начала появляться и у других реконвалесцентов в различные сроки после выписки из стационара. Триггерами данного явления выступали чаще всего ангины и ОРЗ. Комплексный анализ проведенных клинических и инструментальных данных установил, что полное выздоровление наступало у 20% реконвалесцентов дифтерии, функциональные расстройства наблюдались у 10%, а ПНП формировались у 70% наблюдаемых, причем в 32% случаев изменения устанавливались только на ЭНМГ. Пациенты полностью выздоравливали чаще всего после локализованной дифтерии 24,3–35,5%, реже – после токсической – 5,8–8,1%, в то же время, ПНП чаще формировались у пациентов, перенесших токсическую дифтерию (82,6–89,9%), чем у лиц, переболевших локализованной – 47,4–59,5%. Частота ПНП нарастала до 7 года наблюдения, и сохранялась в последующие годы без тенденции к восстановлению, кроме того, была обнаружена группа лиц, у которых имелись функциональные расстройства (12,7–9,7%), в последующем либо купировавшиеся, либо перешедшие в ПНП. Наиболее тяжело протекали ПНП с одновременным поражением ЧМН, нервов рук и ног, они были выявлены в 1-й группе у 42 человек (17,8%), во 2-й группе у 22 лиц (9,4%), в 3-й группе у 40 пациентов (18,4%). Значительное страдание доставляли сочетанные полинейропатии верхних и нижних конечностей, составлявшие в 1-й группе 24,6% (58 лиц), во 2-й группе – 20,2% (47 пациентов), в 3-й группе – 24,4% (53 человека). Легче всего больными воспринимались мононейропатии: в 1-й группе они зарегистрированы у 55 больных (23,3%), во 2-й группе – у 59 лиц

(25,3%), в 3-й группе – у 45 пациентов (20,7%). Наиболее часто мононейропатии диагностировались у пациентов, перенесших локализованные формы дифтерии (10,9%), реже у лиц, переболевших распространенной дифтерией (6,9%), и в незначительном количестве – у обследуемых после токсической дифтерии (5%). Чаще всего поражались ЧМН (55,4%), несколько реже – нервы нижних конечностей (48,3%), еще реже – нервы верхних конечностей (30,6%). Поражение в подавляющем числе носило аксональный характер, чаще страдали правосторонние нервы. В процесс вовлекались как двигательные, так и сенсорные волокна, а иногда даже мотонейроны передних рогов спинного мозга.

Таким образом, у 20% переболевших дифтерией ротоглотки наступает восстановление гомеостаза периферической нервной системы, у остальных адаптация продолжается в течение 6 лет с формированием в 70% случаев ПНП, с преобладанием их частоты после токсических форм дифтерии.

Адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы у пациентов после перенесенной дифтерии

Малюгина Т.Н.¹, Малеев В.В.², Зайцева И.А.¹

¹Саратовский государственный медицинский университет;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Биологическая характеристика гомеостаза определяется не только длительностью адаптационных процессов, но и их значимостью: локальные, системные или на уровне целостного организма. Дифтерия протекает с выраженным синдромом поражения сердца (СПС), поэтому целью исследования явилось изучение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы после перенесенной дифтерии ротоглотки. Обследовано 686 пациентов, перенесших дифтерию ротоглотки, распределенных на 3 группы в зависимости от сроков наблюдения: через 1–3 года после выписки из стационара – 236 человек (76 – после локализованной, 74 – после распространенной и 86 – после токсической), через 4–6 лет – 233 (80 – после локализованной, 79 – после распространенной и 74 – после токсической), через 7–10 лет – 217 человек (74 после локализованной, 74 – после распространенной и 69 – после токсической). Для диагностики деятельности сердечно-сосудистой системы применялись общепринятые методики осмотра, перкуссии и аускультации сердца, определялись уровень АЛТ, АСТ, КФК к ткани сердца, выявлялось наличие миоглобина, тропонина. Помимо этого 425 пациентам проводилось электрокардиографическое и 383 – доплер-эхокардиографическое исследование.

В остром периоде дифтерии СПС развивался: у пациентов с токсической формой в 71,62%, распространенной – 28,19%, локализованной – 3,91% случаев. При выписке из стационара у 7,6% реконвалесцентов (36 лиц после токсической и 16 – после распространенной) дифте-

рии сохранялись остаточные изменения в миокарде. Дальнейшие исследования установили, что у многих выписанных вновь стала появляться патологическая симптоматика со стороны сердечно-сосудистой системы. Клинические симптомы подтверждались электрокардиографическими и доплер-эхографическими исследованиями. Последние свидетельствовали, что самые выраженные изменения как систолической, так и диастолической функции левого желудочка наблюдались у пациентов, перенесших токсическую дифтерию, и формирование их приходилось на первые три года после заболевания с дальнейшей пролонгацией патологии. У пациентов, перенесших распространенную дифтерию в первые три года определялась только систолическая дисфункция, однако дополняющаяся диастолической в последующие три года и далее сохраняющаяся. У реконвалесцентов локализованной формы дифтерии зарегистрирована только систолическая дисфункция, появляющаяся с четвертого по шестой год с дальнейшим ее сохранением.

Анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных выявил, что в первой группе нормализация функции ССС наступила у 38% пациентов, перенесших локализованную дифтерию, у 24% – распространенную и у 14% – токсическую. Функциональные нарушения сохранялись в 29% случаев после локализованной дифтерии, 18% – после распространенной и 15% – после токсической. Формирование кардиосклероза выявлено у лиц, перенесших локализованную дифтерию в 33%, распространенную – в 58%, токсическую – в 71% случаев. Процесс адаптации сердечно-сосудистой системы после дифтерии длился 6 лет и закончился выздоровлением у 50% наблюдаемых после локализованной дифтерии, 22% – после распространенной и 16% – после токсической. Функциональные нарушения спустя 6 лет сохранялись после локализованной дифтерии в 20%, распространенной – в 24%, токсической – в 12% случаев. К 7 году наблюдения кардиосклероз сформировался у 30% пациентов, перенесших локализованную дифтерию, 54% – распространенную и 72% – токсическую.

Таким образом, гомеостаз ССС полностью восстанавливается только у 30% пациентов, у остальных наблюдается длительная адаптация в виде реакции тренировки или активации с формированием у 50% пациентов болезни адаптации – кардиосклероза.

Адаптационные возможности гормональной системы у пациентов после перенесенной дифтерии

Малюгина Т.Н.¹, Малеев В.В.²,
Зайцева И.А.¹, Зрячкин Н.И.¹

¹Саратовский государственный медицинский университет;
²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва

Постоянство внутренней среды организма контролируется деятельностью нервной и эндокринной систем. Если первая в основном обеспечивает адаптацию к внешним

воздействиям, то гормональная – участвует в приспособлении к изменениям внутренней среды. Дифтерийная инфекция вовлекает организм в стрессовое состояние, которое сопровождается всплеском надпочечниковых гормонов. Цель работы заключалась в изучении адаптационных возможностей гормональной системы у пациентов после перенесенной дифтерии. Было обследовано 499 лиц, которые разделились на 3 группы в зависимости от сроков наблюдения после выписки из стационара: через 1–3 года – 1-я группа (157 человек), через 4–6 лет – 2-я группа (175 пациентов), через 7–10 лет – 3-я группа (167 реконвалесцентов). Были исследованы уровни АКТГ, кортизола, тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тетраiodтиронина (Т4) методом радиоиммунологического анализа.

У лиц первой группы выявлено значимое уменьшение содержания АКТГ до $12,66 \pm 1,41$ пг/мл ($p < 0,05$) по сравнению с таковым в контрольной группе. В последующие периоды наблюдения отмечался некоторый подъем его уровня до $17,72 \pm 2,11$ пг/мл, достигавший контрольных значений (19,59 пг/мл) к 4-му году наблюдения только у пациентов, перенесших токсическую дифтерию.

В первой группе выявлено уменьшение и показателей кортизола ($435,81 \pm 26,04$ нмоль/л), однако достоверное его снижение установлено лишь во 2-й группе ($p < 0,05$), самые низкие уровни по сравнению с контролем определены у пациентов 3-й группы ($360,04 \pm 26,49$ нмоль/л, $p < 0,05$).

У наблюдаемых всех групп обнаружена значимая ($p < 0,05$) активизация функции щитовидной железы. К окончанию сроков наблюдения уровень Т3 достигал $2,95 \pm 0,20$ нмоль/л, Т4 – $135,37 \pm 7,58$ нмоль/л. Перенесенная форма дифтерии не влияла на показатели Т3 и значимо влияла ($p < 0,05$) на уровень Т4: после дифтерии локализованной формы он был более высоким ($146,97 \pm 7,13$ нмоль/л).

Уровень ТТГ значимо снижался ($p < 0,05$) после перенесенной локализованной дифтерии ротоглотки до $1,74 \pm 0,31$ мкЕд/л по сравнению с показателями контрольной группы ($2,91 \pm 0,26$ мкЕд/л) как в первые три, так и во все последующие годы. У пациентов, перенесших распространенную дифтерию ротоглотки, значимое ($p < 0,05$) снижение уровня ТТГ по сравнению с таковым в контрольной группе обнаруживалось только в периоде с четвертого по шестой год наблюдения, а у пациентов, перенесших токсическую – в первые три года.

Таким образом, адаптационный процесс после перенесенной дифтерии сопровождался снижением секреторной функции гипофиза, надпочечников и повышением активности щитовидной железы. Наибольшая частота восстановления функции эндокринной системы наблюдалась в период с четвертого по шестой годы. У пациентов, перенесших локализованную дифтерию, преобладало восстановление функции периферических эндокринных желез, перенесших токсическую дифтерию – нейрогоипофиза.

Адаптационные возможности мочевогоделительной системы у пациентов после перенесенной дифтерии

Малюгина Т.Н.¹, Малеев В.В.², Зайцева И.А.¹, Зрячкин Н.И.¹, Окунькова Е.В.¹

¹Саратовский государственный медицинский университет;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Гомеостаз, или постоянство различных физиологических констант организма, подразумевает и процессы адаптации, обеспечивающие единство организма при действии вредоносных факторов. Адаптация может быть кратковременной и долговременной. Дифтерия, одна из самых тяжелых инфекций, в ряде случаев протекающая с синдромом поражения почек (СПП). Исходы данной патологии никем не изучались. Поэтому была поставлена цель: исследовать адаптационные возможности мочевогоделительной системы после перенесенной дифтерии.

Катамнестическому обследованию было подвержено 686 пациентов, которых разделили на 3 группы, в зависимости от сроков наблюдения и формы перенесенной дифтерии ротоглотки: через 1–3 года после выписки из стационара – 236 человек (76 – после локализованной, 74 – после распространенной и 86 – после токсической), через 4–6 лет – 233 (80 – после локализованной, 79 – после распространенной и 74 – после токсической), через 7–10 лет – 217 человек (74 после локализованной, 74 – после распространенной и 69 – после токсической). Соответственно срокам наблюдения у пациентов исследовались: в сыворотке крови – уровень мочевины и креатинина, в моче – креатинина, количество общего белка и альбуминов, уровень аутоантител к тканям почек человека; общий анализ мочи, УЗИ почек. В остром периоде дифтерии СПП обнаружен у 197 (28,72%) пациентов: при локализованной форме – у 11 (5,58%) человек, распространенной – у 38 (19,29%) пациентов, токсической – у 148 (75,13%) лиц. При выписке больных из стационара только у 16 пациентов (2,33%) отмечались изменения в общем анализе мочи, однако в последующие месяцы и годы стали вновь появляться симптомы СПП. В результате анализа проведенных исследований выявлено, что в первой группе выздоровление наступило у 50,0% человек, функциональные расстройства почек наблюдались у 13% обследуемых, явления нефросклероза зарегистрированы у 37% пациентов. Во второй и третьей группах данные показатели составляли: 37, 19, 44 и 35, 16, 49% соответственно.

После локализованной дифтерии ротоглотки в первой группе выздоровление со стороны мочевогоделительной системы наступило примерно у половины пациентов, у 1/4 наблюдались функциональные нарушения, у 1/4 – формирование нефросклероза. В последующие годы (с 4-го по 6-й) увеличивалось количество лиц с функциональными нарушениями и нефросклерозом, и к 7–10 году последний сформировался у половины пациентов, у 1/4 сохранялись функциональные нарушения и только

1/4 часть лиц, перенесших дифтерию, имела нормально функционирующую мочевогоделительную систему.

После распространенной дифтерии ротоглотки в первые три года выздоровление наступило у 47% пациентов, функциональные нарушения наблюдались у 12%, нефросклероз сформировался у 41% пациентов. В последующие годы наблюдения отмечалось некоторое увеличение группы лиц с функциональными нарушениями (до 14–19%) и уменьшение группы здоровых пациентов до 43–46%. Количество пациентов с нефросклерозом значимо не менялось.

После токсической дифтерии в первые три года наблюдения более половины пациентов (54%) были здоровы, 3% имели функциональные расстройства и у 43% было констатировано формирование нефросклероза, в последующие три года увеличилось количество лиц с нарушением функции почек до 10% и сформировавшимся нефросклерозом до 58%, количество здоровых лиц уменьшилось до 32%, в последние годы наблюдения показатели соответствовали 36%, 6% и 58%.

Таким образом, только у 35% пациентов адаптация мочевогоделительной системы после дифтерии завешается восстановлением гомеостаза, у остальных лиц, согласно теории Л.Х.Гаркави, она протекает длительно и соответствует стадии тренировки или активации с формированием в 58% случаев болезни адаптации – нефросклероза.

Клиника и лечение ботулизма

Мамон А.П., Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т., Ефимов Г.Е., Мамон М.А., Ахмадеева А.А., Мингалимов Ф.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Ботулизм не относится к числу часто встречающихся, однако тяжелое течение, трудности диагностики в первые дни заболевания, длительные сроки лечения, высокая летальность не позволяют относить проблему к разряду второстепенных (В.Н.Никифоров, В.В.Никифоров, 1985).

Нами наблюдалось 10 больных пищевым ботулизмом, из них лиц мужского пола – 4, женского – 6. В том числе двое детей в возрасте 2 и 4 лет. Взрослые больные в возрасте до 30 лет – 4, до 40 лет – 1, старше 40 лет – 3. Тяжелая форма заболевания отмечена у 6 больных. Из числа наблюдавших было семейное заболевание в количестве 4 человек (отец, мать и двое детей). Предположительный диагноз ботулизм у наблюдаемых больных подтвержден методом биопробы с определением серотипа возбудителя. Тип А – выявлен у одной больной. У остальных больных заболевание было обусловлено токсином типа В. Все заболевания были связаны с употреблением консервированных в домашних условиях грибов, а в одном случае – огурцов. Сезонность была осенне-зимняя. Инкубационный период составил 1–2 дня. Первыми признаками болезни у обследованных пациентов были чувство тяжести и дискомфорта в эпигастральной области, сухость во рту, тошнота, рвота, слабость. Одновременно и вслед за этим у больных ухудшалось зрение в виде нечеткости,

«сетки», двоения в глазах. В последующем отмечалось нарушение глотания и дыхания.

Больным проводилась комплексная терапия, включающая внутривенное и внутримышечное введение противоботулинической сыворотки в течение 1–2 дней, дезинтоксикацию с введением кристаллоидных растворов (дисоль, ацесоль, глюкоза 5%, гидрокарбонат натрия), стероидных гормонов, форсированный диурез, антигистаминные препараты, антибиотики, витамины С, В, АТФ, кокарбоксилазу, хлористый кальций, прозерин, пирарцетам.

Таким образом, наш клинический материал подтверждает, что ботулизм в последние годы встречается, что связано с широко распространенными методами консервирования продуктов (особенно грибов) в домашних условиях. Заболевание может носить групповой (семейный) характер и могут быть единичные случаи.

Эпизоотическая характеристика современного бешенства в Воронежской области

Мамчик Н.П., Панина О.А., Камынин М.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Бешенство в Российской Федерации имеет неравномерное территориальное распределение и регистрируется на территории около 20 субъектов. Воронежская область относится к числу территорий неблагоприятных по этому заболеванию. В декабре 2007 года и январе 2008 года впервые за последние 10 лет произошла активизация эпидемического процесса, были зарегистрированы 3 случая гидрофобии среди населения и еще один случай зарегистрирован в мае 2008 года. Проведенный анализ эпизоотической ситуации по бешенству на территории Воронежской области за последние 8 лет показал стабильно высокие показатели лабораторно подтвержденного бешенства среди животных: в 2001 г. – среди 522 обследованных выявлено бешенство у 302 (57%), в 2002 г. – из 480 выявлено у 277 (58%), в 2004 г. – из 381 выявлено у 181 (48%), в 2005 г. – из 459 выявлено у 278 (61%). Приведенные данные свидетельствуют о стабильно высоких показателях заболеваемости среди животных, осложнений эпизоотической обстановки в эти годы не отмечалось. В 2006 г. – вирус выделен только у 65 животных, а в 2007 г. уже у 241, в 2008 г. – у 234 животных. Наибольшее количество заболеваний в 2001–2003 гг. отмечалось среди крупного рогатого скота – 96 случаев (32%), лисиц – 67 случаев (22%), кошек – 63 случая (21%) и собак – 61 случай (20%). С 2004 г. по 2008г. эпизоотическая ситуация изменилась и наибольший уровень инфицированности регистрировали у лисиц – 60 случаев (33%), несколько меньше у кошек – 42 случая (23%) и собак – 37 случаев (21%), на долю крупного рогатого скота пришлось около 17%. Среди неблагоприятных районов по бешенству следует отметить Богучарский, Кантемировский, Лискинский и Ольховатский районы.

Выводы. В настоящее время на территории Воронежской области отмечается ухудшение эпизоотической и эпидемической ситуации по бешенству. Основным источником бешенства для населения являются домашние животные, заражение которых происходит от больных лисиц. Учитывая осенне-зимне-весеннюю сезонность и увеличение числа больных животных осенью, можно прогнозировать продолжение эпизоотии бешенства в зимне-весенний период 2008–2009 годов и высокий риск заболевания среди населения, что требует проведения активных профилактических мероприятий.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Воронежской области

Мамчик Н.П., Панина О.А., Титов Р.Н.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

В настоящее время ситуация в России по ВИЧ-инфекции остается напряженной. К концу 2008 года в Российской Федерации официально зарегистрировано 457 131 ВИЧ-инфицированный, из них дети составляют 0,7% (3049 случаев). На территории Воронежской области за последние 10 лет выявлено 957 ВИЧ-позитивных, в том числе с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции – 752. В 2008 г. количество новых случаев носителей ВИЧ составило 20 человек, что в 3 раза больше, чем в 2007 г. (6 случаев). Это связано с совершенствованием диагностических тест-систем, следовательно лучшей выявляемостью носителей и большей информированностью населения о социальной, лечебной и психологической помощи таким больным и их большей обращаемостью. Количество ВИЧ-позитивных детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей за данный период составило 90 человек. Общее количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции до 15 лет в настоящее время – 9 человек, из них 4 с реализацией перинатального инфицирования. В 2008г. зарегистрирован только один новый случай ВИЧ/СПИДа среди детей, в 2007 г. таких случаев было – 3. Среднеобластной показатель инфицированности составляет 41,4 на 100 тыс. населения, что почти в 6 раз ниже среднего показателя по России. ВИЧ-инфекция регистрируется во всех 32 районах области и в г. Воронеже преимущественно среди мужчин, но среди женщин на возраст 18–39 лет приходится 74%. В возрастной структуре преобладают молодые люди 18–29 лет, основной путь инфицирования – половой. Наиболее высокие показатели инфицированности, превышающие среднеобластной уровень, зарегистрированы в Поворинском (98,0), Борисоглебском (73,5), Каменском (47,2), Кантемировском (42,3), Семилукском (41,7) и Терновском (41,0) районах. В г. Воронеже показатель инфицированности составляет 20,83 на 100 тыс. населения. При этом наибольшее количество летальных исходов зарегистрировано в г. Воронеже (28 случаев), среди районов области на пер-

вом месте по летальности стоят Борисоглебский (10 случаев) и Новоусманский (7) районы. Мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в области базируются на реализации национального проекта «Здоровье», ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», подпрограммы «ВИЧ инфекция» и координации мероприятий на областном уровне.

Оценка синдрома интоксикации у больных рожей

Маржохова М.Ю., Маржохова А.Р.

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик

В настоящее время термин и понятие «интоксикация» широко используется в клинике инфекционных болезней в качестве основного критерия, определяющего тяжесть и прогноз заболевания. Целью работы явилось изучение роли в патогенезе рожистого воспаления инфекционного эндотоксикоза путем определения уровня малонового диальдегида (МДА) и веществ низкой и средней молекулярной массы (ВН и СММ) в биологических жидкостях организма в зависимости от стадии, степени тяжести и возможных осложнений.

Под наблюдением находилось 36 больных первичной рожей. Для выполнения поставленных задач использовались следующие методы исследования: 1. Содержание МДА оценивали в плазме крови по Ushiyama M. et al. (1978) в реакции с тиобарбитуровой кислотой; 2. Определение уровня веществ низкой и средней молекулярной массы в плазме крови, эритроцитах и моче проводили по методу М.Я.Малаховой (1994) в периодах разгара, угасания клинических симптомов, ранней и у части больных – поздней реконвалесценции.

У большинства обследованных больных обнаружено закономерное возрастание содержания МДА в сыворотке крови с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов наблюдается достоверное снижение уровня МДА с возвращением к норме в периоде ранней реконвалесценции.

Уровень ВН и СММ был повышен по отношению к здоровым в периоде разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов эти показатели снижались, но оставались достоверно повышенными по сравнению со здоровыми и с периодом разгара. В периоде ранней реконвалесценции концентрация ВН и СММ во всех средах, кроме плазмы крови возвращалась к норме, тогда как в плазме оставалась достоверно выше, что свидетельствовало о незавершенности патологического процесса.

Степень изменения изученных показателей зависела от тяжести течения, формы рожи и наличия сопутствующих заболеваний.

Таким образом, обнаружено повышение содержания в сыворотке крови больных рожей ВН и СММ, а также МДА, который, являясь промежуточным продуктом ПОЛ, характеризует степень эндогенной интоксикации.

Биохимическая адаптация к гипоксии у больных бактериальными менингитами

Мартынов В.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

У 82 пациентов бактериальными менингитами (БМ) с развитием неотложных состояний изучались показатели метаболизма эритроцитов (МЭ): содержание АТФ, АДФ, АМФ, Σ АН, ФАД, 2,3-ДФГ, активность ферментов ЛДГ, ПК-азы, Г-6-ФДГ, ГР и общей АТФ-азы, а также – показатели КЩР и уровни [K⁺], [N⁺] плазмы крови. Выявлены типичные изменения энергетического метаболизма эритроцитов, которые характеризовались отрицательным балансом энергии со снижением уровней АТФ, повышением – АДФ, АМФ, 2,3-ДФГ, понижением АТФ/АДФ, АТФ/АМФ, возрастанием активности ферментов гликолиза, что свидетельствует о стимуляции метаболизма эритроцитов, направленной на компенсацию гипоксии у больных БМ. Изменения МЭ зависели от тяжести и сроков заболевания, координировались с нарушениями КЩР и электролитного баланса крови. В ранние сроки болезни наблюдалась депрессия гликолиза, что совпадало с ацидозом, либо нормальными уровнями pH крови. Позднее развивалась типичная адаптационная реакция МЭ, стимуляция гликолиза, в сочетании с алкалозом различной степени выраженности. Явления декомпенсированного ацидоза или алкалоза в комбинации с гипоосмолярными состояниями отрицательным образом сказывались на биоэнергетических процессах эритроцитов, в которых отмечалось критическое падение энергезаряда, 3–4-кратное возрастание уровня АМФ, что характерно, для крайне тяжелого течения инфекции. Одним из факторов дисэлектrolитемий при БМ было глубокое расстройство метаболизма, выраженное снижение энергезаряда эритроцитов с накоплением натрия в клетке (синдром «усталости клетки»). Нормальные уровни электролитов и pH крови соответствовали стабильным значениям энергетики клетки и благоприятному течению заболевания. Изменения МЭ следует учитывать в комплексной биохимической диагностике, тяжести и прогнозе инфекции, метаболическом контроле интенсивной патогенетической терапии, в характеристике механизмов биохимической адаптации к гипоксии у больных тяжелыми формами бактериальных менингитов.

Клинические особенности вирусных серозных менингитов у детей

Мартынова Г.П., Гульман Л.А., Вайцель Е.В., Карасев А.В., Алыева Л.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Изучены клинические особенности вирусных серозных менингитов у 102 детей в возрасте от 3 лет до 15 лет, госпитализированных в отделении нейроинфекций МУЗ

ДИБ №1 г. Красноярск. Максимум заболевших (57,8%) был зарегистрирован среди детей с 3 до 7 лет, 23,5% – составили дети 7-12 лет и 18,7% – старше 12 лет. Энтеровирусная этиология менингитов была доказана у 78,4% (80) больных обнаружением в ликворе РНК энтеровирусов методом ПЦР.

В 80,3% случаев заболевание начиналось остро с повышения температуры до субфебрильных цифр, появления головной боли. В 89% отмечалась повторная рвота. При осмотре у 53,8% выявлялся склерит, катаральный конъюнктивит, в 36,2% случаев отмечались слабо выраженные катаральные симптомы (заложенность носа, скудное отделяемое, гиперемия в зеве). У всех больных определялись положительные менингеальные знаки. При осмотре окулистом у 7% выявлялись застойные изменения на глазном дне. Длительность менингеального синдрома в среднем составила 8 дней (89%). При исследовании цереброспинальной жидкости, чаще отмечался 2-значный (81%), реже (19%) – 3-значный цитоз с преобладанием лимфоцитов (97%). Полная санация ликвора наступила у 69% через 2 нед.

В анализе периферической крови имел место умеренный лейкоцитоз, который в 62% случаев превышал $8 \times 10^9/\text{л}$. У 76% регистрировался нейтрофиллез, однако значительного сдвига лейкоцитарной формулы влево не было. СОЭ повышалось умеренно или оставалось в пределах нормы и только у 6% больных отмечалось ее повышение более 25 мм/час, чаще это были дети с сопутствующей бактериальной инфекцией. При исследовании крови в динамике количество лейкоцитов и СОЭ нормализовались на второй неделе заболевания.

Таким образом, в клинической картине серозного менингита у детей, независимо от возраста, типичными остаются гипертензионный, менингеальный и общеинфекционный синдромы, что позволяет заподозрить данное заболевание, при этом окончательное решение о диагнозе возможно при наличии результатов исследования ликворограммы и обнаружение РНК вируса в ликворе методом ПЦР.

Этиологическая и возрастная структура бактериальных гнойных менингитов у детей, актуальные проблемы диагностики

Мартынова Г.П., Гульман Л.А.,
Кутищева И.А., Карасев А.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Бактериальные гнойные менингиты (БГМ) преобладают в структуре острых нейроинфекций у детей. Несмотря на то, что показатель заболеваемости колеблется в пределах 5–10 на 100 тыс. населения, БГМ относятся к наиболее тяжелой группе инфекций, нередко протекают с развитием грубых органических поражений нервной системы, среди причин смертности от инфекционных заболеваний они занимают 10 место. Целью исследования яви-

лось изучение этиологической и возрастной структуры гнойных менингитов у 88 детей, госпитализированных в отделение нейроинфекций МУЗ ДИБ №1 г. Красноярск за период 2007–2008 гг.

Среди заболевших преобладали дети до года – 51%, дети первых 2-х лет составили 22%, старше 3 лет – 27%. У наблюдаемых больных диагноз устанавливался на основании совокупности клинических и лабораторных данных (бактериологическое исследование крови, ликвора, слизи из носоглотки, РЛА). Этиология менингита была расшифрована у 40% больных, в большинстве случаев (94%) диагноз был подтвержден РЛА, в 26% – положительными результатами бактериологического исследования ликвора (14%) и крови (11%). У 50% (44) больных диагностирован менингококковый менингит, который в 27% случаев сочетался с менингококкемией, у 5,7% (5) – имел место пневмококковый, у 4,5% (4) – стрептококковый и 3,4% (3) – менингит, вызванный гемофильной палочкой типа b (Hib-менингит). Менингиты другой этиологии (боррелиоз, Str. sanguis, сочетание пневмококка с Hib) составили 3,4%. В 33% случаев этиология менингита была не расшифрована. Таким образом, основными возбудителями БГМ у детей по-прежнему являются менингококк, пневмококк и гемофильная палочка типа «b». Наибольшая заболеваемость гнойными менингитами отмечается у детей до 5 лет. У детей первого года жизни чаще встречается менингококковый менингит, на втором году – Hib-менингит, а пневмококковый менингит – с одинаковой частотой регистрируется как на первом году жизни, так и у детей старше 7 лет. Улучшить этиологическую расшифровку в стационарах возможно путем внедрения ПЦР, совершенствования бактериологической диагностики.

Некоторые особенности поражения гипофиза при геморрагической лихорадке с почечным синдромом

Марунич Н.А.

Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенск

Одной из ведущих причин смерти при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) считается поражение гипофиза. С целью выявления значимости поражения гипофиза нами проведено клинко-морфологическое изучение 74 историй болезни, погибших от данного заболевания. Поражение гипофиза в виде полнокровия мы наблюдали у 16 погибших (21,6%), кровоизлияний – у 46 (62,2%), некроза – у 19 (25,6%) и сочетанного – кровоизлияния и некроза – у 15 (20,2%).

Для оценки морфологии гипофиза 11 больным (25–36-й день болезни) с тяжелым течением заболевания проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) по стандартной методике. У 3 больных из 11 выявлены следующие изменения: МР – признаки наружной гидроцефалии (расширение субарахноидального пространства больших полушарий и мозжечка), у 8 – уменьшение размеров гипофиза, нарушение дифференциации на перед-

нюю и заднюю долю, т.е. выявлены МР – признаки синдрома пустого турецкого седла, а также МР – признаки мелкоочаговых изменений гипофиза, характерных для кровоизлияния (МР сигнал неоднородный, с участками незначительного повышения сигнала интенсивности до выраженного).

У 27 больных мы определяли концентрацию гипофизарных гормонов: пролактин, фолликулостимулирующий (ФСГ), лютеинизирующий (ЛГ), тиреотропный гормон (ТТГ). В острый период болезни и в период ранней реконвалесценции отмечалось достоверное увеличение АКТГ и ТТГ.

При исследовании гипофиза на МР – томографе у 8 переболевших из 10 выявлены следующие изменения: у 3 – выявлялись гипер- и гипоинтенсивные сигналы, свидетельствующие о формировании кист, возможно сосудистого генеза, у 3 – спустя 6-8 мес от начала заболевания уменьшение размеров гипофиза (признаки частично пустого турецкого седла), у 5 – спустя 2-8 лет – признаки кровоизлияния в переднюю долю гипофиза. При исследовании гормонов гипофиза у перенесших ГЛПС достоверных отклонений в средних уровнях ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактина в сравнении с контролем не отмечено.

Таким образом, поражение гипофиза не всегда носит деструктивный и необратимый характер. Поэтому необходимы дальнейшие исследования больных и переболевших.

Дифференциальная диагностика лекарственно-индуцированных и вирусных гепатитов

Марченко В.И., Ртищева Л.В.

Ставропольская государственная медицинская академия

Так как печень является основным звеном биотрансформации медицинских препаратов в организме, то нередко возникают ее лекарственные поражения. Среди всех госпитализированных больных с желтухой, частота лекарственно-индуцированных гепатитов (ЛИГ) составила в 4,3%. Всего наблюдалось 90 больных (муж. – 38,3%, жен. – 61,7%), средний возраст составил $53,2 \pm 4,9$ года. Реакция печени на лекарство обусловлена многими факторами: принимаемым препаратом, исходным состоянием, наследственностью, полом (чаще у женщин) и возрастом (уменьшение объема паренхимы печени и кровотока у пожилых). В 7,4% случаев ЛИГ являлся причиной развития фульминантного гепатита.

Лекарства, вызывающие поражения печени, рационально разделить на 2 группы – прямые гепатотоксины и препараты с непредсказуемым гепатотоксическим эффектом. Прямые гепатотоксины (ацетилсалициловая и никотиновая кислоты, парацетамол, противотуберкулезные и противогрибковые препараты, «большие» транквилизаторы) вызывают некроз гепатоцитов, при этом степень повреждения зависит от дозы препарата. Гепатотоксический же эффект подавляющего числа используемых лекарств непредсказуем (идиосинкразия) и проявляется при применении их в общепринятых дозах.

Нами выделены следующие патогенетические формы ЛИГ: токсическая, токсическая идиосинкразическая, иммуноаллергическая и аутоиммунная. Клинически отличить ЛИГ от ВГ весьма трудно. Преджелтушный период, как и при ВГ, проявляется неспецифическими симптомами. Клиническая картина разнообразна – от бессимптомного повышения активности аминотрансфераз до развития стойкого холестатического синдрома и печеночной энцефалопатии. Отмена препарата, предположительно вызвавшего поражение печени, приводит к улучшению состояния.

Продолжающийся прием препаратов негативно влияет на течение и исход ЛИГ, следовательно, необходима ранняя диагностика болезни. В стационарных условиях диагностика возможно с учетом результатов:

- 1) эпидемиологического и «лекарственного» анамнеза;
- 2) динамики выявленной патологии после отмены лекарства;
- 3) УЗИ печени, селезенки, поджелудочной железы, сканирования печени и селезенки, эндоскопической РПХГ, КТ печени и др.;
- 4) маркерного спектра вирусных гепатитов;
- 5) морфологического исследования биоптата печени.

Частота выявляемости различных генотипов вирусного гепатита С и лечение

Матеишен Р.С., Сервиог И.А., Гаврилов В.А., Гаврилов А.В., Тарасов А.В., Марунич Н.А., Сильчук Н.В., Корытко О.Н.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

В Амурской области, по отношению к 2006 г., в 2007 г. отмечается рост уровня заболеваемости на 53,1%, что составляет 8,45 на 100 000 населения, и выше республиканского уровня (3,57) в 2,4 раза. Среднемноголетний показатель 7,56 превышен на 11,8%. Нас заинтересовал вопрос о наличии генотипов вируса С в Амурской области. Используя метод ПЦР-диагностики, на базе областной инфекционной больницы, мы провели исследования с целью установления доминантов генотипов вируса, возраст и пол заболевших, а также эффективность проводимой этиотропной терапии. В ПЦР диагностике нами было обследовано 253 больных, из них женщин – 136 (53,75%), мужчин – 117 (46,25%). Возраст составлял – от 6 до 68 лет. Было установлено, выделение генотипа-1, с подтипами: «1а» – у 2,8%, «1б» – у 56,5% больных. Генотип «2а» выделялся у – 2,4%, а «2 б» – у 1,2%. Генотип «3а» был изолирован у – 31,2% больных. Как видно из приведенных данных, на 1 месте в Амурской области остается генотип «1б» (у мужчин – 52%, у женщин – 65%). Второе место по частоте выявления занимает генотип «3а» (мужчины – 44,5%. женщины – 27%).

Таким образом, среди больных ВГС на территории Амурской области, превалирует вирус С генотипа «1б» – (56,5%) и «3а» – (31,2%). По половому признаку превали-

рует генотип «16» (мужчины – 52%, женщины – 65%). По географическому распространению на территории Амурской области, странах Юго-Восточной Азии и Японии доминантами остаются генотипы «16» и «3а». Полученные данные в практическом отношении помогут при диспансеризации больных (сроки учета и наблюдения) и правильном выборе терапевтической тактики в выборе наиболее эффективных медицинских противовирусных препаратов.

Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ)

Мошкович Г.Ф., Минаева С.В., Балаганин В.А., Варлова Л.В., Воронина И.Д., Горяева М.П.

Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Нижний Новгород

Применение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) позволило значительно увеличить продолжительность и качество жизни ВИЧ-инфицированных. Тем не менее, часть больных погибает на фоне лечения.

Пациенты и методы. Изучались демографические, клинические, иммунологические показатели, продолжительность жизни, причины смерти у больных, получавших ВААРТ с 1999 по 2008 гг.

Результаты. Всего с 1999 г. ВААРТ была назначена 1012 больным ВИЧ-инфекцией. Из них умерли 82 больных (8,1%), в том числе 67 больных (81,7% от числа умерших) – от заболеваний, 15 (18,3%) – от внешних причин (передозировка наркотиков, алкогольная интоксикация). Из числа умерших от заболеваний: мужчины – 55 (82,1%), женщины – 12 (17,9%). Средний возраст на момент смерти $32,4 \pm 1,8$ лет. Средняя продолжительность жизни от выявления ВИЧ до начала ВААРТ – $4,9 \pm 0,8$ лет (от 6 месяцев до 12 лет). Уровень CD4⁺-лимфоцитов до начала ВААРТ – $141,0 \pm 28,4$ кл/мкл. Получали первую линию терапии – 55 больных (82,1%), вторую линию – 12 (17,9%). Причинами смены схемы были побочные нежелательные явления – анемия (зидовудин), реакция гиперчувствительности (абакавир), головокружение, галлюцинации (эфаверенц). Продолжительность жизни на ВААРТ – $1,3 \pm 1,6$ лет: менее 1 года – 41 больной (61,2%), от 1 до 2 лет – 22 (32,8%), до 3 лет – 3 (4,5%), до 5 лет – 1 (1,5%). Уровень CD4⁺-лимфоцитов в конце жизни – $208,5 \pm 21,6$ кл/мкл. Причины смерти: саркома Капоши – 1 (1,5%), пневмоцистная пневмония – 1 (1,5%), рак шейки матки – 1 (1,5%), лимфома – 3 (4,5%), злокачественные новообразования – 3 (4,5%), внелегочный туберкулез – 14 (20,9%), туберкулез легких – 20 (29,9%), сепсис – 16 (23,8%), острое нарушение мозгового кровообращения – 7 (10,4%), цирроз печени – 1 (1,5%).

Выводы. Начало ВААРТ при уровне CD4⁺-лимфоцитов менее 250 кл/мкл значительно ухудшает результаты лечения, при этом возрастает риск смерти в течение 12 месяцев от начала терапии. Об эффективности первой линии ВААРТ вне зависимости от выбранного сочетания препа-

ратов свидетельствует рост уровня CD4⁺-лимфоцитов в динамике на 47,8%. Основной причиной смерти больных, получающих ВААРТ, является микобактериальная (туберкулезная) инфекция – 50,7% (34 больных). Заболевания, соответствующие критериями СПИДа, составили – 8,9% (6 больных).

Некоторые аспекты применения кожных антисептиков для обеспечения безопасности пациентов

Мельникова Г.Н.

НИИ дезинфектологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва

В результате расширения контингента людей, нуждающихся в оказании медицинской помощи, важное место отводится выполнению различных манипуляций, связанных с нарушением целостности кожных покровов пациентов, (включая инъекции, пункции, взятие или переливание крови и др.) с соблюдением правил асептики для исключения существующей возможности внесения посторонних микроорганизмов в организм пациента. Поэтому защита от инфекции обеспечивается хорошо организованными, своевременно и качественно проводимыми профилактическими мероприятиями, включающими использование современных антисептических средств – многокомпонентных по составу, с разными активными действующими веществами, вспомогательными компонентами, разной формой применения с улучшенными потребительскими свойствами. Они обладают высокой эффективностью в отношении широкого спектра микроорганизмов, хорошими физико-химическими свойствами, широкой сферой применения и разными способами нанесения на кожные покровы пациентов. Это решается разными путями: размещением и выпуском готовых к применению антисептических средств в п/э флаконах разной емкости с наличием на внешней поверхности флаконов мерных делений, навинчивающихся крышек с отверстиями для разлива раствора, дозаторов для отбора и подачи средства на кожу, емкостей в беспропеллентной аэрозольной упаковке /БАУ/ с распыляющей насадкой для нанесения средства путем орошения кожи или применение дезинфицирующих салфеток однократного применения из нетканого материала, пропитанного антисептическим средством, что облегчает и упрощает технику обработки кожных покровов. Таким образом, важным компонентом, направленным на снижение риска инфицирования и повышение эффективности лечения при оказании медицинской помощи пациентам в целях обеспечения надежности и безопасности проведения различных манипуляций служит применение антисептических средств, обладающих высокой активностью в отношении широкого спектра микроорганизмов, отвечающих установленным требованиям по эффективности и безопасности применения согласно целевого назначения в сочетании с использованием стерильных изделий медицинского назначения.

Результаты мониторинга антибиотикочувствительности возбудителей хронических инфекций мочевыводящих путей у взрослых

Мельникова Е.Ф., Драглова Л.М.

Орловский государственный университет, медицинский институт;
Городская больница им. С.П.Боткина, Орел

Цель: мониторинг уровня антибиотикочувствительности микроорганизмов при обострениях хронического пиелонефрита у пациентов при поступлении в стационар до назначения антибиотикотерапии за 2006–2008 года.

Пациенты и методы: микробиологическому обследованию подвергались пациенты с обострением хронического пиелонефрита при поступлении в стационар до назначения антибиотикотерапии. Микробиологическая идентификация выделенных культур проводилась общепринятыми методами, а также на анализаторе miniAPI «bioMerieux» (Франция) с использованием коммерческих микротест-систем и компьютерной обработки. Учитывались концентрации 10^5 КОЕ/мл и выше (согласно методическим рекомендациям НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии №1.17.6.-1.17.7.). Чувствительность штаммов определяли стандартным диско-диффузионным методом к наиболее часто применяемым в нашем регионе антибиотикам.

Результаты: установлено, что ведущими этиологическими агентами обострений пиелонефрита являлись *E. coli* (от 78,3 до 86,6% случаев), другие микроорганизмы выделялись значительно реже. Чувствительность к цефотаксиму, цефтазидиму, цефтриаксону определили у 88,9–93,2% штаммов *E. coli*; к ципрофлоксацину, гентамицину и амикацину у 41,3–72,8% штаммов; к карбенициллину и ампициллину лишь у 23,1–29,6% штаммов.

Выводы: результаты наблюдения позволяют отметить, что у пациентов с обострениями хронического пиелонефрита ведущая флора представлена кишечной палочкой, чувствительной к цефалоспорином III поколения. Широкое применение ципрофлоксацина в качестве препарата выбора при эмпирической терапии данного заболевания, вероятно, обусловило обнаружение устойчивых к нему штаммов. Результаты мониторинга позволяют обоснованно подобрать препараты для эмпирического лечения амбулаторных больных с подобным диагнозом.

Клинико-иммунологические параллели острого вирусного гепатита В, протекающего на фоне хронической описторхозной инвазии

Мельникова О.В., Воротова М.В., Томиленко Т.Г.

Городская инфекционная клиническая больница №1, Новосибирск

Цель работы: изучение клинико-иммунологической картины острого вирусного гепатита В (ОВГБ), развивающегося на фоне острой описторхозной инвазии.

Пациенты и методы: проведен анализ результатов обследования 60 человек. 1 группа – больные с хроническим описторхозом, 2 группа – больные с желтушной формой острого вирусного гепатита В, 3 группа – больные с микст-инфекцией (ОВГВ + хронический описторхоз). Иммунологическое обследование включало следующие показатели: определение лимфоцитов периферической крови непрямым иммунофлюоресцентным методом (ЛТЗ, ЛТ4, ЛТ8, К-клетки), определение функциональной активности лимфоцитов и нейтрофилов, определение ЦИК.

Результаты: у больных 1-й группы в 50% случаев выявлялась активизация иммунной системы, проявляющаяся увеличением ЛТЗ, ЛТ4, увеличением ИРИ, функциональная активность лимфоцитов и нейтрофилов периферической крови не изменялась. В 50% случаев констатировано иммунодефицитное состояние, проявляющееся снижением ЛТЗ, ЛТ4, ЛТ8, ИРИ и функциональной активности лимфоцитов и нейтрофилов. Изменения показателей ЦИК у больных 1-й группы отмечено не было. У больных 2-й группы иммунодефицитное в острый период проявлялось дефицитом ЛТЗ, ЛТ4, увеличением ЛТ8, умеренным снижением ИРИ, функциональной активности лимфоцитов и нейтрофилов, увеличением ЦИК. У больных 3 группы иммунодефицитное состояние было более выраженное и проявлялось резким снижением всех субпопуляций лимфоцитов с выраженным дефицитом хелперных клеток, и более выраженным снижением ИРИ, с резким снижением функциональной активности лимфоцитов и нейтрофилов. В периоде ранней реконвалесценции иммунодефицитное состояние сохранялось на прежнем уровне. У всех больных данной группы имел место неблагоприятный исход заболевания.

Заключение: течение ОВГВ на фоне хронической описторхозной инвазии имеет свои клинические и иммунологические особенности. Для предупреждения неблагоприятных исходов микст-инфекции данной группе больных необходимо проведение иммунологического обследования и назначение иммунокорректирующих препаратов.

Структура тяжелых форм острых кишечных инфекций у детей

Мензаиров В.Ф., Гришкин И.Г., Мохова О.Г., Давлятшина К.Р., Комиссарова М.М., Вахрушева Н.Ю.

Ижевская государственная медицинская академия

Целью исследования явилось изучение особенностей развития тяжелых форм ОКИ в зависимости от этиологии заболевания и возраста ребенка в течение 3 лет наблюдения.

С ротавирусной инфекцией (РИ) в 2005 году в отделении находилось 178 детей (11,5% в структуре ОКИ), в 2006 – 270 (17,6%), в 2007 – 214 детей (13,7%). Тяжелые формы РИ в 2005 году наблюдались у 18 детей (10,1%), в 2006 году – у 17 детей (6,3%), в 2007 – у 18 пациентов (8,4%). Около 90% тяжелых форм РИ отмечено у детей в возрасте до 3 лет. Детей с сальмонеллезом в 2005 г. было 48 (3,1% в структуре ОКИ), в 2006 – 76 (4,9%), в 2007 –

102 (6,6%). Основное место в этиологии сальмонеллезов принадлежало *S. enteritidis* (97-99%). Удельный вес детей с тяжелыми формами заболевания составил 6,3% (3 ребенка) в 2005 году, 9,6% (7 детей) и 7,8% (8 детей) в 2006 и 2007 г. соответственно. Тяжелые формы у детей возраста 1–3 г в 2005 г. составили 66,7%, в 2006 г. – 33,3%, в 2007 г. – 50%. Тяжелые формы у детей 4–7 л. отмечались в 33,3% в 2005 г., в 2006 г. – 16,7%, в 2007 – 50%. У школьников тяжелые формы встречались только в 2006 г. и составили 50%. Если доля детей с сальмонеллезом в структуре ОКИ за последние 3 года выросла почти в 2 раза, то количество пациентов с шигеллезами уменьшилось в 4 раза, в то же время вырос удельный вес тяжелых форм шигеллезов. Так, в 2005 г. с диагнозом шигеллез было пролечено 84 ребенка (5,4% в структуре ОКИ), в 2006 и 2007 г. – 60 детей (3,9%) и 22 ребенка (1,4%) соответственно. Тяжелые формы шигеллезов в 2005 году отмечались у 8 детей (9,5%), в 2006 году – у 7 детей (11,6%), в 2007 году – 6 пациентов (27,3%). Доля шигеллеза Флекснера среди тяжелых форм составила 62,5% в 2005 г., 100% и 50% в 2006 и 2007 г. соответственно. В 2005 г. тяжелые формы имели 20% детей 1-3 лет и 20% – 4–7 лет, в 2006 – 62,5% – дети 1–3 лет и 12,5% – 4–7 лет, а в 2007 – половина детей 1–3 лет и 25% 4–7 лет. Среди школьников в 2005 г. тяжелые формы наблюдались у 60%, а в 2006 и 2007 – у 25% больных

Таким образом, при РИ тяжелые формы не превышали 10%, при ОКИ бактериальной этиологии встречались преимущественно у детей раннего и дошкольного возраста, удельный вес их не превысил 10%, но отмечалась тенденция к увеличению доли тяжелых форм при шигеллезах.

Анализ показателей заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в Орловской области

**Меркулова Н.В., Афонина Е.С.,
Золотарева Л.В., Золотарев Ю.В.**

Медицинский институт Орловского государственного университета, Орел

Заболеваемость парентеральными вирусными гепатитами (ВГ) в России за последние годы остается высокой и характеризуется постоянным ростом.

Предметом исследования явились основные закономерности развития эпидемического процесса ВГ с парентеральной передачей возбудителя в Орловской области с численностью населения 816 970 человек.

Изучена заболеваемость ВГ В и С за 2004–2008 гг. с общим количеством больных с острыми и хроническими ВГ – 1601. Из них случаев острого ВГ В (ОВГВ) – 171; острого ВГ С (ОВГС) – 124; хронического ВГ В (ХГВ) – 264; хронического ВГ С (ХГС) – 1042.

В 2004 году зарегистрировано 248 больных ВГ В и С. Из них ОВГВ встречался в 61 случае (24,6%), ОВГС – в 38 случаях (15,3%), ХГВ – в 36 случаях (14,5%), а ХГС – в 113 случаях (45,6%). В 2005 году было зарегистрировано 283 больных ВГ. Из них 31 больной с ОВГВ (11%), 33 – с ОВГС

(11,7%), 46 – с ХГВ (16,3%) и 173 – с ХГС (61,1%). В период 2006 года выявлено 344 человека с парентеральными ВГ. Из них большую часть составляет ХГС – 209 больных (60,8%), 72 – с ХГВ (20,9%), 36 – с ОВГВ (10,5%) и 27 – с ОВГС (7,8%). В 2007 году было зарегистрировано 306 больных ВГ В и С. Из них 27 больных с ОВГВ (8,8%), 16 – с ОВГС (5,2%), 54 – с ХГВ (17,6), 209 – с ХГС (68,3%). В 2008 году было выявлено 420 больных ВГ. Из них 16 случаев ОВГВ (3,8%), ОВГС составил 10 случаев (2,4%), ХГВ – 56 случаев (13,3%) и ХГС – 338 случаев (80,5%).

За 2004–2008 гг. показатель заболеваемости парентеральными ВГ возрос с 30,4 на 100 тыс. нас. в 2004 г. до 51,4 в 2008 г. Современные проявления эпидемического процесса ВГ характеризуются снижением частоты острых форм и увеличением хронических. Так, показатель заболеваемости ХГВ на 100 тыс. нас. в 2004 г. составил 4,4, а в 2008 г. – 6,9. Еще выше показатели ХГС на 100 тыс. нас. – в 2004 г. – 13,8, в 2008 г. – 41,4. Доля больных с ОВГВ уменьшилась в 6,5 раз с 24,6% в 2004 г. до 3,8% в 2008 г. Доля больных с ОВГС уменьшилась в 6,4 раза с 15,3% в 2004 г. до 2,4% в 2008 г.

Особенности развития эпидемического процесса ВГ характеризовались: увеличением показателей заболеваемости в 2004–2008 гг. связанным с высоким уровнем вирусносительства и хронических форм заболевания, преимущественным заражением при внутривенном употреблении наркотиков, с вовлечением в эпидемический процесс больных, заразившихся половым путем; ростом хронических ВГ (преимущественно за счет ХГС).

Оценка состояния микрофлоры толстой кишки методом газожидкостной хроматографии у детей грудного возраста, перенесших инвазивную диарею

Мескина Е.Р.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Дополнительным оценочным критерием состояния микрофлоры толстой кишки может служить метод газожидкостной хроматографии. В катамнезе (3–6 нед) наблюдались 63 ребенка первого года жизни, после госпитализации в инфекционный стационар с инвазивной диареей. 24 ребенка получали смесь Бифидус, содержащую пребиотик лактулозу, 24 – грудное молоко и 15 вскарммливались смесями без пребиотических субстанций.

В остром периоде диареи отмечалось умеренное снижение общего количества КЖК (в среднем 85,2–91,6%) при незначительном снижении средних количеств уксусной, нормальном содержании пропионовой кислоты и повышении средних уровней масляной кислоты (до 130,6–177,7%). В группе детей, находившихся на грудном вскармливании, средние показатели меньше всего отличались от референтных значений (90,8, 106,6 и 130,6% соответственно) и отсутствовало отклонение анаэробного индекса в отрицательную область ($-0,235 \pm 0,039$). В катамнезе у

получавших Бифидус или грудное молоко отмечалось сопоставимое нарастание количества кислот фракций С2-С4, с нормализацией количества уксусной кислоты и избыточным содержанием пропионовой и масляной кислот (до 183–255%). В группе детей, получавших смеси без пребиотиков, общее количества КЖК и уксусной кислоты оставалось сниженным с повышением относительного содержания только масляной кислоты. В катамнезе выявлена тенденция к повышению активности анаэробной микрофлоры, обладающей гемолизирующими свойствами (отношение изоС5/С5 составило по отношению к норме $251,1 \pm 85\%$ – у получавших грудное молоко, $328,9 \pm 60,7\%$ – Бифидус, и $704,22 \pm 459,1\%$ – другие смеси). Полученные данные свидетельствуют, что дети, находящиеся на грудном вскармливании, имеют лучшие метаболические показатели микрофлоры как в остром периоде болезни, так и в катамнезе. После инвазивной диареи у детей грудного возраста в течение длительного времени сохраняется дисбаланс кишечной микрофлоры с активацией микроорганизмов родов *Bacteroides*, *Clostridium* и др., а также анаэробов, обладающих гемолитической активностью. У детей, получавших Бифидус и грудное молоко, присутствовали признаки активности смешанной анаэробной микрофлоры, в том числе сбрасывающей углеводы. А у детей, получавших смеси без пребиотиков, отмечена высокая вероятность преобладающей пролиферации анаэробов, способных метаболизировать белки.

Нейрофизиологические изменения, выявляемые у ВИЧ-инфицированных

Мигманов Т.Э., Гагарина И.В.,
Федяева О.Н., Микадзе И.С.

Московский медико-стоматологический университет

Количество ВИЧ-инфицированных пациентов увеличивается из года в год, а вместе с этим растет и количество обращений за оказанием таким пациентам специализированной, в том числе неврологической, психологической и психиатрической помощи. При анализе работы поликлиники Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом установлено, что в 2005 г. из состоявших на учете 13 793 пациентов консультированы неврологом были 649, психологом – 512. В 2006 г. из 13 974 помощь невролога потребовалась 1218 больным, а психолога – 418. Из 15560 состоявших на учете к 01.01.2008 неврологом осмотрены 3386, а психологическая помощь оказана 1470 пациентам. За 2008 г. из 18 833 наблюдаемых в МГЦПБ СПИД к неврологу обратились 2584, посетили и получили помощь психолога 1331, и только за последние 6 месяцев консультированы психиатром 2048. Увеличивается и объем необходимых инструментальных исследований для оценки поражения нервной системы ВИЧ-инфицированных. Так только сотрудниками МГМСУ было проведено 311 электроэнцефалографических (ЭЭГ) и 94 электронейромиографических (ЭНМГ) исследований. Кроме этого проводилась оценка церебрального энергообмена больных методами нейроэнергетрии на

основе определения уровня постоянных потенциалов головного мозга (выполнено 158 измерений). Выявлено, что заболевание ВИЧ-инфекцией сопровождается изменением церебрального энергообмена, достигающих значимых показателей со стадии вторичных заболеваний. Максимальное увеличение энергообмена наблюдалось в лобной области с регистрацией при ЭЭГ высокого индекса бета-активности. Отмечается корреляция между наблюдающимся на этой стадии ВИЧ-инфекции повышением уровня постоянных потенциалов и подавлением ЭЭГ-активности, что свидетельствует об изменениях, обусловленных нарушениями функциональной активности нейронов, реорганизацией церебрального обеспечения когнитивных, моторных и других функций, сопровождающихся ацидотическим сдвигом церебрального кислотно-щелочного равновесия. У 35 (37,2%) ВИЧ-инфицированных с полинейропатиями электронейромиографические исследования выявило демиелинизирующий и у 59 (62,8%) – более тяжелый аксонально-демиелинизирующий тип поражения периферических нервов с выраженным двигательным дефицитом. Плохим прогностическим признаком является наличие в анамнезе приема внутривенных наркотиков, злоупотребление алкоголем. Так среди 43 пациентов вошедших в эту группу у 14 (32,5%) восстановления проводимости в течение 12–18 мес не наблюдалось, а у двух пациентов отмечено нарастание клинического дефицита и ухудшение показателей ЭНМГ (4,6%).

Клинико-эпидемиологические особенности микст-сальмонеллезной инфекции у детей

Милютин А.Н., Голубев А.О.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва

С целью определения частоты сочетанного течения сальмонеллеза с ротавирусной инфекцией и ОРВИ среди госпитализированных детей и выявления клинических особенностей этих микст – инфекций проведено наблюдение за 741 ребенком, госпитализированным в 2000–2008 гг. в профильный стационар г. Москвы по поводу бактериологически подтвержденного сальмонеллеза. Ротавирусный антиген определяли в фекалиях с помощью ИФА, ПЦР, иммунохроматографии, а антигены ОРВИ в носоглотке – методом иммунофлюоресценции. Установлено сочетанное течение сальмонеллеза с ОРВИ у 29,0% детей. При этом они встречались достоверно чаще у детей до 3 лет, чем более старших (37,9 и 12% соотв.) и в 1-м и 4-м кварталах года по сравнению с 2-м и 3-м (35,6 и 22,4% соотв.). Сочетанное течение сальмонеллеза с ротавирусной инфекцией выявлено у 30,9% обследованных и также, преимущественно, у детей раннего возраста (43,9% у детей до года против 13,5% – старше 3 лет) – максимально (46,3%) во 2-м квартале и минимально (5,1%) – в 3 квартале года.

Сопоставлена клиническая картина болезни у 104 детей с сальмонеллезно-вирусной, в том числе, у 43 – с

сальмонеллезно-ротавирусной, у 43 – сальмонеллезно-респираторной и у 18 – сальмонеллезно-ротавирусной – респираторной инфекциями (1-я группа) и у 74 детей с микст-сальмонеллезом. Среди респираторных вирусных патогенов преобладали вирусы парагриппа. Клиническая картина болезни в обеих группах была типична для современного сальмонеллеза. Однако у всех больных с микст-инфекциями достоверно чаще регистрировалась водянистая диарея (42,3 и 13,5% соотв.), а у детей с ротавирусно-сальмонеллезной инфекцией – рвота (75,4 и 58,8%), что приводило к более частому развитию эксикоза (24,0 и 10,8% соотв.), а заболевание чаще протекало в виде гастроэнтероколита (81,4 и 57,5% соотв.). Тяжелые формы болезни наиболее часто (22,2%) регистрировались при сочетании сальмонеллеза с ОРВИ и ротавирусной инфекциями. При микст-инфекции в 3 раза чаще наблюдалось волнообразное течение болезни (30,2 и 10,0%), в 2,4 раза чаще – повторное выделение сальмонелл (61,1 и 25,0% соотв.) и достоверно больше была средняя длительность диареи (11,2 и 7,4 дня соотв.).

Таким образом, в последние годы сальмонеллез у госпитализированных детей часто сочетается с вирусными инфекциями (ОРВИ и ротавирусной), утяжеляя и пролонгируя его течение, задерживая и клиническое выздоровление, и санацию от возбудителя.

О необходимости совершенствования системы профилактики вирусного гепатита А

Миндлина А.Я., Полибин Р.В.

Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова

Вирусный гепатит А продолжает оставаться актуальной инфекцией для многих стран мира, в том числе и для России. Существуют различные точки зрения в отношении факторов, определяющих крайне неравномерное территориальное распределение этой инфекции.

В связи с этим нами была проанализирована взаимосвязь заболеваемости вирусным гепатитом А с демографической структурой населения, а также удельным весом обеспеченности различных стран мира системой централизованного водоснабжения 50 Европейских государств и стран Азии за период 1980-2006 гг. Проведенный анализ показал, что наиболее высокие уровни заболеваемости регистрируются среди детского населения. В странах с высоким уровнем заболеваемости отмечен наибольший удельный вес детей до 14 лет среди всего населения, в странах с низким уровнем заболеваемости – наименьший ($p < 0,05$). Выявлена корреляционная зависимость между удельным весом детей и уровнями заболеваемости гепатитом А (коэффициенты корреляции 0,5–1,0). Для большинства стран в многолетней динамике снижение заболеваемости сопровождается снижением удельного веса детей среди всего населения. В целом на большинстве территорий с низким уровнем заболеваемости выявляется высокое санитарно-коммунальное благоустройство, а на территориях со средним и высоким уровнями заболевае-

мости санитарно-коммунальное благоустройство хуже. Однако за изучаемый период уровень обеспеченности системой централизованного водоснабжения в большинстве стран практически не менялся. Корреляционная зависимость между уровнями заболеваемости вирусным гепатитом А и удельным весом обеспеченности различных стран мира системой централизованного водоснабжения менее выраженная (коэффициенты корреляции 0,04–0,7).

Таким образом, на уровни заболеваемости вирусным гепатитом А в различных странах прежде всего влияет демографическая структура населения. Достижение реального эпидемиологического благополучия в отношении гепатита А можно ожидать, прежде всего, при иммунизации детского населения, так как именно эта группа населения является наиболее эпидемиологически значимой. В связи с этим целесообразно включить в национальный календарь прививок плановую вакцинацию детей 2–3 лет с их последующей ревакцинацией по достижению 14-летнего возраста.

Динамика выработки фактора некроза опухоли- α при боррелиозной инфекции

Миноранская Н.С., Андропова Н.В., Миноранская Е.И.

Красноярский государственный медицинский университет

Выраженность воспалительной реакции, определяемая уровнем цитокинов, во многом обуславливает прогноз течения боррелиозной инфекции. Одним из ранних неспецифических воспалительных ответов на инфекционный агент является продукция противовоспалительных цитокинов. Цель настоящей работы – изучение динамики цитокинового ответа при различных вариантах течения иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ) посредством определения фактора некроза опухоли- α (α -ФНО).

Под наблюдением находилось 45 пациентов (43,3%) с острой боррелиозной инфекцией, 32 больных (30,8%) с хроническим течением ИКБ, и 27 (25,9%) больных с ассоциированным течением ИКБ с клещевым энцефалитом (КЭ).

Системный цитокиновый ответ выявлялся при остром течении ИКБ и микст-инфекции ИКБ с КЭ на 3–4-й день заболевания, при хроническом течении боррелиозной инфекции – на 4–6 день от момента развития рецидива.

Повышенные значения α -ФНО регистрировались при остром ИКБ у 37 больных (82,2%), при микст-инфекции – у 19 пациентов (70,4%). При хроническом ИКБ в стадию ремиссии у 19 пациентов (59,4%) наблюдалось незначительное повышение α -ФНО в сравнении со среднепопуляционной нормой. В 25 случаях (78%) при развитии рецидива заболевания выявлялся повышенный уровень продукции α -ФНО. Частота выявления α -ФНО при различном течении ИКБ однозначна ($\chi = 2,25, p > 0,1$).

Острое течение ИКБ может протекать с наличием эритемы или без нее. Из 45 пациентов у 29 (64,4%) регистрировалась безэритемная форма заболевания. Уровень α -ФНО при безэритемной форме ИКБ был выше в сравнении с таковым при эритемной ИКБ. При безэритемной форме заболевания повышенный уровень α -ФНО регист-

рировался у 15 пациентов (51,7%), при наличии эритемы в клинике ИКБ – у 11 больных (68,8%). По мере регресса эритемы уровень α -ФНО снижался до среднепопуляционной нормы у 9 больных (81,8%). Более частая регистрация повышенных значений α -ФНО при эритемном ИКБ объясняется преобладанием при наличии эритемы местной продукции цитокина, хотя достоверных различий с безэритемным ИКБ не выявлено ($\chi = 0,63$, $p > 0,1$).

Уровень α -ФНО при различном течении боррелиозной инфекции является показателем степени выраженности инфекционного и воспалительного процесса, что обуславливает прогноз ИКБ.

Цитокиновый статус при остром течении боррелиозной инфекции

Миноранская Н.С., Андропова Н.В.,
Миноранская Е.И., Сарап П.В.

Красноярский государственный медицинский университет

Определение уровня цитокинов при иксодовом клещевом боррелиозе (ИКБ) является прогностически значимым критерием в плане проведения адекватной терапии в зависимости от выраженности воспаления.

Под наблюдением находилось 175 пациентов с ИКБ. Диагноз подтверждался определением Специфических IgM и IgG иммуноферментным анализом (ИФА) в диагностически значимых титрах. В ходе исследования определены 2 группы больных: 1 группу составили 92 больных (52,6%) с эритемной формой заболевания, во 2 группу вошли 83 пациента (47,4%) с безэритемной формой ИКБ. Контрольная группа представлена 33 практически здоровыми лицами.

Определение концентрации цитокинов (ИЛ-1 α , ИЛ-4, ИЛ-8) в сыворотке крови осуществляли с применением тест-систем ООО «Вектор-Бест» (г. Кольцово Новосибирской области).

Системный цитокиновый ответ выявлялся к 4–5 суткам заболевания в 75,4% случаях, к 6–7 суткам – у 24,6% пациентов вне зависимости от наличия эритемы в клинике ИКБ. Отмечался высокий уровень ИЛ-1 α в обеих группах пациентов ($p < 0,05$). Однако в период реконвалесценции в 1 группе больных показатель ИЛ-1 α снижался в сравнении с таковым во 2 группе ($p < 0,05$), достигая значения в контрольной группе ($p > 0,05$). Наблюдалось повышение уровня ИЛ-4 при эритемной и безэритемной форме ИКБ у 42 (45,6%) и 38 (45,8%) пациентов соответственно в манифестацию заболевания ($p < 0,05$). В стадию реконвалесценции повышенный уровень ИЛ-4 в 1 группе пациентов сохранялся у 34 больных (36,9%), во 2 группе больных – у 35 человек (42,2%). Уровень ИЛ-8 повышался в манифестацию заболевания ($p < 0,001$) и снижался в стадию реконвалесценции ($p > 0,05$) в обеих наблюдаемых группах.

Повышение провоспалительных цитокинов при остром ИКБ можно считать относительно благоприятным прогностическим признаком, т.к. ИЛ-1 α , ИЛ-4 и ИЛ-8 участвуют в дифференцировке Т-лимфоцитов, Т-хелперов, ак-

тивируют цитотоксические лимфоциты, что определяет вероятность хронизации патологического процесса. Повышенные показатели этих цитокинов являются следствием бактериальной инфекции с наличием воспалительного процесса. Высокий уровень ИЛ-4, определяемый в период реконвалесценции острой манифестной формы ИКБ, вероятнее всего свидетельствует о незавершенности фагоцитоза и последующей хронизации инфекционного процесса.

Опыт применения рифаксими́на в этиотропной терапии острого шигеллеза

Миноранская Н.С., Миноранская Е.И.

Красноярский государственный медицинский университет

В структуре инфекционной заболеваемости процент острых кишечных инфекций (ОКИ) не сдает свои лидирующие позиции, поэтому поиск новых эффективных препаратов для этиотропного лечения заболеваний этой группы приобретает особое значение в условиях современного фармацевтического рынка.

Под наблюдением находилось 32 пациента с установленным диагнозом острого шигеллеза, подтвержденного бактериологически и/или серологически. 21 пациент (65,6%) составили 1 клиническую группу, где назначался рифаксимин в дозе 0,2 г 3 раза в сутки; 11 пациентов (34,4%) вошли во 2 группу – им назначался ципрофлоксацин в дозе 0,5 г 2 раза в день. Все пациенты, помимо этиотропного лечения, получали базисную терапию ОКИ.

Терапевтический эффект этиотропной терапии в обеих группах оценивался по длительности интоксикационного синдрома, диареи, тошноты, рвоты, длительности и интенсивности болевого синдрома.

Анализ результатов показал, что ко 2-м суткам лечения регресс интоксикационного синдрома наблюдался у 14 пациентов (66,7%) 1-й группы и 7 больных (63,6%) 2-й группы ($\chi = 0,049$, $p > 0,1$). Значимых различий в длительности интоксикации, тошноты, рвоты у пациентов обеих групп не регистрировалось ($p > 0,05$).

Назначение рифаксими́на сокращало длительность диареи в сравнении с таковой во 2-й группе пациентов ($2,7 \pm 0,3$ и $4,1 \pm 0,5$ соответственно, $p < 0,05$).

К третьим суткам лечения болевой синдром отмечался в 19% случаев в 1-й группе больных и в 36,4% случаев во 2-й группе пациентов ($\chi = 0,416$, $p > 0,5$).

Принимая во внимание результаты клинического наблюдения, можно утверждать, что рифаксимин по своей эффективности в отношении этиотропной терапии шигеллеза не уступает фторхинолонам, в частности, ципрофлоксацину. Ввиду активного назначения фторхинолонов в качестве препаратов выбора для эмпирического лечения острых кишечных инфекций возможно увеличение числа устойчивых к этой группе препаратов штаммов (F.Castelli et al., 2006).

Преимуществом рифаксими́на является высокая антибактериальная активность, хорошая переносимость, непосредственное воздействие на очаг инфекции при отсутствии всасывания в крови и кишечнике, отсутствие лекарственного взаимодействия, низкий риск развития резистентных штаммов (D.Taylor et al., 2006).

Роль генетических факторов в патогенезе нейроинфекций у детей

Мироманова Н.А., Богданова А.С., Богданов И.Г., Мироманов А.М.

Читинская государственная медицинская академия

В последние годы выявлены различные генетические дефекты, имеющие прямое или опосредованное отношение к нарушениям гемостаза, утяжеляющие течение основного заболевания. Цель исследования – изучить распространенность и роль генетических факторов гемокоагуляции в патогенезе нейроинфекций у детей.

Нами обследовано 35 больных в возрасте от 3 мес до 10 лет с нейроинфекцией: 11 человек – с гнойным менингитом неменингококковой этиологии, 24 ребенка – с генерализованными формами менингококковой инфекции (менингококцемия диагностирована у 14 детей, изолированный менингит – у 2 детей, смешанная форма менингококковой инфекции – у 8 человек). Из генетических факторов гемокоагуляции определяли мутацию фактора V свертывания крови Leiden (FVL) и мутацию C677T в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) с использованием праймеров ООО «Сибэнзим» (г. Новосибирск). Группу сравнения составили 244 условно здоровых ребенка аналогичного возраста.

Нами показано, что у пациентов с нейроинфекцией частота встречаемости исследуемых мутаций в генах гемокоагуляции в 2 раза выше по сравнению со здоровой популяцией. Так, среди больных детей мутация FVL обнаружена в 11,4% случаев, а у здоровых – 4,9%. Аналогично этому мутация C677T в гене МТГФР регистрировалась у 22,8% больных и лишь у 11,9% здоровых детей. Возраст детей с диагностированными генетическими поломками в изучаемых генах гемокоагуляции колебался от 3 месяцев до 9 лет, большую часть из них составили мальчики. Во всех случаях у детей регистрировались гетерозиготные формы мутаций FVL и C677T в гене МТГФР. В группе исследуемых детей с нейроинфекцией и обнаруженными генетическими поломками в генах гемокоагуляции по сравнению с пациентами без диагностированных мутаций чаще регистрировались признаки гиперкоагуляции, и увеличивалась средняя продолжительность пребывания больного на койке.

Таким образом, определение генетических мутаций в генах гемокоагуляции позволит прогнозировать развитие тромботических осложнений при нейроинфекциях у детей и проводить своевременную коррекцию лечения.

Некоторые показатели иммунитета и гемостаза при генерализованных формах менингококковой инфекции у детей

Мироманова Н.А., Брум Т.В., Мироманов А.М.

Читинская государственная медицинская академия; Областная детская инфекционная больница, Чита

Нарушения в системе иммунитета и гемостаза являются ведущими патогенетическими звеньями инфекционных заболеваний. Цель исследования – изучение некоторых показателей иммунитета и гемостаза у детей при генерализованных формах менингококковой инфекции (ГФМИ). Под наблюдением находилось 24 ребенка в возрасте от 3 мес до 10 лет с ГФМИ. Изолированная менингококцемия диагностирована у 14 пациентов, изолированный менингит – у 2 детей, смешанная форма менингококковой инфекции (менингококцемия в сочетании с менингитом) – у 8 человек. Концентрацию цитокинов (IL-1 β , IL-4, IFN γ , TNF α) и иммуноглобулинов А, М, G с подклассами в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск). Гемостаз оценивали по тестам: протромбиновое и активированное частично тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген. Группу сравнения составили 20 здоровых детей аналогичного возраста.

Нами установлено, что уровни исследуемых цитокинов при ГФМИ значительно превышали контрольные значения. При менингококковой инфекции без признаков шока уровень IL-1 β был значительно ниже, а содержание IL-4, TNF γ и IFN α у детей с проявлениями шока существенно превышали аналогичные показатели у больных без признаков инфекционно-токсического шока. Концентрация цитокинов не менялась в зависимости от тяжести шока. Содержание иммуноглобулина А при ГФМИ не отличалось от группы контроля, а концентрация иммуноглобулинов М и G с подклассами G1, G2 снижалась. Причем отмечено, что у пациентов с проявлением шока уровни этих иммуноглобулинов значительно понижались по сравнению с группой больных ГФМИ без признаков шока. Изменения гемостаза характеризовались увеличением концентрации фибриногена, а изменение АЧТВ и протромбинового времени носило разнонаправленный характер и зависело от стадии ДВС-синдрома. Таким образом, генерализованные формы менингококковой инфекции у детей сопровождаются гиперпродукцией про- и противовоспалительных цитокинов, угнетением секреции иммуноглобулинов М и G, а изучаемые показатели гемостаза соответствуют стадиям ДВС-синдрома.

Фактор Виллебранда как маркер повреждения эндотелия у больных геморрагическими формами рожи

Митрофанова М.Ю.¹, Алешина Н.И.¹, Астрина О.С.¹, Емельянова Г.В.²

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²Инфекционная клиническая больница №2, Москва

Повреждение эндотелия сосудов привлекает все большее внимание в качестве определяющего фактора патогенеза инфекционных болезней. Активность фактора Виллебранда (ФВ) является одним из основных маркеров эндотелиальной дисфункции.

В динамике заболевания у 30 пациентов геморрагическими формами рожи со среднетяжелым течением оценивался уровень ФВ в плазме крови мануальным методом с использованием реактивов фирмы Ренам.

Результаты. В остром периоде рожи удалось выявить достоверно значимое повышение значений ФВ по сравнению с контрольной группой здоровых лиц ($174,8 \pm 2,5$, $61,1 \pm 4,6$, $p < 0,001$). На 6-8-е сутки заболевания на фоне проводимой стандартной терапии рожи уровень ФВ был в 2,5 раза выше контрольных значений. Незначительное снижение активности ФВ наблюдалось к моменту выписки больных в фазе реконвалесценции ($164,5 \pm 3,9$, $174,8 \pm 2,5$, $p < 0,05$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс геморрагической рожи эндотелия сосудов с нарушением его функции. Активное высвобождение ФВ пропорционально интенсивности повреждающего воздействия на сосудистый эндотелий и увеличивает риск тромбогеморрагических осложнений. Повышение активности ФВ у больных геморрагическими формами рожи имеет несомненное прогностическое значение и должно приниматься во внимание для оценки эффективности патогенетической терапии.

Оценка эффективности Мексидола в профилактике тромбогеморрагических осложнений рожи

Митрофанова М.Ю.¹, Малеев В.В.¹, Петрова Е.В.²

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

Инфекционная клиническая больница № 2, Москва

Рост числа геморрагических форм рожи с развитием угрожающих жизни тромбогеморрагических осложнений является особенностью современного периода. В динамике заболевания методом слепой рандомизации на основе клинических и гемостазиологических показателей оценивалась эффективность дополнительного назначения препарата Мексидол по сравнению с контрольной группой больных, получающих стандартную терапию. Мексидол назначался два раза в сутки перорально по 0,250 г (2 таб-

летки по 0,125 г) в течение 14 дней госпитализации и последующие 4 недели амбулаторно.

В остром периоде рожи на фоне стандартной терапии установлены достоверное ($p < 0,001$) снижение степени агрегации тромбоцитов, активация плазменного звена гемостаза в виде достоверного уменьшения показателя АЧТВ в 1,7 раза по сравнению с контролем, повышение в 1,5 раза уровень фибриногена и признаки дисфункции эндотелия сосудов. Агрегация тромбоцитов у отдельных больных отражала фазовый характер патологии гемостаза и у части пациентов она усиливалась как проявление гиперкоагуляционной стадии ДВС-синдрома.

Общая и локальная патологическая симптоматика у пациентов, получавших Мексидол в отличие от больных контрольной группы, не определялась уже практически к 10 дню лечения. Симптомы рожи исчезали наряду с восстановлением показателей гемостаза. Включение Мексидола в комплексное лечение рожи вызывало достоверно значимое ($p < 0,05$) восстановление исходно нарушенных АЧТВ, протромбинового времени, Д-димера, гомоцистеина ($4,7 \pm 1$; $2,9 \pm 0,5$; $2,7 \pm 0,3$; $179 \pm 77,2$; $2,7 \pm 0,6$), соответственно до и после терапии. В течение 4-х недель приема Мексидола в амбулаторных условиях показатели гемостаза достигали уровня контрольных значений.

Выводы: геморрагические формы рожи сопровождаются усилением активности прокоагулянтного и тромбоцитарного звеньев гемостаза, дисфункцией эндотелия сосудов, что может служить фактором риска тромбогеморрагических осложнений. Применение Мексидола в комплексном лечении геморрагических форм рожи уменьшает сроки острого периода болезни, стимулирует репаративно-регенеративные процессы, нормализует показатели гемостаза, предупреждая угрожающие жизни тромбогеморрагических осложнения.

Профилактический эффект полиоксидония у длительно и часто болеющих детей

Михайленко А.А.¹, Пинегин Б.В.², Майоров Р.В.¹, Орлова Е.Е.¹, Конищева А.Ю.¹

¹Тверская государственная медицинская академия;

²ГНЦ Институт иммунологии ФМБА России, Москва

Из 143 длительно и часто болеющих детей (ДЧБД) сформировано 3 группы, которые получали курсом 10 дней полиоксидоний таблетки 12 мг: 1-я группа (51 ребенок) – утро, вечер по 12 мг; 2-я группа (51 ребенок) – утро, день, вечер по 12 мг; 3-я группа (41 ребенок) – утро 24 мг, день, вечер 12 мг. Контрольную группу составили 50 детей, которые не получали полиоксидоний. Все дети проходили реабилитационный курс на базе детского санатория «Прометей» длительностью 1,5 месяца, который включал лечебное питание, лечебную физкультуру, витаминотерапию.

Побочных эффектов от приема полиоксидония во всех трех группах выявлено не было. Иммунограмма че-

рез 11 дней после приема полиоксидония показала умеренные положительные сдвиги у детей, получавших полиоксидоний по сравнению с контрольной группой. В ноябре 2005 г. из 193 детей, участвовавших в профилактической программе, 20 детей по нашей рекомендации вновь поступили в санаторий для контрольного обследования. Все 20 детей (опрос пациентов и их родителей, анализ медицинской документации, клинический осмотр) вышли из состояния длительных и частых заболеваний – либо полностью не болели в течение года, либо частота заболеваний снизилась до 2 вместо исходных 6 раз в год. В числе этих 20 детей примерно в равных количествах были представлены все 3 схемы приема полиоксидония. В контрольной группе положительной динамики не наблюдалось.

Выводы: выявлена безопасность, хорошая переносимость и эффективность полиоксидония таблеток 12 мг для профилактики частых ОРЗ у детей.

Изменение метаболического статуса биотопа гениталий у девочек раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями

**Михайленко Е.А., Горелов А.В.,
Усенко Д.В., Ардатская М.Д.**

*Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва*

Проведено обследование 30 девочек 1–3 лет, больных ОКИ бактериальной этиологии в острый период инфекции и в ранний период реконвалесценции. 15 девочек получали традиционную терапию, у остальных 15 наряду с традиционной терапией использовался линекс. Группу сравнения составили 10 практически здоровых девочек. Состояние микробиоценозов влагалища и кишечника оценивали путем одновременного определения короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) С2-С6 в кале и во влагалищных смывах на хроматографе «Хроматек-Кристалл-5000». Абсолютное содержание КЖК в кале снижено, что свидетельствует об изменениях моторно-эвакуаторной функции кишечника и состава индигенной флоры. Изменения профилей КЖК в кале указывают на активацию аэробной (факультативной) и анаэробной (бактероиды и пропионибактерии) флоры. Результаты изучения КЖК в вагинальных смывах демонстрируют также снижение абсолютной концентрации. В профиле КЖК аналогичные изменения. Анаэробный индекс в обеих средах смещен в слабоотрицательную область. В периоде реконвалесценции отмечена нормализация или тенденция к нормализации всех параметров КЖК в обеих подгруппах на фоне терапии, но наиболее достоверные результаты получены в группе с использованием линекса. Таким образом, в обоих биотопах при ОКИ бактериальной этиологии выявлены сочетанные однонаправленные изменения микробного спектра. Наиболее выраженное восстановление флоры кишечника и влагалища происходит на фоне линекса.

К вопросу о тактике вакцинопрофилактики онкогинекологических заболеваний папилломавирусной этиологии

Михеева И.В.

*Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора,
Москва*

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является основным этиологическим агентом онкогинекологических заболеваний (рака шейки матки, вульвы, влагалища), а также генитального кондиломатоза. Наиболее эффективным средством первичной профилактики ВПЧ-инфекции является вакцинация как способ воздействия на третье звено эпидемического процесса – восприимчивое население. В России зарегистрированы рекомбинантные вакцины против ВПЧ высокого онкогенного риска (типов 16 и 18). Одна из них – четырехвалентная, содержащая помимо антигенов ВПЧ генотипов 16 и 18, еще и антигены генотипов ВПЧ 6, 11, вызывающих генитальные кондиломы, вторая – бивалентная, содержащая антигены ВПЧ только генотипов 16 и 18. Квадривалентную вакцину можно вводить девочкам, начиная с возраста 9 лет (до 26 лет), бивалентную – с 10 лет (до 25 лет). Поскольку наибольший профилактический эффект достигается при проведении полного курса вакцинации до первого сексуального контакта, основной целевой группой для проведения прививок являются подростки. По данным социологических исследований, в Российской Федерации доля подростков, имеющих сексуальный дебют к 15-летнему возрасту, составила 5,6% (для девушек) и 19,5% (для юношей). На основании полученных данных рекомендуется начинать проведение прививок детям до 15 лет. Девушкам и женщинам до 26 лет обследование на наличие ВПЧ инфекции перед прививкой не требуется, т.к. вероятность инфицирования сразу всеми четырьмя типами ВПЧ (6,11,16,18) очень мала. При возникновении беременности в период проведения курса вакцинации следует воздержаться от следующей прививки и осуществить ее уже после родов. Целесообразно вакцинировать и мужчин, так как у них не только развиваются заболевания, связанные с ВПЧ, но они могут служить источниками возбудителя для своих сексуальных партнерш. Данные о длительности иммунитета (после полного курса из 3 прививок), позволяют рассчитывать на защиту от ВПЧ в течение нескольких десятилетий без ревакцинации. В некоторых регионах России вакцина против ВПЧ-инфекции включена в региональные календари профилактических прививок, т.е. осуществлен переход от тактики создания индивидуальной невосприимчивости к обеспечению коллективного иммунитета, что в перспективе позволит существенно снизить заболеваемость онкологическими заболеваниями, обусловленными ВПЧ 6,11,16,18 типов, а также генитальным кондиломатозом.

Основные закономерности эпидемического процесса ветряной оспы в Москве

Михеева И.В., Лыткина И.Н., Воронин Е.М.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

На фоне снижения заболеваемости «управляемыми» инфекциями в структуре инфекционной патологии повышается значимость ветряной оспы. В последние годы в Москве удельный вес ветряной оспы в общей структуре инфекционных заболеваний (без гриппа и ОРВИ) составляет около 50%. Были изучены основные закономерности эпидемического процесса этой инфекции в Москве в период с 1981 по 2008 г. Установлено, что в целом, тенденцию многолетней динамики заболеваемости можно охарактеризовать как снижение со среднегодовым темпом 1,9% с максимумом в 1986 г. – 864,7 на 100 000 населения, минимальным – в 1996 г. – 344,7 на 100 000 населения. Динамика заболеваемости имела волнообразный (циклический) характер, причем на фоне длительных («больших») 8-10-летних циклов наблюдались относительно короткие («малые») подъемы заболеваемости, с небольшой амплитудой, длительность которых составляла 2–4 года. В годы подъемов заболеваемости определялась зимне-весенняя сезонность ветряной оспы с пиком в январе, а в межэпидемические годы – осенне-зимняя, с максимумом в декабре, что объясняется циклическостью формирования коллективов детских образовательных учреждений и накопления восприимчивых контингентов. Однако наблюдалось постепенное снижение удельного веса детей среди заболевших ветрянкой – с 95,6% в 1981 г. до 88,2% в 2006 г. Наибольший «вклад» в формирование заболеваемости вносили дети в возрасте 3–6 лет. Дети 1–2-х лет занимали второе ранговое место по уровню заболеваемости, а школьники в возрасте 7–14 лет – третье. Показатель заболеваемости «организованных» детей в возрасте 3–6 лет в 1981–1989 гг. превышал 7000 на 100 000 детей данного возраста, а после 1990 г. резко снизился. Статистические данные свидетельствуют, что в 1990–1997 гг. число детских дошкольных учреждений в г. Москве значительно сократилось, что закономерно повлекло за собой снижение заболеваемости «детскими» инфекциями. За период с 1981 по 2007 гг. были зарегистрированы 40 случаев ветряной оспы с летальным исходом у пациентов с неблагоприятным преморбидным фоном (врожденная неврологическая патология, иммунодефициты, онкологические заболевания, заболевания крови и т.п.), 27 из них – у детей. С 1981 по 1988 гг. среди взрослых не было умерших от этой инфекционной болезни, а, начиная с 1989 г., летальные случаи ветрянки регистрируются у взрослых.

Иммунологические параллели при вирусных менингитах

Мишакина Н.В., Рождественская Ю.В., Ханипова Л.В., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Кечерукова Л.М., Черемных Л.Г., Даниленко О.Е.

Тюменская государственная медицинская академия; Областная инфекционная больница, Тюмень

В общей структуре нейроинфекций вирусные серозные менингиты составляют около 23,5%, встречаясь у детей в 5-8 раз чаще, чем у взрослых.

Изучен иммунологический профиль у 46 детей школьного возраста (7–14 лет) с вирусными серозными менингитами – менингеальная форма клещевого энцефалита (КЭ) ($n = 24$) и нейрожелезистая форма паротитной инфекции (ПИ) ($n = 22$). Иммунологическое обследование включало: фенотипирование лимфоцитов периферической крови с помощью расширенной панели моноклональных антител с определением маркеров клеточного (CD7, CD3, CD4, CD8), гуморального (CD20, CD23), неспецифического звеньев (CD16, CD11b), показателей адгезии, активации (CD50, CD54, CD38, HLADR, CD71); определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов основных классов (IgG, IgM, IgA).

Выявлено, что иммунологический профиль при серозных вирусных менингитах (клещевой энцефалит, менингеальная форма и серозный менингит при паротитной инфекции) имел как общие тенденции, так и различия. Универсальными механизмами реакции иммунной системы были снижение Т-Лф, Т-хелперов, Т-цитотоксических, В-Лф, повышение активационных маркеров, пролиферирующих клеток, клеток неспецифической цитотоксичности (НК), иммуноглобулинов. В большей степени количественный дефицит Лф был выражен при КЭ с более поздним их восстановлением, при этом у пациентов были менее выражены, чем при ПИ, процессы активации с более медленным нарастанием иммуноглобулинов и поздним переключением на вторичный иммунный ответ. Выявленные различия говорят не только об адекватной реакции иммунной системы, но и об особенностях действия вируса. Выздоровление при КЭ длится в среднем дольше, чем при других вирусных серозных менингитах, поэтому и иммунологические изменения сохраняются дольше. Интенсивность иммунного ответа не нарастает адекватно тяжести, что связано с патогенетическими особенностями КЭ и поражением не только нервной, но и иммунной систем.

Диагностика трихинеллеза в Краснодарском крае

Моренец Т.М., Ковалевская О.И., Цехомская Н.Р.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Проблема диагностики трихинеллеза актуальна для Краснодарского края – природного очага этой инвазии. В январе-феврале 2008 г. в клинике ГУЗ СКИБ находи-

лось 14 больных трихинеллом, 9 из которых заразились от мяса свинины, 5 – от мяса дикого кабана. Заболевание протекало в среднетяжелой форме у 11, в легкой – у 3 заболевших. Больные госпитализированы к концу первой, началу второй недели болезни. Наиболее ранними симптомами с первого дня были астенизация, слабость, головная боль, головокружение; одновременно либо через 1–2 дня появлялись лихорадка и миалгии в икроножных, бедренных мышцах и мышцах верхнего плечевого пояса. К середине первой недели болезни присоединялись парорбитальные отеки, пастозность лица, в связи с чем 2 человека лечились у терапевта и окулиста с диагнозами «ОРЗ» и «конъюнктивит». У 2 больных начальными признаками инвазии на фоне миалгий была экзантема, у 2 – боли в животе, диарея длительностью до 2 недель. Один из этих больных в течение 10 дней лечился стационарно с диагнозом «гастроэнтерит». Правильной диагностике способствовали учет группового характера заболевания (семейные очаги), наличие на фоне лихорадки, отеков и миалгий умеренного лейкоцитоза, эозинофилии (6–33%). Информативным оказалось повышение уровня креатининфосфокиназы (КФК) до 2–20 норм и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) до 1,5 норм, отражающих воспалительные процессы в мышечной ткани. При первом обследовании на 1–2 неделях болезни у больных средней тяжести и на 4 неделе при легком течении ИФА с трихинеллезным антигеном была отрицательной у 71,4%. Сомнительные и положительные ее результаты появлялись к концу 2, началу 3 недели болезни, что совпадало со сроками выписки (средний койко-день – 8–11). Таким образом, в начальный период и период разгара основными критериями диагностики трихинеллеза являются клинико-эпидемиологические данные (групповой характер заболевания, характерная триада в виде лихорадки, отеков, миалгий, с наличием у отдельных больных экзантемы и абдоминального синдрома) в сочетании с общелабораторными показателями (эозинофилия, повышение уровня КФК и ЛДГ). Для верификации диагноза (включая легкие и субклинические формы) необходим серологический мониторинг первичный и далее на 4–12 неделях после заражения, что предусмотрено нормативными документами и должно осуществляться и в период диспансеризации.

Парвовирусная В19 инфекция

Москалева Т.Н., Герасимова А.Г., Цвиркун О.В.

Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского, Москва

Парвовирусная В19 инфекция широко распространена во всем мире, тем не менее, диагностика и регистрация больных этой инфекцией в России практически отсутствует. С целью определения широты распространения парвовирусной В19 инфекции, методом ИФА проведено исследование 1048 сывороток здоровых лиц в возрасте от периода новорожденности до 56 лет на наличие в них антител класса IgG к парвовирусу В19. Специфические антитела к парвовирусу определялись во всех возрастных

группах, причем с возрастом число серопозитивных лиц увеличивалось с 29,6% среди детей раннего возраста до 63,6% среди лиц старше 30 лет. Полученные результаты свидетельствуют о широком распространении парвовирусной инфекции в России.

Для того, чтобы выявить роль инфекционной эритемы, вызванной парвовирусом В19, среди инфекционных заболеваний, сопровождающихся сыпью, было проведено определение специфических IgM-антител к парвовирусу В19 в 1130 сыворотках крови больных с экзантемой. Больным были выставлены следующие предварительные диагнозы: «корь» или «корь?» – 47,4%, «краснуха» или «краснуха?» – 26,5%, «аллергический дерматит, токсикодермия» – 21,3% и другие (ОРВИ, инфекционный мононуклеоз, ветряная оспа и т.п.). Диагнозы кори и краснухи были лабораторно исключены у всех обследованных больных. Специфические IgM, подтверждающие парвовирусную В19 инфекцию, выявлены в 92 (8,1%) сыворотках.

Из 92 больных с лабораторно подтвержденным диагнозом инфекционной эритемы 29-и (31,5%) был предварительно выставлен диагноз «краснуха», 33 (35,9%) наблюдались врачами с диагнозами «аллергический дерматит», «крапивница», «токсикодермия». У 21 (22,8%) предварительный диагноз звучал как «корь» или «корь?», у 5 (5,4%) – «экзантема неясной этиологии». Инфекционная эритема не была заподозрена ни в одном случае. Таким образом, полученные результаты подтверждают наше предположение о плохой осведомленности практических врачей о клинических особенностях инфекционной эритемы, вызванной парвовирусом В19.

Особенности клиники кори у взрослых

Москалева Т.Н., Герасимова А.Г.,
Цвиркун О.В., Тихонова Н.Т.

Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского, Москва

В последние 3 года удельный вес подростков 15–17 лет и взрослых от 18 лет и старше среди больных корью в России составил 5,0 и 76,8% соответственно, причем возрастные границы заболеваемости расширились вплоть до 52-летнего возраста. Анализ клинического течения кори у 273 больных в возрасте от 17 до 52 лет показал, что в 2006–2008 гг. практически у всех (98,2%) взрослых заболевание протекало типично. Подавляющее большинство наблюдавшихся (86,4%) перенесли корь в среднетяжелой форме, легкая форма зарегистрирована у 7,7%, а тяжелая – у 4,0% больных. Частота осложнений составила 16,5%. Корь у взрослых протекала тяжелее, чем у детей. Характерным было острое начало болезни с ознобом, высокая лихорадка, выраженные симптомы интоксикации. Хотя катаральные явления у взрослых больных были выражены ярко, но по сравнению с детьми для взрослых характерно более позднее возникновение и постепенность развития катарального синдрома.

У большинства взрослых больных температура уже в катаральном периоде поднималась до 39,0–39,5°C, а в нередки и до 40°C, в среднем составив 39,5 ± 0,2°C, что бы-

ло достоверно выше чем у детей. По сравнению с детьми у взрослых в большей степени выражены проявления интоксикации, особенно головная боль (62,3%) и озноб (42,7%), тошнота и рвота (57,3%), снижение аппетита (100%) вплоть до полной анорексии.

С 3-4 дня на коже лица и шеи пациентов появлялась пятнисто-папулезная сыпь, которая этапно распространялась на туловище и конечности. Практически у всех больных выявлялись изменения слизистой полости рта в виде пятен Коплика (93,8%) или их остатков (шероховатость, гиперемия пестрота слизистой щек). У лиц старше 18 лет чаще наблюдалась полиадения (67,3 против 51,4% у детей, $p < 0,002$) и выраженный геморрагический компонент сыпи (70,7 против 45,7%, $p < 0,001$).

Анализ течения кори у взрослых больных на разных этапах вакцинопрофилактики не выявил существенной разницы – на всех этапах преобладали среднетяжелые формы: в 1970-е гг. – 96,7%, в 1980-е гг. – 88,2%, в 1990-е гг. – 83,0%, в 2001–2005 гг. – 92,0%, а в 2006–2008 гг. – 86,4%.

Анализ острой почечной недостаточности у детей при геморрагической лихорадке с почечным синдромом

Мохова О.Г., Поздеева О.С., Ермолаева И.Ю., Чуракова А.В., Исупова Т.В.

Ижевская государственная медицинская академия

Цель: выявить клинико-лабораторные особенности острой почечной недостаточности (ОПН) при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) у детей.

Под наблюдением находилось 79 детей больных ГЛПС в возрасте от 2 лет 8 мес до 14 лет, средний возраст которых составил $11,1 \pm 0,3$ лет. Легкая форма заболевания была диагностирована у 34,2% детей, среднетяжелая – у 49,4%, тяжелая – у 16,5%.

Нарушения азотистого обмена наблюдались у всех детей с тяжелой формой заболевания и у 22 (56,4%) пациентов со среднетяжелой формой. Значения креатинина при среднетяжелой форме были повышены в сравнении с нормальными показателями в среднем в 2 раза и при тяжелой форме – в 4,5 раза. Длительность данных изменений соответствовала 4,3 дня при среднетяжелой форме ГЛПС и 8,7 дней при тяжелой. Развитие олигоанурии наблюдалось у 3 больных с тяжелой формой ГЛПС. Зависимости развития ОПН от возраста пациентов не установлено. Повышение диуреза отмечалось у 67 (84,4%) детей, у 52 из них развивалась полиурия, которая наблюдалась при всех формах ГЛПС и не зависела от развития ОПН. У детей с легкой и среднетяжелой формой заболевания она была кратковременной.

Мочевой синдром был представлен типичными для ГЛПС изменениями в виде гипостенурии у всех детей. Микрогематурия и протеинурия наблюдались у 93,7% больных. Дегенеративные клетки почечного эпителия определялись у 52 (65,8%) больных и появлялись, преиму-

щественно, в полиурическом периоде. У большинства детей мочевой осадок характеризовался разнообразием в нем цилиндров (зернистые, гиалиновые, восковидные, фибриновые).

Таким образом, ГЛПС у детей в Удмуртской Республике имеет благоприятное течение и исход. ОПН наблюдается менее, чем у половины детей (44,3%) с преимущественным развитием неоллигурической формы ОПН.

Клинический анализ инфекционного мононуклеоза у детей

Мохова О.Г., Поздеева О.С., Чуракова А.В., Ермолаева И.Ю., Канкасова М.Н., Юрпалова У.А., Дерябина И.Г.

Ижевская государственная медицинская академия

Цель: изучить клинико-этиологические особенности инфекционного мононуклеоза (ИМ) у детей в Удмуртской Республике.

Клинический диагноз ИМ подтверждали иммуноферментным анализом с определением антител к вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ) и цитомегаловирусам (ЦМВ). Под наблюдением находилось 124 ребенка в возрасте от 6 мес до 15 лет, находившихся на лечении в Республиканской инфекционной клинической больнице г. Ижевска. Из них 64 (53,3%) пациента были в возрасте до 3 лет, 38 (31,7%) – от 4 до 7 лет, 25 (20,8%) – от 7 до 15 лет. Среди наблюдаемых детей ВЭБ – моноинфекция была диагностирована у 65 (52,4%) больных, инфекционный мононуклеоз ЦМВ-этиологии в 6 случаях (4,8%), смешанной этиологии у 23 (18,5%) и неуточненной этиологии у 30 (24,2%) пациентов. Легкая форма заболевания была диагностирована у 17 (13,7%) детей, среднетяжелая и тяжелая форма – у 101 (81,5%) и 6 (4,2%) больных соответственно, при этом легкая форма чаще наблюдалась у детей с ВЭБ-моноинфекцией (18,5%), тяжелая форма при ИМ неуточненной этиологии (10%).

Лихорадка наблюдалась у всех детей, фебрильный ее характер был у 85 (70,8%) детей, реже у детей с ВЭБ-моноинфекцией. Острый тонзиллит развивался у 103 (85,8%) пациентов, у большинства детей впервые трое суток от начала заболевания. Лимфаденопатия, затрудненное носовое дыхание, гепатомегалия, спленомегалия, гепатит наблюдались у 115 (95,8%), 113 (94,2%), 100 (83,3%), 77 (64,2%), 34 (28,3%) больных соответственно. Гепатит развивался почти в 2 раза чаще при ИМ смешанной ВЭБ и ЦМВ – этиологии – 12 (52,2%). Респираторно-катаральный синдром чаще наблюдался у детей при ИМ ЦМВ-этиологии (66,7%). Экзантема пятнисто-папулезного характера фиксировалась только у детей при ВЭБ-инфекции (15,4%) и ИМ неуточненной этиологии (10,0%). Атипичные мононуклеары определялись у 72 (60,0%) детей, среднее их значение было выше при ИМ ВЭБ-этиологии.

Анализ серологической картины показал, что развитие ИМ было связано с первичным инфицированием ВЭБ и ЦМВ 51,2% и 28,6% детей соответственно, у остальных пациентов наблюдалась реактивация инфекции.

Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ)

Мошкович Г.Ф., Минаева С.В., Балаганин В.А., Варлова Л.В., Воронина И.Д., Горяева М.П.

Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Нижний Новгород

Применение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) позволило значительно увеличить продолжительность и качество жизни ВИЧ-инфицированных. Тем не менее, часть больных погибает на фоне лечения.

Пациенты и методы. Изучались демографические, клинические, иммунологические показатели, продолжительность жизни, причины смерти у больных, получавших ВААРТ с 1999 по 2008 гг.

Результаты. Всего с 1999 г. ВААРТ была назначена 1012 больным ВИЧ-инфекцией. Из них умерли 82 больных (8,1%), в том числе 67 больных (81,7% от числа умерших) – от заболеваний, 15 (18,3%) – от внешних причин (передозировка наркотиков, алкогольная интоксикация). Из числа умерших от заболеваний: мужчины – 55 (82,1%), женщины – 12 (17,9%). Средний возраст на момент смерти $32,4 \pm 1,8$ лет. Средняя продолжительность жизни от выявления ВИЧ до начала ВААРТ – $4,9 \pm 0,8$ лет (от 6 месяцев до 12 лет). Уровень CD4⁺-лимфоцитов до начала ВААРТ – $141,0 \pm 28,4$ кл/мкл. Получали первую линию терапии – 55 больных (82,1%), вторую линию – 12 (17,9%). Причинами смены схемы были побочные нежелательные явления – анемия (зидовудин), реакция гиперчувствительности (абакавир), головокружение, галлюцинации (эфапиренц). Продолжительность жизни на ВААРТ – $1,3 \pm 1,6$ лет: менее 1 года – 41 больной (61,2%), от 1 до 2 лет – 22 (32,8%), до 3 лет – 3 (4,5%), до 5 лет – 1 (1,5%). Уровень CD4⁺-лимфоцитов в конце жизни – $208,5 \pm 21,6$ кл/мкл. Причины смерти: саркома Капоши – 1 (1,5%), пневмоцистная пневмония – 1 (1,5%), рак шейки матки – 1 (1,5%), лимфома – 3 (4,5%), злокачественные новообразования – 3 (4,5%), внелегочный туберкулез – 14 (20,9%), туберкулез легких – 20 (29,9%), сепсис – 16 (23,8%), острое нарушение мозгового кровообращения – 7 (10,4%), цирроз печени – 1 (1,5%).

Выводы. Начало ВААРТ при уровне CD4⁺-лимфоцитов менее 250 кл/мкл значительно ухудшает результаты лечения, при этом возрастает риск смерти в течение 12 месяцев от начала терапии. Об эффективности первой линии ВААРТ вне зависимости от выбранного сочетания препаратов свидетельствует рост уровня CD4⁺-лимфоцитов в динамике на 47,8%. Основной причиной смерти больных, получающих ВААРТ, является микобактериальная (туберкулезная) инфекция – 50,7% (34 больных). Заболевания, соответствующие критериями СПИДа, составили – 8,9% (6 больных).

Иммунологические показатели у больных хроническим вирусным гепатитом В в зависимости от уровня в крови интерлейкинов 1β и 8

Муминов У.А.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент

Мы изучили показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) в зависимости от уровня в крови интерлейкинов (IL) 1 и 8. Концентрация IL-1 только у 3 (3,75%) из 80 обследованных больных ХВГВ оказался в пределах нормы ($940,0 \pm 84,0$ мг/мм), а у остальных 77 (96,25%) – ниже нормы. Независимо от уровня в крови IL-1 и 8 у обследуемых больных ХВГВ наблюдаются изменения со стороны основных показателей клеточного иммунитета (содержание в крови Т- и В- лимфоцитов в процентных и абсолютных числах, CD4⁺, CD8⁺-клеток и показателей фагоцитоза) по сравнению со здоровыми достоверно уменьшено. Если уровень в крови IgM в двух сравниваемых группах практически не отличается от нормы ($96,4 \pm 3,11$ мг/%), то содержание IgG у больных с низким содержанием IL-1 ниже, чем у ($29,3 \pm 4,2$ мг/%). В обеих группах больных уровень ЦИК в крови и титр HBsAg достоверно больше, чем при норме ($76,9 \pm 1,4$ и $71,0 \pm 1,5$ против $62,0 \pm 5,4$ усл.ед – у здоровых). Следует также отметить, что более выраженные изменения вышеперечисленных изменений со стороны клеточного и гуморального иммунитета выявлены у больных ХВГВ с низким содержанием в крови IL-1. Нормальное содержание в крови IL-8 выявлено у 27 (37,75%) больных ХВГВ, низкое – у 3 (3,75%). У 50 (58,5%) пациентов с указанной патологией продукция упомянутого цитокина оказалась больше, чем в норме. У большинства больных ХВГВ содержание IL-8 в крови оказалось выше, чем у здоровых. Однако какой-либо тесной связи с изменениями показателей клеточного и гуморального иммунитета и характера продукции IL-8 нами не установлено. Анализ полученных данных показывает, что в вышеуказанных группах больных ХВГВ уровень ЦИК в крови и титр HBsAg были значительно выше, чем при норме, которая носит достоверный характер.

Таким образом, показали, что более выраженное угнетение показателей клеточного и гуморального иммунитета обнаружено у больных ХВГВ с низким содержанием в крови IL1-В.

Генетические маркеры патогенности возбудителя и клинические проявления сальмонеллеза

Мурзабаева Р.Т., Назмутдинова Р.Г., Мавзютов А.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Целью работы явилось определение частоты встречаемости генетических детерминант патогенности среди сальмонелл и их взаимосвязи с характером клинических

проявлений и тяжестью болезни. Нами проведено обследование 96 взрослых пациентов сальмонеллезом, от которых изолировано 96 культур возбудителей, из них 90 штаммов *S. enteritidis*, 4 – *S. typhi murium* и 2 – сальмонеллы редких групп. Бактериальную ДНК выделяли из суточной агаровой культуры сальмонелл и методом ПЦР определяли наличие генов, ассоциированных с «островами» патогенности (ОП): *hly A*, *hly B* (гемолизины), *sfa A* и *sfa G* (фимбриальные антигены типа S). Выявлены фрагменты ДНК, специфичные известным генам кластеров патогенности *Escherichia coli* у 93 из 96 тестируемых бактерий (96,9%). В общем пуле культур образование искомым ампликонов при использовании праймеров к *hly A* имело место в 45 (48,4%), *hly B* – 48 (51,6%), *sfa G* – 53 (55,2%), *sfa A* – 25 (26%) случаях. Причем у 36 (38,7%) штаммов сальмонелл выявлена только одна генетическая детерминанта, у остальных – различные их комбинации, при этом по 2 – у 42 (45,2%), по 3 – у 15 (16,2%) и по 4 – у 3 (3,2%) бактерий. Исследуемые пациенты имели гастроинтестинальную форму сальмонеллеза, у большей части болезнь протекала в гастроэнтеритическом варианте – у 88 (91,7%), у 8 (8,3%) выявлены симптомы гастроэнтероколита. Преобладала среднетяжелая форма болезни – у 56 (58,3%), легкая – у 21 (22%) и тяжелая – у 19 (19,7%) больных. Выявлена связь между наличием генетических детерминант у возбудителя и тяжестью заболевания. Фрагменты генов ОП в отдельности чаще встречались при легких ($p < 0,05$), а их сочетания – при среднетяжелых ($p < 0,05$) и тяжелых ($p > 0,05$) формах сальмонеллеза. При анализе клинических проявлений заболевания установлено, что возбудители, несущие несколько генетических детерминант, вызывали более тяжелое течение болезни с частым развитием инфекционно-токсического шока (10,5%). В случаях, вызванных микробами с генетическими детерминантами, кодирующими адгезины (*sfa G* и *sfa A*), четко прослеживался кишечный синдром с длительным расстройством стула с наличием патологических примесей в виде зелени, слизи ($p < 0,05$). В тех случаях, когда обнаруживались генетические детерминанты, кодирующие гемолизины (*hly B* и *hly A*), более выражен синдром токсикоза, сопровождавшийся высокой температурой, головными болями, рвотой и диареей в первые дни болезни. Таким образом, наличие и сочетание различных генетических детерминант определяют тяжесть и особенности клиники сальмонеллеза.

Генетические маркеры патогенности и их взаимосвязь с антибиотикорезистентностью выделенных сальмонелл у взрослых

Мурзабаева Р.Т., Назмутдинова Р.Г., Мавзютов А.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель работы явилось определение частоты встречаемости генетических детерминант патогенности среди различных штаммов сальмонелл у взрослых больных и выяв-

ление их взаимосвязи с антибиотикорезистентностью выделенных изолятов. Нами обследовано 96 взрослых больных сальмонеллезом, от которых было изолировано 96 культур возбудителей. Для выделения сальмонелл исследовали испражнения, рвотные массы и промывные воды желудка. Выделение чистых культур осуществляли общепринятыми методами с использованием отечественных питательных сред. Бактериальную ДНК выделяли из суточной агаровой культуры и методом ПЦР определяли наличие генов, ассоциированных с «островами» патогенности: *hly A*, *hly B* (гемолизины), *sfa A* и *sfa G* (фимбриальные антигены типа S). Антибиотикочувствительность клинических изолятов к ампициллину, гентамицину, доксициклину, левомицетину, цефазолину, цефотаксиму, цефалексину, цефтриаксону и фагам – интести- и сальмонеллезному определяли дискодиффузным методом. В ходе проведенных исследований были выделены: *S. enteritidis* (90), *S. typhi murium* (4), сальмонеллы редких групп (2). Выявлены фрагменты ДНК, специфичные известным генам кластеров патогенности *Escherichia coli* у 93 из 96 тестируемых бактерий (96,8%). В общем пуле исследуемых культур образование искомым ампликонов при использовании праймеров к *hly A* имело место в 45 (48,4%), *hly B* – 48 (51,6%), *sfa G* – 53 (55,2%), *sfa A* – 25 (26%) случаях. Причем у 36 (37,5%) штаммов сальмонелл выявлена только одна генетическая детерминанта, у остальных – различные их комбинации: по 2 – у 42 (44,2%), по 3 – у 15 (15,8%) и 4 – у 3 (3,1%) бактерий, соответственно. Оценена чувствительность возбудителя к 11 антибактериальным препаратам. Показано, что 60 (62,5%) штаммов сальмонелл были резистентны к антибактериальным препаратам, причем 31 (32,2%) к 1-3 и 29 (30,2%) к 4-7 препаратам одновременно. Наибольшая устойчивость имела место к ампициллину (51,6%), доксициклину (32%), левомицетину (30%), цефазолину (23%), наименьшая – к цефотаксиму (1,1%), цефтриаксону (2,1%), фагам (1,1%), ципрофлоксацину (2,1); сохраняется чувствительность к аминогликозидам (92,5%). Таким образом, устойчивость к полусинтетическим пенициллинам встречается чаще среди штаммов сальмонелл, несущих генетические детерминанты патогенности *sfa G* и *hly A*. Прослеживается четкая тенденция к усилению антибиотикорезистентности выделенных штаммов возбудителя с увеличением генетических детерминант.

Влияние селимакцида на функционально-метаболическую активность нейтрофилов здоровых лиц и больных сальмонеллезом и шигеллезом

Муртазина Г.Х., Фазылов В.Х., Мустафин И.Г., Нагаев М.М.

Казанский государственный медицинский университет

Цель. Изучение *in vitro* иммуномодулирующей активности нового химического соединения – диэтиламмониевая соль N-метиламино-1-фенилметансульфоновой кислоты, названного нами условно селимакцид.

Пациенты и методы. Нами обследованы 48 больных средней степени тяжести с диагнозами: «Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма» и «Острая дизентерия» в возрасте от 20 до 60 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей того же возраста. Функционально-метаболическую активность нейтрофилов (ФАН) изучали в реакции восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) в спонтанном и индуцированном вариантах по методу В.Н. Park et al. в модификации М.Е. Виксмана и А.Н. Маянского, а также использовали арбитражный BURSTTEST (ORPEGEN Pharma) в нашей модификации. BURSTTEST – это тест для количественного определения респираторного взрыва в гранулоцитах, с учетом процентного содержания клеток, продуцирующих реактивные оксиданты, с помощью проточной цитофлюориметрии.

Результаты. Изучение воздействия селимакцида на ФАН у здоровых и больных ОКИ в НСТ-тесте, показало, что на спонтанную метаболическую активность нейтрофилов действие препарата не достоверно ($p > 0,05$). В иНСТ-тесте мы выявили, что прединкубация нейтрофилов с селимакцидом вызывает усиление их ответа на воздействие *Serratia marcescens*. Так, нейтрофилы больных ОКИ в иНСТ-тесте отвечают увеличением активности на дозу селимакцида 0,1; 0,5 1 мг/мл ($p < 0,01$), а у здоровых доноров – на дозу 0,1; 0,5 мг/мл ($p < 0,05$). Но способность препарата модулировать активность нейтрофилов у больных сальмонеллезом и дизентерией выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,05$; $p < 0,01$). Подтверждение способности селимакцида изменять готовность нейтрофилов к активации у больных ОКИ мы обнаружили и при количественном определении «респираторного взрыва» при проточной цитометрии в BURSTTESTе. Данные, полученные при цитофлюориметрии, совпадают с результатами иНСТ-теста, т.е. селимакцид потенцирует способность нейтрофилов отвечать на воздействие в дозе 0,1;0,5;1 мг/мл ($p < 0,01$; $p < 0,05$).

Вывод. Селимакцид проявляет иммуномодулирующее действие, повышая *in vitro* (НСТ-тест и BURSTTEST) функционально-метаболический потенциал нейтрофилов у больных сальмонеллезом и шигеллезом.

Дифиллоботриоз в Омской области

Навроцкий А.Н., Горчаков В.В., Привалова М.А., Пранкевич Е.В., Шевелева И.А., Емцова Т.Б.

Омская государственная медицинская академия;
Инфекционная клиническая больница №1
им. Д.М. Далматова;

Центр гигиены и эпидемиологии в Омской области, Омск

Эпидемиологическая ситуация по гельминтозам в Омской области характеризуется ростом показателей заболеваемости населения с 476,6 в 2005 г. до 532,6 на 100 тыс. населения в 2007 г. Функционирование на территории Омской области двух природных очагов дифиллоботриоза объясняет интерес к данной нозологии. В структуре биогельминтозов, регистрируемых на территории области, дифиллоботриоз составляет 0,7%. В то же время показатели заболеваемости данной инвазией характеризуются ростом в 1,9 раза за период с 2006 г. (0,68 на

100 тыс населения) по 2008 г. (1,32 на 100 тыс. населения). Эпидемиологический анализ показал, что среди выявленных больных во все годы преобладали лица мужского пола, однако в динамике отмечается увеличение доли женщин в структуре заболевших с 42,9% в 2006 г. до 48,1% в 2008 г. Дети представлены единичными случаями, что, вероятней всего, объясняется характером питания. За исключением 2 случаев в 2006 г. у всех больных диагноз установлен впервые. Однако по данным эпидемиологического анамнеза лиц, проходивших лечение в условиях инфекционного стационара, в течение от 3 мес до 10 лет до установления паразитологического диагноза отмечалось выделение частей гельминта с испражнениями. Из 59 выявленных больных за последние 3 года 30 человек тесно связаны с рыболовством и рыбопереработкой, в остальных случаях имело место заражение при эпизодическом употреблении сырой рыбы (как правило, щуки) и икры. Это может свидетельствовать о недостаточной санитарной грамотности населения, причины которой могут объясняться существенных сокращением дневных гельминтологических стационаров, осуществляющих организационно-методическую и санитарно-просветительную работы в прикрепленных территориях. Так за последние 3 года из 5 дневных стационаров в г. Омске действует только 1.

Таким образом эпидемиологическую обстановку по гельминтозам, в целом, и дифиллоботриозу, в частности, нельзя назвать благоприятной. Основное внимание при контроле за заболеваемостью следует уделять активной санитарно-просветительной работе.

Показания к проведению интенсивной терапии и паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Нагибина М.В., Венгеров Ю.Я., Шахгильдян В.И., Ченцов В.Б., Груздев Б.М., Баринаева А.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет;
Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва

В последние годы в инфекционные больницы и стационары других профилей госпитализируются все больше больных ВИЧ-инфекцией в тяжелом состоянии. Четкие показания для госпитализации или перевода больных ВИЧ-инфекцией в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и критерии перевода из ОРИТ отсутствуют. Не выделены неотложные состояния, при которых нахождение в ОРИТ не целесообразно, но показана паллиативная помощь (ПП). Госпитализация в ОРИТ осуществляется по общими положениям и инструкциям об организации анестезиологической и реаниматологической помощи. Критериями перевода больных ВИЧ-инфекцией из ОРИТ в профильные отделения являются: восстановление жизненных функций, коррекция тяжелых нарушений гомеостаза, купирование прогностически неблагоприятных острых состояний. Наблюдение 1564 больных ВИЧ-

инфекцией в тяжелом состоянии показало не целесообразность госпитализации в ОРИТ при следующих состояниях: V (терминальная) стадия ВИЧ-инфекции, характеризующейся одновременным или последовательным развитием на фоне глубокой иммуносупрессии нескольких вторичных заболеваний, не поддающихся этиотропной терапии; длительное рецидивирующее течение вторичного заболевания с развитием обширного поражения различных органов при отсутствии эффекта от проводимой этиотропной терапии; 4 стадия онкологического заболевания; декомпенсированный цирроз печени (класс С по Чайлд-Пью), не поддающийся патогенетической терапии; сердечно-легочная недостаточность в 4 стадии по НИНА при инфекционном эндокардите и отсутствии возможности оперативного лечения; сепсис с некупируемой полиорганной недостаточностью; отказ больного от медицинской вмешательства (интенсивной и реанимационной терапии), оформленном заблаговременно в соответствии с законом. Данным категориям больным показана ПП в условиях палат и отделений паллиативной помощи. ПП предусматривает патогенетическую и симптоматическую терапию, а также качественный медицинский уход, оказание психологической поддержки.

Показатели иммунного статуса и цитокинового профиля при хронических вирусных гепатитах

Нагоев Б.С., Понежева Ж.Б.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Целью исследования явилось изучение некоторых показателей иммунного статуса и цитокинового профиля у больных ХВГ в зависимости от этиологии, стадии заболевания и вирусной нагрузки.

Изучался иммунорегуляторный индекс (ИРИ), уровни НК- и НК-Т-клеток, уровни ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-10, ФНО- α , ИФН- γ в сыворотке крови и ИФН-статус у больных ХВГ с ПЦР(+) анализом. Под наблюдением находилось 56 больных ХВГ С, 38 с ХВГ В и 18 больных с ХВГ В+С, из них 64 мужчин и 48 женщин. Обнаружен выраженный дисбаланс клеточного иммунитета, выраженное в резком снижении ИРИ у 57% ХВГВ, 68% больных ХВГС, 89% больных ХВГВ+С. Количество НК-клеток снижена у всех больных ХВГ, максимальное снижение у больных ХВГ С в ст. обострения и его показатели коррелируют с показателем ИРИ; уровень НК-Т-клеток повышен при ХГВ с максимальной вирусной нагрузкой, значимо повышен ($p < 0,05$) у больных ХВГС и В+С с ПЦР(+) анализом. Полученные результаты свидетельствуют о достоверном повышении концентрации в сыворотке крови ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-10, ФНО- α и достоверно снижен уровень ИЛ-2 и ИФН- γ , выраженность этих показателей зависит от стадии заболевания и наличия сопутствующих заболеваний. Обнаружен значимый ($p < 0,05$) дисбаланс ИФН-системы, который не зависит от этиологии, а зависит от стадии заболевания. При проведении корреляционного анализа выявлена об-

ратная зависимость уровня ИЛ-4 от числа CD3-лимфоцитов, уровня НК-Т-клеток и ИРИ. Степени угнетения ИФН-статуса имеют прямую корреляцию с показателем ИРИ и с концентрацией ФНО- α . Уровень НК-Т-клеток слабо коррелирует с вирусной нагрузкой и обратную зависимость с уровнем ИФН- γ . Показатели ИЛ-1, ИЛ-10 имеют высокую степень корреляции с выраженностью биохимической активностью, особенно с уровнем АЛТ. Уровень ФНО- α имеет прямую корреляционную зависимость с выраженностью цитолиза. Отмечено, что проявление астенического и диспептического симптомов имеют выраженную корреляцию с уровнем ФНО- α , ИЛ-10 при ХВГ, не зависимо от этиологии. Таким образом, отмечается выраженный дисбаланс иммунитета и цитокиновой системы с преобладанием Th2-клеточного типа, зависящий в большей степени от активности процесса и вирусной нагрузки, чем от этиологии. Обнаруженные корреляционные связи важны для прогнозирования исходов ХВГ.

Уровень апоптоза у больных хроническим вирусным гепатитом

Нагоев Б.С., Понежева Ж.Б.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Целью работы явилось исследование апоптоза лимфоцитов периферической крови (ЛПК) у больных ХВГ В, С, В+С в зависимости от этиологии, фазы и стадии ХВГ и изучение влияние некоторых препаратов на уровень апоптоза. Обследованы 46 больных ХВГ в возрасте от 19 до 50 лет, из них 25 мужчин и 21 женщин, из них: ХВГ В у 15 больных, у 21 ХВГ С и ХВГ В+С у 10 больных. Определение уровня апоптоза ЛПК осуществлялось с помощью проточной цитофлуориметрии. В результате проведенного исследования показано, что уровень апоптоза ЛПК у больных ХВГ повышен в 100% случаев и не зависит от этиологии, но тесно связан с вирусной активностью: при ПЦР(+) анализе ХВГ апоптоз ЛПК многократно и достоверно ($p < 0,05$) выше $12,1 \pm 2,8$ в сравнении с ПЦР(-) $6,1 \pm 1,7$; уровень апоптоза ЛПК коррелирует с выраженностью цитолиза при ХВГ В, С, В+С достоверно и выражено при повышении уровня АЛТ. Значимое влияние на апоптоз ЛПК оказывают наличие сопутствующих заболеваний в ст. обострения. Произведена оценка возможного эффекта препарата тамерит и УДХК (урсосан) на уровень апоптоза ЛПК. Иммуномодулятор тамерит существенно снижает только индуцированную апоптотическую активность и оказывает одинаковое действие на уровень апоптоза ЛПК при ХВГ независимо от этиологии. Оценка уровня апоптоза при назначении УДХК (при холестазах) выявило, что при ХВГВ уровень апоптоза ЛПК в 2,5 раз ниже ($p < 0,05$) чем до лечения, при ХВГС препарат обеспечивает достоверное снижение показателей апоптоза ЛПК в 2 раза, а при ХВГ В+С в 1,8 раза ($p < 0,05$). Таким образом, в результате исследований выявлено, что показатели апоптоза ЛПК повышены независимо от этиологии ХВГ, но при этом достоверно уровень апоптоза зависит от

вирусной активности, выраженности цитолиза и наличия сопутствующей патологии. Все это характеризует апоптоз ЛПК при ХВГ как патогенетическое звено инфекционного процесса и позволяет использовать для прогноза течения ХВГ и контроля эффективности терапии.

Состояние Т-клеточного иммунитета и цитокинового профиля у больных бактериальной ангиной

Нагоева М.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Под наблюдением находилось 68 больных с бактериальной ангиной (35 мужчин и 33 женщин) в возрасте от 16 до 44 лет

У всех больных бактериальной ангиной наблюдалось закономерное снижение показателей Т-клеточного иммунитета с максимальным угнетением в периоде разгара заболевания. Изменение показателей Т-лимфоцитов зависело от степени тяжести заболевания. Так, при легкой форме общее количество Т-лимфоцитов было менее угнетено ($42 \pm 1,8$) и начинало возрастать в периоде угасания клинических симптомов, достигая нормальных величин в периоде ранней реконвалесценции ($48 \pm 2,2$). При среднетяжелом течении заболевания изучаемые показатели были существенно снижены в периоде разгара заболевания ($36 \pm 0,9$), в периоде угасания клинических симптомов ($42 \pm 1,0$) и ранней реконвалесценции происходило медленное повышение ($45 \pm 1,4$) изучаемых показателей, однако они не достигали нормальных величин. В периоде разгара тяжелой формы ангины выявлено значительное снижение показателей Т-клеточного иммунитета ($30 \pm 1,5$). В периоде ранней реконвалесценции нормализации Т-иммунитета не происходит ($43 \pm 2,2$), что говорит о значительном угнетении клеточного иммунитета при тяжелой форме ангины. При рассмотрении показателей Т-клеточного иммунитета в зависимости от клинической формы ангины наиболее существенные сдвиги обнаружены при лакунарной ($32 \pm 1,8$) и, особенно, при флегмонозной форме, осложненной паратонзиллярным абсцессом ($28 \pm 2,0$).

В динамике у больных бактериальной ангиной изучено состояние провоспалительных цитокинов ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и противовоспалительного цитокина ИЛ-10. Установлены достоверные и разнонаправленные изменения содержания провоспалительных и противовоспалительного цитокинов в плазме крови с максимальным значением в периоде разгара заболевания и с нормализацией их в периоде поздней реконвалесценции. Уровень закономерных сдвигов цитокинов у больных ангиной зависели от периода, клинических форм заболевания, степени тяжести, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний и полноты выздоровления.

Разработка наборов реагентов «АмплиСенс ВПЧ 6-11 FL»

Насонова В.С., Кувейда Д.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

6 и 11 генотипы являются наиболее распространенными среди ВПЧ низкого канцерогенного риска (НКР), с данными генотипами не ассоциированы случаи развития рака, однако, связаны доброкачественные поражения генитального тракта (остроконечные кондиломы гениталий, цервикальные дисплазии легкой степени тяжести) и трудно поддающийся лечению детский респираторный папилломатоз гортани, часто имеющий рецидивирующий характер. 95% случаев этих заболеваний связано с 6 и 11 генотипами ВПЧ. С целью определения группы риска развития заболевания у детей рекомендовано проводить скрининг на выявление 6 и 11 генотипов.

В настоящее время широкое распространение получает вакцинопрофилактика рака шейки матки, защищающая от инфицирования ВПЧ как высокого канцерогенного риска (16, 18 генотипы), так и низкого канцерогенного риска (6, 11 генотипы). 6 и 11 генотипы являются наиболее распространенными среди ВПЧ НКР.

Целью настоящей работы стала разработка методики выявления и дифференцировки ВПЧ 6 и 11 типов – набор реагентов «АмплиСенс ВПЧ 6-11 FL». Методика основана на экстракции ДНК вируса из клинического материала сорбентным методом с последующей флуоресцентной детекцией в режиме реального времени и по «конечной точке».

Аналитическая чувствительность набора реагентов «АмплиСенс ВПЧ 6-11 FL» составляет 1000 ГЭ/мл для ВПЧ 6 и 11 типов. Диагностическая чувствительность была определена на 137 клинических образцах, полученных из центра патологии шейки матки, из них 85 были получены от пациентов с клиническими признаками доброкачественных поражений генитального тракта. Определение диагностической чувствительности проводилось в сравнении с наборами реагентов «АмплиСенс ВПЧ 6-11 EPh» с электрофоретической детекцией и последующим секвенированием положительных образцов. Среди 137 образцов набором реагентов «АмплиСенс ВПЧ 6-11 EPh» было определено 32 образца, содержащих 11 генотип; 12 – содержащих 6 генотип; микст-инфекций с 6 и 11 генотипами было выявлено 4. Совпадение положительных результатов с методом секвенирования было во всех случаях моноинфекций, в случаях микст-инфекций методом секвенирования были выявлены преобладающие генотипы 6 или 11. Диагностическая чувствительность составила 100% для ВПЧ 6 и 11 типов. В настоящее время набор реагентов «АмплиСенс ВПЧ 6-11 FL» готовится к регистрации в ГИСКе им. Л.А.Тарасевича.

Значение лабораторных исследований в диагностике природно-очаговых заболеваний

Нафеев А.А.^{1,2}, Салина Г.В., Савельева Н.В., Сибяева Э.И., Тимиркина О.В.²

¹Ульяновский государственный университет;

²Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области, Ульяновск

Во внимание инфекционной службы (регистрация, учет) лечебно-профилактических учреждений попадают, как правило, клинически «видимые» заболевания, но вне поля их деятельности оказываются многочисленные инаппарантные, легкие и атипичные клинические формы, что не позволяет объективно судить об истинном уровне инфекционной заболеваемости. Важное значение в диагностике таких клинических форм играют иммунологические исследования, доступные сегодня любому лечебному учреждению. При природно-очаговых инфекциях тот или иной возбудитель практически постоянно (в большом или меньшем количестве, за счет переносчиков или носителей) циркулирует на территории, где в зависимости от ландшафта, обуславливает ее эндемичность и степень эпидемического потенциала (регистрация либо спорадической, либо групповой или вспышечной заболеваемости), что необходимо учитывать при получении результатов лабораторного обследования по первым сывороткам. Нередко (постановка окончательного диагноза в случае использования при обследовании больного одной сыворотки) это приводит к диагностическим ошибкам (гипердиагностика). Важное значение для врача-клинициста в таком случае имеют выявленные патогномоничные симптомы заболевания, а также установление диагностического титра антител, с учетом их нарастания в динамике. Серологический скрининг позволил получить данные о практически повсеместном распространении в Ульяновской области геморрагической лихорадки с почечным синдромом, в то же время показатели официальной заболеваемости далеки от истинного уровня. Следует предположить, что определенная часть заболеваний ГЛПС среди населения протекает в легкой или субклинической форме или они проходят под другими диагнозами.

Разработка и апробация метода определения генотипа вируса гепатита В на основе ПЦР в реальном времени

Неверов А.Д., Карандашова И.В., Рыкалина В.Н., Чуланов В.П.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Введение. Вирус гепатита В (HBV) подразделяют на 8 генотипов, обозначаемых латинскими буквами от А до Н, которые имеют характерные особенности географической

распространенности. Определение генотипа вируса имеет большое значение в эпидемиологии, а также может быть важным для прогноза исходов хронического гепатита В и эффективности его лечения.

Целью работы была разработка и апробация метода определения генотипа HBV на основе ПЦР в режиме реального времени.

Пациенты и методы. При выборе спектра типизируемых генотипов были использованы данные литературы и результаты собственных исследований распространенности генотипов HBV. В качестве платформы был выбран четырехканальный прибор для ПЦР в реальном времени (RotorGene 3000/6000). Использовались флуоресцентные метки Cy5, ROX, FAM и JOE. Аналитическую чувствительность определяли с использованием рекомбинантных положительных контрольных образцов генотипов А-Д HBV. Для проверки аналитической специфичности использовались рекомбинантные положительные контроли высокой концентрации (не менее 10^9 коп/мл), содержащие фрагменты генома генотипов А, В, С, D, Е, F и G HBV. Для проверки диагностических специфичности и чувствительности метода проводилось тестирование на клинических образцах (плазма крови). В опытную группу вошли 200 пациентов с диагнозом «вирусный гепатит В», представленный различными генотипами. Контрольная группа была представлена образцами плазмы крови больных гепатитами другой этиологии и образцами условно здоровых доноров (30 образцов). Также для тестирования были использованы 2 контрольные панели QCMD 2006 и 2007 гг., содержащие HBV различных генотипов.

Результаты. Разработанный метод позволяет дифференцировать наиболее распространенные генотипы HBV (А, В, С и D) в одной пробирке. Аналитическая чувствительность составила не менее 1000 копий HBV в 1 мл плазмы. С использованием высококонцентрированных рекомбинантных положительных контрольных образцов и образцов плазмы крови пациентов с высокой вирусной нагрузкой было показано полное отсутствие перекрестных реакций между выявляемыми генотипами, а также между генотипами Е, F и G вируса гепатита В. При исследовании контрольной группы пациентов были получены отрицательные результаты, т.е. показатель диагностической специфичности разработанного метода составил 100%, показатель диагностической чувствительности – 100%. При тестировании контрольных образцов QCMD была достигнута 100% расшифровка панелей в пределах генотипов, выявляемых методом. Перекрестных реакций между генотипами выявлено не было.

Выводы. Разработанный метод определения генотипов А, В, С и D HBV на основе ПЦР в режиме реального времени пригоден для использования в клинической лабораторной диагностике и научных исследованиях.

Гриппол плюс – первая инактивированная российская гриппозная вакцина без консерванта

Некрасов А.В., Пучкова Н.Г., Медведев С.А., Иванова А.С., Абрамова М.А.

ООО «Фармацевтическая компания «Петровакс», Москва

Вакцинация от гриппа стала неотъемлемой частью проводимых государством мероприятий по специфической профилактике социально значимых инфекций. Согласно стратегии ВОЗ приоритетными направлениями дальнейшего совершенствования гриппозных вакцин являются: 1) включение в состав вакцин адъювантов для повышения эффективности вакцинации у лиц со слабым иммунным ответом, особенно у детей и пожилых; 2) повышение безопасности вакцин для увеличения охвата ежегодной вакцинацией; 3) использование новых субстратов для роста вакцинного вируса.

Вакцинопрофилактика гриппа, проводимая ежегодно, диктует повышенные требования к качеству и безопасности вакцин, в первую очередь предназначенных для детей. Первой российской вакциной, отвечающей международным стандартам, стала вакцина Гриппол® плюс. Производство ее осуществляется на новом фармацевтическом предприятии «Петровакс» в помещениях высокого класса чистоты, оборудованных современными автоматизированными линиями. Вакцина Гриппол плюс так же, как и ее предшественник – вакцина Национального календаря прививок Гриппол, – содержит сниженную дозировку вирусных антигенов за счет связывания их с иммуоадъювантом Полиоксидоний. Как показали испытания, Гриппол плюс является высокоэффективным препаратом (процент серопротекций достигает 95–100%) с высоким профилем безопасности. Очевидными преимуществами новой вакцины являются также отсутствие консерванта и современная более удобная и надежная форма выпуска – готовый к применению шприц.

В целом ряде стран отдают предпочтение вакцинам, не содержащим консерванта, особенно при выборе препаратов для вакцинации детей в рамках Национального календаря профилактических прививок. Вакцина Гриппол® плюс начинает в России реализацию международной программы, нацеленной на сокращение и последующее полное прекращение применения ртуть-содержащих препаратов и защиту детей от возможного негативного влияния консерванта. Высокая безопасность и эффективность Гриппол плюс подтверждена государственными испытаниями и опытом вакцинации расширенных контингентов детей разного возраста в ходе прошедшего эпидсезона.

Роль блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов в колонизации пристеночного муцина *Staphylococcus aureus*

Несвижский Ю.В., Богданова Е.А.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

В настоящее время для противоязвенной терапии довольно широко применяются блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов, которые избирательно подавляют базальную и стимулированную секрецию соляной кислоты, снижая тем самым эффективность желудочного барьера. Целью настоящей работы явилось изучение влияния H₂-блокаторов на колонизацию ЖКТ стафилококками.

Исследование выполнено на 40 беспородных белых мышах. Животные были разделены на две группы. Первой группе (20 мышей) перорально вводили 100 мкл суспензии *Staphylococcus aureus* (ATCC 6538-P), содержащей 10,0 lg КОЕ, второй группе (20 мышей) к суспензии стафилококка добавляли 5 мг ранитидина. Выделяли *S. aureus* (ATCC 6538-P) из пристеночного муцина биоптатов тощей, подвздошной, слепой кишки и фекалий.

Однократное введение суспензии стафилококков в 90,0% случаев приводило к появлению этих микробов в ЖКТ мышей. В пристеночном муцине тощей кишки *S. aureus* обнаруживался в 30% случаев, в подвздошной кишке в 70% случаев, в слепой кишке и в фекалиях в 90% случаев. При совместном введении стафилококка и ранитидина *S. aureus* обнаруживался у 100% мышей. При этом резко возрастала частота встречаемости вводимого микроба в пристеночном муцине тощей кишки, достигая 80% ($p < 0,01$). В остальных биотопах ЖКТ частота встречаемости этого микроба увеличивалась всего на 10–15%.

Таким образом, пероральное поступление стафилококков совместно с блокатором гистаминовых H₂-рецепторов способствует колонизации пристеночного муцина этим микробом. Блокаторы H₂-рецепторов резко повышают вероятность колонизации верхних отделов кишки (тощая кишка) и практически не влияют на частоту встречаемости микроба в нижних отделах ЖКТ.

Влияние кисломолочных продуктов на грибы рода *Candida* у больных острыми кишечными инфекциями

Николаева С.В., Горелов А.В., Усенко Д.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста. Инфекционный процесс оказывает существенное влияние на микробиоценоз кишечника, способствуя возникновению дисбиотических нарушений. Дисбиоз характеризуется снижением количества полезной нормофлоры и появлением аутохтонных микроорганизмов, в частности, грибов рода *Candida*.

Изучение влияния пробиотических препаратов на течение различных форм острой кишечной инфекции у детей представляется актуальным. Нами проведена оценка клинической эффективности кисломолочного продукта Актимель, содержащего штаммы *Lactobacillus casei* DN-114001 в концентрации $>1 \times 10^8$ КОЕ/г. Актимель назначали 8 пациентам в возрасте от 3 до 8 лет, больных ОКИ и находившихся на стационарном лечении в ДИБ №5 г.Москвы. У всех больных до начала терапии отмечался рост *Candida* spp. свыше 10^4 . Актимель назначали в объеме 100 мл, с первых дней заболевания, и на протяжении 14 дней. Все пациенты получали традиционную терапию ОКИ – диету, оральную регидратацию, сорбенты (смекта, энтеросгель), ферментные препараты (мезим-форте, креон).

В результате контрольных клинико-лабораторных тестов было установлено, что включение Актимель, содержащего *L. casei*, в комплексную терапию ОКИ у детей 3–8 лет способствует более быстрому купированию симптомов заболевания, и повышает эффективность стартовой терапии. У 5 пациентов (62,5%) включение пробиотического продукта в терапию ОКИ способствовало уменьшению уровня грибов рода *Candida* до количеств ниже 10^4 .

Таким образом, полученные нами данные наглядно демонстрируют положительное влияние кисломолочного пробиотического продукта, содержащего *L. casei*, на микрофлору кишечника при включении в терапию с первых дней заболевания и могут быть использованы против инфицирования кишечника *Candida* spp. в комплексной терапии легких и среднетяжелых форм ОКИ у детей 3-8 лет.

Эпидемиологическая оценка заболеваемости пневмококковой инфекцией в г. Перми

Николенко В.В., Воробьева Н.Н., Фельдблюм И.В.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера

В последние годы заболеваемость пневмококковой инфекцией в мире сохраняется на высоком уровне – 15–24 на 100 000 населения. По данным отечественных и зарубежных авторов *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк), наиболее частая причина возникновения внебольничных пневмоний, сепсиса, менингита, поражения ЛОР-органов (Козлов Р.С., 2007, Robinson K.A., Vaughman W., et al. 2001). Риск инфицирования повышен у лиц, страдающих острыми и хроническими заболеваниями дыхательной системы: пневмониями, хроническими бронхитами, бронхиальной астмой, эмфиземой легких.

Целью нашего исследования явилась оценка заболеваемости пневмококковой инфекцией с поражением респираторного тракта в крупном промышленном городе.

Проведено выборочное ретроспективное изучение 985 историй болезни пациентов страдающих заболеваниями дыхательных путей, поступивших в стационары г. Перми в 2003–2007 гг.

Доля заболеваний пневмококковой этиологии в структуре инфекций дыхательных путей составила

12,5%. У всех больных (124 чел.) верификация диагноза проводилась при помощи бактериологического исследования мокроты. Пневмококковая пневмония зарегистрирована у 76 больных (61,3%). У 25 чел. (20,2%), возбудитель *Streptococcus pneumoniae* выделен при обострении хронического бронхита, у 18 (14,5%) при бронхиальной астме, у 2 (1,6%) при эмфиземе легких, у 2 (1,6%) при микст-инфекции пневмококковой пневмонии и туберкулезе легких, у 1 (0,8%) при посттравматическом гидротораксе. Среди лиц с пневмококковой инфекцией мужчины составили 52,4% (65 чел.), женщины 47,5% (59 чел.). Выявлена осенне – зимняя сезонность: коэффициент сезонности составил 59,7% (74 чел.). Анализ возрастной структуры показал, что случаи заболевания до 20 лет наблюдались в 2,5% (3 чел.), от 21 до 40 лет в 28,2% (35 чел.), от 41 до 60 лет в 51,6% (64 чел.), старше 61 года – 17,7% (22 чел.).

Таким образом, пневмококковая инфекция является распространенным заболеванием у лиц трудоспособного возраста с разнообразными клиническими формами поражения дыхательного тракта, диктует необходимость широкого внедрения противопневмококковой вакцины в программу профилактики респираторных инфекций и обострения хронической патологии в группах риска.

Оценка реактогенности, безопасности и иммуногенности препарата Грифор® при однократной иммунизации детей в возрасте от 12 до 17 лет

Никоноров И.Ю., Максакова В.Л., Войцеховская Е.М., Вакин В.С., Васильева А.А., Позднякова М.Г., Гончар В.В., Эрман Е.С., Ерофеева М.К.

НИИ гриппа Северо-Западного отделения РАМН, Санкт-Петербург

На клинической базе ГУ НИИ гриппа РАМН, Санкт-Петербург, оценивали реактогенность, безопасность и иммуногенность Грифор® – вакцины гриппозной инактивированной расщепленной (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ), в сравнении с препаратом Ваксигрип – инактивированная сплит-вакцина для профилактики гриппа («Санofi Пастер», Франция) при однократной иммунизации детей. В сравнительном проспективном рандомизированном клиническом исследовании приняли участие 36 детей, разделенных на 2 группы: первая группа – 20 детей в возрасте от 12 до 17 лет, были привиты вакциной Грифор® (содержание НА в препарате – 45 мкг/доза). Средний возраст наблюдаемых составил 15,9 года. Вторая группа – 16 детей в возрасте от 12 до 17 лет, были привиты вакциной Ваксигрип (содержание НА в препарате – 45 мкг/доза). Средний возраст – 15,7. Вакцинация всех добровольцев была проведена в декабре 2009 г. Все исследуемые препараты отличались хорошей переносимостью и ареактогенностью. Ни у одного наблюдаемого в течение первых 7 дней после вакцинации не было отмечено жалоб на нежелательные явления, ухудшения самочувствия или наруше-

ния трудоспособности. Однократная внутримышечная иммунизация добровольцев препаратом Грифор® позволила обеспечить следующие показатели иммуногенности к вирусам гриппа серотипов H1N1, H3N2 и В: уровень серопротекции 90%, 80% и 85%; кратность прироста титров антител 6,5, 2,7, 4,0. Однократная внутримышечная иммунизация добровольцев препаратом сравнения Ваксигрип обеспечила соответствующие показатели иммуногенности к вирусам гриппа серотипов H1N1, H3N2 и В: уровень серопротекции 87,5%, 87,5% и 93,7%; кратность прироста антител 9,1, 5,2 и 9,1. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об ареактогенности и о достаточно высокой иммуногенной активности изучаемого препарата Грифор®-35. Показатели иммуногенности существенно не отличались от аналогичных показателей препарата сравнения Ваксигрип и соответствовали европейским критериям иммуногенности для инактивированных гриппозных вакцин.

Эпидемиологический мониторинг, оптимизация надзора и контроля за дифтерией в Республике Узбекистан

Ниязматов Б.И. Ахмедова М.Д.

Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан

Анализируя динамику заболеваемости дифтерией в Республике Узбекистан, условно можно определить два периода: спорадической (1989–1992 гг.) и повышенной (1993–1996 гг.). В период спорадической заболеваемости ее показатели были равны 0,06–0,1 на 100 тыс. населения, а в годы повышенной – эти показатели были в 10–29 раз выше. В 1995 г. из общего числа (638) зарегистрированных больных только 175 (33,7%) были привитыми, у 313 (60,0%) не было сведений о прививках и 33 (6,3%) больные не были привиты. Число серонегативных детей до начала подъема заболеваемости не превышало 11–26%, а в 1993 г. их число достигло 29%. С учетом возникшей ситуации было принято решение о проведении двукратной массовой иммунизации населения против дифтерии от 3 до 60 лет. Первой туровой массовой вакцинацией против дифтерии было охвачено около 18,6 млн человек, а второй – 17,1 млн. При анализе состояния напряженности иммунитета у населения установлены сравнительно низкие ее титры у населения г. Ташкента и Сурхандарьинской области и было принято решение проведения третьей иммунизации населения этих регионов. Благодаря принятым мерам заболеваемость дифтерией в Республике Узбекистан резко снизилась. В 1998 г. всего по республике зарегистрировано 4 случая, а в 1999 г. – 5. От общего количества больных 72,0% в годы спорадической заболеваемости и 70,0% в годы повышенной заболеваемости выявлялись с сентября по февраль. Если раньше заболеваемость дифтерией характеризовалась высокими показателями среди городского населения, то в последние годы это соотношение изменилось. Среди больных удельный вес сельского населения возрос и составил 54,5. Основными

источниками инфекции в годы спорадической заболеваемости служили бактерионосители (76,3%), а в годы повышенной заболеваемости – больные с различными субклиническими формами дифтерии (56,9%). Впервые в республике по результатам настоящей работы была разработана и представлена в Кабинет министров Республики Узбекистан для утверждения Национальная Программа иммунизации, целью которой является снижение заболеваемости до единичных случаев и ликвидация смертности от дифтерии.

Анализ контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, по половому и возрастному признаку

Новоселова О.А.^{1,4}, Белиловский Е.М.², Фролова О.П.¹, Борисов С.Е.³, Юрасова Е.Д.²

¹Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России, Москва;

²Всемирная Организация Здравоохранения, Москва;

³НИИ фтизиопульмонологии, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова;

⁴Кафедра эпидемиологии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, Москва

Введение. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией получает все большее распространение в России. В 2007 году показатель распространенности сочетанной инфекции составил 10 на 100 тыс. населения.

Цель: совершенствование методов профилактики и лечения этой сочетанной инфекции.

Методы. Анализ базы данных учетной формы №263/у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» и национального регистра впервые выявленных больных туберкулезом. Изучены 432 случая туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в 2007 году в 4 регионах России (Ленинградская область, Республика Бурятия, Приморский и Пермский края).

Результаты. Наиболее высокая заболеваемость сочетанной инфекцией установлена у мужчин в возрасте 25–39 лет, составляя в зависимости от региона от 28,6 до 69,1 на 100 тыс. населения, а у женщин – в 20–34 лет, соответственно, от 7,2 до 24,6.

Если среди всех впервые выявленных случаев туберкулеза ВИЧ-инфекция регистрируется у мужчин только в 3–8% и у женщин в 1,7–5,5%, то среди мужчин в возрасте 25–39 лет она имеет место в 11–25%, а среди женщин 20–34 лет – в 5–14%.

Выводы. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди больных туберкулезом зависит от пола и возраста, что важно учитывать при организации профилактической и лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Полученные предварительные результаты показывают необходимость продолжения исследований в этой области.

Опыт комбинированного применения препаратов «Реаферон-ЕС®» и «Циклоферон» в терапии хронического бруцеллеза

Нурпейсова А.Х.

Омская государственная медицинская академия

Цель исследования: оценить терапевтическую эффективность комбинированного применения препаратов «Реаферон-ЕС®» и «Циклоферон» при хроническом бруцеллезе.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 16 пациентов, находившихся на госпитализации в ИКБ №1 с диагнозом «хронический бруцеллез, локомоторная или комбинированная формы, в фазе суб- или декомпенсации». В стационаре вводился реаферон внутримышечно, каждые 72 ч в количестве 5 инъекций на курс лечения. В последующем на амбулаторном этапе назначался циклоферон перорально в течение месяца по стандартной схеме. До и после завершения лечения оценивалась динамика клинических, отдельных иммунологических показателей (CD3, CD4, CD8, CD16) и уровня сывороточных цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-8, ФНО- α , ИФН- γ спонтанный и стимулированный). Исследования проводились после получения положительного решения этического комитета ОмГМА и информированного согласия пациентов.

Результаты исследования. Переносимость больными реаферона была вполне удовлетворительной. Общие реакции на введение реаферона наблюдались обычно после 1-й инъекции в виде нарастания общей слабости, появления или усиления артралгий, потливости, повышения температуры тела, головной боли. После 2-й инъекции реакции еще сохранялись, но уже после 4–5 инъекций реакции на введение препарата не регистрировались. После выписки из стационара 9 больным было назначено лечение циклофероном. На фоне проведения и после завершения комбинированной терапии отмечена положительная динамика клинических проявлений заболевания. При лабораторном обследовании до и после комбинированной терапии было получено статистически значимое снижение уровня сывороточного ИЛ-2 (до терапии $323,1 \pm 97,0$ пг/мл, после – $93,5 \pm 40,6$ пг/мл; $p < 0,05$) и ФНО- α ($7,9 \pm 2,3$ пг/мл и $1,7 \pm 0,7$ пг/мл; $p < 0,05$), повышение уровня стимулированного ИФН- γ ($2051,6 \pm 428,5$ пг/мл и $3752,0 \pm 574,0$ пг/мл; $p < 0,05$). По остальным показателям достоверной разницы до и после лечения не обнаружено.

Вывод. Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности комбинированного, последовательного применения препаратов «Реаферон-ЕС®» и «Циклоферон» при хроническом бруцеллезе. Помимо положительного клинического эффекта использование данной схемы способствовало нормализации баланса цитокинов.

Влияние энтеросорбентов на уровень эндогенной интоксикации при острых кишечных инфекциях у детей

Ныркова О.И., Тихомирова О.В., Алексеева Л.А., Бессонова Т.В., Бехтерева М.К.

НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург

Целью исследования явилось изучение влияния природного энтеросорбента «Фильтрум-СТИ» на клиническое течение и динамику показателей эндотоксикоза в острый период кишечных инфекций у детей. Обследовано 34 ребенка в возрасте от 1 года до 12 лет с бактериальной природой диареи, причем в структуре верифицированных ОКИ преобладал сальмонеллез (71% больных детей). Препарат назначался курсом 5 дней в возрастных дозировках. Группу сравнения составили дети, не получавшие в острый период ОКИ энтеросорбентов. Клиническая эффективность препарата оценивалась по продолжительности интоксикационного и местного синдромов. Лабораторный скрининг включал определение маркеров эндотоксикоза – веществ низкой и средней молекулярной массы в эритроцитах и плазме крови. В качестве высокоспецифического метода регистрации эндотоксинов грамотрицательных бактерий в сыворотке крови использовался ЛАЛ-тест. Установлено достоверное сокращение длительности интоксикации в группе детей, получавших «Фильтрум-СТИ» ($3,2 \pm 0,4$ против $5,1 \pm 0,6$ дней), тенденция к сокращению лихорадки и диарейного синдрома, более быстрое купирование метеоризма ($2,8 \pm 0,5$ против $5,0 \pm 0,3$ дней). Визуализация патологических примесей в стуле при использовании энтеросорбента значительно сокращалась ($4,3 \pm 0,5$ против $7,2 \pm 0,7$ дней). Динамика показателей эндогенной интоксикации показала, что использование в комплексной терапии «Фильтрум-СТИ» способствовало нормализации ВНСММ в плазме крови уже к 5–6-му дню терапии, тогда как отсутствие энтеросорбции сопровождалось сохранением высоких показателей ВНСММ в плазме крови ($8,5 \pm 0,5$ и $11,7 \pm 0,6$ УЕ). Значения ЛАЛ-теста, превышающие в острый период показатели здоровых детей в 2,5–3 раза, на фоне приема «Фильтрум-СТИ» имели отчетливую тенденцию к снижению, в то время как в группе сравнения они оставались на исходно высоких цифрах ($2,0 \pm 0,5$ против $2,5 \pm 0,7$ УЕ). Таким образом, энтеросорбент «Фильтрум-СТИ» обладает высокой клинической эффективностью и обеспечивает высокий дезинтоксикационный эффект, положительно влияя на лабораторные маркеры эндотоксикоза, что определяет целесообразность его использования в терапии острых кишечных инфекций у детей.

Клинико-иммунологическая характеристика краснухи в Алтайском крае

Оберт А.С., Зиновьева Л.И., Орлов В.И., Сафьянова Т.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность изучения краснухи связана с высоким уровнем заболеваемости, трудностями дифференциальной диагностики с другими экзантемными инфекциями, тератогенным действием вируса на плод при инфицировании беременных. Заболеваемость краснухой в Алтайском крае регистрировалась на высоком уровне до 2002 года, затем после достижения охвата населения профилактическими прививками 95% резко снизилась, однако еще в 2007 году показатель составлял 14,7 на 100 тыс. населения.

В современных условиях в комплекс методов диагностики необходимо включать, наряду с клинико-эпидемиологическими данными, определение иммуноглобулинов класса М и G, авидности антител, выявление РНК вируса краснухи.

Нами проведен анализ течения краснухи и оценка иммунологических показателей у 68 больных. Среди заболевших ранее привитых против этого заболевания не было. По возрасту 87% составляли дети старше 12 лет и подростки. Клинически заболевание характеризовалось симптомами умеренной интоксикации, у 70% наличием катаральных явлений, у 55% больных пальпировались увеличенные затылочные лимфоузлы, сыпь наблюдалась у всех больных, типичная мелкая пятнисто-папулезная на неизменном фоне преимущественно на разгибательных поверхностях – у 90%, кореподобная сыпь отмечена у 8% больных, сыпь держалась 3–5 дней и исчезала без пигментации. Заболевание протекало в легкой форме у 91% больных. Осложнений не отмечалось. В то же время при лабораторном обследовании иммуноглобулины М были найдены у 20 больных (29,4%), одновременно иммуноглобулины М и G низкой авидности у 12 больных (17,6%), наличие РНК вируса удалось выявить у 19 больных (28%), причем у 11 больных РНК вируса определялась наряду с иммуноглобулинами М, а у 8 без них, что могло соответствовать ранней стадии заболевания до 3 дня от начала клинических проявлений. У 17 больных (25%) диагноз лабораторно не подтвержден, что указывает на сложности клинической дифференциальной диагностики и необходимость лабораторного подтверждения диагноза. В таких случаях имело место другое заболевание, протекавшее с экзантемой.

Риск развития инфекционного процесса при клещевом энцефалите у пациентов Пермского края

Окишев М.А., Воробьева Н.Н., Коренберг Э.И.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера; НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи РАМН, Москва

Среди природно-очаговых инфекций на территории Пермского края клещевой энцефалит (КЭ) занимает одно из ведущих мест. В последние годы показатели его заболеваемости составляют 4,3 на 100 000 населения, что в 2–3 раза превышает общероссийский уровень.

Цель: выявить факторы, способствующие развитию инфекционного процесса при КЭ.

Пациенты и методы. В эпидсезоны 2007–2008 гг. под наблюдением в центре профилактики «клещевых» инфекций краевой клинической инфекционной больницы г. Перми после присасывания таежных клещей находились 1580 человек, в возрасте от 17 до 83 лет. У 193 (12,2%) пациентов в клещах, снятых с тела, методом ИФА обнаружен антиген вируса КЭ. В дальнейшем заболевание развилось у 91 (47,2%) чел., которые составили группу наблюдения. Диагноз КЭ верифицирован серологически. У 102 (52,8%) не зарегистрировано развитие инфекции (группа сравнения). Всем лицам с профилактической целью, в адекватной дозе введен специфический иммуноглобулин.

Результаты. У большинства лиц 1-й гр. – 55 (60,4%) отмечено позднее обращение за медицинской помощью (на 4–6-е сутки после присасывания клеща), а во 2-й гр. у 17 (16,7%) чел. ($p < 0,001$). Вследствие этого 53 (58,3%) пациента 1-й гр. получили серопротективную в более поздние сроки, чем обследуемые 2 гр. – 17 (16,7%, $p < 0,001$). Большая часть пациентов 1-й гр. (61 чел. – 67%) были в возрасте старше 60 лет, причем у 53 (58,2%) из них отмечалась тяжелая сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, цереброваскулярная болезнь. Во 2-й гр. подобный возраст с отягощенным преморбидным фоном наблюдался лишь у 38 (37,3%) лиц ($p < 0,05$). Вакцинация проведена у 16 (17,6%) пациентов 1-й гр. и у почти половины наблюдаемых – 43 (42,2%) 2-й гр. Высокие показатели наличия у клещей, снятых с пациентов, антигена вируса КЭ преобладали у лиц 1-й гр. (77%), в то время как во 2 гр. в 55% случаев ($p < 0,001$) доминировали низкие значения.

Заключение. Таким образом, отсутствие вакцинации, позднее обращение за медицинской помощью по поводу присасывания клещей, высокий уровень их вирусоформности, отсроченная серопротективная, пожилой возраст, наличие хронической соматической патологии могут быть факторами, провоцирующими развитие КЭ. Роль каждого из них требует дальнейшего изучения методами доказательной медицины.

Противопедикулезные мероприятия на современном этапе

Олифер В.В.

НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора, Москва

Проблему педикулеза нельзя считать решенной. Нет никаких предпосылок к тому, что и в 21 веке цивилизация расстанется со своими паразитами, эволюционирующими вместе с человечеством. Вши не только вызывают педикулез, но и представляют эпидемиологическую опасность, являясь переносчиками возбудителей инфекционных заболеваний, в том числе и особо опасных: *Rickettsia prowazekii* – возбудителя эпидемического сыпного тифа и рецидивной его формы болезни Брилла–Цинссера, *Borrelia recurrentis* – возбудителя возвратного тифа (вшивый спирохетоз), *Bartonella quintana* – возбудителя вольнской (траншейная, окопная, пятнадцатидневная) лихорадки. Основным переносчиком риккетсий служит платяная вошь, роль которой доказана экспериментальным путем и эпидемиологически, однако возможна также передача риккетсий головной и лобковой вшами. В связи с этим необходимо рационально планировать и осуществлять мероприятия по борьбе со вшами. Во-первых, следует правильно использовать педикулицид согласно прилагаемой к нему этикетке, требования которой всегда обоснованы соответствующими исследованиями. Во-вторых, грамотно организовывать и проводить противопедикулезные мероприятия, одновременно выявляя и обрабатывая всех больных и контактных лиц в коллективе и за его пределами, уделяя внимание факторам передачи. В-третьих, следует своевременно проводить медицинские осмотры на предмет выявления этого заболевания, осуществлять санитарно-просветительную работу. В-четвертых, серьезную проблему представляет развитие устойчивости вшей к применяемым в составах педикулицидов действующим веществам. Возникновение в Москве устойчивости к перметрину у головных и платных вшей природных микропопуляций подтверждено нами в лабораторных условиях по модифицированному методу ВОЗ. Перметрин следует постепенно заменять на действующие вещества из других групп инсектицидов. В практику отечественного здравоохранения необходимо скорейшее внедрение новых средств на основе действующих веществ из различных классов инсектицидов с разными механизмами действия, или комбинации двух разных инсектицидов в одном средстве; с последующей ротацией этих средств.

Современные особенности острых кишечных инфекций

Ольховикова Е.А., Шеронова О.Б.

Новосибирский государственный медицинский университет;

Городская инфекционная больница №1, Новосибирск

Острые кишечные инфекции (ОКИ) относятся к наиболее распространенным острым инфекционным заболеваниям. В масштабах страны этиология ОКИ в большинстве

случаев остается неуточненной. Оценка этиологической структуры ОКИ и характера их течения является задачей крупных профильных лечебных учреждений с достаточной мощностью и оснащенностью бактериологической лаборатории. Последние 5 лет в единственном в Новосибирске инфекционном стационаре для взрослых доля этиологически уточненных ОКИ составляла 45–65%. Цель работы: оценить этиологическую структуру и характер течения ОКИ у взрослых в Новосибирске.

Пациенты и методы: проведен анализ течения ОКИ 9590 случаев ОКИ у пациентов, госпитализированных за период 2004-2007 г. Этиология уточнялась бактериологическим и иммунологическим (РНГА, РА, РАЛ) методами исследования.

Основные результаты. Отмечается рост заболеваемости и количество госпитализированных пациентов с ОКИ, увеличение доли сальмонеллеза в структуре ОКИ и его лидирующая роль среди этиологически уточненных заболеваний. Это сопровождается исчезновением сезонности заболевания ОКИ, т.е. имеет место круглогодичная активность эпидемического процесса. По тяжести болезни преобладали среднетяжелые формы, при этом у многих больных дополнительным мотивом для госпитализации являлась сопутствующая неинфекционная патология, требующая коррекции на фоне течения ОКИ. 10% пациентов перенесли тяжелое течение болезни. Увеличилось количество форм с распространенным поражением кишечника. В 2007 году 27% пациентов перенесли болезнь в виде гастроэнтероколита, независимо от этиологии возбудителя. У 48-55% пациентов имелась хроническая сопутствующая патология, нередко множественная, у многих отмечались в ближайшем анамнезе длительные, нередко повторные курсы антибактериальной терапии. Значительно чаще стали регистрироваться ОКИ, вызванные условно-патогенной флорой (рост в динамике в 5,5 раз).

Заключение. Нередко сам факт возникновения ОКИ и тяжесть его течения являются свидетельством исходного неблагополучия в организме, выражающегося в целом ряде хронических заболеваний, состоянии дисбиоза, эндогенной интоксикации. Признание этого факта требует переосмысления задач терапии и ее содержания, где важным становится не только купирование признаков острой болезни, но и достижение существенной коррекции в системе защиты организма в целом.

Итоги реализации массовой вакцинации против гепатита В в Российской Федерации

Онищенко Г.Г., Шахгильдян И.В., Михайлов М.И.

Роспотребнадзор Российской Федерации;
НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН;
НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН, Москва

Проведение в России вакцинации против гепатита В (ГВ) было начато в начале 90-х годов прошлого века. Первоначально иммунизировали лиц, составляющих группы

риска (прежде всего детей, родившихся у больных хроническим ГВ и «носителей» HBsAg, медработников, больных, получающих лечение хроническим гемодиализом); а с 1997г. – всех новорожденных и с 2001 г. – 13-летних подростков. В 1998 году универсальная программа вакцинации против ГВ признана государственной и утверждена законодательно. В России с 2006 года реализуется приоритетный Национальный проект «Здоровье», в рамках которого за счет средств Федерального бюджета проводится массовая вакцинация против гепатита В, для чего используют отечественные и импортные вакцинные препараты. В 2006 году была осуществлена вакцинация детей и подростков до 18 лет, в 2007 году – населения до 35 лет, а в 2008 г. – до 55 лет. В течение 2006-2007 гг. было вакцинировано против ГВ 18,3 млн чел. Всего по состоянию на 01 января 2008 г. в стране было привито 35 617 729 человек (четверть населения страны). В итоге показатели заболеваемости острым ГВ уменьшились в РФ с 43,3‰ в 1999 г. до 4,04‰ в 2008 г. (в 10,8 раза). В Москве, где было на 01 января 2009 г. трехкратно привито против ГВ 33,9% населения, эти показатели в указанные годы снизились в 15,2 раза (с 65,5‰ до 4,3‰), а в Свердловской области (где к началу 2008 г. было трехкратно вакцинировано 35,6% населения) в 28,8 раз (с 89,5‰ до 3,1‰ в 2007 г.). Двухлетнее проведение массовой вакцинации против ГВ при реализации Национального проекта в сфере здравоохранения позволило снизить показатели заболеваемости острым гепатитом В в 2007 году по сравнению с 2005 г. в 1,6 раза, а среди детей до 14 лет – в 4 раза. В 27 регионах РФ эти показатели были менее 4 на 100 тысяч населения. Имело место отчетливое уменьшение уровня носительства HBsAg за годы проведения в РФ прививок против гепатита В. Если в 2000 году в стране было впервые выявлено 139 677 носителей этого антигена, то в 2007 г. лишь – 60 781. Все использованные вакцинные препараты были слабо реактогенны, поствакцинальных осложнений зарегистрировано не было.

В результате проведения в стране массовой вакцинации против ГВ становится реальным достижение цели по иррадикации острых, а в будущем и хронических форм гепатита В.

Выявление врожденной краснухи у новорожденных с перинатальной патологией

Осокина А.В.¹, Рогушина Н.Л.¹, Самодова О.В.¹, Титова Л.В.¹, Войнова Л.В.², Цыганова Е.В.², Косых Т.С.², Лобанова Е.В.², Мартиросова О.Г.³, Малыгина О.Г.², Ускова Г.В.³

¹Северный государственный медицинский университет;

²Архангельская областная детская клиническая больница;

³Архангельская областная клиническая больница

Подъем заболеваемости краснухой и отсутствие данных о распространенности врожденной краснухи в Архангельской области требует проведения мониторинга краснушной инфекции у новорожденных группы риска.

Цель исследования: определение специфического гуморального иммунитета к вирусу краснухи у новорожденных детей с перинатальной патологией.

Пациенты и методы. Обследовано 100 детей, переведенных на второй этап выхаживания из роддомов города Архангельска. Средний возраст пациентов при поступлении составил $8,8 \pm 0,5$ дней. Показанием для обследования было наличие одного или нескольких признаков подозрительных в отношении врожденной краснухи: ретинопатии, катаракты, глаукомы, хориоритинита, микрофтальмии, врожденных пороков сердца, пороков развития, глухоты, внутриутробного гепатита, пневмонии, менингоэнцефалита. Специфические IgM и IgG к вирусу краснухи определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа тест-системами ЗАО «Вектор-Бест». Изучение индекса avidности проводили при высоких титрах IgG.

Результаты: в группе обследованных доношенными родились 71% детей. Врожденные пороки развития зарегистрированы у 65 детей, среди них доля врожденных пороков сердца составила 56%. Поражение паренхиматозных органов при ультразвуковом обследовании было выявлено у 23 (23%) пациентов. Патология органа зрения отмечена у 43 новорожденных, из них катаракта у 4, ретинопатия у 3, врожденный хориоретинит у 3, врожденная глаукома у одного пациента. В раннем неонатальном периоде перенесли пневмонию 11 новорожденных, гепатит – 5, менингоэнцефалит – 4 человека. При изучении противокраснушного иммунитета было выявлено, что серонегативны к вирусу краснухи 22% новорожденных. Низкоавидные антитела класса G выявлены у 11 (46%) из 24 обследованных, что может указывать на внутриутробно перенесенную инфекцию. У одного ребенка зарегистрированы иммуноглобулины класса M к вирусу краснухи. Таким образом, проведенное исследование показало отсутствие специфического иммунитета у 22% новорожденных. Лабораторно подтвержденный случай краснушной инфекции отмечен у одного ребенка.

Деонтология – требование жизни

Юбилею своего уважаемого учителя академика Валентина Ивановича Покровского посвящаем

Островский Н.Н., Ющук Н.Д.

Московский государственный медико-стоматологический университет

1993 год. В стране разгорается тяжелейшая эпидемия дифтерии. Умирают люди. И в то же время все средства массовой информации раздувают «модную» тему о вреде прививок (в частности против дифтерии), запущенную сегодня уже известными влиятельными, но недобросовестными деятелями от медицины.

Столько же было нужно ответственности и личного мужества, чтобы вопреки всей поднятой шумихой трескотне твердо сказать, что без возобновления строгой и обязательной системы прививок с эпидемией дифтерии стране не справиться.

То, что на сегодняшний день Россия живет без дифтерии и спасены тысячи жизней, страна обязана человеку, сказавшему в нужный момент свое решительное слово – выдающемуся клиницисту и эпидемиологу и просто Врачу с большой буквы – Валентину Ивановичу Покровскому.

На этом ярком примере можно видеть, какое значение имеет осознание должного поведения в решающий момент жизни, или, говоря словами английского философа И.Бентама – деонтология – в человеческой жизни.

В.И.Покровский, как старый опытный педагог всегда и постоянно стремился воспитывать у своих учеников сознание глубокой ответственности за свою деятельность – работу с людьми. На руководимой им кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии ММСИ им. Семашко и по его заданию были разработаны и изданы (1986 г.) ГУУЗ МЗ РСФСР «Методические указания по этико-деонтологическому воспитанию студентов в процессе обучения на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии», дополненное позже пособием «Деонтологические аспекты работы в эпидемических очагах» и другими методическими работами. Изложенные в этих работах мысли были результатом глубокого осмысления практики работы врача.

В.И.Покровский подчеркивает вместе с тем самобытность развития национальной медицинской школы, утверждающей необходимость видеть в пациенте прежде всего человека, личность, но не объект врачебного или научного действия, предостерегает от увлечения всякого рода стандартами. Особенно, подчеркивает академик В.И.Покровский, соблюдение этико-деонтологических норм, охрана прав человека, как личности, необходима при проведении медицинских исследований. Эти идеи особенно актуальны сейчас в аспекте организации борьбы, исследовании, профилактики надвигающихся т.н. «новых инфекций», таких, как ВИЧ-инфекция, современный туберкулез и другие, еще неведомые болезни, и как необходимость противостоять издержкам коммерциализации медицины.

Сибирская язва: клинические маски и потенциальная проблема инфекционной службы Российской Федерации и Республики Северная Осетия-Алания

Отараева Б.И., Сологуб Т.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ;
Санкт-Петербургская медицинская академия им. И.И.Мечникова

Республика Северная Осетия-Алания входит в число шести наиболее неблагополучных территорий по сибирской язве в Южном федеральном округе. Сохраняется постоянная угроза заражения этой инфекцией животных и людей из-за наличия на территории республики стойких почвенных очагов сибирской язвы. Данные заболеваемости сибирской язвой за 20 лет свидетельствуют о наибольшем проценте всплеска болезней в 1984 году (5,0%), в 1987 г. (4,0%), 1991 г. (5,0%), 1999 г. (3,0%).

В сравнительном аспекте показатели заболеваемости на 100 тыс. населения по сибирской язве в Российской Федерации составили в 2006 г. 4 (0,01), в 2007 г. 3 (0,05); а в РСО-Алания – в 2006 г. – 2 (0,3), в 2007 г. – 2 (0,28).

Клинический пример:

Больная Б., 52 лет, жительница г. Моздока, заведующая мясным ларьком на рынке г. Моздока. Поступила в реанимационное отделение Моздокской ЦРБ 7.09.06 в 19.00 в бессознательном состоянии с психомоторным возбуждением: на вопросы не отвечала, реакция зрачков на свет была отрицательна, на раздражения не реагировала. Со слов сопровождавших, заболевание началось неделю назад с высокой температуры, головной боли, болей в области грудной клетки. При исследовании ликвора после люмбальной пункции 07.10.06 г. положительная реакция Панди, клеточно-белковая диссоциация, эритроцитов 375 000 в 1 мм, нейтрофилов 92%, лимфоцитов 8%. Выделена споровая палочка *Bacillus anthracis*.

Эпизоотологическая ситуация: в г. Серноводске Ставропольского края имели место два случая вынужденного убоя крупного рогатого скота в частном секторе. Объемы профилактической вакцинации и ревакцинации контингентов, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения сибирской язвой, составили 102,5% (79,1%) в 2006 году, в 2007 – 110,0% (54,8%).

Таким образом, приведенные случаи являются свидетельством атипичного начала и нехарактерного развития клиники сибирской язвы, когда на первый план выступили симптомы поражения ЦНС с поражением головного мозга. Об этом феномене: с возможной диссеминацией возбудителя сибирской язвы с фиксацией в органах РГС, в том числе в головном мозге, упоминает А.П.Казанцев. Однако нами фульминантное течение было зарегистрировано впервые, как интересный клинический материал с возможными ошибками в диагностике сибирской язвы.

Поражение ЛОР-органов при бруцеллезе

Отараева Б.И., Нагоев Б.С., Плиева Ж.Г.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ;
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

О поражении ЛОР-органов при бруцеллезе имеются единичные сообщения. В.Г.Ермолаев и М.Н.Нугманов отмечали изменения в ЛОР-органах у больных бруцеллезом в 64% случаев. По наблюдениям А.В.Брофмана, при бруцеллезе часто в процесс вовлекаются миндалины, голосовые связки, трахеи в виде ангин, сопровождающиеся гиперемией и инфильтратами надгортанника, черпалов и межчерпаловидного пространства слизистой трахеи. По данным И.С.Новицкого, Б.И.Отараевой, поражения ЛОР-органов являются следствием образования фиброзитов и целлюлитов (воспалительная реакция тканей), возникающих в соединительной ткани.

Обследовано 90 больных с участием в процессе ЛОР-органов. При этом выявлены клинические изменения: носовые кровотечения у 51 больного (56%), острый гнойный

отит у 9 (10%), двусторонний гайморит у 3 (3,3%), параназальный абсцесс у 1 (1,1%), атрофический ринит у 4 (4,4%), снижение слуха у 4 (4,4%), катаральная ангина у 7 (7,7%), фарингит – у 2 (2,2%). Обострения отмечались в периоде пирексии. При рецидивирующем течении хронического бруцеллеза развиваются невриты слуховых нервов со снижением слуха и расстройством вестибулярного аппарата, а при затяжном – острый катаральный отит, осложненный мастоидитом, наблюдаемый нами в клинике.

Проведенная специфическая терапия (лечебная бруцеллезная вакцина малыми дозами внутривенно, с определением оптимальной дозы для больного, с увеличением ее до 11 точек), антибиотики группы фторхинолонов (достаточно адекватные дозы), дезинтоксикационная терапия, в короткие сроки явилась следствием положительной динамики со стороны ЛОР-органов, в противовес вульгарным мастоидитам, требующим оперативного вмешательства.

Клинический пример: больной, 18 лет, был доставлен в клинику с неясной лихорадкой, ознобом, выраженной потливостью, болью в суставах летучего характера на протяжении двух недель. При осмотре выявлено: микрополиаденит, гипергидроз местный и общий, гепатолиенальный синдром, температура в продолжении двух недель ундулирующая. Носовые кровотечения продолжались ежедневно. На третьей неделе – орхозепидимит с дизурическими явлениями. При риноскопии: расширение сосудов носовой перегородки с кровянистыми выделениями. Используемые тампонада носовых ходов, препараты кальция, гемостатики слабо эффективны: носовые кровотечения продолжались с короткой ремиссией. Реакция Райта-Хеддлсона и РПГА резко положительны. Был установлен диагноз – бруцеллез с поражением ЛОР-органов.

Реакции липопероксидации и спектр цитокинов при геморрагической лихорадке с почечным синдромом

Павелкина В.Ф.¹, Ласеева М.Г.¹, Еровиченков А.А.², Пак С.Г.²

¹Мордовский госуниверситет им. Н.П.Огарева, Саранск;
²Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

При ГЛПС одновременно с инициацией свободнорадикальных процессов (СРП) наблюдается активация и цитокинового (ЦК) каскада.

Цель работы. Изучение уровней про- и противовоспалительных цитокинов при ГЛПС и СРП в динамике болезни в зависимости от тяжести течения.

Пациенты и методы. Обследован 21 больной ГЛПС (15 среднетяжелой и 6 тяжелой формы). В разгар болезни и период ранней реконвалесценции изучен уровень провоспалительных (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , ИФН- γ) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) ЦК (реагенты ООО «Протеиновый контур», СПб). Из показателей СРП изучены диеновые конъюгаты (ДКо) и кетоны (ДКе), малоновый диальдегид плазмы (МДА-П), и эритроцитов (МДА-Э), каталаза плазмы (КП) и эритроцитов (КЭ), супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты. Инфекционный процесс при ГЛПС сопровождался активацией СРП, что подтверждалось увеличением к периоду ранней реконвалесценции первичных продуктов ПОЛ – ДКо и ДКе до $0,43 \pm 0,05$ и $0,18 \pm 0,02$ ед/мл, а также вторичных продуктов – МДА-П и МДА-Э ($5,91 \pm 0,24$ и $32,82 \pm 1,14$ мкмоль/л), которые были выше в группе тяжелого течения. При этом отмечалось снижение антиоксидантных ферментов (КП, КЭ и СОД), которые были снижены к периоду клинического выздоровления в 1,9, в 1,6 и 1,5 раза соответственно. При тяжелой форме активность ферментов была значимо ниже.

В начале инфекционного процесса при среднетяжелом течении наблюдалось повышение ИЛ-1 и ФНО- α до $538,6 \pm 290,8$ и $237,7 \pm 106,5$ пг/мл, затем происходило уменьшение их уровня. Иная динамика отмечена у ИЛ-6. Его уровень был повышен как в начале болезни, так и к периоду выздоровления ($280,4 \pm 50,0$ и $272,3 \pm 4,2$ пг/мл). Однако, концентрация ИФН- γ , повышенная в начале болезни ($146,7 \pm 60,6$ пг/мл), к периоду выздоровления была ниже значений в контроле ($22,1 \pm 8,4$ пг/мл), что свидетельствует о подавлении интерфероногенеза. При среднетяжелом течении в периоде разгара выявлено увеличение титра ИЛ-4 ($164,9 \pm 52,4$ пг/мл) и ИЛ-10 ($2329,2 \pm 1071,9$ пг/мл), который в процессе наблюдения снижался. Более значительные уровни про- и противовоспалительных ЦК регистрировались при тяжелой форме ГЛПС.

Выводы. На фоне активации СРП ЦК статус характеризуется дисбалансом в виде снижения ИФН- γ на фоне экспрессии других ЦК – ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α . Особую выраженность продукция СРП и ЦК имеет при тяжелой форме.

Оксидативные реакции и цитокины при сальмонеллезе

Павелкина В.Ф.¹, Пак С.Г.², Еровиченков А.А.²

¹Мордовский госуниверситет им. Н.П.Огарева, Саранск;
²Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва

В клинике сальмонеллеза синдром интоксикации является ведущим, в его развитии одну из ключевых ролей играют про- и противовоспалительные цитокины (ЦК) и активация свободнорадикальных процессов (СРП).

Цель работы. Изучение уровней про- и противовоспалительных ЦК при сальмонеллезе и СРП в динамике болезни в зависимости от тяжести течения.

Пациенты и методы. Обследовано 25 больных сальмонеллезом (20 среднетяжелой и 5 тяжелой формы). В разгар болезни и период ранней реконвалесценции изучен титр провоспалительных (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , ИФН- γ) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) ЦК (реагенты ООО «Протеиновый контур», СПб). Из показателей СРП изучены диеновые конъюгаты (ДКо) и кетоны (ДКе), малоновый диальдегид плазмы (МДА-П) и эритроцитов (МДА-Э), каталаза плазмы (КП) и эритроцитов (КЭ), супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты. В период разгара среднетяжелой формы был повышен уровень таких ЦК как ИЛ-1, ФНО- α , ИЛ-6 ($512,5 \pm 176,1$; $221,4 \pm 151,0$ и $268,0 \pm 43,3$ пг/мл соответственно). К периоду ранней реконвалесценции наблюдалось их снижение. Иная динамика отмечена у ИФН- γ . Его титр был повышен как в начале болезни, так и к периоду выздоровления ($195,9 \pm 49,1$ и $187,4 \pm 143,8$ пг/мл). При тяжелом течении отмечались более значимые уровни провоспалительных ЦК. ИЛ-4 не зависел от тяжести течения. При среднетяжелом течении был увеличен титр ИЛ-4 ($251,6 \pm 81,7$ пг/мл), который затем снижался до $50,9 \pm 32,4$ пг/мл, оставаясь выше показателей в контроле. В динамике ИЛ-10 при среднетяжелой форме отмечалось уменьшение его уровня ($2176,6 \pm 925,7$ и $1211,4 \pm 762,3$ пг/мл), который зависел от тяжести течения.

Инфекционный процесс при сальмонеллезе сопровождался активацией СРП, что подтверждалось увеличением к периоду ранней реконвалесценции первичных продуктов ПОЛ – ДКо и ДКе до $0,42 \pm 0,06$ и $0,19 \pm 0,02$ ед/мл, а также вторичных продуктов ПОЛ – МДА-П и МДА-Э ($7,86 \pm 0,88$ и $38,23 \pm 2,13$ мкмоль/л), которые были значительно выше при тяжелой форме. При этом отмечалось снижение антиоксидантных ферментов (КП, КЭ и СОД), которые были снижены к периоду выздоровления в 1,7, в 1,5 и 1,8 раза соответственно. При тяжелой форме активность ферментов была ниже.

Выводы. При сальмонеллезе одновременно с инициацией СРП наблюдается активация цитокинового каскада. Профиль ЦК и продуктов СРП характеризуют тяжесть и длительность инфекционно-воспалительного процесса.

Общебиологические реакции организма как основа патогенеза инфекционных заболеваний

Пак С.Г., Белая О.Ф., Малов В.А.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Помимо частных вопросов изучения отдельных нозологических форм, важным научным направлением в клинике инфекционных болезней продолжает оставаться изучение реакций организма на микробную инвазию и токсины микробов. Одним из наиболее распространенных клинических проявлений общебиологических реакций организма является синдром интоксикации (СИ). В последние годы достигнуты большие успехи в понимании взаимодействия в системе «паразит-хозяин»: от механизмов распознавания микроорганизмов *in vivo* и инициации сигнальных путей активации клеток до развития локальных и системных проявлений общебиологических реакций организма, клиническим эквивалентом которых служит СИ.

Универсальность клинических проявлений СИ при инфекционных заболеваниях может быть объяснена только с позиций общебиологического характера ответных реакций организма. Генетическая детерминированность формирования стереотипных ответных реакций организма на микроорганизмы подразумевает наличие мощных естественных защитных систем, обеспечивающих связывание,

инактивацию (деградацию) и элиминацию токсических продуктов микробного происхождения.

Кроме этого, в проведенных нами исследованиях последних лет показано, что в условиях естественного развития инфекционного процесса (как бактериальной, так и вирусной природы), в организме нередко обнаруживаются маркеры эндо- и экзотоксинов, например, Шига токсина, роль которого в развитии инфекционного процесса остается недостаточно изученной.

Таким образом, важнейшей задачей в изучении СИ на современном этапе является поиск интегральных показателей оценки структурно-функционального состояния регуляторных систем организма при инфекционных заболеваниях, что может способствовать совершенствованию диагностики, определению и мониторингу характера инфекционного процесса, его исхода, предупреждению потенциальных осложнений и проведению направленной и патогенетически обоснованной терапии.

Дезинфицирующие средства для профилактики ротавирусных гастроэнтеритов и других кишечных инфекций вирусной этиологии

Пантелеева А.Г.

НИИ дезинфектологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва

Среди кишечных вирусных инфекций у детей и взрослых в зимний период года наиболее часто регистрируются ротавирусные гастроэнтериты. Многие годы существовало предположение о высокой устойчивости к дезинфицирующим агентам ротавирусов в сравнении с энтеровирусами – Коксаки, ЕСНО, полиовирусом, вирусом гепатита А. Данные экспериментов по исследованиям сравнительной устойчивости ротавируса человека и полиовируса I типа (вакцинный штамм LSc 2ab) с дезинфектантами отечественного производства из разных химических групп позволили сделать ряд выводов, внесших ясность в эту проблему.

Установлено, что ротавирус человека ниже, чем полиовирус по устойчивости к хлорактивным дезинфектантам, средствам на основе перекиси водорода и четвертичных аммониевых соединений. Испытанные средства на различных объектах инактивировали ротавирус в тех же режимах, которые рекомендованы для дезинфекции при энтеровирусных инфекциях.

Показано также, что ротавирус человека чувствителен к УФ-излучению и повышенным температурам (50°C и выше). Из этого следует, что рекомендации по средствам и методам дезинфекции при энтеровирусных инфекциях эффективны для целей дезинфекции при ротавирусных гастроэнтеритах.

Согласно данным отечественных и зарубежных авторов другие возбудители кишечных вирусных инфекций, такие как аденовирусы, норовирусы, астровирусы также уступают энтеровирусам по устойчивости к дезинфектан-

там, в связи с чем для профилактики и борьбы с ними нет необходимости в разработке специальных средств и режимов их применения.

Состояние микрофлоры верхних дыхательных путей у больных гриппом

Паньков А.С.

Оренбургская государственная медицинская академия

Представлены результаты анализа микрофлоры слизистой оболочки верхних дыхательных путей 76 больных гриппом. Было изучено 122 штамма, выделенных от 76 человек, больных гриппом, в возрасте от 17 до 60 лет, среди которых 97 штаммов выделено со слизистой оболочки миндалин, а 25 – из носа. Среди исследованных бактерий *Staphylococcus* spp. выделено 57 штаммов, *Aerococcus viridans* – 32 штамма, *Streptococcus* – 23 штамма, *E. coli* – 8 штаммов, *Enterococcus* – 2 штамма. Из носа у больных гриппом выделялся *S. aureus* ($44,0 \pm 6,2\%$), *S. epidermidis* ($24,0 \pm 3,9\%$), *S. saprophyticus* ($4,0 \pm 3,9\%$), *S. capitis* ($20,0 \pm 4,3\%$), *S. bovis* ($4,0 \pm 3,9\%$), *S. suis* ($4,0 \pm 3,9\%$). Со слизистой оболочки миндалин у больных гриппом выделялись *S. aureus* ($29,9 \pm 4,6\%$), *S. capitis* ($4,1 \pm 1,9\%$), *S. epidermidis* ($1,1 \pm 1,0\%$), *S. pyogenes* ($16,5 \pm 3,7\%$), *S. bovis* ($2,0 \pm 1,4\%$), *S. agalactis* ($2,0 \pm 1,4\%$), *S. suis* ($1,0 \pm 1,0\%$), также выделялась *E. coli* ($9,2 \pm 2,9\%$) и *E. faecalis* ($2,0 \pm 1,4\%$).

У больных гриппом развивается дисбиоз на слизистой верхних дыхательных путей. Отмечены различия в дисбиозе носа и миндалин. Установлена высокая частота обнаружения *Staphylococcus aureus* и *Aerococcus viridans* у больных гриппом. Микрофлора верхних дыхательных путей больных гриппом чаще представлена в виде бактериальных ассоциаций.

Цитохимическая оценка состояния функционально-метаболической активности лейкоцитов у больных парентеральными вирусными гепатитами

Пашаева С.А.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Вирусные гепатиты (ВГ) представляют собой серьезную социально-экономическую проблему здравоохранения во всем мире, в том числе и в России, в связи с их широким распространением, высокой частотой хронизации парентеральных форм с переходом в цирроз и первичный рак печени. В структуре инфекционной патологии вирусные гепатиты составляют 16–30% удельного веса и по частоте поражения населения уступают лишь гриппу и ОРВИ. Заболеваемость парентеральными вирусными гепатитами в Республике Дагестан характеризуется ежегодным увеличением числа больных и превышает общероссийскую в отдельные годы более чем в 2 раза. Извест-

но, что важным показателем неспецифической резистентности организма является функциональное состояние нейтрофильных гранулоцитов, ответственных за процесс фагоцитоза и внутриклеточное переваривание возбудителей инфекционных болезней. Активность микробцидной системы нейтрофильных гранулоцитов обеспечивается содержанием в клетке катионного белка (КБ), гликогена и др. Известно, что уровень содержания КБ в лейкоцитах является критерием тяжести течения заболевания. Нами была проведена цитохимическая оценка функциональной активности КБ у больных хроническими вирусными гепатитами В (ХВГВ) и С (ХВГС). Среди обследованных нами больных 62 (64,5%) – больные ХВГВ и 34 (35,5%) – ХВГС. Все наблюдаемые больные были в возрасте от 18 до 60 лет, из них 66 (69%) мужчин и 30 (31%) женщин. Диагноз хронического вирусного гепатита был выставлен на основании клинико-эпидемиологических, биохимических и вирусологических данных. Определение КБ проводилось по Пигаревскому В.Е. (1975). Оценку активности КБ в лейкоцитах проводили по Карлов (1955). Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц, уровень содержания КБ у которых составил 123 условных единицы. Проведенные нами исследования свидетельствуют о снижении уровня КБ у больных ХВГС и ХВГВ (114 и 98 условных единиц, соответственно) и эти изменения были более выражены у больных ХВГВ. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют, что у 64,5% наблюдаемых нами больных ХВГВ и у 35,5% больных ХВГС отмечается тяжелое течение инфекционного процесса, это соответствует клиническим проявлениям и требует проведения адекватной терапии.

Клинико-лабораторная характеристика цитомегаловирусной инфекции на современном этапе

Первишко О.В., Бевзенко О.В., Баум Т.Г.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Многообразие клинических симптомов цитомегаловирусной инфекции (диктует необходимость постоянного изучения клинико-диагностических особенностей, лабораторных маркеров данной инфекции, при этом часто скрывающейся под «маской» острого мононуклеозоподобного синдрома.

Цель: изучить основные клинико-лабораторные показатели цитомегаловирусной инфекции на современном этапе.

Пациенты и методы: под наблюдением находилось 82 ребенка, получавших лечение в ГУЗ «СКДИБ» г. Краснодар с диагнозом цитомегаловирусная инфекция. На момент поступления у 68 детей (83%) состояние было расценено – средней тяжести, тогда как тяжелое течение встречалось у 17% пациентов. На первом месте по частоте встречаемости наблюдали гепатомегалию у 75 детей (91%), а в сочетании с увеличением подчелюстных, переднешейных, подмышечных лимфоузлов у 85% наблю-

даемых. В то же время увеличение селезенки встречалось у меньшего количества детей (62%). Гнойные наложения на миндалинах в виде «паутинки» наблюдали у 78 детей (95%). Только у 3 пациентов (2%) на 3-5-й день заболевания отмечали появление пятнисто-папулезной сыпи, быстро исчезающей на фоне проводимого лечения. Изменения в общем анализе крови (наличие атипичных мононуклеаров) подтверждало диагноз только у 54% пациентов, тогда как увеличение лейкоцитов выше 15,3 Г/л регистрировалось у половины обследуемых. У 39 детей (47%) гепатоспленомегалия сочеталась с изменениями в биохимическом анализе крови в виде увеличения АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы и общего билирубина.

Таким образом, при анализе полученных данных можно сделать вывод, что на современном этапе клинико-лабораторные характеристики приобретенной цитомегаловирусной инфекции очень вариабельны, поэтому только серологические методы исследования (ИФА крови, ПЦР крови, слюны, мочи) могут поставить заключительный диагноз.

Патогенетическое значение синдрома «метаболической» интоксикации и липопероксидации у больных хроническим вирусным гепатитом С и рациональные подходы к их коррекции **Пересадин Н.А., Фролов В.М., Соцька Я.А.**

Луганский государственный медицинский университет

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) в настоящее время является наиболее актуальной проблемой инфектологии и гепатологии, что связано с высоким распространением этого заболевания, прогрессирующим течением ХВГС с исходом в фиброз и цирроз печени, недостаточной эффективностью существующих методов лечения и частым развитием нежелательных побочных эффектов при назначении таким пациентам длительной (9–12 мес) интерферонотерапии в высоких дозах (3 млн ЕД 3 раза в неделю), которая считается «золотым стандартом» терапии таких больных. По нашему мнению, возможно существенное сокращение курсовых дозировок интерферонов (ИФН) при назначении наряду с препаратами отечественного производства (виферон), также индукторов синтеза эндогенного ИФН (циклоферон). Обязательным условием осуществления лечения больных ХВГС при этом является ликвидация клинико-биохимического синдрома эндогенной «метаболической» интоксикации (МИ-термин Л.Л.Громашевской), в основе которого лежит накопление в крови «средних молекул» (СМ) и других продуктов извращенного метаболизма, обладающих высокой токсичностью, а также снижение чрезмерного уровня липопероксидации, лабораторным критерием которого является накопление в крови продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малонового диальдегида и диеновых конъюгатов, а также высокий уровень перекисного гемолиза эритроцитов. Поскольку наличие МИ и высокого уровня ПОЛ обязательно предполагает формирование вторич-

ных иммунодефицитных состояний, одновременно должна проводиться иммунореабилитация больных ХВГС с использованием «мягких» иммуноактивных препаратов (нуклеинат натрия, полиоксидоний, иммуномакс, иммунофан и др.) преимущественно естественного происхождения с высокой широтой терапевтического действия. Разработанный комплекс патогенетической терапии, направленный на ликвидацию МИ и снижение интенсивности ПОЛ, включает инфузионную терапию (реамберин, гепасол А), средства гепатопротекторного действия (липофлаванон, глутрагин, ливолин, ливенциале, антраль), иммуноактивные препараты с антиоксидантным эффектом (полиоксидоний, нуклеинат натрия), адаптогены растительного происхождения (бонджигар, гепатофит, препараты артишока), антиоксиданты (токоферола ацетат, кверцетин). Его эффективность доказана многолетним клиническим опытом лечения больных ХВГС.

Серозные менингиты энтеровирусной этиологии

Перлова Р.М., Иванова И.Е., Стекольщикова И.А., Лукина Т.Н., Андреева Л.В., Егорова И.Н.

*Институт усовершенствования врачей
Минздравсоцразвития ЧР, Чебоксары*

Вирусные инфекции остаются самой распространенной инфекционной патологией детского возраста. Особое место занимает энтеровирусная инфекция, возбудители которой широко распространены в окружающей среде. Пик заболеваемости асептическими менингитами энтеровирусной этиологии приходится на летне-осенний период, в это время они составляют до 90–95% всех нейроинфекций. Развитие серозных менингитов чаще связывают с вирусами Коксаки В, А, ЕСНО, энтеровирусами 68–71.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей клиники энтеровирусного менингита у детей, находившихся в инфекционном стационаре МУЗ «ГДБ №2» в 2004–2006 гг. Всего пролечено 119 больных, мальчиков – 76, девочек – 43. От 0 до 3 лет – 14 детей, от 4 до 7 лет – 31, от 7 до 14 лет – 74 ребенка. В первый день заболевания были госпитализированы 20% больных, остальные дети – на 3–4-й день болезни.

Всем детям проведено общеклиническое, бактериологическое, серологическое, молекулярно-биологическое обследование. У 87,3% больных выделен энтеровирус типа 70, у остальных – 71.

У большинства детей заболевание начиналось с остро с подъема температуры выше 38,2°C, повторная рвота (4–6 раз в день) отмечена у 95% детей, менингеальный синдром констатирован в 76,6% случаев, головную боль отмечали 88,3% больных, боли в животе – более 10% детей. Среднетяжелое течение заболевания диагностировано у 60% детей, тяжелое – у 3,3%. В периферической крови в первые дни болезни отмечались умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, затем лимфоцитоз. СОЭ у большинства больных была незначительно увеличена. Ликвор про-

зрачный, вытекал частыми каплями, цитоз до 300 клеток в единице объема, лимфоцитарного характера, белок умеренно повышен (до 1,0 г/л).

Всем детям назначалась дезинтоксикационная, дегидратационная терапия, препараты, улучшающие обменные процессы. Длительность лечения в стационаре составила в среднем 12 дней.

Применение комплексного симптоматического лечения позволило предупредить развитие церебростенического и гипертензионного синдромов.

Лайфферон в лечении больных хроническим вирусным гепатитом В

Петрова Е.И., Чуйкова К.И.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель исследования: оценить переносимость и эффективность препарата лайфферон в сравнении с препаратом реаферон-ЕС в терапии больных хроническим вирусным гепатитом В (ХВГ В).

Под наблюдением находилось 34 больных ХВГ В в возрасте от 18 до 56 лет: основная группа ($n = 18$) получала лайфферон, группа сравнения ($n = 16$) – реаферон-ЕС. Препараты вводились внутримышечно по 3 млн. ЕД в течение 6 мес ежедневно и еще 6 мес 3 раза в неделю + зэффикс по 100 мг в сутки ежедневно. Лайфферон в отличие от реаферона-ЕС не содержит сывороточный альбумин. Ежедневно проводился учет частоты и характера побочных явлений препаратов. Результаты переносимости и эффективности терапии оценивались через 12 и 48 недель от начала лечения.

Результаты: гриппоподобный синдром отмечался в основной группе у 14 человек (77,8%), в группе сравнения у 13 человек (81,25%). В основной группе гриппоподобный синдром отмечался только на первые инъекции, а в группе сравнения у 23,1% его продолжительность превышала 1 месяц.

Среди поздних побочных эффектов и в той и в другой группе преобладали: слабость, снижение массы тела, выпадение волос, снижение настроения.

Через 12 нед лечения у больных обеих групп отмечалось снижение лейкоцитов и тромбоцитов ($p < 0,05$ – основная группа), однако снижения дозы и отмены препаратов не потребовалось. На фоне лечения лайффероном и реафероном-ЕС отмечалось снижение аминотрансфераз ($p < 0,05$). По результатам вирусологического исследования через 12 недель от начала лечения у 61,1% больных основной группы и у 56,25% больных группы сравнения отмечено исчезновение HBV DNA из сыворотки крови. У 2 больных основной группы через 6 мес от начала лечения отмечался вирусологический рецидив (HBV DNA «+»). К окончанию терапии через 48 нед лечения в 50% результаты крови на HBV DNA были отрицательными. В группе сравнения у 2 больных также отмечался вирусологический рецидив через 6 мес. от начала лечения и еще у 1 вирусологический рецидив отмечался

через 48 нед терапии. Таким образом, в группе сравнения вирусологический ответ к окончанию терапии был достигнут у 37,5% больных.

Выводы: клинические исследования выявили хорошую переносимость лайфферона, длительность побочных эффектов была меньше, чем при применении реаферона-ЕС. Эффективность противовирусной терапии через 48 нед лечения, получавших лайфферон была несколько выше (50%), чем у пациентов, получавших реаферон-ЕС (37,5%).

Клинико-эпидемиологическая характеристика вспышки шигеллеза Зонне у детей

Плющенко С.В., Жаров М.А.

Майкопская городская клиническая инфекционная больница

Актуальность. Проблема возникновения острых кишечных инфекций (ОКИ) сохраняет свою актуальность. Бурное начало заболевания с развитием водно-электролитных нарушений, постепенное восстановление функций желудочно-кишечного тракта, других органов и систем, формирование в результате несвоевременно проведенного лечения хронической патологии, делают проблему ОКИ социально-экономически значимой.

Целью нашей работы явилось проведение клинико-эпидемиологического анализа заболеваемости шигеллезом Зонне.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением на стационарном лечении в Майкопской городской клинической инфекционной больнице в декабре 2007 года находилось 83 ребенка по поводу острой дизентерии Зонне. В 96,4% случаев диагноз установлен на основании клинико-бактериологических данных, выделена *Shigella Zonnei*. Возраст больных варьировал от 1 г 10 мес до 7 лет. В возрасте до 3 лет жизни заболевание зарегистрировано у 10 (12,1%), 3-5 лет – у 48 (57,8%), 5-7 лет – у 25 (30,1%) случаев, из них у 40 мальчиков и 43 девочек. В 1–2-е сутки заболевания госпитализировано 75 (90,36%) детей. В 92% болезнь протекала в среднетяжелой форме, в 5% тяжелой. Гастроэнтероколитический, колитический варианты заболевания отмечены в 54,2 и 45,8% случаев. В 88,4% регистрировался «жидкий» стул, в 11,6% стул был «кашицеобразным». У 57 (68,6%) детей отмечалась примесь слизи, у 15 (18,1%) выявлен гемоколит. В 84,3% (77) человек наблюдалась болезненность по ходу кишечника, в 38,6% (32) из них определялся спазм сигмовидной кишки. Тошнота присутствовала в 54 (63%); рвота – в 44 (53%) случаях. Лихорадочная реакция присутствовала у всех больных, в 80% случаев температура регистрировалась в пределах 38–40°C, у 10 больных выше 40°C. Длительность лихорадки в 76% случаев составила 2–3 дня. Количество лейкоцитов в крови варьировало от 5,0 до 22,5 × 10⁹/л в 36,1%, 9,2 – 22,5 × 10⁹/л выявлено в 63,9%, нейтрофиллез с палочкоядерным сдвигом от 7 до 59 отмечен в 84,3% случаев. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), был по-

вышел от 1,58 до 15,4 в 52,4%, уровень С-реактивного белка (СРБ) составил – 1,8–5,73 мг/л в 91,7% случаев. Чаще регистрировалось гладкое течение заболевания с исчезновением интоксикационного синдрома, лихорадки, улучшением стула на фоне проводимого лечения на 2–3 день болезни.

Таким образом, проведенный анализ заболеваемости шигеллезом Зонне свидетельствует, что болезнь чаще протекала в возрасте 3–5 лет, в 91,6% случаев регистрировалась среднетяжелая форма, в 54,2% – гастроэнтероколитический вариант. Оценка показателей ЛИИ, СРБ позволяет объективно оценить выраженность интоксикационного синдрома, определить тактику ведения больного и объем необходимой терапии у детей.

Оценка эффективности лизоцимсодержащего препарата Лизобакт в лечении ОРЗ у детей

Погорелова О.О., Усенко Д.В., Горелов А.В., Прудникова Г.П.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;
Детская инфекционная больница №5, Москвы

Цель исследования: оценить клинико-лабораторную эффективность лизоцимсодержащего препарата Лизобакт в комплексной терапии ОРЗ у детей.

Пациенты и методы. Исследование проводили на базе ДИБ №5 г. Москвы с сентября по декабрь 2008 г. Участвовали 50 детей 3–7 лет со среднетяжелыми формами ОРЗ. Из них 25 пациентов (основная группа) в комплексной терапии получали Лизобакт, остальные (группа сравнения) – традиционную симптоматическую терапию (антигистаминные, жаропонижающие, сосудосуживающие капли, отхаркивающие средства). Антибактериальные препараты назначались при развитии осложнений. Лизобакт применяли с первого дня госпитализации, что соответствовало 2–3-му дню заболевания, в зависимости от возраста по 1 таблетке 3 раза в день в течение всего острого периода ОРЗ, а также в периоде ранней реконвалесценции. Установлено, что на фоне терапии с включением препарата Лизобакт отмечалось сокращение длительности лихорадки ($3,8 \pm 1,2$ и $4,9 \pm 1,1$ сут. соотв., $p < 0,001$), симптомов интоксикации (купирование вялости на $2,3 \pm 1,2$ день, снижение аппетита – на $2,3 \pm 0,9$ день, бледности кожных покровов – на $2,9 \pm 1,1$ день, что на 1,5–2 дня меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$)). У пациентов основной группы достоверно быстрее исчезали катаральные явления: гиперемия слизистой ротоглотки – на $4,8 \pm 0,7$ сут., затрудненное носовое дыхание – на $4,7 \pm 0,7$ день, ринорея – на $4,6 \pm 0,6$ день, кашель – на $6,2 \pm 0,86$ день, в то время как в группе сравнения данные симптомы сохранялись $6,9 \pm 0,9$, $6,9 \pm 0,5$, $6,3 \pm 0,6$ и $7,3 \pm 1,1$ дней соотв. ($p < 0,001$). Проведен анализ динамики IgA в слюне у 30 детей (по 15 детям в каждой из групп). Установлено, что у всех больных основной группы с исходно

сниженным IgA, отмечалось достоверное его повышение с $44 \pm 9,3$ мкг/мл до $241,4 \pm 57,5$ ($p < 0,05$). В группе сравнения уровень IgA существенно не изменился. У детей, имевших до начала лечения повышенный уровень IgA в слюне, что свидетельствовало об адекватном реагировании защитной системы организма, на фоне проводимого лечения отмечена положительная динамика в нормализации IgA с $1005 \pm 275,5$ до $299,6 \pm 57,9$ мкг/мл, в группе сравнения, напротив, лишь тенденция к нормализации (1026 ± 415 vs $765 \pm 294,9$ мкг/мл, $p > 0,05$). У детей с нормальными исходными значениями IgA достоверного изменения данного показателя получено не было. Таким образом, включение Лизобакта в традиционную терапию ОРЗ способствовало достоверному сокращению продолжительности лихорадочного периода, симптомов интоксикации (снижение аппетита, бледность кожных покровов), катаральных проявлений (гиперемия слизистой ротоглотки, явления ринита), а также способствовало восстановлению местного гомеостаза ротовой полости – нормализации уровня секреторного Ig A в слюне.

Фитопрепараты в комплексном лечении больных хроническими гепатитами

Погорельская Л.В., Беляева Н.М., Трякина И.П.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

В течение пятнадцати лет нами разрабатывались и использовались фитопрепараты, которые успешно прошли клинические испытания и зарекомендовали себя как эффективные средства при ведении больных хроническими вирусными гепатитами: фитохитодезы, полифитохол, флоравит.

Фитохитодезы – водорастворимые формы хитозана со сборами лекарственных растений, получаемые в едином технологическом цикле, в результате которого образуются «гибридные молекулы» хитозана с экстрагируемыми веществами лекарственных растений, что приводит к образованию новых комплексов, обладающих многонаправленным действием – противовирусным, антиоксидантным, иммуностимулирующим и др.

В зависимости от клинического течения гепатита применяли: фитохитодез при холестазах, фитохитодез при цитолизе, фитохитодез гепатозащитный, фитохитодез при гепатите и панкреатите.

Полифитохол – сухой порошок, состоящий из растений, получаемый оригинальным способом.

Флоравит – натуральный, сбалансированный комплекс биологически активных веществ, экстрагированный из мицелия пищевого гриба.

Прием фитопрепаратов способствует более быстрой нормализации показателей биохимических тестов, клеточного звена иммунитета, интерферонового статуса, снижению вирусной нагрузки и улучшению качества жизни. Кроме того обеспечивает более длительную вирусологическую и биохимическую ремиссию.

Под нашим наблюдением лечение фитопрепаратами получали 485 больных вирусными гепатитами в комбинации с интерферонами или в качестве монотерапии. Длительность приема от одного до шести месяцев определялась индивидуально. Проведенный анализ эффективности применения фитопрепаратов, ретроспективные данные позволяют рекомендовать фитохитодезы, полифитохол, флоравит больным хроническим вирусным гепатитом.

Лабораторная диагностика серозных менингитов у детей

Поздеева О.С., Бурова Е.В., Ермолаева И.Ю., Чуракова А.В., Мохова О.Г., Губина С.В., Бояринцева О.Г.

Ижевская государственная медицинская академия; Республиканская клиническая инфекционная больница, Ижевск

В структуре детской инфекционной патологии серозный менингит занимает одно из ведущих мест. Под нашим наблюдением находилось 77 детей с диагнозом серозный менингит, из них мальчиков было 61,0%; девочек – 39,0%. При анализе возрастной структуры установлено, что большую часть заболевших составили дети в возрасте от 3 до 7 лет – 48,1%. Чаще регистрировались среднетяжелые формы (97,0% детей).

При исследовании ликвора уровень плеоцитоза варьировал от 10 до $1350 \times 10^6/\text{л}$. Отмечено, что с увеличением длительности заболевания возрастает уровень цитоза в ликворе. При незначительном плеоцитозе (до $70 \times 10^6/\text{л}$) в ликворе преобладают лимфоциты у 56,7% обследуемых, при умеренном и выраженном – ликвор носит смешанный характер у 40,7% больных. Нормальное содержание белка в ликворе отмечено у 26,7% обследуемых, у 60,0% выявлена гипопропротеинораксия. При поступлении в полном анализе крови лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$ выявлен в 16,9% случаев, а лейкопения лишь в 5,2%. У 19,5% обследуемых регистрировался нейтрофилез, а ускорение СОЭ отмечено у 63,6% детей. Эпидемиологическая этиология менингита подтверждена у большинства детей – 90,9%. Для этиологической расшифровки использовались сочетание методов ИФА (IgM и IgG в сыворотке крови) и ПЦР (РНК энтеровирусов в ликворе, фекалиях и носоглоточной слизи). Методом ИФА диагноз подтвержден у 55 (74,3%) детей. РНК энтеровирусов в ликворе выявлено у 48 (64,9%) обследуемых, из них положительный результат в первые 5 сут заболевания отмечен у 43 (66,2%); из фекалий и носоглоточной слизи вирус выделен у 44,4% больных. Учитывая эндемичный регион по природно-очаговым инфекциям дети обследованы на клещевой энцефалит и иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) в период подъема заболеваемости, что позволило выявить смешанную (энтеровирусная + ИКБ) инфекцию у трех больных.

Таким образом, комплексный подход к диагностике серозных менингитов позволяет установить этиологию заболевания.

Особенности обмена биополимеров соединительной ткани при вирусном гепатите А у детей

Поздеева О.С., Давлятшина К.Р., Шараев П.Н., Мохова О.Г.

Ижевская государственная медицинская академия; Республиканская клиническая инфекционная больница, Ижевск

Целью работы явилось изучение показателей метаболизма биополимеров соединительной ткани у детей с вирусным гепатитом А (ВГА).

Под наблюдением находился 61 ребенок в возрасте от 5 месяцев до 15 лет. Из них у 29 (47,5%) больных регистрировалась легкая, у 26 (42,6%) – среднетяжелая, у 3 (4,9%) – тяжелая форма заболевания. В сыворотке крови и моче проводилось определение уровня свободных, олигосвязанных и белоксвязанных сиаловых кислот (ССК, ОССК, БССК), гликозаминогликанов (ГАГ), свободного и пептидносвязанного гидроксипролина (СГО, ПСГО) в динамике заболевания. Проведенное исследование показало, что в разгар заболевания отмечается незначительное повышение уровня ССК в сыворотке крови. В период ранней реконвалесценции содержание ССК оказалось достоверно повышенным у детей с легкой и среднетяжелой формой заболевания – $34,1 \pm 1,5 \text{ мг/л}$ ($p < 0,05$) и $33,3 \pm 1,5 \text{ мг/л}$ ($p < 0,05$) соответственно. Повышение уровня БССК в сыворотке крови и моче отмечалось во все периоды заболевания. При легкой форме этот показатель составлял $964,3 \pm 43,9 \text{ мг/л}$ ($p < 0,001$), при среднетяжелой – $946,6 \pm 47,8$ ($p < 0,001$), при тяжелой – $1105,5 \pm 137,9$ ($p < 0,001$). В периоде реконвалесценции отмечалось дальнейшее нарастание уровня БССК. Несмотря на нормальное содержание ОССК в крови, была отмечена их повышенная экскреция с мочой: при легкой форме $25,3 \pm 1,9 \text{ мг/л}$ ($p < 0,001$), при среднетяжелой – $27,7 \pm 2,5 \text{ мг/л}$ ($p < 0,001$), при тяжелой – $24,8 \pm 10,0 \text{ мг/л}$. При изучении метаболизма ГАГ было выявлено их повышение в периоды разгара и клинического выздоровления как в крови, так и в моче. В сыворотке крови в разгар заболевания этот показатель составлял при легкой форме $6,0 \pm 0,2 \text{ мг/л}$ ($p < 0,001$), при среднетяжелой – $5,9 \pm 0,3$ ($p < 0,001$), при тяжелой – $6,7 \pm 1,1 \text{ мг/л}$ ($p < 0,05$). Показатели гиалуронидазной активности были значительно повышены во всех группах больных. В периоде реконвалесценции ее уровень продолжал нарастать. Уровень СГО был повышен при тяжелой форме и составлял $20,4 \pm 1,6 \text{ мкм/л}$. Отмечалось увеличение уровня ПСГО в сыворотке крови: при легкой форме болезни – $18,6 \pm 1,9 \text{ мкм/л}$, при среднетяжелой – $18,1 \pm 1,9$, при тяжелой – $24,3 \pm 7,6 \text{ мкм/л}$. Показатели мочевого экскреции ПСГО были также повышены.

Таким образом, при ВГА у детей происходит нарушение обмена биополимеров соединительной ткани в острый период и период ранней реконвалесценции, что указывает на сохраняющийся патологический процесс.

Анализ вспышки норовирусной инфекции

Поздеева О.С., Мохова О.Г., Чуракова А.В.,
Комисарова М.М., Чайка Н.Ю., Мензаиров В.Ф.,
Горева Е.С., Бушмакина Ю.В., Брагина И.М.,
Давлятшина К.Р., Галимуллина Н.Н.

*Ижевская государственная медицинская академия;
Управление Роспотребнадзора по Удмуртской
Республике, Ижевск*

Норовирусная инфекция представляет практический интерес, занимая второе место в структуре вирусных диарей и обеспечивая значительный подъем заболеваемости. Между тем, диагностика норовирусной инфекции в лечебных учреждениях проводится на низком уровне. Цель работы: провести анализ вспышечной заболеваемости норовирусной инфекции в одном из районов (Вавожском) Удмуртской Республики. В районе с декабря 2007 г. по май 2008 г. было зарегистрировано 398 случаев ОКИ, преимущественно в детском возрасте – 332 (83,4%) ребенка. Все заболевшие были обследованы на ротавирусную инфекцию – результат был положительным у 140 (35,2%) пациентов. Также на ротавирусную инфекцию было обследовано 500 человек по контакту – у 80 (16,0%) из них выявлено вирусносительство, в основном это были категорийные работники. Методом случайной выборки у 17 больных ОКИ и 1 ребенка по контакту было проведено исследование кала методом ПЦР на вирусы (ротавирусы группы А, норовирусы 2 генотипа, астровирусы 40-41 типа, калицивирусы, аденовирусы) и бактерии (шигеллы, сальмонеллы, кампилобактеры) в ФГУН «ЦНИИ эпидемиологии» (г. Москва). У 12 (70,6%) пациентов был выделен норовирус, из них в 2 (11,8%) случаях ассоциация с ротавирусом, у 3 (17,6%) больных – только ротавирус. Положительным результат на норовирусы также оказался у ребенка, обследованного по контакту. Среди заболевших норовирусной инфекцией преобладали дети – 11 (91,7%), из них 6 (54,5%) – дети дошкольного возраста. У 9 (75,0%) больных заболевание протекало в легкой форме. Повышение температуры отмечалось также у 9 (75,0%) пациентов, которая не превышала 38,5°C. Диспепсический синдром характеризовался развитием у всех больных рвоты от 1 до 8 раз в сутки и у 11 (91,7%) – водянистого стула 1-5 раз в сутки. Боли в животе беспокоили 7 (58,5%) пациентов. Длительность острого периода не превышала 3 дней.

Таким образом, учитывая зимне-весенний подъем заболеваемости норовирусной и ротавирусной инфекций, ассоциацию этих возбудителей, вызывающих ОКИ, схожесть клинических симптомов, диагностика норовирусной инфекции наряду с ротавирусной требует более широкого внедрения.

Особенности клинического течения токсокароза у детей

Поздеева О.С., Мохова О.Г., Чуракова А.В.,
Яковлева В.Д., Пovyшева С.В., Романов С.В.,
Егорова Л.В.

*Ижевская государственная медицинская академия;
Республиканская клиническая инфекционная больница,
Ижевск*

Токсокароз – одна из наиболее распространенных инвазий, встречающихся в детском возрасте.

Цель работы: изучить клинико-лабораторные особенности течения токсокароза у детей.

Для достижения поставленной цели было проведено клиническое наблюдение за 270 детьми от 1 г. 9 мес до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в РКИБ. Возрастная структура больных детей представлена следующим образом: дети 1–3 лет – 27,8%, 3–7 лет – 34,4%, 7–10 лет – 27,8%, 10–14 лет – 10,0%; т.е., заболевание чаще регистрируется у детей в возрастной группе 3–7 лет, с возрастом количество заболевших уменьшается. Большинство детей, больных токсокарозом, постоянно проживают в сельской местности. Диагноз всем детям был выставлен на основании данных анамнеза, клинического и лабораторного обследования (методом ИФА – диагностический титр 1/800 и выше). У обследованных детей наиболее часто регистрировались аллергические заболевания – 77 детей (28,5%), анемия (13,1%); 46,0% детей относились к группе частоболеющих детей. Среди аллергических заболеваний по распространенности среди данной категории детей преобладали: атопический дерматит (67,5%), бронхиальная астма и нейродермит (отмечены у 16,9 и 11,7% соответственно), рецидивирующий конъюнктивит (1,1%). В 73,1% случаев у детей до 3 лет с токсокарозом наблюдался атопический дерматит; в 69,2% случаев в возрасте 7–10 лет – бронхиальная астма; клинические проявления рецидивирующего конъюнктивита в дошкольном периоде регистрировались у 2 детей. При объективном обследовании у детей были выявлены лимфаденопатия (67,8%), гепатомегалия с диффузными изменениями в виде повышения эхогенности и неоднородности структуры по данным УЗИ (71,5%), экзантема (18,2%), спленомегалия (14,1%), рецидивирующая лихорадка (12,6%). Анализ лабораторных данных показал, что у большинства (71,2%) детей отмечалась эозинофилия (наиболее часто от 5 до 29%), лейкоцитоз – только в 36,7% случаев.

Таким образом, проведенный анализ показал, что обследование на токсокароз необходимо проводить всем детям с аллергической патологией и длительной эозинофилией.

Особенности иммунологических показателей лиц, находящихся в организованном коллективе

Позднякова М.Г., Головачева Е.Г., Ерофеева М.К.

*НИИ гриппа Северо-западного отделения РАМН,
Санкт-Петербург*

Иммунная система человека постоянно находится под воздействием социально-экономических и медико-биологических факторов, определяющих состояние здоровья в популяции. Под нашим наблюдением находился организованный коллектив из 200 практически здоровых мужчин в возрасте 18-21 года в период его формирования, что определяло высокую вероятность перекрестного инфицирования при тесном общении с ограничением контактов извне. При 1-м обследовании было установлено, что часть обследованных лиц имели отклонения иммунологических показателей: у 34% отмечался низкий уровень IgA в носовых смывах. Среднее значение IgA при 1-м и 2-м исследовании, через 3 мес, почти не менялось. Отмечалось статистически значимое увеличение относительного и абсолютного содержания CD3, без существенных изменений оставалось количество других субпопуляций клеток. Наблюдалось достоверное увеличение относительного и абсолютного количества субпопуляции CD8, за счет которых и происходило увеличение числа CD3. При этом увеличилось число лиц с повышением относительного содержания CD8 и снижением CD20. При 1-м и 2-м исследовании показано, что средние значения индуцированной продукции IFN- α и IFN- γ находятся на нижней границе нормы, что может свидетельствовать о снижении функциональной активности ИКК. У части обследованных способность лимфоцитов к индуцированной продукции IFN- α и IFN- γ снижена, тогда как уровни сывороточных IFN и спонтанная их продукция были увеличены. При этом с одинаковой частотой отмечалась, как положительная динамика сывороточных IFN- α и IFN- γ (52,0 и 38,0% соответственно), так и отрицательная (48,0 и 42,0% соответственно). У лиц, выделявших вирусные антигены из носовой полости и имевших другие измененные лабораторные показатели – в клиническом анализе крови и содержании основных фракций IgM, G и E, росла спонтанная продукция IFN- γ по сравнению с IFN- α (54 и 38% соответственно). Показана в динамике следовая реакция иммунной системы на перенесенные заболевания, что при новом инфицировании может вызывать тяжелое течение заболеваний. Для иммунопрофилактики и иммунотерапии в организованных коллективах нами применялись препараты Реаферон-ЕС-Липинт липосомальный, Ингарон и Полудан.

Оценка эндобиотоза организма в диагностике и планировании терапии при вирусных гепатитах

Покровская И.В., Толоконская Н.П., Хохлова Н.И.

*Городская инфекционная клиническая больница №1,
Новосибирск;
Новосибирский государственный медицинский университет;
НИИ региональной патологии и патоморфологии СО
РАМН, Новосибирск*

Способность организма к ответу на инфекционный агент во многом определяется состоянием эндобиотоза, обеспечивающего становление тонких механизмов гомеостаза и надежную внутреннюю систему контроля организма за инфекциями. Целью нашего исследования было рассмотрение в клиническом аспекте изменений микробиотоза организма у больных вирусными гепатитами (ВГ) и определение их значимости как дополнительных диагностических и прогностических критериев, выходящих за рамки нозологической формы. Состояние микрофлоры кишечника, зева, носа и мочевыводящих путей было изучено в сопоставлении с характером клинических проявлений ВГ и предшествующих видов патологии у 186 больных ВГ: 131 больного острыми ВГ (52 чел. – ВГА и 79 – ВГВ) и 55 больных хроническими ВГ (21 чел. – ХВГ и 34 – ХВГВ). Значительные (2-я и 3-я) степени дисбактериоза кишечника были выявлены в 93,1% случаев при ОВГ и 85,4% при ХВГ. Часто они сопровождались нарушениями микрофлоры зева (71,0 и 81,2% случаев соответственно), носа (34,4 и 41,5%) и мочевыводящих путей (30,5 и 55,5%). Дисбиотические изменения исследованных биотопов не зависели от этиологии и характера течения заболевания. Сохранение данных изменений у большинства больных в динамике острой фазы ВГ или обострения ХВГ, а также высокая частота выявленной хронической соматической патологии, нередко сочетанного характера (72 и 75% соответственно) позволяют предполагать, что ВГ развился на фоне исходных нарушений эндобиотоза и негативных изменений реактивности организма. Так, установлена сопряженность выраженного дисбиоза кишечника и зева с наличием хронических очагов эндогенной инфекции, с фактами отсутствия в последнее десятилетие острых воспалительных заболеваний и эпизодов фебрильной температуры, а также с наличием хронических заболеваний кишечника и патологии желчевыводящей системы. Выявляемые у больных ВГ значительные и стойкие дисбиотические изменения позволяют прогнозировать неадекватность иммунных реакций, и, следовательно, неблагоприятное течение болезни, что становится основанием для назначения, независимо от выраженности симптоматики ВГ, серьезной регулирующей терапии.

Показатели ИФН-статуса при хронических вирусных гепатитах

Понежева Ж.Б.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Для изучения реактивности организма нами проведен анализ интерферонового статуса (ИФН) при хронических вирусных гепатитах (ХВГ) В, С в зависимости от репликативной активности вируса и стадии процесса в динамике. Под наблюдением находились 54 больных ХВГ в возрасте от 21 до 55 лет, из них 34 мужчин и 20 женщин. Все пациенты ХВГ были с ПЦР(+) анализом: с минимальной вирусной нагрузкой 14 больных, с умеренной вирусной нагрузкой 31 пациент и 9 пациентов с высокой вирусной нагрузкой. Исследование иммунного статуса включало определение соотношения CD4/CD8 (ИРИ). Группу контроля составили 15 здоровых людей. Выделены три разновидности степени угнетения ИФН-системы у больных ХВГ В, С: умеренная реакция, слабая (неадекватная) реакция и депрессия ИФН-системы. Нормальный вариант и выраженная реакция системы ИФН среди исследуемых больных ХВГ не наблюдались. Степень иммунологической недостаточности (ИРИ) корректирует с выраженностью угнетения реактивности ИФН-системы. У больных ХВГВ умеренная реакция системы ИФН наблюдалась у 8 (31%) больных, недостаточная реакция у 50% пациентов (13 пациентов), а в 19% случаев (у 5 больных) имеет место депрессия ИФН-системы (ИРИ < 1,0). Из 26 пациентов ХВГ В: 6 больных без биохимической активности, с минимальной биохимической активностью 12 пациентов и с выраженной биохимической активностью 8 больных. Нет достоверной корреляции биохимической активности с вирусной нагрузкой и показателями ИФН системы. У больных ХВГС умеренная реакция ИФН-системы определялась у 7 пациентов, слабая (недостаточная) реакция системы защиты у 12 больных и депрессия ИФН системы с тяжелым иммунодефицитом имел место у 9 больных (ИРИ < 0,9). При иммунологическом исследовании больных ХВГС выраженная дисфункция ИФН-статуса сопровождалась выявлением нарушения соотношения CD4/CD8 (ИРИ < 1). Нет достоверной корреляции биохимической активности с вирусной нагрузкой и показателями ИФН-системы. Таким образом, обнаруженный дисбаланс ИФН-статуса ($p < 0,05$) отмечается у всех больных ХВГ и не зависит от этиологии. При этом имеет место слабо выраженная корреляция ИФН с уровнем вирусемии. В целом обнаруженные изменения можно расценить как несостоятельность и неадекватность функционирования иммунной и интерфероновой систем. Определение ИФН-статуса может иметь прогностическое значение в оценке течения ХВГ, а также использоваться при анализе подбора препарата и оценке эффективности терапии ХВГ.

История развития инфекционной службы в Приморском крае

Попов А.Ф., Иванис В.А.,
Белоголовкина Н.А., Соловьева Н.П.

Владивостокский государственный медицинский университет

В военном порту Владивостока в ноябре 1872 года начал функционировать морской госпиталь, где имелось инфекционное отделение. 18 марта 1898 г. при Владивостокской городской больнице было открыто инфекционное отделение. Первым заведующим был Глаголев В.А. В 1903 г. построена «Детская больница борьбы с заразными болезнями ее Императорского Величества Великой княгини Ольги Александровны» на 25 коек. В ней одновременно размещалось до 70 больных с различными инфекциями. Шли годы, а эпидемическая ситуация была напряженной, следовали вспышки дифтерии, скарлатины, сыпного и брюшного тифов, оспы, холеры, сибирской язвы и даже чумы. Городская больница постоянно перепрофилировала свои отделения в связи с эпидемиями и дополнительно открывала филиалы для приема инфекционных больных. В 1934 г. открыта инфекционная больница №1 г. Владивостока. Первым главным врачом был Скалицкий Б.Н. Больница состояла из двух одноэтажных корпусов, в которых располагалось 7 отделений на 200 коек: три скарлатинозных на 81 койку, кишечное – на 55 коек, дифтерийное – на 25, коревое – на 25 и изолятор на 14 коек. В 1940 г. главным врачом назначен Л.И.Магарилл, проработавший на этом посту до 1980 г. В последующие годы открываются инфекционные стационары, кабинеты инфекционных заболеваний в поликлиниках городов и районов Приморского края. В 1961 г. организована кафедра инфекционных болезней при Владивостокском государственном медицинском институте. Более 30 лет возглавляла ее лауреат Государственной премии СССР профессор М.А.Борисова, одновременно исполняя обязанности главного внештатного инфекциониста Приморского краевого отдела здравоохранения. Базами кафедры являются отделение краевой клинической больницы №2, городская инфекционная больница и СПИД-центр. В настоящее время на кафедре трудится 4 доктора и 5 кандидатов медицинских наук. В последние годы 1121 инфекционные койки развернуты в 32 ЛПУ Приморского края, 3 из которых имеют статус инфекционной больницы. Функционируют 85 кабинетов инфекционных заболеваний. В крае работают 115 врачей-инфекционистов, из них 42,6% имеют высшую квалификационную категорию, 14,8% – первую, 7,8% – вторую.

Проблемы организации массовой иммунопрофилактики на начальном этапе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»

Попов С.Ф., Попова Е.Г., Левшин В.К.

Волгоградский государственный медицинский университет

В рамках изучения проблемы конфликтов в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, нами проанализированы причины возникновения конфликтных ситуаций при организации массовой вакцинации.

В начале реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу «Дополнительная иммунизация» (2007 год) конфликтогенной зоной стали сложности с организацией соблюдения «холодовой цепи», так как к моменту массового получения вакцины лишь 64,2% ЛПУ были в достаточной степени обеспечены современным холодильным оборудованием и средствами для транспортировки вакцины при осуществлении прививок на дому.

Значительные трудности испытывали амбулаторно-поликлинические учреждения при составлении персонифицированных списков лиц, подлежащих вакцинации и формированию реальных заявок на МИБП в условиях ограниченного времени подготовки к реализации проекта. На момент начала кампании во всех ЛПУ имелась информация лишь о половозрастных характеристиках прикрепленного населения, сведения о пациентах, имеющих официальные медицинские отводы от прививок, но не было систематизированных данных о лицах, имеющих противопоказания к вакцинации против вирусного гепатита В (ВГВ) (а это основной объем планировавшейся иммунизации). По результатам скринингового мониторинга в первоначальные списки подлежащих вакцинации против ВГВ в возрастной группе 18–35 лет было внесено до 3,8% лиц, инфицированных вирусами гепатитов В и С. По итогам тотальных проверок готовности поликлиник к массовой иммунизации в январе 2007 года органы управления здравоохранением различного уровня выявили нарушения в каждом третьем ЛПУ.

Негативная информация о качестве вакцины, используемой для осуществления массовой иммунизации, публикуемая в СМИ, стала причиной отказов от вакцинации против ВГВ 18,4% пациентов, внесенных в первоначальные персонифицированные списки подлежащих иммунизации. Эта ситуация обозначила проблему недостаточного информирования населения о целях, задачах и средствах реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье».

Значение активированных цитотоксических Т-клеток с фенотипом CD8^{bright}CD38⁺ у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом

Попова А.А.¹, Кожевникова Г.М.¹, Кравченко А.В.², Серебровская Л.В.², Семенцова И.Г.³, Яровая Ж.Ю.³

¹Российский университет дружбы народов, Москва;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

³Туберкулезная клиническая больница №7, Москва

При исходно низкой экспрессии CD8-лимфоцитами маркера активации CD38 прогноз эффективности АРВТ благоприятен. **Цель исследования** – изучение активированных цитотоксических Т-клеток с фенотипом CD8^{bright}CD38⁺ для оптимизации диагностики и мониторинга терапии туберкулеза и ВИЧ-инфекции у больных с сочетанной патологией.

Пациенты и методы: было обследовано 65 человек, которые составили 4 исследуемые группы. 1-я группа – 29 пациентов с сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез (ВИЧ/ТБ). 2-я и 3-я группы – больные моноинфекцией ВИЧ и туберкулез (по 6 пациентов в каждой группе). Контрольная группа – 24 здоровых человека. Для локализации Т-клеток с фенотипом CD8^{bright}CD38⁺ применен трехцветный анализ (CD3/CD8/CD38) на проточном цитофлюориметре FACS Calibur (Becton Dickinson, USA). Иммунологические исследования и определение вирусной нагрузки проводили до начала лечения и в процессе АРВТ и противотуберкулезной терапии.

Результаты. До лечения: процент Т-клеток с фенотипом CD8^{bright}CD38⁺ значительно отличается в исследуемых группах. Наиболее высокие значения регистрировали у больных 1-й группы. У больных 2-й и 3-й групп отклонение показателя CD8^{bright}CD38⁺ занимало срединное положение, по сравнению с контрольной группой. На фоне эффективной терапии (АРВТ и противотуберкулезной) было выявлено снижение этого показателя во всех группах. У больных ВИЧ/ТБ не обнаружено корреляционной взаимосвязи между исходным уровнем вирусной нагрузки и ее динамики и исходным значением CD8^{bright}CD38⁺.

Заключение: уменьшение уровня экспрессии CD8^{bright}CD38⁺ в процессе лечения у больных ВИЧ/ТБ свидетельствует об эффективности проводимой противотуберкулезной и АРВТ. Однако уровень активированных цитотоксических Т-клеток с фенотипом CD8^{bright}CD38⁺ до начала терапии малоинформативен для прогноза эффективности АРВТ у больных ВИЧ/ТБ, поскольку отражает не только активность ВИЧ-инфекции, но и туберкулеза.

Структура конфликтов, возникающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях при осуществлении массовой иммунизации

Попова Е.Г., Попов С.Ф., Левшин В.К.

Волгоградский государственный медицинский университет

Учитывая сложность процесса массовой вакцинации закономерно возникновение большого количества конфликтных ситуаций, как в среде медицинских работников, на разных уровнях организации выполнения профилактических прививок, так и в диаде медицинский работник – пациент. Аналитический мониторинг конфликтов зафиксировал следующие «узкие» места в организации процесса иммунизации:

X диада администрация лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) – органы управления здравоохранением различного уровня, региональные органы надзора: в условиях ограниченного времени подготовки к массовой вакцинации конфликты, связанные с нарушением «холодовой цепи» возникли в 35,8% ЛПУ, в 43,4% поликлиник были обнаружены нарушения при составлении персонализированных списков лиц, подлежащих вакцинации (все лечебные учреждения получили предписания об устранении выявленных дефектов);

X диада прививочная бригада ЛПУ\$ администрация ЛПУ: требования соблюдения плана-графика вакцинации при неравномерном поступлении вакцины в поликлиники, большом объеме негативной информации об иммунизации в СМИ создавали крайне напряженную атмосферу в медицинском учреждении (до 25% врачей оформляли докладные записки на имя главных врачей с уведомлением о невозможности выполнить взятые на себя обязательства); большой объем прививок, выполняемых на дому (несмотря на рассылаемые приглашения, проводимые разъяснительные беседы, пациенты отказывались посещать поликлиники для проведения иммунизации) увеличивал продолжительность обслуживания вызовов, первичная медицинская документация оформлялась несвоевременно, снижалось качество ведения дневниковых записей, что при экспертизе деятельности врачей (КЭК I и II уровней) приводило к вынесению наказующих приказов (11,7% прививочных бригад);

X диада врач – пациент: массовая иммунизация ограничивает время общения пациента и врача, поточная система организации прививок исключает индивидуальность подхода к вакцинируемому, что выливается в конфликты на приеме и оформление письменных жалоб на качество работы врача (в структуре зарегистрированных обращений их число составляет до 7,8%).

Сравнительная характеристика содержания интерферона и интерлейкина-2 в сыворотке крови у больных хроническим гепатитом С в разные фазы заболевания

Попова Л.Л., Константинов Д.Ю., Мельникова Е.А.

Самарский государственный медицинский университет

В настоящее время противовирусное лечение больных хроническим гепатитом С (ХГС) основано на применении препарата из группы цитокинов – интерферона-альфа. Изучение цитокинового профиля у больных ХГС является актуальной задачей.

Целью нашего исследования явилось изучение содержания интерферона-альфа (ИФН- α) и интерлейкина-2 (ИЛ-2) в сыворотке крови больных ХГС в разные фазы заболевания.

Для решения поставленной задачи среди пациентов, наблюдаемых в Областном Гепатологическом Центре ($n = 61$) было сформировано шесть групп наблюдения. В качестве контроля использовались сыворотки здоровых доноров ($n = 18$). 1-ю группу ($n = 12$) составили больные ХГС в фазе репликации вируса в сыворотке крови (РНК HCV+), ранее не лечившиеся альфа-интерфероном. Содержание ИФН- α было снижено в 100% случаях, ИЛ-2 – в 60%. 2-ю группу ($n = 15$) составили пациенты, получающие противовирусную терапию (ПВТ) ИФН- α по стандартной схеме. На фоне ПВТ через 3 мес успешного лечения (РНК HCV отр. в сыворотке крови), содержание эндогенного ИФН- α было снижено у 57% больных, ИЛ-2 – у 72%. На момент завершения ПВТ (6–12 месяцев успешного лечения), низкие значения ИФН- α регистрировались только в 24%, ИЛ-2 – в 49% случаев. В 3-й группе пациентов, завершивших ПВТ ($n = 34$), были выделены 3 подгруппы: 3А – больные с первичным вирусологическим ответом (до 6 месяцев после ПВТ), 3Б – больные со стабильным ответом (свыше 6 месяцев после ПВТ), 3В – больные с рецидивом заболевания после проведенного лечения. Содержание ИФН- α было низким во всех подгруппах (73, 86 и 75% соответственно). Значения ИЛ-2 в подгруппе 3А было снижено у 91% больных, пациентов с высоким содержанием ИЛ-2 не было. В подгруппе 3Б содержание ИЛ-2 было выше нормы (56%) или нормальным (44%), сниженных значений не зарегистрировано. В подгруппе с рецидивом заболевания наблюдалась обратная ситуация: повышенных значений ИЛ-2 не наблюдалось, зато низкие значения регистрировались у половины пациентов. Таким образом, изучение содержания ИФН- α и ИЛ-2 в сыворотке крови больных ХГС отражает особенности формирования иммунной защиты и служит дополнительным критерием эффективности ПВТ.

Определение информативности современного ультразвукового сканирования для характеристики степени фиброза печени при хроническом гепатите С

Попова Л.Л., Суздальцев А.А.,
Константинов Д.Ю., Литвинова Е.В.

Самарский государственный медицинский университет

Неотъемлемой частью современной структуры диагноза хронического гепатита С (ХГС) является указание степени фиброза печени. Это во многом определяет лечебную тактику ведения больного.

Цель исследования: изучить возможности ультразвукового метода при определении степени фиброза печени при ХГС.

Среди больных ХГС, наблюдаемых в Самарском областном гепатологическом центре, группе пациентов ($n = 68$) в возрасте от 19 до 56 лет ($34,2 \pm 5,3$) мужчин – 38, женщин – 30, была произведена пункционная биопсия печени и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости с доплерографией. Для проведения УЗИ использовался сканер Toshiba 370A Power vision 6000 и SONOACE X-8. При гистологическом исследовании в качестве контроля использовались аутопсийные препараты печени, взятые у 25 лиц, погибших от острой травмы без признаков поражения гепатобилиарной системы. Оценка фиброза печени при гистологическом исследовании проводилась по системе METAVIR.

С целью определения степени фиброза по результатам каждого метода были выделены следующие группы: 1-я группа (F0-F1) – фиброз отсутствует или слабо выражен; 2-я группа (F2) – умеренно выраженный фиброз; 3-я группа (F3) – выраженный фиброз. По данным УЗИ и результатам морфологического исследования биоптата печени больные распределились следующим образом: 1-ю группу составили – 23,9 и 15,9% больных соответственно; 2-ю группу – 42,1 и 59,1%; 3-ю группу – 25,8 и 22,7% пациентов. При проведении сравнительного анализа соответствия данных УЗИ и результатов биопсии печени степени фиброза совпадение результатов при отсутствии фиброза составило 83,3%, при легком фиброзе 69% ($p < 0,05$), при умеренном фиброзе 77,8% ($p < 0,05$).

Выводы: комплексное использование ультразвуковых критериев состояния паренхимы печени, селезенки, а также сосудов брюшной полости и скорости кровотока на современном оборудовании с использованием современных методик позволяет с высокой степенью достоверности (69–83,3%) определить выраженность фиброза печени.

Состояние органов зрения у недоношенных детей с хламидийной инфекцией

Попова Н.Г., Гевондян С.В., Голуб Н.Н., Степанова Н.Н.

Читинская государственная медицинская академия

Целью работы явилось изучение состояния органов зрения у недоношенных детей с врожденным хламидиозом.

Пациенты и методы. В период с 1999 по 2006 гг. проведено комплексное клинико-лабораторное наблюдение за 170 новорожденными детьми (срок гестации – 28–35 нед) с врожденным хламидиозом (ВХ) – основная группа.

Контрольную группу составили 70 детей с «относительно благоприятным» течением неонатального периода. Диагноз хламидийной инфекции был верифицирован на основании: данных материнского анамнеза, результатов ПИФ, ПЦР и ИФА. Серологическое обследование проводилось с интервалом в 3–4 нед в сопоставлении с результатами серологического обследования матери.

Все дети (100%) были осмотрены офтальмологом и проведена офтальмоскопия глазного дна.

Результаты. У 10% отмечались персистирующие формы хламидийного конъюнктивита. При офтальмоскопии глазного дна выявлялись хориоретинальные очаги (37%), интратретинальные кровоизлияния во всех зонах сетчатках (34%), выраженная экссудация в стекловидное тело (17%). У 8% детей формировались передние и задние синехии, изменялась форма зрачка. Осложнением хламидийного конъюнктивита в 1,5% был увеит с рецидивирующим течением, плохо поддающийся лечению, у 3,4% пациентов наблюдалось каналикулярное распространение возбудителя через носослезный проток с развитием слизисто-гнояного ринита, который осложнился дакриоциститом, при этом, в отделяемом секрете выявлялись хламидии.

У 1 (0,6%) ребенка с серологически подтвержденным хламидиозом была выявлена полная форма анофтальмии.

Нами выявлено, что у 21% детей с врожденным хламидиозом была диагностирована инфекционная ретинопатия. Однако это не означает, что выявлено конкретное место хламидий в сложной цепи патогенетических механизмов заболевания, и этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Состояние сердечно-сосудистой системы детей с хламидийной инфекцией

Попова Н.Г., Гевондян С.В., Степанова Н.Н.

Читинская государственная медицинская академия

Целью работы явилось изучение состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у новорожденных детей с врожденным хламидиозом.

Пациенты и методы. В период с 1999 по 2006 гг. проведено комплексное клинико-лабораторное наблюдение за 150 новорожденными детьми (срок гестации – 28–38 нед) с врожденным хламидиозом (ВХ) – основная группа.

Контрольную группу составили 70 детей с «относительно благоприятным» течением неонатального периода. Диагноз хламидийной инфекции был верифицирован на основании: данных материнского анамнеза, результатов ПИФ, ПЦР и ИФА. Серологическое обследование проводилось с интервалом в 3–4 недели в сопоставлении с результатами серологического обследования матери.

Всем детям (100%) были проведены ЭКГ и ЭхоКГ с доплерографией.

Результаты. Инфекционно-токсическая кардиопатия диагностирована у 78 (52%) детей с ВХ ($p < 0,05$), основными проявлениями которой явились нарушения ритма сердца в виде тахикардии и тахиаритмии, одиночных и парных желудочковых и наджелудочковых экстрасистол ($p < 0,001$). У инфицированных детей встречалось сочетание различных нарушений ритма ($p < 0,05$). Клинические симптомы нарушения функции сердечно-сосудистой системы у детей с врожденным хламидиозом в раннем неонатальном периоде выявлялись у 78 (52%) детей, что достоверно чаще по сравнению с детьми в группе контроля, в виде бледности кожных покровов, диффузного и периферического цианоза, приглушенности тонов.

У 25% детей с инфекционно-токсической кардиопатией нарушение ритма сердца сохранялись на протяжении всего первого года жизни, и при наложении интеркуррентных инфекций происходила быстрая декомпенсация с развитием жизнеугрожающих аритмий. У 35% детей, перенесших ВХ, диагностировалось позднее закрытие фетальных коммуникаций (до 10–12 мес), у 27% артериальная гипертензия, для коррекции которых требовалось проведение этиотропной терапии. Отмечалась прямая корреляционная зависимость тяжести нарушений ССС от времени инфицирования *Chlamydia trachomatis* (антенатальное, интранатальное).

Заключение. Учитывая достоверное преобладание нарушений ритма в группе детей с ВХ, можно предположить возможное влияние хламидийной инфекции на становление ССС в течение 1-го года жизни.

Состояние гастродуоденальной системы недоношенных детей с хламидийной инфекцией

Попова Н.Г., Гевондян С.В., Степанова Н.Н.

Читинская государственная медицинская академия

Целью работы явилось изучение состояния гастродуоденальной системы у недоношенных детей с врожденным хламидиозом.

Пациенты и методы. В период с 1999 по 2006 гг. проведено комплексное клиничко-лабораторное наблюдение за 210 новорожденными детьми (срок гестации – 28–35 нед) с врожденным хламидиозом (ВХ) – основная группа.

Контрольную группу составили 70 детей с «относительно благоприятным» течением неонатального периода. Диагноз хламидийной инфекции был верифицирован на основании: данных материнского анамнеза, результатов ПИФ, ПЦР и ИФА. Серологическое обследование проводилось с интервалом в 3–4 нед в сопоставлении с результатами серологического обследования матери.

Всем детям (100%) были проведены абдоминальное УЗИ, внутривариводная рН-метрия, анализ кала на дисбактериоз, копрограмма, биохимический анализ крови.

Результаты. При поражении хламидиями ЖКТ в 34% наблюдалось срыгивание ($p < 0,05$), диагностируемое нами до 4–5 мес, в 42% – рвота, купировать которую удавалось на 1-м месяце жизни при условии проведения этиот-

ропной терапии ($p < 0,05$), в 47% – вздутие живота, которое отмечалось до 6 мес ($p < 0,05$). У 54 детей (49,1%) отмечалось раннее появление опрелостей при нормальном характере стула, которые носили торпидный характер на протяжении 3 мес жизни ($p < 0,05$). В 100% диагностировался дисбактериоз ЖКТ: регистрировалось большее количество лактозонегативных энтеробактерий, кокковой флоры, при фактическом отсутствии бифидофлоры. Дисбактериоз имел смешанный характер, так как помимо изменений в составе микрофлоры при взятии мазков из ануса методом ПЦР было подтверждено хламидийное инфицирование (47%).

Заключение. У обследуемых нами детей преобладал дисбактериоз 3 степени, что приводит к дисфункциям желудочно-кишечного тракта, снижению общей и местной реактивности организма, затяжному, рецидивирующему течению инфекционных заболеваний у детей, инфицированных хламидиями ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля.

Опыт применения препаратов «Анаферон детский» и «Виферон» в комплексной терапии острого инфекционного мононуклеоза у детей

Попова О.А., Чуйкова К.И., Катаныхова Л.Л., Журавлева Л.А.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Изучалась эффективность препаратов «Анаферон детский» и «Виферон» в комплексной терапии острого инфекционного мононуклеоза (ОИМ) у детей.

Наблюдались 120 больных ОИМ, средней степени тяжести в возрасте 3–14 лет. Диагноз подтверждался серологически по выявлению специфических антител – IgM к капсидному антигену (VC) и IgG к раннему антигену (EA).

Пациенты составили три группы: 1-я, получавшие «Анаферон детский» ($n = 50$), во 2-й получали «Виферон» ($n = 50$), в 3-й ($n = 20$) получали только антибактериальную и симптоматическую терапию. «Анаферон детский» и «Виферон» назначались на фоне стандартного лечения (симптоматическая, патогенетическая, антибактериальная терапия), с момента верификации диагноза. Детям до 7 лет назначался «Виферон 1», старше 7 лет – «Виферон 2»; два раза в день через 12 ч. «Анаферон детский» назначался сублингвально по схеме: в первые сутки 5 таблеток, каждые 30 мин, затем 3 таблетки до конца дня через равные промежутки времени. Со второго дня – по 1 таблетке 3 раза в день. Курс лечения составлял 14 дней.

В 1-й и 2-й группах уменьшения продолжительности основных клинических симптомов, по сравнению с 3-й группой пациентов. Симптомы интоксикации (адинамия, слабость, головная боль, тошнота, нарушение сна) в 1 группе исчезали на 2 дня раньше по сравнению со 2-й, на 4 дня раньше по сравнению с 3-й группой пациентов. Нормализация температуры тела до нормальных цифр в 1-й группе наблюдалось на 5-й день от начала лечения, во 2-й группе

на 7-й, и в 3-й группе – на 10-й день соответственно. Гепатоспленомегалия наблюдалась у всех пациентов, но размеры печени и селезенки быстрее уменьшались в 1 и 2 группе пациентов по сравнению с 3 группой (положительная динамика начиналась 1-й группе – на 9 день, 2-й на 8 день и 3-й группе – на 14 день лечения соответственно). Наблюдаемая динамика подтверждалась соответствующими изменениями лабораторных показателей.

Таким образом, применение препаратов «Анаферон детский» и «Виферон» позволило сократить сроки выздоровления пациентов за счет повышения эффективности лечения.

Разработка тест-систем для индикации и идентификации *Legionella pneumophila* методом ПЦР с электрофоретическим учетом результатов

Портенко С.А., Осина Н.А., Самойлова Л.В.

Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора, Саратов

В лабораторной диагностике инфекционных болезней широкое применение нашел метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). В полной мере это относится и к диагностике легионеллеза, этиологическим агентом которого является *L. pneumophila*. Однако в большинстве случаев авторами для детекции возбудителя легионеллеза разработана ПЦР с гибридационно-флуоресцентным учетом результатов. В то же время, оборудованием для проведения такого анализа оснащены не все диагностические лаборатории.

Сложности при создании тест-систем для выявления ДНК *L. pneumophila* методом ПЦР с электрофоретическим учетом результатов связаны с высокой вариабельностью генома возбудителя. Поэтому нами был проведен анализ 10 генов системы «жизнеобеспечения» *L. pneumophila*: *fliC*, *ompS*, *ftsZ*, *dotA*, *dnaX*, *trpS*, *rpoB*, *rnp*, *proA*, *gspA*, представленных в генетической базе данных GenBank NCBI и секвенированных у четырех штаммов легионелл, выделенных на территории Российской Федерации. Для двух локусов, *ftsZ* и *ompS*, определены участки, имеющие низкую гетерогенность у штаммов *L. pneumophila* – не более 3,8%, а также отсутствие гомологии с ДНК других видов легионелл и относительно невысокой гомологией с ДНК гетерологичных микроорганизмов (до 50%). На основании фрагмента гена *ftsZ* была разработана тест-система для выявления ДНК *L. pneumophila* в биологическом материале и объектах окружающей среды методом ПЦР («Ген *Legionella pneumophila* – РЭФ»), гена *ompS* – тест-система для идентификации штаммов *L. pneumophila* методом ПЦР («Ген *Legionella pneumophila* – РЭФ-идентификация»). Препараты характеризовались чувствительностью 1 103 м.к./мл, специфичностью – 100%: образование специфичных ампликонов наблюдалось только при исследовании культур *L. pneumophila* (17 изолятов), положительные ответы с гетерологичными микроорганизмами (126 изолятов, относящихся к 27 родам) не зафик-

сированы. Использование в разработанных препаратах двух альтернативных ДНК-мишеней позволило увеличить специфичность генодиагностических исследований за счет подтверждения первичных положительных ответов, зарегистрированных на этапе индикации.

Дифференциальная диагностика рожи

Потекаева С.А., Еровиченков А.А., Кокорева Л.Н., Анохина Г.И., Набокова Н.Ю., Карманов М.И., Нечаева И.П., Горобченко А.Н., Каншина Н.Н.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова; Инфекционная клиническая больница №2, Москва

Рожа является одним из клинических вариантов течения стрептококковой инфекции (*Streptococcus pyogenes*), для которой характерно развитие очагового серозного или серозно-геморрагического воспаления кожи (реже слизистых), выраженного интоксикационного синдрома. Диагноз рожи основан на наличии характерных клинических симптомов и синдромов, включающих: острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации; преимущественную локализацию местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице; развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой, возможным местным геморрагическим синдромом; развитие регионарного лимфаденита; отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое.

Дифференциальный диагноз при роже следует проводить более чем с пятьюдесятью заболеваниями, относящимися к клинике хирургических, кожных, инфекционных и внутренних болезней. В первую очередь необходимо исключить абсцесс, флегмону, нагноившуюся гематому, тромбоз (флебит), дерматит, экзему, опоясывающий лишай и др. В 2004–2008 гг. среди 7839 больных, направленных в специализированное отделение КИБ №2 с диагнозом рожа, у 815 (10,4%) больных диагноз не был подтвержден и больные были переведены (в основном) в другие больницы. Гнойные хирургические заболевания (абсцесс, флегмона, гангрена и др.) были диагностированы у 274 (3,5%) больных, аллергозы, острые дерматиты (в т.ч. лекарственные) – у 212 (2,7%), осложненное течение варикозной болезни вен нижних конечностей – у 60 (0,8%), осложненное течение лимфатической недостаточности нижних конечностей – у 36 (0,5%), герпес зостер – у 25 (0,3%), пиодермии – у 24 (0,3%). Реже наблюдались другие заболевания (эризипелоид, васкулиты, узловатая эритема и др.). Таким образом, у 10–11 из 100 больных, поступивших в специализированное отделение с диагнозом рожа, в последующем данный диагноз не был подтвержден.

Приведенные данные указывают на зачастую сложную (необходимо исключить целый ряд хирургической, дерматологической и терапевтической патологии) дифференциальную диагностику рожи.

Анализ течения ветряной оспы

Просвиркина Т.Д.

Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа

Заболеваемость ветряной оспой (ВО) в последнее время остается на высоком уровне как среди детей, так и взрослых. Показатель заболеваемости ВО по республике Башкортостан и г.Уфе за 2006–2008 год не превышал показателей по Российской Федерации и составлял 330,1–359,1 на 100 тысяч населения. Целью исследования было изучение течения ВО у 383 больных, госпитализированных в инфекционную больницу № 4 г.Уфы в 2006–2008 г. Обращает на себя внимание, что нередко данное заболевание встречается у взрослых, из общего числа больных они составили 35,4%. Больные чаще поступали в стационар в осенне-зимнее время, преобладала средне-тяжелая форма ВО (80%). Тяжелая форма ВО (в 2%) отмечалась чаще у взрослых. Тяжелая форма ВО (в 1 случае с развитием энцефалитической реакции) также зарегистрирована у детей с гематологической патологией, получавших гормонотерапию и цитостатики. В 10 случаях наблюдались флегмоны и абсцедирование, что потребовало хирургического вмешательства. У одного больного (9 лет) наблюдалась редкая форма ВО – гангренозная, в результате длительной терапии при участии реаниматологов, хирургов и комбустиологов удалось достичь выздоровления. У 3 больных на фоне врожденного иммунодефицита развилась висцеральная форма ВО с летальным исходом.

Гемолитико-уремический синдром при кишечных инфекциях у детей

Просвиркина Т.Д.

Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) – наиболее частая причина развития острой почечной недостаточности у детей. Проанализировано пять случаев развития ГУС у детей на фоне кишечной инфекции. Больные получали стационарное лечение в инфекционной клинической больнице №4 г. Уфы. В четырех случаях ГУС развился у детей младшей возрастной группы (от месяца до трех лет), в одном случае – у ребенка 9 лет. У всех больных диагноз кишечной инфекции был подтвержден бактериологически, причем лишь в одном случае выделена *Shigella Sonnae*, а в остальных – представители условно-патогенной флоры (клебсиелла, протей). Клиника ГУС развивалась на 2–5-й день кишечной инфекции и проявлялась выраженной анемией, нарушением свертывания, острой почечной недостаточностью. Нужно отметить, что у больных раннего возраста проведенная терапия ГУС привела к нормализации клинико-лабораторных показателей. Больной 9 лет с диагнозом: «Шигеллез, осложненный ГУС» в связи с нарастанием признаков почечной недоста-

точности был переведен в центр гемодиализа Республиканской детской клинической больницы. Это подтверждает мнение о благоприятном исходе постинфекционной формы ГУС у детей младшего возраста.

Распространенность цитомегаловирусной инфекции среди беременных женщин г. Тюмени

Пурина Т.В., Дроздова Т.Г., Кашуба Э.А., Чехова Ю.С., Кашуба Е.В., Филимончева Э.Ю., Хмелева Е.Ф.

Областной перинатальный центр, Тюмень;
Тюменская государственная медицинская академия

Цитомегаловирусная инфекция – самая распространенная из выявленных к настоящему времени врожденных инфекций и хорошо известна как причина патологии плода и новорожденного.

Проанализирована распространенность цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) среди беременных женщин, обследованных в областном перинатальном центре г. Тюмени (1385 человек). Наличие антител к возбудителю определялось методом ИФА. Основная группа женщин, 55,3%, обследована во втором триместре беременности, 35,2% – в первом, и 9,5% – в третьем триместре. В результате исследования установлено, что среди беременных женщин г. Тюмени на долю инфицированных ЦМВ приходится 93,7%. Количество серонегативных женщин составляет 6,3%. Диагноз первичного инфицирования ЦМВ (с появлением сначала специфических IgM, а затем IgG) установлен у 0,65% обследованных. Лабораторными критериями реактивации латентной инфекции были одновременное появление специфических IgM и IgG, либо повышение титров IgG больше 1 : 3200. Активная форма ЦМВИ диагностирована у 16,6% инфицированных женщин: при этом 8,6% имело место появление IgM, у 8,09% – выявлены высокие титры IgG (верхняя граница составила 1 : 3200).

Возрастной состав беременных в группе с активной формой ЦМВИ колебался от 18 до 48 лет. Среди беременных моложе 18 лет реактивации ЦМВИ выявлено не было. Активация латентно протекающей инфекции у женщин в возрасте от 18 до 30 лет составила 70,2%, а от 30 лет и старше – 29,8%. Возрастной состав среди первичноинфицированных в основном был представлен также женщинами в возрасте от 18 до 30 лет (78%).

Таким образом, ЦМВ является распространенной инфекцией среди беременных женщин в г. Тюмени (этот показатель сопоставим с данными стран третьего мира). Значительный процент женщин, обследованных только в третьем триместре беременности, когда патология плода уже сформирована и возможности коррекции ограничены, требует выработки четких стандартов обследования беременных и контроля их соблюдения.

Клинико-эпидемиологическая характеристика рожи

Пятова Л.Г., Федина Е.А., Мартынов В.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Проблема рожи остается актуальной в связи с высоким ростом заболеваемости и учащением перехода острых форм в хронические. Рожа занимает значительный удельный вес среди стрептококковых инфекций, которые широко распространены во всех странах мира. Согласно данным литературы заболеваемость рожей по России колеблется в пределах от 10–20 человек на 10 000 населения.

Проведен анализ современного течения рожи за период 2003–2008 гг. Всего было госпитализировано и пролечено 1113 больных с данной патологией. Среди них 61,9% женщин и 38,9% мужчин. Первичная и рецидивирующая формы рожи регистрировались у женщин в 52,4 и в 21,3% соответственно. У мужчин это соотношение было следующим: первичная форма (62,2%), рецидивирующая (18,9%).

Структура клинических форм при первичной рожи представлена следующим образом: эритематозная форма (47,2%), эритематозно-геморрагическая (15,3%), эритематозно-буллезная (22,2%), смешанная форма (эритематозно-буллезно-геморрагическая). При рецидивирующей роже эритематозная форма составляла 61,8%, эритематозно-геморрагическая (11,8%), эритематозно-буллезная (14,5%), смешанная (11,8%). Повторная рожа представлена клиническими формами: эритематозная (57,2%), эритематозно-геморрагическая (19,0%), эритематозно-буллезная (19,0%), смешанная (4,8%).

Приведенный анализ клинических форм у больных первичной, рецидивирующей и повторной рожей свидетельствует о сохранении значительной доли эритематозной формы от 47,2% до 61,8% и роста геморрагических форм. У большинства больных с эритематозной формой наблюдалось легкое и среднетяжелое течение: 69,4 и 23,1% соответственно. Также преобладало легкое и среднетяжелое течение при эритематозно-геморрагической форме: 54 и 40%. В структуре эритематозно-буллезной формы легкая, среднетяжелая и тяжелая форма представлены практически равномерно: 34,4, 34,4, 23,9%. Смешанная форма чаще протекала тяжелее с преобладанием среднетяжелых – 45,4% и тяжелых – 31,8% форм.

Состояние ВИЧ-инфицированности в пенитенциарных учреждениях Челябинской области

Радзиховская М.В.

Филиал ФБУЗ ЦГиЭ ФСИН России по УрФО в Челябинской области

Эпидемическая ситуация по ВИЧ/СПИДу в мире и Российской Федерации продолжает ухудшаться и представляет реальную угрозу всему человечеству. Россия по распространенности ВИЧ-инфекции занимает 5-е место, по

сле Китая, Индии, Эфиопии и Нигерии. Более 60 миллионов человек в мире были инфицированы вирусом иммунодефицита человека, из них свыше 20 миллионов погибли. В России число ВИЧ-инфицированных в настоящее время превысило 350 тысяч. Большинство зараженных по-прежнему приходится на возрастную группу 18-25 лет, свыше 80% из которых употребляют психоактивные вещества инъекционным способом.

На конец 1.11.2008 года количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в Челябинской области достигло 22 490 человек, каждый пятый выявлен при тестировании на данную инфекцию в следственных изоляторах области. Численность ВИЧ-инфицированных в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) Челябинской области к 2004 года достигло 2000 и остается практически неизменным в течение трех лет, из них в стадии 4 Б-В – около 250 человек, в основном это молодые люди в возрасте 18–30 лет, инъекционные потребители психоактивных средств. Количество ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом достигло 107 человек. Смертность ВИЧ-инфицированных в стадии СПИДа в 2005 году составила – 5 человек, в 2006 году – 21, из них – 18 от сочетанной патологии ТБС и ВИЧ-инфекция, а в 2008 – 25, из которых 23 человека от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа.

В настоящее время в России отмечается тенденция к увеличению доступности лечения ВИЧ-инфицированным пациентам. Широкое внедрение программ по профилактике и проведению высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) среди ВИЧ-позитивных в пенитенциарных учреждениях поможет решить некоторые вопросы эпидемиологии ВИЧ-инфицированности в области в целом.

Редкое осложнение краснухи

Рамазанова К.Х., Сретенская Д.А., Шульдяков А.А., Фенина А.И.

Саратовский государственный медицинский университет

Краснушная инфекция сохраняет свою актуальность и в настоящее время, что связано с высоким уровнем заболеваемости в отдельных регионах и повсеместной распространенностью. По данным официальной статистики, в Саратовской области в 2008 году зарегистрирован рост заболеваемости краснухой на 28,2%, показатели заболеваемости выше среднероссийских более чем в 2,2 раза. В большинстве случаев заболевание протекает благоприятно и заканчивается полным выздоровлением. Осложнения при краснухе встречаются редко и обусловлены как действием самого вируса (менингит, менингоэнцефалит, энцефалит, энцефаломиелит, тромбоцитопеническая пурпура), так и присоединением вторичной бактериальной флоры (пневмония, отит, артрит). Однако мы наблюдали осложнение краснухи в виде тромбоцитоза.

Больной Ф. 17 лет, перенес типичную, подтвержденную (в крови обнаружены антитела IgM к краснушному вирусу) краснуху в легкой форме. Лечился амбулаторно, из медикаментов получал антигистаминные препараты, аскорбу-

тин в течение 5 дней. На 7-й день от начала заболевания при полном купировании симптомов краснухи у пациента появился диффузный цианоз, наиболее выраженный на дистальных отделах конечностей, лице, ушных раковинах, при этом самочувствие больного не страдало. При лабораторном исследовании в крови выявлен тромбоцитоз – $752 \times 10^3/\text{мм}^3$ (N 150-400), в коагулограмме – снижение толерантности плазмы к гепарину 2'55" (N 4-9 мин), повышение протромбинового времени до 25" (N 18»). Остальные показатели коагулограммы, общего и биохимического анализов крови были в норме.

На фоне терапии курантилом по 25 мг 3 раза в день в течение 5 дней интенсивность цианоза постепенно уменьшалась, а на 6-7-й день данные проявления полностью купировались. Контрольное исследование уровня тромбоцитов, показателей свертывающей системы крови отклонений от нормы не выявило.

При последующем наблюдении за пациентом на протяжении 6 месяцев клинических и лабораторных проявлений тромбоцитоза не отмечено.

Таким образом, у нашего пациента на фоне краснушной инфекции развился тромбоцитоз, что можно расценить как довольно редкое осложнение данной патологии, не описанное в литературе.

Параметры иммунного статуса у военнослужащих на фоне профилактического приема циклоферона

Рамазанова К.Х., Шульдьякова О.Г., Сретенская Д.А.

Саратовский государственный медицинский университет

Одной из причин высокой заболеваемости респираторными инфекциями является снижение общей резистентности организма. В осенне-зимний период при формировании войсковых частей регулярно складывается крайне неблагоприятная ситуация по ОРВИ среди военнослужащих, что на фоне имеющейся дезадаптации может обусловить значительный подъем заболеваемости, с утяжелением течения болезни и развитием осложнений.

Целью настоящего исследования явилась оценка показателей различных звеньев иммунного гомеостаза, обеспечивающих резистентность организма к инфекциям у 150 военнослужащих, разделенных на две группы: в 1-й группе 75 человек получали циклоферон по профилактической схеме, во 2-й (75 человек) – плацебо курсом. Показатели иммунитета оценивались до и после (через 4 недели) назначения препаратов.

Анализ параметров иммунитета у военнослужащих до начала профилактического приема препаратов выявил дисбаланс в иммунной системе, характеризующийся снижением иммунорегуляторного индекса и сопровождающийся повышением уровня ЦИК, уменьшением содержания sIgA в ротоглоточном секрете, снижением биоцидности нейтрофилов.

При оценке влияния профилактического курса циклоферона в таблеточной форме на параметры иммунного гомео-

стаза у военнослужащих нами констатировано, что иммунорегуляторный индекс и уровень sIgA в ротоглоточном секрете у новобранцев, получавших циклоферон, через 4 недели не отличался от показателей группы сравнения и был в 1,3 и 1,2 раза соответственно выше, чем в группе плацебо, значительно снижался и уровень ЦИК, приближаясь к нормальным показателям. Индуцированный НСТ-тест показывал его восстановление до нормальных значений под воздействием циклоферона, в отличие от группы плацебо, где признаки снижения биоцидности нейтрофилов сохранялись.

Таким образом, при формировании воинских контингентов в условиях подъема заболеваемости ОРВИ профилактический курс таблеточной формы циклоферона приводит к нормализации иммунорегуляторного индекса, уровня ЦИК, показателей местного иммунитета (sIgA) и функциональной активности нейтрофилов.

Профилактическая эффективность циклоферона при ОРВИ

Рамазанова К.Х., Шульдьяков А.А., Шульдьякова О.Г.

Саратовский государственный медицинский университет

Неспецифическая профилактика ОРВИ, направленная на повышение активности естественных механизмов противoinфекционной защиты, на современном этапе имеет огромное значение. Одной из перспективных в отношении ОРВИ групп лекарственных препаратов предлагается считать индукторы эндогенного интерферона.

Целью настоящего исследования явилась оценка профилактической эффективности циклоферона в отношении ОРВИ среди групп наиболее высокого риска – организованных детских коллективов.

В осенне-зимний период под ежедневным клиническим наблюдением (в течение 2 месяцев) в организованных детских коллективах находилось 705 детей в возрасте от 4 до 18 лет, которые были разделены на группы: 1-ю группу составили 560 детей, получавших циклоферон в таблетках по профилактической схеме (1-й день 4 таблетки, последующие приемы по 2 таблетки циклоферона на 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-й дни); во 2-й группе (145 детей) применяли поливитаминный препарат «Ревит» (по 1 таблетке в день в течение 60 дней).

Эффективность профилактического приема лекарственных препаратов оценивалась с учетом показателя заболеваемости на 1000 населения; рассчитывали коэффициент эффективности (КЭ), индекс эффективности (ИЭ), а в случае возникновения ОРВИ определяли форму тяжести заболевания и частоту развития осложнений.

В результате проведенного исследования нами установлено, что на фоне профилактического приема циклоферона (1-я группа) ОРВИ заболело 48 детей (показатель заболеваемости составил 85,60/000, КЭ – 58,75%, ИЭ – 2,4). В группе детей, получивших курс витаминного препарата, число заболевших ОРВИ составило 30 человек (показатель заболеваемости – 206,90/000).

Анализ структуры тяжести ОРВИ показал, что в 1-й группе (циклоферон) легкие формы заболевания разви-

лись у 39 человек (81,3%), среднетяжелые в 8 (16,7%), тяжелые в 1 (2,1%) случаях; на фоне приема витаминов (2-я группа) у 16 (53,3%), 10 (33,3%) и 4 (13,3%) детей соответственно.

Таким образом, применение таблеток циклоферона курсом с целью профилактики ОРВИ в организованных детских коллективах позволяет в 2,4 раза снизить уровень заболеваемости ОРВИ и изменить структуру патологии среди заболевших со значительным увеличением частоты встречаемости легких (в 1,5 раза) и уменьшением тяжелых (в 6,3 раза) форм болезни.

Противоэпидемические и правовые аспекты организации преподавания инфекционных болезней в современных условиях

Ратникова Л.И., Миронов И.Л.

Челябинская государственная медицинская академия

Динамично меняющаяся структура инфекционной патологии в мире и в России (появились понятия «новые» и «возвращающиеся» инфекции, растет число инфекционных болезней, связанных с развитием иммунодефицитных состояний, их атипичное течение у значительной части населения) обуславливает изменение подхода к организации профессионального образования. Специфические особенности учебной деятельности студентов на кафедре инфекционных болезней: контакт с реальными инфекционными больными, вероятность возникновения госпитального заражения при нахождении в инфекционном отделении требуют от педагогов внимательного отношения к вопросам индивидуальной безопасности будущих врачей. Адекватными формами обеспечения инфекционной безопасности обучающихся является их информированность о риске инфицирования и создание специфической невосприимчивости к инфекционным заболеваниям. В связи с этим, необходимым юридическим компонентом обучения должно являться подписываемое каждым студентом «Информированное согласие на специфику обучения на кафедре инфекционных болезней». Разработанная нами форма включает сведения о перенесенных ранее инфекционных заболеваниях, профилактических прививках, наличии иммунодефицитных заболеваний и состояний, беременности у женщин и регламентирует строгое соблюдение противоэпидемического режима для профилактики госпитального инфицирования. На практических занятиях студенты сталкиваются с широким кругом инфекционных болезней, специфическая профилактика которых не включена в число обязательных в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. В связи с этим важной компонентой является вакцинопрофилактика студентов медицинских ВУЗов, не имеющих приобретенного иммунитета против ветряной оспы, вирусных гепатитов А и В, менингококковой инфекции. Для создания искусственного иммунитета в настоящее время имеются вакцины, поз-

воляющие предупредить широкий спектр инфекционных заболеваний, в том числе, имеющих эпидемическое распространение. Перечень современных профилактических иммунобиологических препаратов должен быть индивидуализирован в соответствии с эпидемиологической обстановкой. Таким образом, в современных условиях очевидна корректировка организации процесса обучения студентов по инфекционным болезням.

Применение Панавира в комплексной терапии острых респираторных заболеваний

Ратникова Л.И., Стенько Е.А., Литвин А.А.

Челябинская государственная медицинская академия

Изучена лечебная эффективность отечественного препарата «Панавир» на фоне общепринятой базисной терапии больных острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). Панавир – новый лекарственный препарат, обладающий прямым противовирусным действием в отношении различных ДНК- и РНК-содержащих вирусов. Под наблюдением находилось 80 пациентов с ОРВИ, средний возраст которых составил 26,7 лет. Панавир назначался в виде двух внутривенных инфузий по 5 мл, проведенных с интервалом 24 ч. Общепринятая стандартная терапия заключалась в использовании анальгетиков-антипиретиков, муколитиков, антиконгестантов, витаминов, глюкозо-солевых растворов. Клиническая эффективность Панавира оценивалась по выраженности и длительности основных синдромов заболевания (катарально-респираторному и интоксикационному), а также по предотвращению развития осложнений. Группой сравнения явились пациенты с ОРВИ, которые лечились без использования Панавира. При анализе полученных данных выявлена достоверно меньшая продолжительность основных симптомов поражения респираторного тракта у больных, получавших Панавир. Применение Панавира позволило сократить среднюю продолжительность гипертермии и периода интоксикации у пациентов с ОРВИ на 2-е сут, а катарального синдрома – на 3,9 сут. Имелось статистически достоверное укорочение лихорадочного периода, сокращение длительности головной боли, гиперемии зева, ринита, кашля. Назначение Панавира в комплексной терапии ОРВИ нормализовало гематологические показатели. Отмечено уменьшение лимфопролиферативных процессов, что свидетельствует о существенной противовирусной активности препарата. Частота встречаемости бактериальных осложнений была достоверно меньшей при включении в комплексную терапию больных ОРВИ Панавира, что можно связать с его иммуномодулирующим действием. Данное исследование продемонстрировало, что Панавир является современным высокоэффективным средством, обладающим хорошей переносимостью и желателен для использования в комплексной терапии пациентов с острыми респираторными вирусными инфекциями.

Эпидемиология микст-инфекции брюшного тифа с трехдневной малярией в Республике Таджикистан

Рафиев Х.К., Рахманов Э.Р., Шарипов Т.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе

В условиях повышенной заболеваемости брюшного тифа и малярии в Республике Таджикистан нередко можно наблюдать сочетанное течение этих двух инфекций (микст-инфекция).

В связи с чем, нами проведен эпидемиологический анализ 65 случаев сочетанного течения брюшного тифа с трехдневной малярией.

Диагноз микст-инфекции брюшного тифа и малярии во всех случаях нами был подтвержден как бактериологическим выделением культуры брюшного тифа из крови, так и паразитологическим обнаружением *Pl. vivax* в мазках крови.

Исследования показали, что большую часть больных составляют мужчины – 39 (60%), женщины – 26 (40%). Средний возраст составил $26,7 \pm 2,3$ года. В структуре массива преобладали жители города – 34 (52,3%), сельские – 31 (47,7%). По социальному составу: 7 (10,7%) больных были служащими, 15 (23,7%) учащимися, 8 (12,3%) рабочими, 5 (7,5%) колхозниками, 1 (1,5%) пенсионером, 1 (1,5%) военнослужащим, 3 (4,5%) неорганизованными детьми, 14 (21,5%) домохозяйками, 11 (16,8%) временно неработающими. По регионам высокие показатели отмечены в г. Душанбе (52,3%) и Хатлонской области (28,2%).

При изучении сроков поступления больных от начала заболевания было выявлено, что 15 (23,0%) больных поступили в клинику на 2-4-е сут от начала болезни, 21 (32,3%) на 5-7-й день, 12 (18,4%) на 8-10-й день и свыше 10 дней – 17 (26,1%) больных.

Заболеваемость микст-инфекцией брюшного тифа с малярией в стране имеет выраженную летне-осеннюю сезонность. В 76,9% случаев заболевания приходятся на июнь, июль и август месяцы, при активизации сезонных подъемов передачи инфекции.

Таким образом, в условиях эпидемиологического распространения брюшного тифа и малярии в Республике Таджикистан наблюдаются их сочетания (микст-инфекции), которые усугубляют состояние больных, приводят к высокой летальности, что необходимо учитывать врачам при обследовании и лечении данных микст-инфекций.

Реализация концепции непрерывного профессионального образования по проблемам ВИЧ-инфекции

Рахманова А.Г., Беяков Н.А., Степанова Е.В., Жолобов В.Е.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями; Медицинский университет имени акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург

Следуя концепции непрерывного образования, подготовка по вопросам ВИЧ-инфекции рассматривается как многоэтапный процесс очного и дистанционного обучения. Она начинается со студенчества, далее осуществляется в интернатуре, клинической ординатуре, а затем в период последипломной подготовки. Сформирован курс профессиональной подготовки и усовершенствования медиков, психологов и специалистов по социальной работе на базе С.-Пб. Центра СПИД с участием кафедр, причастных к преподаванию этих дисциплин. Курс предусматривает последовательное приобретение знаний и навыков в отношении профилактики, диагностики, лечения, социального сопровождения, безопасности на рабочих местах в ходе профессиональной деятельности с ВИЧ-инфицированными лицами. Наличие стационара, поликлиники и районных кабинетов инфекционных заболеваний позволяет проводить подготовку на рабочем месте в режиме реального лечебно-диагностического процесса. Проблема ВИЧ-инфекции является комплексной мультидисциплинарной медико-социальной, охватывающей практически все разделы медицины. Создание единого образовательного и информационного пространства на базе клиники Центра СПИД для должного овладения всеми аспектами дисциплины (фундаментальными, прикладными, организационными) в ходе подготовки медицинских кадров по проблеме ВИЧ-инфекции, является основной задачей. Очевидно, что в условиях развивающейся эпидемии, представляющей угрозу национальному благополучию, подготовка медицинских работников по проблемам ВИЧ/СПИДа является приоритетной, как для врачей-инфекционистов и лаборантов, занимающихся вопросами ВИЧ-инфекции, так и для представителей других медицинских направлений, а также для сестринской аудитории. Учебные программы и условия Центра позволяют осуществлять как раздельное обучение по направлениям, так и смешанную подготовку врачей, психологов и медицинских сестер для формирования профессиональных команд, оказывающих комплексную медицинскую, психологическую и социальную помощь и поддержку, что крайне важно для проведения диспансеризации и сопровождения больных в период антиретровирусной терапии.

Эпидемиология и некоторые клинические проявления фасциолеза человека в Таджикистане

Рахманов Э.Р., Рафиев Х.К., Исмаилов А.Б.

Таджикский государственный медицинский университет, Душанбе

Фасциолез человека – это заболевание с хроническим течением, протекающее с преимущественным поражением печени и желчевыводительной системы. *Fasciola hepatica* (двуустка печеночная) – плоский гельминт листовидной формы. Заражение человека и животных происходит при поедании водной растительности, овощей, фруктов или питья воды из стоячих водоемов.

Нами проведен клинико-эпидемиологический анализ 211 случаев фасциолеза человека в возрасте от 16 до 66 лет. Из общего количества больных мужчин было 82, женщин – 129. Наибольший удельный вес составили больные в возрасте от 30 до 45 лет (41%). Характерно преобладание жителей города (56,9%) над жителями сельской местности (43,1%). По социальному статусу: 45,4% больных были служащими, 8% – учащимися, 14% – рабочими, 23% – колхозниками, 5,8% – пенсионерами, 3,8% – военнослужащими. На основании эпидемиологического анализа нами установлено, что больные, проживающие в городе, употребляли в пищу недостаточно промытую зелень, овощи, фрукты, приобретенные на рынке, привезенные из сельской местности.

Заболевание у 65,8% больных протекало с лихорадкой, у 34,1% сопровождалось болями в правом подреберье разной интенсивности, у 30,8% больных боли сопровождалась тошнотой, в том числе у 12,8% случаев наблюдалась рвота, у 41 (19,4%) больных заболевание сопровождалось аллергической сыпью, а у 32 (15,2%) больных зудом кожи. При поступлении у 38 больных (18%) отмечалась желтушность склер и кожных покровов. В остром периоде у больных наблюдали подъем уровня эозинофилов в крови от 28 до 67%.

Таким образом, в условиях жаркого климата Таджикистана заражение людей в основном происходит при заглатывании адолескариев с зеленью, овощами и водой из озер, стоячих водоемов, а в клинической картине чаще преобладают признаки поражения печени и желчевыводящей системы.

Опыт реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по лечению больных вирусными гепатитами В и С в Краснодарском крае

Редько Е.Н., Стриханов С.Н., Городин В.Н., Авдеева М.Г.

Департамент здравоохранения Краснодарского края; Краснодарский краевой центр гепатологии ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница», Краснодар

В 2007 году Краснодарский край в числе 32 субъектов Российской Федерации вошел в пилотный проект, проводимый в рамках приоритетного национального проекта

«Здоровье» по лечению вирусных гепатитов В и С. Одновременно с действием национального проекта реализовывалась краевая целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» – подпрограмма «Вирусные гепатиты». Реестр больных хроническими вирусными гепатитами, зарегистрированных в крае, включает в себя 23 890 человек, в том числе 3112 жителей города Краснодара. В течение 2007-2008 годов 7696 жителей края получили консультативно-диагностическую помощь по поводу заболеваний печени в Краснодарском краевом центре гепатологии (ККЦГ). Из них 988 человек прошли расширенное комплексное обследование для решения вопроса о начале терапии в рамках национального проекта и краевой целевой программы. По приоритетному национальному проекту «Здоровье» лечение проводится 386 больным вирусными гепатитами, в том числе 38 больным вирусными гепатитами с коинфекцией ВИЧ, 100 больных получили лечение по краевой целевой программе. В программы по лечению вирусных гепатитов включены пациенты из 38 муниципальных образований края. Централизация оказания лечебно-диагностической помощи, контроль и учет результатов лечения осуществляется в Краснодарском краевом центре гепатологии. Медицинская помощь больным проводится согласно разработанным в центре стандартам, рекомендованным к применению в лечебных учреждениях края. В ККЦГ предусмотрена преемственность в ведении и диспансерном наблюдении больного в условиях амбулаторно-поликлинического отделения, стационара круглосуточного пребывания и дневного стационара. В рамках работы центра ведется анализ заболеваемости вирусными гепатитами в крае.

Работа по осуществлению национального проекта «Здоровье» и краевой целевой программы «Вирусные гепатиты» подтвердила сохраняющуюся высокую потребность населения края в мероприятиях по обследованию и лечению больных с вирусными поражениями печени.

Использование системной энзимотерапии в инфекционной практике

Резчикова Е.А., Сундуков А.В., Евдокимов Е.Ю., Стернин Ю.Г.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Повышение эффективности терапии инфекционных болезней является важной и непреходящей задачей. Современная стратегия лечения инфекционных болезней включает в себя комплексный подход с использованием разнообразных этиотропных средств, иммуноориентированных и других видов патогенетической и симптоматической терапии. В связи с этим, особого внимания заслуживает системная энзимотерапия (СЭТ) применяемая в России с 1994 года. Этот метод лечения основан на комплексном воздействии смесей протеолитических фер-

ментов (энзимов) на весь организм в целом. В препаратах СЭТ используются протеиназы как растительного (бромелаин, папаин), так и животного происхождения (амилаза, липаза, трипсин, химотрипсин, панкреатин). СЭТ способствует снижению агрегации тромбоцитов, эритроцитов и повышению пластических свойств клеток крови; запускает фибринолиз посредством активации плазминогена, что приводит к улучшению реологических свойств крови и оказывает положительное влияние на микроциркуляцию.

Полиэнзимные препараты также оказывают противовоспалительное, противоотечное, анальгезирующее и иммуномодулирующее действие, что позволяет рекомендовать их к широкому применению в различных областях медицины.

За счет бустер- и сервис-эффектов повышается концентрация антибиотиков, химиопрепаратов и других лекарственных средств в очаге воспаления и уменьшается их токсическое действие.

Препараты СЭТ достаточно широко применяются в кардиологии в терапии ИБС (Сизязкина Л.П., Артеменко Н.А.), стенокардии напряжения (Радзевич А.Э.). В ревматологии СЭТ применяется при подагрическом артрите, системной красной волчанке, ревматоидном артрите (Коваленко В.Н., Шаканова М.К.), в пульмонологии – в лечении ХОБЛ, бронхиальной астмы (Трофимов В.И., Черный Д.М.), поллинозов (Сизязкина Л.П.). При хирургических инфекциях: Шляпников С.А. – хирургический сепсис; Бубнова Н.А., Поташев Л.В. – гнойные инфекции мягких тканей; Спесивцев Ю.А. – гнойные осложнения при синдроме диабетической стопы. В акушерстве и гинекологии СЭТ успешно применяли при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки, при эндометриозе (Стрижова Н.В., Шумейко О.В., Хрянин А.А.).

В инфекционной практике препараты СЭТ широко используются в терапии цитомегаловирусной инфекции (Svoboda), генитального герпеса и герпеса zoster – (Mendoza, Евдокимов Е.Ю., Сундуков А.В., Сафронова М.М., Кнорринг Г.Ю.), клещевого энцефалита (Рождественская Ю.В.). Показана эффективность СЭТ в терапии менингококковой инфекции (Кашуба Э.А.), гриппа и ОРВИ (Кнорринг Г.Ю.) При острых и хронических вирусных гепатитах (Иоанниди Е.А., Сундуков А.В., Стаудер Г., Корпан М.И., Ющук Н.Д.). Применение СЭТ при вирусных гепатитах показано в тех случаях, когда нет возможности проведения стандартной интерферонотерапии (из-за высокой цены или противопоказаний) – пожилой возраст больных, гипотиреоз, наркомания, нейтропения, тромбоцитопения и т.д. Все эти вопросы нуждаются в решении и изучение.

Таким образом, препараты СЭТ обладают высокой эффективностью, что определяет их широкое использование в медицине и может служить обоснованием для применения полиферментных препаратов в комплексной терапии инфекционных болезней. Все это диктует необходимость дальнейшего проведения исследований по оптимизации терапии вирусных инфекций. Решение этих проблем является актуальной задачей здравоохранения.

Частота встречаемости ВГЧ-6 типа у новорожденных и плодов при патологических состояниях

Репина И.Б., Калугина М.Ю., Клочков С.А.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

С целью выявления участия вирусов-возбудителей в патологических процессах методом непрямой иммунофлюоресценции проводилось обследование мазков – отпечатков органов (головного мозга, печени, легких) 42 новорожденных и плодов с врожденными аномалиями развития и неонатальной патологией, погибших в антенатальном (2,4%), интранатальном (2,4%), неонатальном (85,7%) или перинатальном (9,5%) периодах. Использовали специфические диагностикумы для выявления антигенов ВГЧ-6, вируса краснухи и цитомегалии. ВГЧ-6 обнаружен у 54,7% обследованных в виде моноинфекции (26,1%) или микст-инфекции (73,9%). В ассоциациях ВГЧ-6 чаще сочетался одновременно с вирусом краснухи и ЦМВ (35,3%), в равных долях (29,4%) или с ЦМВ, или вирусом краснухи. По локализации обнаружения достоверно чаще ($p < 0,01$) ВГЧ-6 обнаружен в ткани головного мозга, чем в легких и печени. При моноинфицировании ВГЧ-6 также с максимальной частотой регистрировали в головном мозге (50%), реже в легких (33%) и одновременно в печени и легких (17%). Сходная ситуация и при микст-инфицировании: ВГЧ-6 в половине случаев также определяли в образцах головного мозга. Микст-ВГЧ-6 инфекция у умерших детей выявлена на поздних сроках гестации – более 25 нед. Только в единичном наблюдении моно-ВГЧ-6-инфекция обнаружена у 8 нед. эмбриона, в остальных случаях моно-ВГЧ-6 регистрировался у детей третьего триместра беременности. Достоверно чаще ($p < 0,05$) дети с микст-вирусным инфицированием погибали в позднем неонатальном периоде (до 28 дней). В половине случаев с моно-ВГЧ-6 инфекцией летальность наступила в течение первых суток или в раннем неонатальном периоде от синдрома дыхательных расстройств, ДВС-синдрома и ИТШ. В 80% у этих детей ВГЧ-6 обнаруживали в легочной ткани. Можно предположить, что ВГЧ-6 у этих новорожденных вызывает необратимые изменения в системе дыхания, что приводит к декомпенсации организма. Проявления при моно- и микст-ВГЧ-6 были сходными: пневмония, гепатит, энтерит, менингоэнцефалит, кардит, пиелонефрит, панкреатит. Вместе с тем, особенностью гистоморфологических данных у детей с моно-ВГЧ-6 инфекцией было преобладание воспалительных реакций вирусного характера (отек, полнокровие, лимфоцитарно-плазмодитарная инфильтрация).

Значение нарушений тромбоцитарно-сосудистого гемостаза в патогенезе гриппа

Роганова И.В.

Самарский государственный медицинский университет

Проведено исследование тромбоцитарно-сосудистого гемостаза при среднетяжелом неосложненном течении гриппа у больных в возрасте от 18 до 35 лет. Определяли агрегацию тромбоцитов при индукции АДФ, «реакции высвобождения» тромбоцитарных 3 и 4 факторов, фактор Виллебранда в тесте ристомидин-агрегации. При гриппе АДФ-агрегация была ускорена в тесте АДФ-агрегации ($p < 0,001$). При адгезии и агрегации тромбоциты выделяют в окружающую среду АДФ, ТФ4 и вещества, стимулирующие агрегацию тромбоцитов и освобождение из них аналогичных веществ. У больных гриппом значения ТФ4 превышали контрольные ($p < 0,001$). Одновременно с «реакцией высвобождения» идет «реакция доступности», когда в гемостаз включается тромбопластиновый фактор ТФ3. Значение ТФ3 при гриппе было снижено ($p < 0,001$). Особое место в системе гемостаза принадлежит фактору Виллебранда. Он выделяется эндотелием сосудов и является маркером его повреждения. У больных выявлено ускорение времени ристомидин-агрегации ($p < 0,001$). Уменьшение времени ристомидин-агрегации тромбоцитов свидетельствует о содержании в плазме фактора Виллебранда, выделяемого в окружающую среду поврежденной сосудистой стенкой. Это доказывает повреждение сосудистой стенки при гриппе, необходимость коррекции развивающихся нарушений, целесообразность и информативность метода ристомидин-агрегации в диагностике сосудистых сдвигов при этой патологии.

Выводы. Повышение агрегации тромбоцитов и рост «реакции высвобождения» при гриппе свидетельствуют о повреждении тромбоцитов и тромбогенной направленности тромбоцитарного звена гемостаза. Активация тромбопластического фактора 3 тромбоцитов указывает на включение этого фактора в гемостаз и потребление, что способствует повышению тромбопластинообразования, адгезивной и агрегационной активности тромбоцитов. Изменения в тромбоцитарно-сосудистом звене гемостаза указывают на повреждение сосудистой стенки при гриппе, гиперкоагуляцию крови и развитие ДВС-синдрома. Нарушения гемостаза являются патогенетическими факторами развития тромбогеморрагических осложнений, что требует своевременной коррекции.

Обоснование необходимости проведения реабилитации при гриппе

Роганова И.В.

Самарский государственный медицинский университет

Под нашим наблюдением находилось 80 больных со среднетяжелым течением гриппа в возрасте от 18 до 35 лет. Исследования проводили в динамике заболевания. Кон-

троль составили 34 здоровых человека этого же возраста. Мы исследовали состояние кровообращения методом тетраполярной грудной реографии. Определяли основные параметры кровообращения: минутный и ударный объемы (МО и УО), для индивидуализации этих показателей – соответствующие сердечный и ударный индексы (СИ и УИ), объемную скорость выброса (ОСВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). Во время заболевания выявляли снижение МО, УО, СИ, УИ, ОСВ, повышение ОПСС. После перенесенного заболевания сохранялись нарушения гемодинамики. МО через две недели после перенесенного заболевания был снижен на 20,96% ($p < 0,001$), через 1 мес после заболевания – на 17,27% ($p < 0,01$). УО – соответственно на 18,26% ($p < 0,01$) и 17,98% ($p < 0,01$). СИ на 12-14-й дни был меньше контрольного на 14,23% ($p < 0,05$), через месяц – на 10,20%. Аналогичная динамика, как и при определении ударного объема крови, выявлена для ударного индекса (УИ). На 12-14-й дни УИ был снижен на 11,92%, через месяц – на 11,24%. ОСВ через две недели была снижена на 19,24% ($p < 0,01$), через месяц – на 16,24% ($p < 0,05$). На 12–14-й дни ОПСС превышало контрольные значения на 32,16 ($p < 0,01$), через месяц после заболевания – на 35,95% ($p < 0,01$). Этим нарушениям гемодинамики принадлежит важная роль в патогенезе гриппа. Они сохраняются длительное время после перенесенного заболевания. Целесообразно проводить реабилитацию переболевших с возможно более ранним началом. Особое внимание уделять лицам старшего возраста и перенесшим тяжелые формы заболевания. Своевременная адекватная реабилитация будет способствовать более быстрому восстановлению кровообращения у перенесших грипп, уменьшит риск осложнений и обострений хронических заболеваний, повысит качество медицинской помощи и жизни.

Патогенетическая значимость нарушения текучих свойств крови при гриппе

Роганова И.В.

Самарский государственный медицинский университет

Проведено комплексное изучение функции эритроцитов при среднетяжелом течении гриппа в динамике у 80 больных от 18 до 35 лет. Определяли внутрисосудистые изменения методом биомикроскопии сосудов конъюнктивы и внутрисосудистый индекс (ВИ), агрегационную способность эритроцитов (АСЭ) и степень агрегации (СА) по Ашкинази, вязкость эритроцитов (Вэ), тромбопластическую активность эритроцитов в аутокоагуляционном тесте (АКТ). В 1–3-й дни болезни ВИ был повышен ($p < 0,001$) за счет снижения скорости кровотока, агрегации эритроцитов и сладж-феномена в единичных сосудах. К 5-му дню от начала заболевания ВИ увеличился ($p < 0,001$) за счет снижения скорости кровотока, сладж-феномена и микротромбообразования. Кровоток был замедлен ($p < 0,001$), но ВИ был меньше, чем в первые дни ($p < 0,001$). К 14-му дню от начала заболевания ВИ снизился по сравнению с 4–5-м днями ($p < 0,01$), но был выше, чем в 1–3-й дни

($p < 0,05$). Сладж и микротромбообразование определили у половины пациентов. Через месяц после заболевания ВИ превышал контрольные значения ($p < 0,001$). У здоровых людей определяли отдельные линейные агрегаты I, I–II степени агрегации (CA). В 1–5-й дни болезни определяли конгломераты эритроцитов II–III и III–IV CA, CA была повышена ($p < 0,001$). На 6–8-й дни АСЭ была максимальной, соответствовала III–IV CA ($p < 0,001$). На 9–14-й дни и через месяц от начала заболевания АСЭ снизилась ($p < 0,01$), но превышала контрольные значения ($p < 0,001$). В первые восемь дней болезни Вэ повышалась ($p < 0,01$). Позже Вэ уменьшилась ($p < 0,05$) и не отличалась от контрольных. Активность свертывания на 2-й минуте в АКТ у больных была повышена ($p < 0,001$), время достижения максимальной активности ускорено ($p < 0,001$), индекс инактивации тромбина снижен ($p < 0,01$).

Т.о., в системе гемоциркуляции при гриппе определяются замедление кровотока, сладж, микротромбообразование, образование агрегатов эритроцитов III–IV степени, повышение их коагулирующей активности и свертывающего потенциала; с ростом агрегации повышалась и вязкость. Увеличение вязкости крови сопровождается снижением скорости кровотока и агрегацией форменных элементов. Это нарушает структуру кровотока и приводит к тканевой гипоксии, блоку микроциркуляции, повышению вязкости. Эти механизмы патогенеза следует учитывать при лечении больных.

К вопросу диагностики и тактики при ботулизме

Романова Н.Н., Мартынов В.А., Караганова О.В., Абросимова Л.М., Козлова В.И., Гарев А.А., Сорока Е.В.

Рязанский государственный медицинский университет, Москва;

Клиническая больница им. Н.А.Семашко, Рязань

Ботулизм составляет в структуре инфекционной заболеваемости доли процента. Однако проблема ботулизма в связи с трудностями диагностики, непредсказуемостью течения и угрозой летальных исходов является не менее актуальной, чем проблема широко распространенных заболеваний.

Проведен анализ клинического течения ботулизма за 15 лет у 35 больных. Заболеваемость была связана с употреблением продуктов домашнего консервирования, преимущественно грибов – 66,7% случаев. Инкубационный период колебался от 15 ч до 4 сут. Наблюдались три варианта начала болезни: 1) диспепсия, сменившаяся через сутки неврологическими нарушениями – 48,5% случаев; 2) сочетание диспепсии и неврологических расстройств – 22,9%; 3) «чистые» неврологические нарушения без диспепсии – 28,6%. К концу первых – началу вторых суток болезни отчетливо прослеживались офтальмоплегия (91,4%), нарушение глотания (88,6%), изменение тембра голоса (74,3%), чувство нехватки воздуха (22,9%). В связи с ошибками догоспитальной диагностики в 45,7% случаев, в 1–2-й день болезни госпитализированы только

22,9% больных. Почти у трети больных (31,4%) было тяжелое течение болезни, в 40,0% – среднетяжелое и в 28,6% – легкое. Тяжелому течению ботулизма предшествовала короткая инкубация и бурное нарастание клиники. Тяжелое состояние больных учитывалось в качестве безусловного показания к интенсивному лечению в АРО с использованием повышенных доз противоботулинической сыворотки. У пяти больных ботулизм осложнился развитием пневмонии в результате острой дыхательной недостаточности и аспирационного фактора. В одном случае наступила смерть, обусловленная внезапной остановкой сердечной деятельности.

Таким образом, ботулизм остается сложнейшей проблемой практического здравоохранения, заслуживающей внимания специалистов различного профиля.

Неспецифическая профилактика лихорадки западного Нила

Рославцева С.А., Гришина Е.А.

НИИ дезинфектологии;

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Широко в мире распространилась лихорадка Западного Нила (ЛЗН), эпидемии которой, в том числе с летальными исходами, имеют место в Америке и Европе, а с 1999 по 2007 гг. на юге России наблюдались вспышки этого заболевания, летальность в которых достигала 10%. Сложившаяся в РФ ситуация потребовала совершенствования комплекса профилактических мер, в том числе и разработки, изучения и гигиенически обоснованного применения инсектицидных средств на основе разных действующих веществ. Основной профилактической мерой борьбы с ЛЗН являются мероприятия по борьбе с комарами – переносчиками возбудителя этого заболевания. С целью поиска новых инсектицидов, благоприятных по гигиеническим показателям и эффективных для всех стадиях развития комаров, изучены: пиретроид метофлутрин, обладающий высоким фумигационным эффектом, а также новые электрофумигаторы. В результате сравнительного изучения ларвицидной активности новой группы инсектицидов – никотиноидов (ацетамиприд, имидаклоприд, тиаметоксам), а также аналога ювенильного гормона пирипроксифена с некоторыми пиретроидами (перметрин, циперметрин) и фосфорорганическими соединениями сделан вывод о возможном их использовании в системе ротации ларвицидов в борьбе с комарами – переносчиками возбудителей трансмиссивных инфекций. Для эффективной и безопасной ларвицидной обработки нерыбоводных хозяйственных (кроме источников питьевой воды!) водоемов различного типа, включая закрытые емкости, подтопленные подвалы, зуфы метрополитенов, коллекторы сточных вод и т.п., возможно применение различных ларвицидов, за исключением [!] диазинона и тиаклоприда. Практические испытания, проведенные в Астрахани – в ареале вируса ЗН в отношении комаров рода *Culex*, позволили рекомендовать и успешно применить схемы ротации ларвицидов, предотвращающие формирование рези-

стенных популяций комаров и соответствующие гигиенические требования. На основании полученных данных разработан раздел «Мероприятия по борьбе с комарами» для проекта методических указаний «Мероприятия по борьбе с лихорадкой Западного Нила на территории Российской Федерации. Эпидемиологический надзор, диагностика, лечение и профилактика».

Кишечный иерсиниоз в Ставропольском крае

Ртищева Л.В., Киселева Т.Ф., Федорчук Д.А.

Ставропольская государственная медицинская академия

С 1998 по 2008 гг. в Ставропольской краевой клинической инфекционной больнице зарегистрировано 482 случая иерсиниоза, которые были разделены на 2 группы: 1-я с 1998 по 2002 гг. и 2-я – с 2003 по 2008 гг. Из них мужчины составили 44,4%, женщины – 55,6% в возрасте от 18 до 75 лет. Наиболее часто поражалась возрастная группа 20–35 лет (57,2%). В структуре заболевших преобладали городские жители – 96,2%, профессиональная занятость которых не была связана с животными. Одинаково часто болели представители различных профессий, с незначительным преобладанием учащихся и студентов (20,7%). Обращает на себя внимание трансформация клиники болезни с 2003 г. Если в предыдущие годы острое начало болезни наблюдалось в 80,1% случаев, то с 2003 г. только у 51,3%, а хроническое – у 48,7%. Было характерно более «мягкое» начало заболевания. Если в 1-й группе температурная реакция отмечалась в 72,7% случаев. То во 2-й группе только у 33,3%. В силу того, что преобладали больные с хронической формой заболевания, то и температурная реакция носила субфебрильный характер и выявлялась у 52,2% пациентов. Такая же тенденция отмечалась и в отношении диарейного синдрома. Если в 1-й группе он встречался в 62,6%, то во 2-й группе только у 41,5%. Абдоминальный синдром с локализацией в правой подвздошной и umbиликальной областях отмечался у больных 1-й группы в 92,1% случаев; во 2-й группе он регистрировался только у 54,8% и, как правило, без четкой локализации. В последние годы преобладающими клиническими формами иерсиниоза является смешанная (42,5%) и вторично-очаговая (33,7%), при преобладающем значении средней степени тяжести (73,2%) заболеваний. Суставной синдром в последние годы встречается в 4 раза чаще. Увеличилось число больных с хроническим течением болезни. Совпадение диагноза при обращении невысокое и колеблется от 25,7% до 62,8%, при этом своевременное установление диагноза (на 1–5-й день болезни) отмечается лишь у половины больных (53,6%). Диагноз «иерсиниоз» установлен с помощью РНГА у 74,5% больных. Следует отметить, что у больных 1-й группы определялись более высокие титры РНГА (1 : 400–1 : 800), у больных 2-й группы в 58,8% случаев титры антител составляли 1 : 50–1 : 100. Антитела к *Y. enterocolitica* O:3 обнаруживались в 3–5 раз чаще антител O:9. Таким образом, за последние годы отмечено изменение в клинике

иерсиниоза в сторону более легкого течения с тенденцией к хронизации процесса и более выраженными проявлениями аллергической перестройки организма.

Поражения миокарда при парагриппе у детей

Руженцова Т.А., Горелов А.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Актуальность. В настоящее время результаты многих исследований указывают на большое количество миокардитов и кардиомиопатий, развивающихся на фоне острых респираторных заболеваний. Большинство из них имеют легкую и среднетяжелую формы и завершаются без специального лечения. Однако у некоторых больных изменения могут оставаться длительно, приводя к снижению работоспособности, а иногда и к инвалидности, и к сокращению продолжительности жизни. В ряде случаев возможны нарушения ритма и острая сердечная недостаточность, нередко приводящие к летальному исходу.

Цель: оценить признаки поражения миокарда у детей с впервые выявленными клиническими симптомами патологии сердца на фоне парагриппа.

Пациенты и методы. Обследовано 46 детей в возрасте от 1 года до 15 лет, госпитализированных в детскую инфекционную больницу №5 с острыми респираторными заболеваниями. Методом иммунофлюоресценции у них был выявлен вирус парагриппа. При аускультации впервые в жизни были отмечены клинические симптомы патологии сердца: систолический шум (40 детей – 87%), приглушенность тонов (15 детей – 33%), аритмия (21 ребенок – 46%). Всем пациентам проводили электрокардиографическое (ЭКГ) исследование по стандартной методике с регистрацией 12 отведений, биохимический анализ крови с определением уровней кардиоспецифических ферментов (КСФ): МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК) и α -гидроксибутиратдегидрогеназы (α -ГБДГ), рентгенографию органов грудной клетки. По показаниям (19 больных) дообследовали с помощью ультразвукового сканера. Детей с ранее установленными заболеваниями сердечно-сосудистой системы в исследование не включали.

Результаты. У всех пациентов мы наблюдали гиперферментемии по МВ-КФК. У 42 детей (91%) отмечали повышение уровня одновременно двух КСФ. На ЭКГ 37 пациентов (80%) имели какие-либо изменения. Чаще встречали сглаженность или инверсию зубцов Т (70% – 32 ребенка), снижение вольтажа зубца R (46% – 21 ребенок), изменения сегмента ST (33% – 15 детей). Расширение сердца по рентгенографическим и ультразвуковым данным зарегистрировали у 18 детей (39%). В 5 случаях был обнаружен выпот в перикарде.

Заключение. У детей парагрипп может сопровождаться развитием миокардита, миоперикардита или кардиомиопатии. При впервые выявленных клинических симптомах патологии сердца подтвердить диагноз поможет реги-

страция ЭКГ, определение активности МВ-КФК и α -ГБДГ в крови, рентгенографическое и/или ультразвуковое исследование сердца.

Особенности структуропостроения морфологической картины сыворотки крови у больных туберкулезом легких

Рыжкова О.А., Стрельцова Е.Н.

Астраханская государственная медицинская академия

Туберкулез остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Наряду с решением вопросов раннего выявления и рационального лечения, необходимо внедрения новых методов диагностики туберкулезного процесса. В клинической практике различных заболеваний и патологических состояний широко используются методы морфоструктурного анализа биологических жидкостей, одним из таких методов является метод клиновидной дегидратации (Шабалин В.Н., Шатохина С.Н., 2001, 2004). Цель исследования – установление особенностей морфологической картины сыворотки крови у больных с различными клиническими формами туберкулеза легких. Обследовано 340 больных в возрасте от 18 до 70 лет: 29% – с инфильтративной, 15% – с диссеминированной, 12% – фиброзно-кавернозной, 11% – с туберкулезной, 10% – очаговой, 9% – с кавернозной, 8% – с плевритом туберкулезной этиологии и 6% – с цирротической. Из общего числа больных установлено 38% бактериовыделителей, полости распада имели 43% больных. Исследование морфологической картины сыворотки крови проводилось методом клиновидной дегидратации: 0,01 мл сыворотки крови в форме капли помещали на поверхность предметного стекла, высушивали в условиях рабочей комнаты: $t = 18\text{--}25^\circ\text{C}$, влажность 65–70%. Полученные образцы дегидратированных капель сыворотки крови (фации) изучали с помощью стереомикроскопа «Leica» MZ-12. На основании особенностей расположения основных элементов фации сыворотки крови определялся ее морфотип (упорядоченный, реактивный, депрессивный), учитывалось наличие и выраженность патологических структур – маркеров интоксикации (токсические бляшки, складки белковой зоны), воспаления (языковые структуры), склерозирования (листовидные структуры), метаболических нарушений (многоярусность фации). Преобладающим морфотипом сыворотки крови у больных туберкулезом явился упорядоченный – 51%, из патологических образований – маркеры интоксикации (токсические бляшки) – 78%, $p < 0,05$. Анализ морфологической картины сыворотки крови больных туберкулезом показал взаимосвязь характера структуропостроения с тяжестью патологического процесса: у больных с ограниченными формами туберкулеза легких без распада преобладал упорядоченный тип сыворотки крови и слабой степени выраженности маркеры интоксикации, склерозирования ($r = 0,8$, $p < 0,05$); при распространенных формах с распадом – депрессивный тип, высокой степени выраженности маркеры интоксикации, воспаления, метаболических нарушений ($r = 0,6$, $p < 0,05$).

Возрастные аспекты иммунопатогенеза менингококковой инфекции у детей

Рычкова О.А., Бельтикова А.А.,
Пряхина О.В., Калинина Н.В.

*Тюменская государственная медицинская академия;
Поликлиника №4*

Иммунный ответ при менингококковой инфекции у детей может характеризоваться как активацией, так и супрессией различных факторов защиты. Причины разнообразия клинических проявлений заболевания у детей разных возрастов в настоящее время до конца не выяснены. Для детей в острый период характерно волнообразное изменение адгезии фагоцитов соответственно фазам стресс-реакции организма с пиком активации к периоду выздоровления, у детей 1 года жизни показатель адгезии минимальнее, чем у других детей, что отражает возрастной аспект этого фактора. Поглощительная активность фагоцитов не изменяется при поступлении больных и истощается к 10-12-му дню за счет дефицита переваривающих ферментов, что можно расценить как влияние патогена. Кислородзависимый процесс в фагоцитах (НСТ-спонтанный тест) свидетельствует об активации лейкоцитов при поступлении, у детей до трех лет «кислородный взрыв» повышен практически в 4 раза. Далее происходит плавное снижение показателей к выписке, у детей 1–3 лет и 10–18 лет уже к 10-му дню этот механизм защиты приходит к норме. К периоду выздоровления формируется заверченный фагоцитоз, за исключением детей 3–10 лет при ряде клинических форм. Функциональный резерв фагоцитов (НСТ-стимулированный тест) сохранен весь острый период. Как в острый период болезни, так и в фазе выздоровления выявлены особенности субпопуляционного состава лимфоцитов крови, содержания иммуноглобулинов и ЦИК у детей в разные возрастные периоды. У детей до 1 года при поступлении относительное содержание $CD3^+$, $CD7^+$, $CD8^+$ Т-лимфоцитов, НК-клеток ($CD16^+$), рецепторов компонента комплемента $CD11b^+$ оказалось сниженным относительно нормы, отмечалась высокая экспрессия $CD4^+$ Т-лимфоцитов. Достоверно высокая экспрессия $CD20^+$ ассоциирована со снижением продукции IgA, G, нормальными показателями IgM, крупно- и низкомолекулярных ЦИК. Для детей до 1 года и 1-3 года отличительной чертой является низкий уровень продукции IgA и IgG, сопряженный со снижением в циркуляции $CD16^+$. Это не зависит от формы менингококковой инфекции и характеризует особенность младшей возрастной группы, поэтому в периоде выздоровления свой вклад вносит и адекватный клеточный ответ.

Патогенетическое обоснование провоцирующего влияния перорального приема 6% водного раствора уксусной кислоты на рецидивирование заболевания у лиц, страдающих простым герпесом

Рязанова О.А., Амбалов Ю.М., Темников В.Е., Брусняк В.С., Халявкина И.О.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Ранее нами были получены данные, свидетельствовавшие о провоцирующем влиянии столового уксуса (СУ), являющегося 6% раствором уксусной кислоты, на репликативную активность вирусов простого герпеса (ПГ) и развитие рецидивов заболевания. Однако патогенетическое обоснование этому эффекту дано не было. В эксперименте участвовало 106 добровольцев в возрасте от 18 до 65 лет, страдавших рецидивирующей формой ПГ. У всех был зарегистрирован межрецидивный период болезни. Давность заболевания – от 5 до 50 лет. У 28,3% человек отмечалось <6 рецидивов в год, у 65,1% – от 6 до 12 и у 6,6% – более. Все испытуемые были рандомизированы в 2 группы: 1-ю контрольную ($n = 54$) и 2-ю опытную ($n = 52$). Пациентами последней практически в одно и то же время (с 16 до 20 ч) было принято вместе с едой, около 5 мл (1 чайная ложка) СУ. Спустя 2–8 ч у 21 из 52 лиц этой группы, ($40,4 \pm 6,8\%$), развились типичные клинические проявления рецидива ПГ. В контрольной группе таковые зарегистрированы не были ($p < 0,001$). У всех добровольцев в ходе эксперимента определяли кислотность поражаемых участков кожи. Первоначально рН кожи составил у лиц 1-й 2-й групп соответственно $5,30 \pm 0,04$ у.е. и $5,28 \pm 0,04$ у.е., что, не отличаясь между собой, в обоих случаях оказалось достоверно более низким, чем у здоровых ($5,68 \pm 0,03$ у.е., p_1 и $p_2 < 0,001$). Спустя 6–8 ч, этот показатель у пациентов 1-й группы практически не изменился, ($5,32 \pm 0,04$ у.е.). У получивших же СУ он снизился до $5,18 \pm 0,03$ у.е. ($p = 0,05$), достоверно отличаясь от такового в группе сравнения ($p < 0,01$). Причем, если у лиц 2-й группы с развившимися рецидивами ПГ ($n = 21$), уровень рН пораженных участков кожи оказался максимально низким ($5,10 \pm 0,04$ у.е.), то у тех, у кого рецидивы заболевания не развились ($n = 31$), практически не отличалась от исходного (соответственно $5,24 \pm 0,05$ у.е. и $5,28 \pm 0,04$ у.е., $p > 0,05$). Таким образом, исходно повышенная у больных ПГ в межрецидивном периоде кислотность кожи после перорального приема 5 мл 6% водного раствора уксусной кислоты становится у тех из них, у кого под ее влиянием развились рецидивы заболевания, еще более высокой. Это дает основание полагать, что значительное снижение у страдающих рецидивирующей формой ПГ, рН кожи может способствовать активации герпетической инфекции с последующим развитием рецидивов заболевания.

Современные неинвазивные технологии прогнозирования исходов энцефалитов у детей

Савина М.В., Скрипченко Н.В., Команцев В.Н., Иванова Г.П.

НИИ детских инфекций Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург

Улучшение прогнозирования исходов энцефалитов у детей на ранних стадиях заболевания является важным, так как позволяет провести своевременную коррекцию терапии для улучшения исходов заболевания.

Целью данного исследования явилась разработка современного комплексного способа прогнозирования исходов энцефалитов у детей, основанного на применении неинвазивного метода диагностики тяжести нарушения функционального состояния нейронов головного мозга – метода вызванных потенциалов мозга (ВП).

Материалом для исследования послужил анализ клиники, данных МРТ 95 детей в возрасте от 2 до 17 лет с проявлениями энцефалита различной этиологии. Всем детям проводилось исследование соматосенсорных ВП на стимуляцию большеберцового нерва (ССВП *n. tibialis*) в острый период заболевания и в динамике нейроинфекционного процесса. Для оценки ВП использовались как показатели центрального афферентного проведения, так и амплитудные параметры корковых вызванных ответов.

Данные проведенного исследования позволили разработать статистически достоверную диагностически значимую модель прогнозирования исходов энцефалитов у детей, основанную на построении линейно-классификационных функций. Методом дискриминантного анализа с использованием пошагового отбора признаков установлено, что диагностически значимыми для прогнозирования энцефалитов наряду с возрастом ребенка, тяжестью клинических нарушений и распространенностью очаговых изменений по данным МРТ, являются величина амплитуды коркового потенциала в первые дни энцефалита и показатель динамики ССВП *n. tibialis* на 7-й день заболевания. Эффективность полученного способа прогнозирования составила 83,8% с чувствительностью в прогнозировании неблагоприятных исходов энцефалита 60%, что превышает другие известные методы прогнозирования без учета нейрофизиологических показателей.

Таким образом, ССВП являются высокоэффективными современными неинвазивными технологиями диагностики и прогнозирования исходов энцефалитов у детей, а также могут быть применены для мониторинга терапии.

Применение таблетированной формы природного интерферона при лечении больных гриппом

Савиных Н.А.¹, Бондаренко А.А.¹,
Волкова Л.В.², Савиных М.В.¹

¹Кировская государственная медицинская академия;

²Пермское научно-производственное объединение «Биомед»

Высокая медицинская и социально-экономическая значимость гриппа и других ОРВИ обусловлены их лидирующим положением среди болезней человека. До настоящего времени отсутствуют таблетированные формы интерферона, удобные для лечения в амбулаторных условиях.

Цель исследования: определить клинико-иммунологическую эффективность препарата «Интерферон таблетки» в терапии гриппа у взрослых. Препарат создан ФГУП МЗ РФ Пермским НПО «Биомед» (патент №2175554, Россия) и содержит интерферон лейкоцитарный человеческий. С 2003 по 2005 гг. на базе КИКБ было пролечено 90 человек с гриппом средней степени тяжести (мужчин – 48, женщин – 42) в возрасте от 18 до 55 лет. Диагноз гриппа был поставлен на основании данных анамнеза, клиники, подтвержден серологически и методом ИФА. Первая группа (47 человек) принимала на фоне патогенетической и симптоматической терапии препарат «Интерферон таблетки», 43 пациента контрольной группы получали плацебо. Лечение препаратом начиналось в день поступления в стационар по 1 таблетке (4000 МЕ) под язык 3 раза в день в течение 5 дней. Все пациенты дали письменное согласие на участие в клинических испытаниях. У больных, получавших интерферон, быстрее купировались лихорадка и головная боль ($1,9 \pm 0,2$ против $2,4 \pm 0,2$ дней, $p < 0,05$; $1,8 \pm 0,2$ и $2,6 \pm 0,2$ дней, $p < 0,05$ соответственно), ринит ($2,7 \pm 0,3$ и $3,4 \pm 0,3$ дней, $p < 0,05$), першение в горле ($1,5 \pm 0,2$ и $2,5 \pm 0,3$ дней, $p < 0,01$), сухой кашель ($3,9 \pm 0,3$ и $5,1 \pm 0,2$ дней, $p < 0,01$). Исходно сниженный синтез лейкоцитами крови ИФН- α после приема таблеток плацебо увеличивался незначительно ($88,8 \pm 27,6$ МЕ/мл против $124,5 \pm 42,8$ МЕ/мл, $p > 0,05$). К концу лечения пероральным интерфероном уровень ИФН- α был достоверно выше относительно исходного значения ($92,2 \pm 29,0$ МЕ/мл против $278,5 \pm 47,6$ МЕ/мл, $p < 0,01$) и аналогичного показателя после терапии таблетками плацебо ($p < 0,05$). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о терапевтической эффективности препарата «Интерферон таблетки» при лечении больных гриппом. Исследуемый препарат безопасен при применении: не вызывает побочных и аллергических реакций. Кроме того, результаты динамики ИФН-статуса позволяют рекомендовать его для коррекции иммунной системы при вирусных инфекциях.

Пневмоцистная пневмония и туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией

Самитова Э.Р., Ермак Т.Н., Токмалаев А.К.

Российский университет дружбы народов, Москва;
Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва

Увеличивается количество больных, доживших до поздней стадии ВИЧ-инфекции. В структуре вторичных поражений у таких больных в РФ лидирующее место занимает туберкулез. За последние 3 года значительно возросло число случаев ПП среди больных ВИЧ-инфекцией.

Целью настоящей работы было сравнение клинического течения ПП и туберкулеза легких как моноинфекций, а также их сочетания у больных ВИЧ-инфекцией для улучшения ранней диагностики пневмоцистной пневмонии.

Пациенты и методы: под наблюдением находились 71 больной на стадии 4В ВИЧ-инфекции, госпитализированных с подозрением на ПП в специализированное отделение для больных ВИЧ-инфекцией КИБ №2 г. Москвы.

У всех больных проведены рентгенологическое исследование легких в динамике, исследование крови на иммунный статус, анализ периферической крови, биохимический анализ крови (ЛДГ), исследование БАЛ и биоптатов бронхов для выявления ДНК *M.tuberculosis*, *C.albicans*, цитомегаловируса и *H.simplex*. а также проводили исследование сыворотки крови на маркеры пневмоцистоза (антитела класса Ig M, IgG) и определение антигена *P.jirovici* в БАЛ или индуцированной мокроте методом НРИФ.

В результате исследований диагноз ПП (моноинфекция) был установлен у 41 больных. У 18 больных ПП протекала в сочетании с туберкулезом легких. Еще у 12 больных в ходе динамического наблюдения и обследования диагноз ПП был снят и установлен диагноз туберкулез легких.

Таким образом, несмотря на выраженное сходство клинических проявлений во всех трех группах больных, удалось выявить ряд различий, которые касаются течения ПП – это выраженная дыхательная недостаточность, бурное течение в разгаре болезни, положительный ответ на лечение триметоприм/сульфаметоксазолом. При сочетании туберкулеза легких и ПП – дыхательная недостаточность выражена в меньшей степени, на фоне приема противопневмоцистной терапии исчезали признаки дыхательной недостаточности, более четко определялись очаговые изменения в легких при рентгенологическом исследовании. У больных туберкулезом следует отметить более короткий начальный период болезни, влажный кашель, менее выражены, чем в других группах, признаки дыхательной недостаточности, отсутствие эффекта приема противопневмоцистной терапии. В диагностике ПП прежде всего необходимо опираться на комплекс клинико-anamnestических данных.

Фульминантный пневмококковый сепсис

Самодова О.В., Титова Л.В., Буланова И.А.,
Веселова Т.М., Суханова Т.С.

Северный государственный медицинский университет,
центр инфекционных болезней областной клинической
больницы, Архангельск

Пневмококковая инфекция остается актуальной проблемой педиатрической практики в связи с широким распространением, тяжестью течения и неблагоприятными исходами инвазивных форм болезни. Повышенный риск развития пневмококковой инфекции имеют пациенты с удаленной селезенкой и нарушениями в системе иммунитета. Отсутствие селезенки позволяет микроорганизмам быстро размножиться и распространяться. Формы инфекций могут быть различными. Редкой, но самой тяжелой является фульминантный пневмококковый сепсис. В 1979 г. W.Krivit ввел название OPSI-syndrom – overwhelming postsplenectomy infection. Характерной особенностью синдрома OPSI является сочетание диссеминированного внутрисосудистого свертывания и септицемии. Клинический случай пневмококкового сепсиса подтверждает значительную тяжесть и быстроту развития клинической симптоматики. Больная Н., 6 лет, заболела остро с повышением температуры до 39°C. На 2-й день болезни появилась сильная головная боль, тошнота, на 3-й день болезни родители заметили геморрагическую сыпь на коже лица, туловища, конечностей. Из анамнеза известно, что в возрасте 2 лет проведена операция спленэктомии. Ребенок был доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии инфекционного стационара с диагнозом: менингококковая инфекция, менингококцемия. Тяжесть состояния была обусловлена интоксикационным синдромом и гемодинамическими расстройствами. Была выражена мраморность кожных покровов, акроцианоз. Пульс на периферических артериях не определялся. На коже туловища и конечностей – элементы геморрагической сыпи, геморрагическая энантема на слизистых оболочках полости рта, языка. При бактериологическом исследовании крови и спинномозговой жидкости был выделен *Streptococcus pneumoniae*. Подтвержден диагноз пневмококкового сепсиса, осложненного инфекционно-токсическим шоком, ДВС-синдромом. На фоне проводимой терапии отмечена стабилизация гемодинамики, нормализация температуры, исчезновение симптомов интоксикации. На 37-й день госпитализации ребенок был выписан из стационара с выздоровлением. Таким образом, пациенты с удаленной селезенкой являются группой риска развития фульминантного пневмококкового сепсиса. Одной из мер профилактики является иммунизация поливалентной пневмококковой вакциной, которая должна быть выполнена до операции спленэктомии.

Особенности течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом в зависимости от сезона года

Самонина С.В., Малеев В.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина, Пенза

Заболеваемость ГЛПС в Пензенской области отличается выраженной сезонностью, причем максимальный подъем заболеваемости приходится на летне-осенний период и составляет около 67–54%, а на зимний сезон до 27–39% за год.

Целью настоящего исследования явилось выявление клинико-лабораторных особенностей течения ГЛПС в Пензенской области в зависимости от сезона года. Под наблюдением находилось 241 больных ГЛПС. Диагноз ГЛПС устанавливался на основании клинических, эпидемиологических, биохимических и серологических данных. Среди пациентов преобладали мужчины 83,7% и 74,2%, где $p > 0,01$; женщины составляли меньшую часть 16,2% и 25,8%, соответственно, где $p > 0,01$. Анализ распределения больных по тяжести течения болезни показал, что преобладающими формами во все сезоны года являются легкие – 45,8% и 47,3%, где $p > 0,01$ и среднетяжелые 46,5% и 43,6%, где $p > 0,01$. Тяжелые формы чаще регистрировались в зимний период – 9,1%, в месяцы летне-осеннего подъема заболеваемости частота этих форм составила 7,7%, где $p > 0,01$. В зимний сезон лихорадочный период был более продолжительным, где $p > 0,01$, более выраженными были такие симптомы интоксикации, как слабость, головная боль, бессонница, жажда, где $p > 0,01$. Геморрагические проявления, такие как петехиальная сыпь, кровоизлияния в склеры, микрогематурия чаще регистрировались в зимний период, где $p > 0,01$. Боли в пояснице и животе, в значительной мере связанные с поражением почек, были более продолжительными в зимний период, где $p > 0,01$. Снижение суточного диуреза наблюдалось чаще в зимний период, чем в летне-осенний и составило 69,4% и 60%, соответственно, где $p > 0,01$ и было более продолжительным, где $p > 0,01$. Анализ лабораторных показателей выявил изменения периферической крови, наиболее выраженные в олигурическом периоде. Средний показатель числа лейкоцитов составил в летне-осенний период $9,12 \pm 0,22/\text{л}$, а в зимний – $12,48 \pm 0,66/\text{л}$, где $p < 0,01$. Азотемия носила более выраженный характер, где $p > 0,01$. Протеинурия также была более выраженной и продолжительной в зимний сезон, где $p > 0,01$.

Таким образом, в Пензенской области отмечается более тяжелое течение ГЛПС в зимний период. Анализ наблюдений в целом свидетельствует о том, что интоксикационно-токсический, геморрагический синдромы, азотемия, протеинурия имели более выраженный характер, более продолжительнее регистрировались симптомы интоксикации, олигурия, болевой синдром и протеинурия.

Особенности системы интерферона у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Самонина С.В., Малеев В.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина, Пенза

Особенности клинического течения и исходы вирусных инфекций в значительной степени определяются функциональным состоянием системы интерферона (Ершов Ф.И. и др., 1996).

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики показателей системы интерферона при ГЛПС.

Под наблюдением находилось 20 больных ГЛПС. Диагноз подтверждался комплексом клинических, эпидемиологических, анамнестических, биохимических, серологических данных.

Исследование интерферонового статуса включало: определение содержания сывороточного ИФН, образования α и γ -ИФН лейкоцитами крови при индукции их вирусом болезни Ньюкасла и фитогемагглютинином. Титрование проб ИФН проводилось биологическим методом на клетках диплоидной культуры фибробластов человека. В качестве тест-вируса использовался вирус энцефаломиокардита мышей. Контрольную группу составили 45 практически здоровых людей.

В результате исследований было установлено, что в олигурический период отмечается снижение способности лимфоцитов продуцировать α -ИФН, где $p < 0,01$ и угнетение γ -ИФН образования, $p < 0,01$. В период полиурии и ранней реконвалесценции способность лимфоцитов к синтезу α - и γ -ИФН имела тенденцию к повышению, где $p > 0,01$, но их титры в фазе выздоровления были существенно ниже, чем в контроле. Уровень сывороточного ИФН в полиурический период имеет тенденцию к повышению по сравнению с его содержанием в олигурическом периоде, где $p > 0,01$, но в фазе реконвалесценции постепенно снижается, где $p > 0,01$.

Таким образом, изменения в системе ИФН у больных ГЛПС характеризовались подавлением способности лимфоцитов к продукции α - и γ -ИФН, повышением уровня сывороточного ИФН и вирусиндуцированной реакции лимфоцитов в динамике заболевания, но без восстановления системы ИФН в периоде реконвалесценции.

Средние молекулы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом в Пензенской области

Самонина С.В., Малеев В.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина, Пенза

Количественная оценка молекул средней массы относится к числу объективных лабораторных тестов степени интоксикации.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня средних молекул в зависимости от периода заболевания.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных ГЛПС. Диагноз подтверждался комплексом клинических, эпидемиологических, анамнестических, биохимических, серологических данных. Исследование средних молекул производили на СФ-26 при длине волны 254 нм. Уровень средних молекул выражали в единицах, количественно равных показателям экстинкции. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Результаты исследований показали, что в олигурическом периоде уровень средних молекул был повышен и составил $0,542 \pm 0,043$, что достоверно по сравнению с контролем $p < 0,01$.

В фазе выраженной полиурии уровень средних молекул был несколько ниже, чем в предыдущем периоде, но еще значительно превышал норму, где $p < 0,01$. В периоде восстановления диуреза содержание средних молекул снижается по сравнению с их уровнем в олигурическом периоде, где $p > 0,05$ и приближается к контрольному уровню, но не достигает значений контрольных показателей и составляет $0,394 \pm 0,07$, где $p < 0,05$.

Таким образом, у больных ГЛПС содержание средних молекул повышено и наиболее высокий уровень отмечается в олигурическом периоде. Так как средние молекулы являются маркером эндогенной интоксикации, их уровень может служить важным критерием эффективности лечебных мероприятий.

Анализ заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в 2008 году

Самонина С.В., Малеев В.В., Каузова С.Е.,
Мачнева Т.Н., Усанова С.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина, Пенза

Целью исследования явилось выявление особенностей течения ГЛПС в Пензенской области в 2008 году. Под наблюдением находилось 111 больных ГЛПС. Диагноз устанавливался на основании клинических, эпидемиологических, биохимических и серологических данных. Количест-

во больных ГЛПС, пролеченных в отделении в 2008 году, в 1,8 раза больше в сравнении с 2007 годом. Заболеваемость в летне-осенний период возросла и составила 69,6%, где $p > 0,01$, количество больных в зимнее время уменьшилось до 20%, где $p > 0,01$. Распределение больных в зависимости от степени тяжести составило: легкие формы – 37,1%, где $p > 0,01$, среднетяжелые – 52,6%, где $p > 0,01$, тяжелые – 10,3%, где $p > 0,01$. В сравнении с 2007 годом увеличилось число среднетяжелых и несколько уменьшилось количество легких форм, тяжелые формы регистрировались с равной частотой. Симптомы интоксикации такие как слабость, головная боль, бессонница, жажда были выражены в равной степени, где $p > 0,01$. По выраженности геморрагических проявлений, таких, как петехиальная сыпь, энантема, микро- и макрогематурия отличий не наблюдалось. Боли в животе, поясничной области регистрировались с большей частотой, где $p > 0,01$. Снижение суточного диуреза было менее продолжительным, где $p < 0,05$. Анализ лабораторных показателей не выявил достоверных различий в уровнях протеинурии, тромбоцитопении и показателях уровня лейкоцитов, где $p > 0,01$. Наблюдалась более выраженная азотемия. Средний уровень мочевины составил $13,14 \pm 0,78$ ммоль/л, где $p < 0,05$, креатинина $287,13 \pm 19,5$ мкмоль/л, где $p < 0,05$. Среди осложнений регистрировался ИТШ в 0,8%. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, в Пензенской области отмечался рост заболеваемости по сравнению с 2007 годом, с увеличением числа средне-тяжелых форм, с отсутствием различий в выраженности симптомов интоксикации, геморрагических проявлений, менее продолжительным олигурическим периодом, с более выраженной азотемией и болевым синдромом.

Вирусный гепатит А в Республике Саха (Якутия)

Самсонова В.К., Алексеева М.Н., Чуланов В.П.

Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К.Аммосова, Якутск;
Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Гепатит А (ГА) остается в Республике Саха (Якутия) распространенным заболеванием. Хотя в последние годы отмечено заметное снижение активности эпидемического процесса ГА (заболеваемость уменьшилось с 61,1% в 2001 года до 6,2% в 2007 году). Заболеваемость ГА в 2007 году в сравнении с 2006 годом снизилась на 11,9%, показатель заболеваемости составил 6,21 на 100 тысяч населения, что в 1,6 раза ниже среднего показателя РФ (10,2). Высокая степень микробного загрязнения воды является ведущей причиной неблагоприятной эпидемической ситуации по кишечным инфекциям и гепатиту А. По данным ТУ Роспотребнадзора по РС (Я) показатель заболеваемости кишечными инфекциями неустановленной этиологии в 2007 году составил 320,2 на 100 тысяч населения, что на 16,8% выше, чем в 2006 году и ниже на 5% показателя в РФ (337,6).

В последние годы в республике было зарегистрировано несколько водных вспышек гепатита А. Так, в августе-сентябре 2001 года зарегистрирована вспышечная заболеваемость гепатитом А в г. Олекминске, расположенном по течению р. Лена ниже г. Ленска, в котором в июне того же года было наводнение. Одновременно заболело 246 человек, что составило 815,3И на 100 тысяч населения, в т.ч. дети до 14 лет – 112 (1325,6 на 100 тысяч населения). Другая вспышка гепатита А имела место в 2003 году в Нижнеколымском районе, когда заболело 138 человек. Причиной явилось загрязнение водосточника канализационными водами и подачей питьевой воды в систему водоснабжения без предварительной очистки и обеззараживания.

Вспышка ГА, связанная с реализацией пищевого пути передачи возбудителя инфекции, зарегистрирована в мае 2007 года в г. Нерюнгри (заболело 24 человека). Диагноз острого вирусного гепатита А у всех больных подтвержден клинически и данными лабораторного исследования обнаружением в сыворотках крови заболевших HAV IgM методом ИФА. Образцы сыворотки крови (№18) больных были подвергнуты следующим лабораторным исследованиям: качественный тест на наличие в образцах РНК вируса гепатита А с последующим генотипированием вируса гепатита А и секвенированием вариабельных областей генома вируса гепатита А (регионы VP1/2В и 2С). РНК вируса гепатита А обнаружена в 12 образцах.

По результатам генотипирования все образцы вируса гепатита А, выявленные в этих пробах, относятся к IIIA субтипу. Для 11 положительных образцов получены последовательности вирусного генома по региону VP1/2В, для 9 из которых были также получены последовательности по региону 2С. Результаты секвенирования показали, что вирус гепатита А, выявленный в образцах сыворотки крови больных, представлен одним штаммом – U29-U61.

Разработка методики выявления ДНК *Aspergillus* spp. на основе ПЦР с гибридизационно-флюоресцентной детекцией в режиме реального времени

Сафонова А.П., Шипулина О.Ю., Кувейда Д.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Аспергиллез – это заболевание, вызываемое грибами рода *Aspergillus*, чаще всего это *A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. terreus*, *A. niger*. Грибы рода *Aspergillus* широко распространены в природе: они присутствуют в почве, воде, на гниющих растениях. Вероятность контакта со спорами патогенных видов чрезвычайно высока. Основную группу риска аспергиллеза составляют больные с иммунодефицитами, тяжелой нейтропенией, реципиенты гемопозитических стволовых клеток и органов, реже – больные с опухолями и лица с невыраженной иммуносупрессией. Все чаще появляются сообщения об инвазивном аспергиллезе у больных СПИДом, а также у детей с хронической гранулематозной болезнью. Легочные формы аспергиллеза

в основном развиваются у больных бронхоэктатической болезнью, абсцессом легкого, туберкулезом, раком легких, хроническим бронхитом.

Заболевания, вызванные различными разновидностями грибов *Aspergillus* клинически неразличимы. Диагноз основывается на клинико-эпидемиологических данных и результатах рентгенологического исследования, но вследствие неспецифической симптоматики обязательно подтверждается выявлением аспергилл прямыми лабораторными методами – микроскопическим и бактериологическим выявлением грибов в биологических жидкостях и при гистологическом исследовании биоптатов. Однако используемые методы имеют ряд существенных недостатков. Бактериологическое исследование занимает 3–5 сут, и аспергиллы высевают только в 8–34% случаев острого аспергиллеза. При микроскопии гифы грибов трудно отличить от других оппортунистических мицелиальных патогенов (*Fusarium* spp, *Scedosporium apiospermum*). Используют также серологические методы – определение антигена аспергиллезного галактоманна в крови. Чувствительность метода составляет от 57 до 71%, специфичность – от 89 до 93%, отрицательная прогностическая ценность теста – 95–98%, положительная прогностическая ценность – только 26–53%. Недостатком метода является большой процент ложноположительных реакций.

С целью совершенствования методов лабораторной диагностики аспергиллеза нами была разработана тест-система для количественного выявления ДНК *Aspergillus* spp. (*A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. terreus*, *A. niger*, *A. versicolor*) в различном клиническом, аутопсийном материале и объектах внешней среды методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «реального времени». Разработанная тест-система предназначена для подтверждения диагноза «аспергиллез» и для мониторинга объектов внешней среды. В тест-системе используется неконкурентный внутренний контроль, который вносится в образец на этапе пробоподготовки для оценки эффективности выделения ДНК. Аналитическая чувствительность тест-системы составила 400 копий/мл образца. Проверка аналитической специфичности ПЦР тест-системы показала отсутствие ложноположительных результатов при тестировании ДНК 30 различных видов грибов, в том числе из рода *Candida*. С целью оценки аналитической специфичности были проведены клинические испытания ПЦР тест-системы на 100 образцах периферической крови здоровых людей. Во всех случаях выявлялся валидный сигнал внутреннего контроля и не выявлялся сигнал ДНК *Aspergillus* spp.

В настоящее время проводятся клинические испытания ПЦР тест-системы на образцах цельной периферической крови, мокроте, смывах из полости носа, спинномозговой жидкости, бронхо-альвеолярном лаваже, биоптатах бронхов и легочной ткани, а также аутопсийном материале и объектах окружающей среды.

Молекулярная диагностика врожденного листериоза

Сафонова А.П.¹, Шипулина О.Ю.¹, Пиксасова О.В.¹, Садова Н.В.², Шипулин Г.А.¹, Заплатников А.Л.²

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

По данным ВОЗ за последние 5–7 лет наблюдался подъем заболеваемости листериозом в странах Евросоюза. В Российской Федерации заболеваемость листериозом официально регистрируется с 1992 года. Низкий показатель заболеваемости (менее 0,1 на 100 тыс. населения) не отражает реальной ситуации и, как полагают, связан с трудностями клинической диагностики, а также сложностью выделения возбудителя из продуктов питания, отсутствием регламентирующей нормативной базы. В Москве официально регистрируется 15–25 случаев листериоза ежегодно (50–80% из них приходится на долю детей, в основном новорожденных). Особое значение имеет диагностика листериоза при беременности, так как листериоз беременных может служить причиной пороков развития плода и мертворождений. Листерии – бактериальный патоген с трансплацентарной передачей. Врожденный листериоз может протекать по типу сепсиса (летальность – до 60%) или вызывать менингиты (летальность до 10%). Развитие инфекции у беременной женщины часто протекает бессимптомно или с неспецифической гриппоподобной симптоматикой, что не всегда позволяет вовремя поставить верный диагноз – листериоз. Лабораторные исследования остаются единственным способом точной диагностики листериоза. В России основными остаются бактериологические и серологические исследования. Однако оба метода имеют ряд недостатков и часто обладают недостаточной чувствительностью для выявления листериоза. Перспективным является введение в диагностику листериоза точных молекулярно-биологических методов.

В ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора разработана тест-система с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «реального времени» и по «конечной точке» для выявления ДНК *Listeria monocytogenes* в различном клиническом и аутопсийном материале. В тест-системе используется неконкурентный внутренний контроль, который вносится в образец на этапе пробоподготовки для оценки эффективности выделения ДНК. Аналитическая чувствительность тест-системы составила 400 копий/мл образца. Проверка аналитической специфичности ПЦР тест-системы показала отсутствие ложноположительных результатов при тестировании ДНК 20 различных видов микроорганизмов, а также эукариотических ДНК человека и 10 видов животных.

В рамках совместной работы по изучению структуры внутриутробных инфекций и совершенствованию методов их диагностики на базе Тушинской ДГБ Департамента Здравоохранения Москвы мы выявили и изучили случай внутриутробного листериоза новорожденного, у которого сразу после рождения наблюдали признаки ВУИ –

лихорадку, увеличение печени, клонические судороги, что послужило основанием для назначения антибактериальной терапии. Аспират из трахеи, зева, кишечное содержимое, кровь были направлены на бактериологическое исследование и тестирование методом ПЦР на ДНК широкого спектра патогенов ВУИ, в том числе и листерии. В результате проведенных исследований во всех образцах от новорожденного была обнаружена ДНК *L. monocytogenes*, в то время как результаты бактериологического посева были отрицательными. На 4-е сутки состояние новорожденного ухудшилось и он погиб. Патолого-анатомическое исследование выявило пороки сердца, микроцефалию, очаговый нефрит и пневмонию. При исследовании аутопсийного материала методом ПЦР ДНК *L. monocytogenes* была обнаружена в высоких концентрациях в предоставленном материале – ткани мозга, содержимом трахеи. При этом в крови матери ДНК микроорганизма также была обнаружена в очень низкой концентрации, что может служить подтверждением наличия инфекции у матери и внутриутробной передачей ее плоду. При исследовании крови матери на наличие IgG-антител к антигенам листерии результат был положительный.

Таким образом, у новорожденного только с помощью ПЦР удалось обнаружить *L. monocytogenes*, в то время как регламентированным методом выделить микроорганизм не получилось. Молекулярно-биологические методы позволяют достоверно выявлять минимальное количество возбудителя в различном клиническом материале и продуктах питания в кратчайшие сроки, а также дают возможность проведения ретроспективного исследования.

Особенности структуры клинических форм впервые выявленного туберкулеза среди медицинских работников города Москвы

Сацук А.В., Акимкин В.Г., Храпунова И.А., Полибин Р.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве

Туберкулез органов дыхания медицинских работников является важной проблемой здравоохранения в последние годы. Структура клинических форм туберкулеза, а именно удельный вес вторичных, запущенных форм, внелегочного туберкулеза, в определенной степени характеризуют эпидемиологическую ситуацию по данной инфекции. Динамика клинической структуры впервые выявленного туберкулеза среди населения г. Москвы в последние годы характеризуется снижением числа вторичных, запущенных форм и увеличением числа ограниченных форм туберкулеза легких. Очаговый туберкулез легких, экссудативный плеврит и туберкулома в 2006 г. составили 30,6%, в 2007 г. – 31,7%, инфильтративный туберкулез легких – 46,9 и 48,5%, диссеминированный туберкулез легких – 19,7 и 16,6%, внелегочный туберкулез – 5,5% и 5,4%, соответственно.

В структуре клинических форм туберкулеза медицинских работников за 2006–2007 гг. в сумме ограниченные формы составили 43%, инфильтративный туберкулез легких – 41%, диссеминированный туберкулез легких – 5%, туберкулез внутригрудных лимфоузлов – 5%, цирротический туберкулез – 1%, туберкулез гортани – 1%, внелегочный туберкулез – 4%.

Несмотря на то, что медицинские работники в большей степени подвержены риску инфицирования, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, судя по клиническим проявлениям, благоприятней, чем у совокупного населения, но и заболеваемость медицинских работников в 2007 г. ниже, чем у населения, в 1,4 раза.

Но положительной динамики клинических форм по отношению к населению недостаточно для того, чтобы говорить о благополучной эпидемиологической ситуации по туберкулезу и оптимальной организации профилактических мероприятий у медицинских работников, т.к. при плановой диспансеризации выявляется лишь 46% случаев заболевания туберкулезом, а в структуре клинических форм достаточно много вторичных форм и встречаются запущенные формы туберкулеза.

Таким образом, вопросы выявления и организации профилактики туберкулеза легких у медицинских работников являются серьезной задачей системы здравоохранения г. Москвы.

Заболеваемость туберкулезом медицинских работников города Москвы (1998–2007 гг.) и пути ее снижения

Сацук А.В., Акимкин В.Г., Храпунова И.А., Полибин Р.В., Ефимов М.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

Центр гигиены и эпидемиологии, Москва;

Управление Роспотребнадзора по г. Москве

Заболеваемость медицинских работников туберкулезом в г. Москве, как и во всех Федеральных округах страны, тесно связана с заболеваемостью населения. Демографические изменения в городе, рост числа впервые выявленного туберкулеза оказывают большое влияние на заболеваемость туберкулезом работников здравоохранения, поскольку увеличивается число заносов инфекции с пациентами, больными туберкулезом. Однако, в отличие от таких городов, как Самара, Ярославль, Владивосток, Тверь, в которых проводились исследования по заболеваемости медицинских работников, и было установлено значительное превышение уровня заболеваемости медицинских работников по сравнению с уровнем заболеваемости населения, в г. Москве показатели заболеваемости работников здравоохранения ниже показателей заболеваемости населения столицы. Это связано с тем, что в Москве эпидемиологическая ситуация по туберкулезу достаточно благополучная по сравнению со многими регионами страны.

В период с 1998 по 2007 гг. заболеваемость взрослого населения г. Москвы снизилась на 13%, однако коли-

чество случаев впервые выявленного туберкулеза возросло на 446. Заболеваемость медицинских работников, напротив, характеризуется выраженной тенденцией роста заболеваемости. За данный период их заболеваемость возросла на 90,5%, т.е. почти в 2 раза, темп прироста составил 47,5%. Число случаев впервые выявленного заболевания среди медицинских работников увеличилось в 1,6 раза.

Несмотря на то, что заболеваемость медицинских работников ниже заболеваемости населения в среднем за 10 лет в 1,6 раза, ежегодный темп прироста уровня заболеваемости медицинских работников составляет 9% и, учитывая это, уровень заболеваемости туберкулезом медицинских работников в 2009 г. может достигнуть показателей заболеваемости взрослого населения.

Принимая негативную тенденцию роста заболеваемости туберкулезом среди медицинских работников г. Москвы необходимо усилить систему профилактических мероприятий в отношении данной категории населения и рассмотреть возможность создания городской программы по профилактике туберкулеза среди сотрудников ЛПУ.

Особенности проявлений заболеваемости коклюшем в России в период с 1937 по 2006 год

Северина Е.А.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

До настоящего времени коклюш остается серьезной проблемой не только для России, но и для всего мира. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевают коклюшем около 60 млн человек, умирают около 1 млн детей. Как показывает отечественная и зарубежная практика, основным сдерживающим фактором развития эпидемии коклюша является вакцинопрофилактика.

В допрививочный период отмечался высокий уровень заболеваемости (от 105,1 до 475,0 случаев на 100 тыс. населения).

После начала массовой иммунизации детского населения России в 1959 году заболеваемость коклюшем снизилась за 10 лет практически в 20 раз (до 21 на 100 тыс. населения в 1969 г.). В последующие годы темп снижения заболеваемости несколько замедлился.

В 1980 г. увеличение медицинских отводов привело к снижению охвата прививками населения до 60%, и, как следствие, к росту заболеваемости коклюшем (26,6 на 100 тыс. населения в 1993 г.). При охвате иммунизацией детского населения свыше 95% к 2006 году заболеваемость снизилась до 5,7 на 100 тыс. населения.

При анализе динамики заболеваемости коклюшем среди различных контингентов населения России за последние 10 лет следует отметить, что тенденции к снижению отмечаются только среди детского населения. Причем темп снижения заболеваемости наиболее выражен в группах «дети 1–2 года» и «детей 3–6 лет» (8,2 и 13,5 – со-

ответственно). В данных группах заболеваемость снизилась в 4 и 4,5 раза и составила 30,4 на 100 тыс. населения в группе «дети 1–2 года», 36,6 на 100 тыс. населения в группе «дети 3–6 лет». Менее выражен темп снижения заболеваемости в группах «детей до года» и «дети 7–14 лет» (6,5 и 1,0 – соответственно) – заболеваемость снизилась в 2,4 и 2 раза и составила 79,8 на 100 тыс. населения в группе «детей до года», 27,7 на 100 тыс. населения в группе «дети 7–14 лет». Заболеваемость коклюшем взрослых за последние 10 лет возросла практически в 2 раза и составляет на данный момент 0,4 на 100 тыс. населения.

Таким образом, несмотря на успехи в борьбе с коклюшем после введения иммунизации детского населения, заболеваемость остается на достаточно высоких для управляемой инфекции цифрах, что диктует необходимость совершенствования тактики иммунопрофилактики коклюша.

О целесообразности отнесения к донозологическим формам гнойно- септических инфекций новорожденных токсической эритемы и слезотечения

Сергеев В.И., Маркович Н.И., Шарипова И.С.,
Авдеева Н.С., Зуева Н.Г.

Пермская государственная медицинская академия
им. акад. Е.А.Вагнера;

Министерство здравоохранения Пермского края, Пермь

При выполнении работы бактериологически обследованы 61 новорожденный с токсической эритемой и 39 – со слезотечением. Параллельно исследованы смывы с кожи 63 и отделяемое конъюнктивы 37 здоровых новорожденных.

От детей с токсической эритемой было выделено 50 штаммов микроорганизмов, от здоровых детей – 54 штамма. Ведущее место заняли коагулазонегативные стафилококки. При эритеме доля детей с микроорганизмом в количестве 10^4 и более составила 55,3%, без эритемы – 60%. Из 61 ребенка с эритемой у одного (2,1%) появился пузырек с гнойным содержимым, выделены *E. faecalis* и *S. aureus*. Поэтому токсическая эритема может рассматриваться лишь как фактор риска развития ГСИ, а не как донозологическая форма.

От детей со слезотечением выделено 35 штаммов, без слезотечения – 19 штаммов. Преобладали коагулазонегативные стафилококки. Число детей со слезотечением с микроорганизмом в дозе 10^4 и более от числа детей с выделением возбудителя составило $52,9 \pm 8,5\%$, без слезотечения – $22,2 \pm 9,8\%$ ($p < 0,05$). Из 39 детей со слезотечением в 9 случаях (21,3%) на 2–5-й дни развилась типичная форма ГСИ.

Итак, токсическая эритема является самостоятельным заболеванием, выполняющим роль фактора риска развития ГСИ. Слезотечение у новорожденных часто предшествует развитию типичной ГСИ, поэтому этот симптом можно включить в перечень донозологических форм ГСИ новорожденных.

Применение комбинированной терапии больных с герпесвирусными и папилломавирусными инфекциями

**Серебряков М.Ю., Воронов А.В.,
Платонова Т.К., Салимов Р.Г.**

*Российский государственный медицинский университет,
Москва*

В связи с особенностями патогенеза больных с герпесвирусными инфекциями (ГВ) и хронического инфекционного процесса большинство специалистов используют при лечении комплекс противовирусных препаратов, обладающих в том числе и иммумотропным действием.

Нами на базе лаборатории медико-генетических технологий Медицинского центра РГМУ обследовано 12 пациентов в возрасте от 16 до 49 лет, находящихся на амбулаторном лечении: 2 пациента с цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВ), 3 больных с генерализованной герпетической инфекцией и распространенным папилломатозным процессом (ВПЧ) слизистых и кожных покровов; 2 пациента с острым течением опоясывающего герпеса (ОГ) и 5 больных с обострением герпетической инфекции, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ 1/2). У всех больных диагноз был подтвержден лабораторными исследованиями: методом ИФА были обнаружены IgM, IgG-антитела и методом ПЦР в крови и соскобе со слизистых – ДНК ВЭБ, ЦМВ, ВПГ 1/2, ОГ, ВПЧ.

При лечении всем пациентам была рекомендована комбинированная противовирусная терапия препаратами: ферровир по 5 мл в/м 2 раз в сутки в течение 10 дней, аллокин-альфа в виде шести подкожных инъекций по 1 мг через день и глимурид по 2 капсулы ч/з день в течение 1 месяца. 4 пациента: 2 с ОГ и 2 с ЦМВ кроме перечисленных выше препаратов получали еще Фамвир по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

У всех больных после проведенного курса лечения отмечалась положительная динамика, выражающаяся в нормализации температуры, уменьшении лимфоузлов, исчезновении герпетических высыпаний и уменьшении размеров папиллом. Все положительные клинические данные подтверждались лабораторными методами: в ИФА у 11 пациентов спустя 3 мес после курса терапии было отмечено исчезновение IgM к ВПГ 1/2, к ЦМВ, к ВЭБ. В ПЦР у 5 пациентов в крови, в соскобе со слизистых не обнаруживалась ДНК ВЭБ и у 1 пациента ДНК ВПЧ.

Таким образом, выявлена высокая противовирусная эффективность комплекса препаратов: ферровир, аллокин-альфа, глимурид и Фамвир при лечении больных с герпесвирусными и папилломавирусными инфекциями.

Эпидемиологические и клинические особенности трихинеллеза

Середа Т.В., Батаева М.Е., Чечет Ю.С., Тишкина А.П.

*Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию,
Новокузнецк*

В октябре-ноябре 2008 года в городскую инфекционную больницу госпитализировано 9 больных инфицированных трихинеллезом (3 ребенка и 6 взрослых), источником заражения которых послужило медвежье мясо, привезенное из глухой таежной деревни, расположенной на юге Кемеровской области.

Инкубационный период продолжительностью от 7 до 14 дней установлен в трех наблюдениях, в остальных он составил от 14 до 21 дня. За медицинской помощью обратились 5 человек, но в первую неделю заболевания трихинеллез не был распознан. При обследовании 15 контактных в очаге выявлено еще 4 больных.

Клиническое обследование и анализ данных анамнеза заболевания установили наличие мышечных болей различной локализации и интенсивности в 7 наблюдениях, отечности лица в 4-х, ног в 3-х, высыпаний на кожных покровах у 3-х больных. В период выраженных клинических проявлений трихинеллеза с большим постоянством регистрировались лихорадка до 38–40°C и симптомы интоксикации, бледность кожных покровов. Анализ крови выявил у всех больных лейкоцитоз – 10,2–16,2 × 10⁹/л и эозинофилию – 7–48%. Тяжелое течение заболевания было у 1 больного, средней тяжести у 5, легкое у 3.

Все больные получали вермокс – 7 дней при легкой форме и 10–14 дней при среднетяжелой и тяжелой, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные препараты. Контактные лица превентивно пролечены вермоксом в течение 5 дней.

Групповое заболевание людей трихинеллезом произошло в результате употребления в пищу мяса дикого животного (медведя), забитого на территории области. Наличие природного очага трихинеллеза указывает на реальную возможность заражения населения региона при употреблении инвазированного мяса и изделий из него, что диктует необходимость регулярного информирования населения о мерах профилактики заболевания.

Особенности клинического течения рожи на современном этапе

Симаков И.М., Золотарев Ю.В., Золотарева Л.В.

Орловский государственный университет, медицинский институт, Орел

Рожа занимает значительный удельный вес в структуре стрептококковых инфекций и характеризуется многообразием клинических форм, часто рецидивирующим течением и возможным формированием гнойно-некротических осложнений.

Во 2-м инфекционном отделении городской больницы имени С.П.Боткина г. Орла за 2005–2008 года наблюдалось 567 пациентов с розей различной локализации. Заболевание регистрировалось преимущественно у женщин – 68% пациентов. Пациенты с первичной розей составили 61%, рецидивирующее течение заболевания отмечалось у 39% больных. Большинство больных, особенно с рецидивирующим течением рожи, имели тяжелую сопутствующую патологию. У 69% больных отмечались – болезни обмена веществ, варикозное расширение вен нижних конечностей, посттромбофлебитическая болезнь. Эритематозная форма рожи наблюдалась в 63%, эритематозно-буллезная – 34%, эритематозно-геморрагическая – 2% и буллезно-геморрагическая – 1% от всего числа обследуемых больных. Общее число пациентов с гнойно-некротическими осложнениями за 2005-2008 года составило – 5,9%. Из них формирование некрозов кожных покровов зарегистрировано в 4% случаев, флегмон – 1,8%, абсцессов мягких тканей – 0,8%. В течение 2008 года 6,7% пациентов были переведены в хирургическое отделение в связи с развившимися осложнениями. Из них больные с некрозами кожных покровов составили – 7,6%, флегмонами – 1,7%, абсцессами – 0,8%.

Подводя итог проделанной работе, заметим, что наряду с широким распространением рожи в популяции, в последние годы отмечается рост гнойно-некротических осложнений данного заболевания, особенно за счет формирования некрозов кожных покровов и возникает необходимость лечения в условиях хирургического отделения.

Современные аспекты диагностики и лечения Эпштейна–Барр вирусной инфекции у детей

Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Бовтало Л.Ф., Григорян А.В., Крюкчиева И.Г., Бакинча И.А., Леонтьева Е.С.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель – охарактеризовать эффективность программы диагностики, лечения и реабилитации детей с Эпштейна-Барр вирусной инфекцией (ЭБВИ).

Пациенты и методы: проведено исследование клинико-anamnestических, иммунологических, серологических, молекулярно-генетических показателей у 109 детей с острой Эпштейна–Барр вирусной инфекцией (ОЭБВИ) и у 120 пациентов с хронической формой заболевания (ХЭБВИ).

Результаты: клиническими критериями диагностики являлись группы риска в ante-, intra- и постнатальном периодах, наличие острого мононуклеозоподобного синдрома при ОЭБВИ, лимфопролиферативного, инфекционного, интоксикационного, кардиального, церебрального, артралгического синдромов – при ХЭБВИ. Лабораторная диагностика основывалась на данных обследования методом ИФА (IgM к VCA-, IgG к EA-, IgG к EBNA-антигенам, avidности IgG) и обнаружении вирусной ДНК в крови и

мазках из ротоглотки (ПЦР). При иммунологическом обследовании выявлены угнетение иммунного ответа по клеточному типу, поликлональная активация В-лимфоцитов, нарушение со стороны факторов врожденной резистентности (нейтрофилов, NK-клеток, системы интерферона), цитокинового статуса. Этиотропная терапия ЭБВИ включала инозин пранобекс (изопринозин – ИП) в сочетании с рекомбинантным интерфероном- α 2b (рИФН- α 2b, вифероном) с последующим переходом на поддерживающие курсы этих препаратов. В качестве средств патогенетической терапии использовали витаминно-минеральные комплексы, антиоксиданты, про- и пребиотики, сорбенты, препараты метаболической реабилитации. Применение комплексной программы лечения и реабилитации способствовало эффективному подавлению репликации вируса, положительной динамике иммунологических показателей, купированию клинических симптомов заболевания.

Заключение: диагностика ЭБВИ должна основываться на комплексном учете клинико-anamnestических и лабораторных показателей (ИФА, ПЦР, иммунограмма). Для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо комплексное этапное назначение противовирусных препаратов (ИП, рИФН- α 2b) и средств патогенетической терапии.

Роль норовирусов в кишечной патологии у детей

Сироткин А.К., Радчикова А.Н., Дубровина И.А., Раздьяконова И.В., Бехтерева М.К. Мурина Е.А.

НИИ гриппа РАМН, Санкт-Петербург;

НИИ детских инфекций, Санкт-Петербург;

Санкт-Петербургский государственный университет

Целью исследования было изучение роли норовирусов в кишечной патологии у детей в С.-Петербурге. Методом просвечивающей электронной микроскопии (ЭМ) в период с сентября 2005 года по февраль 2008 года были исследованы фекалии 288 детей в возрасте от 2 месяцев до 16 лет, госпитализированных с диагнозом «острый гастроэнтерит». Норовирусы были обнаружены в 126 случаях (44%), ротавирусы в 87 случаях (30%). Характерными симптомами у детей с норовирусной инфекцией были многократно повторяющаяся рвота и диарея при относительно невысокой температуре ($T_{\text{средн.}} = 37,2^{\circ}\text{C}$). Нами было проведено типирование норовирусов по генограммам с помощью тест-систем «Амплисенс». Из 56 случайным образом отобранных образцов, в которых наличие частиц норовирусов было показано с помощью ЭМ, 48 (86%) оказались положительными в реакции ОТ ПЦР с праймерами к норовирусам геногруппы GII. Норовирусов геногруппы GI обнаружено не было. 8 образцов, положительных при ЭМ-исследовании, оказались отрицательными в ОТ-ПЦР, что можно объяснить генетической вариабельностью норовирусов. За период наблюдений нами было выявлено увеличение доли норовирусной инфекции в структуре вирусных ОКИ у детей в С.-Петербурге. Пик норовирусных инфекций еже-

годно наблюдался в октябре-ноябре. Исследование проб воды, отобранных в разных точках дельты Невы в пределах города, выявило наличие в них норовирусной РНК, причем преимущественно в осенний период, т.е. в период пика норовирусных инфекций в городе. Помимо норовирусов GGII в пробах воды была обнаружена также РНК норовирусов GGI. По данным литературы, инфекции, вызываемые вирусами GGI, протекают легче, чем вызываемые вирусами GGII, дети с инфекцией GGI реже попадают в городские стационары. Возможно поэтому инфекция GGI не была нами обнаружена при обследовании госпитализированных детей. Таким образом, норовирусы GGII имеют высокое значение в кишечной патологии у детей в С-Петербурге.

Генотипы ротавирусов у детей в Санкт-Петербурге

Сироткин А.К., Федорова Е.А., Дубровина И.А., Радчикова А.Н., Ныркова О.И., Раздьяконова И.В., Бехтерева М.К., Мурина Е.А.

*НИИ гриппа РАМН, Санкт-Петербург;
НИИ детских инфекций, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский государственный университет*

Ранее методами электронной микроскопии нами было показано, что доля ротавирусной инфекции в этиологической структуре вирусных гастроэнтеритов у детей в Санкт-Петербурге составляет в среднем 40–50%. Для получения более полной информации о циркулирующих штаммах нами было проведено генотипирование ротавирусов по методу Т.К.Fischer (2004). Оказалось, что в 2006–2007 гг. произошла резкая смена доминирующих в Санкт-Петербурге генотипов ротавирусов. Если в 2003–2005 гг. преобладали ротавирусы «классических» генотипов G1P[6] и G1P[8], при этом в ряде случаев был выявлен также генотип G4P [8], то в 2006–2007 гг. доминировал (более 90%) относительно новый генотип G9, впервые появившийся в Индии в середине 1990-х годов и затем получивший широкое распространение во всем мире. Нами также было отмечено, что в 2006–2007 гг. эффективность выявления ротавирусной инфекции с помощью тест-систем ИФА снизилась с 80 до 60%, что может быть связано со сменой доминирующих генотипов, поскольку данные тест-системы разрабатывались без учета возможной циркуляции ротавирусов генотипа G9. В соответствии со сменой генотипов в 2006–2007 гг. была также отмечена повышенная частота заболеваний в группе детей в возрасте 4–7 лет. Кроме того, зимой 2007 г. нами была выявлена вспышка острого кишечного заболевания, вызванная ротавирусом нового генотипа G9 среди 18-летних курсантов одного из военных училищ Санкт-Петербурга. Причиной инфекции могла послужить водопроводная вода, поскольку в пробах воды из училища, отобранных во время вспышки, методом ПЦР нами была обнаружена РНК ротавирусов. Полученные данные свидетельствуют о необходимости осуществления постоянного мониторинга за ротавирусной инфекцией с определением доминирующих генотипов. Особое значение определение

генотипов имеет для коррекции состава вакцин против ротавирусной инфекции, которые в соответствии с рекомендациями ВОЗ должны быть адаптированы к определенному эпидсезону и региону.

Влияние вобэнзима на показатели липидного обмена у больных острым гепатитом С

Ситников И.Г., Малеев В.В., Бохонов М.С.

*Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва;
Ярославская государственная медицинская академия*

Исследование проводилось у 160 больных острым гепатитом С (ГС). Основную группу составили 110 пациентов, получавших вобэнзим (50 женщин и 60 мужчин). Средний возраст больных основной группы – $30,1 \pm 7,8$ лет. Патогенетическая терапия продолжалась от 21 до 35 дней в зависимости от тяжести заболевания. Доза вобэнзима составила в 1-ю неделю лечения по 7 драже 3 раза в день, во 2-ю неделю – по 5 драже 3 раза в день, с 3-й недели – по 2–3 драже 3 раза в день. В группу сравнения вошли 50 человек с ГС, получавших традиционную базисную терапию (22 женщины и 28 мужчин). Средний возраст больных группы сравнения – $22,6 \pm 3,9$ года. Контрольную группу составили 33 здоровых человека для установления нормативов необходимых показателей плазмы крови. Концентрацию общего холестерина, β -липопротеидов, триглицеридов и свободных жирных кислот определяли ферментативным колориметрическим методом с помощью стандартных наборов фирмы «Нипан», Германия.

Показатели жирового обмена до лечения в обеих группах больных парентеральным гепатитом С носили сходный характер: выявлено достоверное увеличение β -липопротеидов и свободных жирных кислот.

Влияние терапии вобэнзимом на жировой обмен выразилось в достоверном снижении до нормальных значений β -липопротеидов при легком и среднетяжелом течении вирусного гепатита в основной группе, что также отмечалось при легком течении ГС в группе сравнения ($p < 0,05$). Уровень СЖК достоверно снизился до контрольных значений только в основной группе при легком и среднетяжелом течении заболевания ($p < 0,05$). При тяжелом течении гепатита в основной группе показатель СЖК был выше нормы, но достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Содержание холестерина и триглицеридов у больных со среднетяжелым и тяжелым течением вирусного гепатита в группе сравнения было достоверно выше, чем в основной группе и в контроле ($p < 0,05$). Таким образом, по изучаемым показателям уровень катаболизма липидов при лечении острого гепатита С у больных основной группы был выше, чем в группе сравнения. Вобэнзим препятствовал повышению концентрации в крови СЖК и переводу клеточной энергетики преимущественно на липидный баланс, что благоприятно влияло на функции митохондрий, усиливая в них процессы аэробного окисления субстратов, активность дыхательной цепи и синтеза макроэргов.

Следовательно, одним из механизмов гепатопротективного действия вобэнзима является нормализация показателей липидного обмена, что имеет важное значение для оптимизации патогенетической терапии острого гепатита С.

Характер нарушений липидного обмена и их коррекция при хроническом гепатите С

Ситников И.Г., Малеев В.В., Рыжкина А.В., Шошин А.А., Бохонов М.С.

Ярославская государственная медицинская академия; Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Цель исследования: изучить состояние липидного обмена при хроническом гепатите С (ХГС).

Пациенты и методы. Обследовано 60 больных (от 14 до 40 лет) в период обострения ХГС. Исследование липидов проводили в динамике – до начала лечения препаратом глицирризиновой кислоты фосфоглив и через 4–8 нед. Определяли содержание в сыворотке крови холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), общих фосфолипидов (ОФ) и неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК), а также активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) (малоновый диальдегид – МДА, диеновые конъюгаты – ДК). ХГС верифицировался методами ИФА и ПЦР. Одновременно с генотипированием проводились стандартные биохимические исследования. Контрольную группу составили 20 здоровых человек.

Результаты. У всех больных при поступлении наблюдалось снижение содержания общих фосфолипидов и выраженная активация ПОЛ с повышением концентрации продуктов окисления МДА и ДК, а также НЭЖК ($1,27 \pm 0,08$ при контрольных значениях $0,37 \pm 0,04$ ммоль/л). При этом анализ липидного статуса пациентов выявил различия показателей в зависимости от генотипа и вирусной нагрузки. Наиболее выраженные изменения демонстрировали больные с вирусом HCV 3a: при повышенном уровне триглицеридов у них наблюдалось снижение уровня общего холестерина крови, а также существенное уменьшение фракций холестерина – ЛПНП и ЛПОНП. Известно, что уменьшение количества всех транспортных форм холестерина способствует изменению жирнокислотного состава ткани печени и образованию липидных инфильтратов. Патогенетическая терапия ХГС с препаратом фосфоглив приводила к нормализации низких показателей ОФ, что обуславливает включение в комплексную терапию данной группы больных эссенциальных фосфолипидов. С учетом выраженной активации ПОЛ и повышением содержания жирных кислот показано также назначение антиоксидантов. Коррекция вирус-индуцированных нарушений липидного обмена является необходимым условием улучшения прогноза и эффективности лечения ХГС. Высокая клиническая эффективность позво-

ляет рекомендовать фосфоглив как средство этиопатогенетического действия для лечения больных стеатогепатитом при ХГС на протяжении 3–6 мес.

Патогенетическое обоснование применения препарата Инфлюцид при ОРВИ у детей

Ситников И.Г., Морякова Н.В., Федоров В.Н.

Ярославская государственная медицинская академия

Целью исследования явилось изучение показателей биогенных аминов (серотонина, гистамина), катехоламинов (адреналина, норадреналина), а также 11-оксикортикостероидов (11-ОКС) сыворотки крови у детей с ОРВИ при лечении комплексным гомеопатическим препаратом Инфлюцид.

Изучались биохимические показатели 55 больных детей (основная группа) с различными ОРВИ, принимавших Инфлюцид, а также 18 человек группы сравнения, не получавших препарат.

У всех больных в остром периоде заболевания обнаружено увеличение содержания в крови адреналина, норадреналина, серотонина и гистамина, на фоне снижения 11-ОКС. В период реконвалесценции в основной группе уменьшение уровня катехоламинов и нормализация соотношения адреналин/норадреналин проходила достоверно быстрее, чем в группе сравнения. Результаты наблюдения за больными группы сравнения свидетельствуют о несостоятельности компенсаторно-приспособительных реакций, меньшей пластичности механизмов адаптации, что способствует более продолжительному течению ОРВИ. На характер течения, несомненно, влияет истощение САС в виде снижения концентрации адреналина. Установлено также более выраженное снижение концентрации серотонина и гистамина у детей, получавших Инфлюцид в составе комплексной терапии. Через 5–7 дней от начала лечения показатели медиаторов воспаления в основной группе приближались к норме. В группе сравнения содержание биогенных аминов оставалось повышенным, что способствовало отеку слизистых оболочек и ухудшало дренажную функцию трахеи и бронхов.

При изучении глюкокортикоидной функции коры надпочечников, установлено достоверное длительное снижение ее функциональной активности в случае терапии без комплексного растительного препарата. У больных основной группы наблюдалось более раннее и полное восстановление функции коры надпочечников, которое констатировалось по показателю содержания 11-ОКС в период реконвалесценции.

Таким образом, проведенное исследование показало, что одним из патогенетических механизмов действия препарата Инфлюцид является нормализация гормонально-медиаторного баланса организма. Замедленная его нормализация у детей группы сравнения говорит о незавершенности воспалительного процесса при ОРВИ и возможности развития осложнений. Из полу-

ченных данных следует, что препарат способен эффективно воздействовать на патофизиологический процесс в организме.

Особенности эпидемиологии хантавирусной инфекции в очагах циркуляции разных генотипов вируса

Слонова Р.А., Компанец Г.Г., Кушнарева Т.В., Иунихина О.В., Максема И.Г.

НИИ эпидемиологии и микробиологии Сибирского отделения РАМН

На территории Приморского края геморрагическую лихорадку с почечным синдромом (ГЛПС) вызывают вирус Amur, дальневосточные геноварианты вируса *Hantaan* – Far East и вируса *Seoul* – Vladivostok. Источниками вирусов являются мыши рода *Apodemus* и серая крыса, места которых имеют территориальные разграничения. В крае активно функционируют очаги сельского и городского эпидемиологического типов. В последнее десятилетие в сельских очагах зарегистрировано 449 случаев ГЛПС. Показатели заболеваемости на 100 тыс. населения варьировали от 0,8 до 7,3. Высоким был процент – 38,0 тяжелых форм ГЛПС. Среднемноголетняя летальность составила 3,1%, в отдельные годы она достигала 10,2–15,0%. В городском очаге зарегистрировано 265 случаев ГЛПС, обусловленных вирусом *Seoul*. Показатель среднемноголетней заболеваемости составил 5,3 на 100 тыс. населения, летальность – 1,2%.

Отмечено влияние сроков пребывания и характера выполняемых работ на тяжесть течения ГЛПС, а также изменения в социально-профессиональной структуре, где значительное место занимают лица временно неработающие.

Выявлены пространственные и временные различия эпидемического проявления ГЛПС в очагах циркуляции разных серотипов хантавируса, которые обусловлены динамикой популяционных циклов мышевидных грызунов – носителей вируса и выделением его во внешнюю среду. С активностью выделения хантавируса во внешнюю среду коррелируют сезонные проявления ГЛПС на отдельных очаговых территориях.

Микробиоценоз ротовой полости у больных хроническим гепатитом С

Соболева Л.А., Блинникова Е.Н., Шульдяков А.А.

Саратовский государственный медицинский университет

К настоящему времени в России хронический гепатит С (ХГС) приобрел важное медико-социальное значение в связи с его большой распространенностью, особенно среди населения активного возраста, неблагоприятными последствиями. Развитие патологического процесса при ХГС характеризуется нарушениями в важнейших звеньях гомеостаза, включая микробиоценоз различных эпителиев. Вместе с тем, исследований частоты встречаемости

и характера сдвигов микробиоценоза ротовой полости у больных ХГС не проводилось.

Целью работы являлось определение микробиоценоза жидкости пародонтальных карманов (ЖПК) и слизистой ротовой полости у больных ХГС.

Для решения поставленной цели проведено обследование 40 больных с ХГС минимальной и умеренной степени активности. Частоту встречаемости микробных инфектов (*herpes simplex virus I*, *candida albicans*, *staphylococcus aureus*) в ЖПК и на слизистых ротовой полости исследовали по данным детекции микроорганизмов методом полимеразной цепной реакции. Контрольную группу составили 20 добровольцев (здоровые лица).

При анализе полученных результатов установлено, что развитие патологического процесса при ХГС сопровождается формированием дисбиоза с увеличением частоты выделения условно-патогенных инфектов как на слизистых полости рта, так в ЖПК. Данные изменения более выражены среди пациентов с умеренной степенью активности гепатита. Дисбиотические изменения, в числе прочих причин, обуславливают частое (до 90%) развитие пародонтита у больных ХГС, что необходимо учитывать при ведении больных с данной патологией.

Роль диспансерного наблюдения за больными хроническими вирусными гепатитами в профилактике развития цирроза печени

Созинова Ю.М., Якупова Ф.М., Фазылов В.Х.

Республиканская клиническая инфекционная больница, Казань;
Казанский государственный медицинский университет

Первичное выявление «носителей» маркеров вирусных гепатитов происходит, как правило, при случайных скрининговых обследованиях. Врачу общей практики зачастую бывает сложно оценить истинную активность процесса у больного, так как хронические вирусные гепатиты (ХВГ) протекают латентно и могут ничем себя не обнаруживать вплоть до стадии цирроза. Большое число пациентов остается без должного внимания, не получает необходимого обследования и своевременной противовирусной терапии, что иллюстрирует следующий клинический пример.

Больная С., 1973 года рождения. Впервые антитела к ВГС обнаружены в 2003 г., после чего нигде не наблюдалась, активно на диспансерный осмотр не вызывалась. Направлена из районной поликлиники в мае 2008 г. с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, увеличение живота, которые беспокоят с октября 2007 г. При обследовании в марте 2008 г. были обнаружены УЗ-признаки фиброза печени, гепатоспленомегалия. В апреле 2008 г. – эпизод кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). Пациентке был выставлен диагноз: Цирроз печени в исходе ХВГ С, класс С по Чайлд-Пью, синдром портальной гипертензии, асцит, ВРВП 3 степени, печеночно-клеточная недостаточность. На данном этапе па-

циентке противопоказана противовирусная терапия, и прогноз заболевания крайне неблагоприятный.

В настоящее время на учете в гепатологическом кабинете Республиканской инфекционной клинической больницы г. Казани состоит 2639 взрослых больных с ХВГ. В 2008 году обратились за консультативной помощью 993 человека, при этом среди впервые выявленных больных отмечен рост числа пациентов с циррозом печени. Так, в 2002 году стадия цирроза была выявлена у 0,9% пациентов с ХВГ, а в 2008 году цирроз печени зарегистрировали уже у 3,15% пациентов. Таким образом, больные ХВГ требуют тщательного диспансерного наблюдения в условиях специализированного медицинского учреждения с регулярным мониторингом лабораторных показателей, УЗИ, использования расширенной диагностики с применением современных методов (ПЦР, биопсии печени, эластографии). Это позволит правильно оценить состояние больного, своевременно назначить противовирусную терапию и предотвратить развитие грозных осложнений.

Эпидемиологическое значение дезинфекционных мероприятий при инфекционных, паразитарных и внутрибольничных инфекциях

Соколова Н.Ф.

НИИ дезинфектологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Дезинфекционные мероприятия включают организацию и проведение профилактической и очаговой дезинфекции с целью прерывания путей передачи возбудителей инфекций через объекты внешней среды.

Эпидемиологическое значение дезинфекционных мероприятий при конкретной инфекции определяется длительностью выживания возбудителя на/в объектах внешней среды и механизмом передачи его.

Для предупреждения возникновения, распространения и ликвидации заболеваний большое эпидемиологическое значение имеет проведение комплекса дезинфекционных мероприятий при:

- кишечных инфекциях любой этиологии – обеззараживание объектов, являющихся факторами передачи возбудителей, дезинсекция и дератизация, обеспечивающая гибель их переносчиков (членистоногих и грызунов);
- инфекциях верхних дыхательных путей – снижение уровня микробной контаминации воздуха в присутствии больных, обеззараживание объектов внешней среды, являющихся факторами передачи возбудителей туберкулеза, дифтерии, скарлатины;
- кровяных инфекциях – обеззараживание объектов внешней среды, дезинсекция и дератизация при чуме, туляремии, геморрагических лихорадках, ГЛПС и др., при инфекциях только с трансмиссивным путем передачи – дезинсекция;

- инфекциях наружных покровов – обеззараживание факторов передачи возбудителей, а при сибирской язве – дезинсекция и дератизация;

- внутрибольничных инфекциях во всех стационарах (ЛПУ) – очаговая дезинфекция и профилактическая по эпидемиологическим показаниям, а в соматических стационарах – систематическое проведение плановой профилактической дезинфекции.

Изделия медицинского назначения широко используют при диагностике, лечении и профилактики всех заболеваний, поэтому большое значение имеют: обеззараживание всех изделий медицинского назначения, дезинфекция высокого уровня эндоскопов, предстерилизационная очистка и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним.

Особенности течения бронхообструктивного синдрома при острых респираторных заболеваниях, ассоциированных с хламидийной инфекцией у детей

Соколовская В.В., Яснецова А.Ф., Готманова Л.А.

Смоленская государственная медицинская академия

Проблема диагностики, дифференциальной диагностики и лечения острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей остается актуальной, вследствие сохранения высокого уровня заболеваемости, роста дополнительных синдромов, в частности бронхообструкции (БОС), отягчающих их течение.

Целью нашего исследования явилось изучение этиологической роли хламидий в развитии БОС у детей и их влияние на клиническое течение ОРЗ.

Под наблюдением было 152 ребенка в возрасте от 1 года до 3 лет больных ОРЗ с БОС, находившихся на стационарном лечении в детском инфекционном отделении МЛПУ ГКБ №1 г. Смоленска. Все обследуемые дети были разделены на две группы: больные ОРЗ с БОС серопозитивные *S. Pneumoniae* (100 детей), составивших основную группу и больные ОРЗ с БОС (52 ребенка) – группа сравнения.

Анализ полученных данных позволил установить, что у детей основной группы по сравнению с контрольной, чаще выявлялись осложнения в виде бронхопневмонии (соответственно 26 и 7 детей). Клиническое течение ОРЗ с БОС у детей основной группы имело следующие особенности: отмечались более выраженные симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности. Температура тела повышалась до фебрильных цифр (63%), а в контрольной группе – чаще оставалась субфебрильной. Длительность лихорадочного периода была большей: до 7 суток в основной группе (16 детей), а в контрольной группе лишь у 5 больных. Одышка экспираторного характера была более выраженной и длительной: более 7 суток у 36 детей, тогда как в контрольной группе лишь у 3. Бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, гемодинамические нарушения наблюдались у детей основной группы существенно чаще, чем в кон-

трольной (соответственно 49,2 и 20,8%). Рецидивирующее течение БОС в основной группе отмечалось более чем в 6 раз чаще (63 и 9,6%).

Таким образом, ОРЗ у детей, ассоциированных с хламидийной инфекцией, протекало тяжелее за счет развития БОС, длительного, часто рецидивирующего его течения, что требовало более длительного пребывания в стационаре и интенсификации терапии.

Клинико-диагностические критерии хронического вирусного гепатита В в детском возрасте

Соловьева И.А., Мартынова Г.П., Савченко А.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Хроническое течение вирусных гепатитов свидетельствует о персистенции вируса и его способности преодолевать иммунный надзор. Одним из способов «ускользания» при HBV-инфекции является встраивание генетического материала вируса в геном гепатоцита, другим механизмом персистенции инфекции может быть подавление иммунного ответа под действием вирусных продуктов. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме хронических вирусных гепатитов (ХВГ) у взрослых, имеются лишь единичные публикации, затрагивающие изучение показателей иммунитета и функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов крови у детей. Однако именно в детском возрасте можно ожидать наиболее значимые диагностические изменения, связанные с быстротой возникновения нарушений состояния иммунной системы при воздействии вирусных агентов. Это позволит не только охарактеризовать изменения иммунореактивности при данной патологии, но и определить необходимость применения иммунокорректирующей терапии.

В связи с этим актуальным представляется изучение клинической картины, состояния иммунного статуса и функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов крови у детей с хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ).

Под нашим наблюдением находилось 35 детей в возрасте 12–17 лет больных ХГВ. Наблюдение осуществлялось в диспансерном кабинете гепатологического центра на базе инфекционного отделения МУЗ ГКБ №20 им. И.С.Берзона. Всем больным помимо общепринятых клинико-лабораторных методов обследования проводилось исследование иммунологического статуса и определение функциональной активности лейкоцитов крови методом хемилюминесценции. В клинической картине заболевания преобладали жалобы астеновегетативного и диспепсического характера (67%). Болевой синдром имел место более чем у половины пациентов (57%). Практически у всех больных обнаруживались признаки хронической интоксикации: капиллярит (65,7%), сосудистые звездочки (12%), расширенная венозная сеть на груди и животе (57%), «синяки» на нижних конечностях (17,5%). Также определялись обложенность языка (51,5%) и умеренное,

в основном за счет правой доли, увеличение печени (34%). У большинства детей ХГВ протекал латентно, лишь в 27% случаев регистрировалась минимальная биохимическая активность. Однако, несмотря на нормальные биохимические показатели, у всех пациентов определялись серологические маркеры HBV-инфекции. Проведение УЗИ позволило выявить признаки фиброза, что в последствии было подтверждено при помощи пункционной биопсии печени (ИГА 6-8 баллов – 80%, 13–16 баллов – 20%). Выявленный фиброз у большей части больных расценен как умеренный (ГИС $9,02 \pm 0,18$), реже встречался тяжелый фиброз (ГИС $14,06 \pm 0,26$ баллов). Отмечена положительная корреляционная связь между давностью заболевания и стадией хронизации. При исследовании состояния иммунного статуса у детей с ХГВ обнаружено снижение процентного содержания лимфоцитов в периферической крови и абсолютного количества CD4⁺- и CD8⁺-клеток, при повышении относительного уровня CD19⁺- и HLA-DR⁺-лимфоцитов. Определялось повышение величины лейко-Т-клеточного коэффициента. При оценке показателей, характеризующих состояние гуморального иммунитета, выявлено повышение концентрации IgA и IgG в сыворотке крови, а также увеличение количества ЦИК. Величины показателей спонтанной хемилюминесцентной реакции нейтрофильных гранулоцитов у больных ХГВ не отличались от контрольных значений, а при сравнении параметров индуцированной зимозаном хемилюминесценции обнаружено, что у больных ХГВ определялось достоверное снижение максимального значения хемилюминесцентного ответа и индекса активации.

Таким образом, ХГВ у детей характеризуется длительным малосимптомным течением, волнообразным изменением клинико-лабораторной активности процесса и развитием фиброза печени, на фоне иммунодефицитного состояния, характеризующегося понижением реактивности клеточного и повышением активности гуморального звена иммунитета, а также нарушением функциональной активности лейкоцитов, влияющих на течение заболевания.

Новый метод диагностики острых гепатитов

Соловьева Н.П., Попов А.Ф., Путилова Е.А., Пегова Е.В., Шабанов Г.А., Невзоров А.В.

Владивостокский государственный медицинский университет

Метод компьютерной дермографии (КД) базируется на принципах сегментарного строения нервной системы и вегетативной иннервации тканей и органов человека. Система диагностики заболеваний с использованием аппарата «Дермограф компьютерный для топической диагностики ДгКТД-01» (патент – 1531993 от 20.06.1987) предназначена для диагностики дисфункций и заболеваний внутренних органов человека. Нами обследовано 93 пациента методом компьютерной дермографии с острыми вирусными гепатитами от 18 до 68 лет. Больные были распределены на 3 группы: гепатит А (HAV) (30 человек),

гепатит В (HBV) (32 человек), гепатит С (HCV) (31 человек). Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей в возрасте 18-35 лет. Диагноз HAV-, HBV-, HCV-инфекции был подтвержден специфическими лабораторными методами: ИФА, ПЦР, методом УЗИ, биохимическими исследованиями. При обследовании больных с острой формой вирусных гепатитов изменения выявлены у 96% больных в острый период заболевания. Значения функции F2» (R) в сегментах Th6 – Th9 достоверно ниже 0,5 усл. ед. ($p < 0,05$) по сравнению с нормальными значениями, и составили при HAV – $0,363 \pm 0,031$ ($p < 0,05$), при HBV – $0,321 \pm 0,024$ ($p < 0,05$), при HCV – $0,423 \pm 0,029$ ($p < 0,05$). Через 4 недели при HAV-инфекции у всех обследуемых величина R приняла нормальные значения, при HBV у 26 (81,3%), при HCV у 5 (16,1%). Однако, у 6 (18,8%) пациентов при HBV-инфекции, и у 26 пациентов (83,9%) HCV-инфекции отмечена меньшая величина снижения графика R. В отдаленный период реконвалесценции (через 12 месяцев) числовые показатели графика R функции F2» у перенесших вирусный гепатит А сохранялись в пределах нормальных значений и составили в среднем $1,217 \pm 0,066$ ($p < 0,05$). У большинства пациентов (90%) с острой HBV-инфекцией через 12 мес числовые значения R также пришли к нормальным значениям и составили $0,917 \pm 0,057$ ($p < 0,05$). У большинства пациентов, перенесших острую HCV-инфекцию, через 12 месяцев значения R были меньше 0,5 усл.ед. и составили $0,498 \pm 0,025$ ($p < 0,005$). Таким образом, метод КД информативен в диагностике вирусных гепатитов. Применение метода компьютерной дермографии у больных с вирусными гепатитами может быть использовано в оценке полностью выздоровления, прогноза заболевания.

Динамика показателей клеточного звена иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом С минимальной степени активности, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом и вторичными иммунодефицитами, при лечении вифероном и полиоксидонием

Соцкая Я.А., Фролов В.М., Пересадин Н.А.

Луганский государственный медицинский университет

В настоящее время хронический вирусный гепатит С (ХВГС) часто сочетается с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ), при этом по данным многолетних клинических наблюдений ХВГС часто имеет низкую или даже минимальную степень активности (МСА), в связи с чем превалирует клиника обострений ХНХ. В условиях экологически неблагоприятных регионов, в частности Донбасса, с высоким уровнем загрязнения окружающей среды ксенобиотиками, данная коморбидная патология (ХВГС, сочетанный с ХНХ), как правило, протекает на фоне иммунодефицитных состояний (ИДС). Исходя из этого следует полагать, что проведение иммунокоррекции яв-

ляется важной составной частью лечебной программы больных с данной патологией (В.М.Фролов и соавт., 2005). В этом плане при реализации программы комплексной терапии ХВГС, сочетанного с ХНХ, мы с успехом применяем комбинацию препаратов производства РФ – виферона, в состав которого входит рекомбинантный альфа-2b интерферон, а также антиоксидантные средства – альфа-токоферол и аскорбиновая кислота, и иммуноактивного средства – полиоксидония (ПО). Проведение клинических исследований показывает, что у больных ХВГС, сочетанным с ХНХ, на фоне ИДС в период обострения патологического процесса в гепатобилиарной системе, отмечается сочетание астено-невротического или астено-депрессивного, диспептического и гепатобилиарного симптомокомплексов. При иммунологическом обследовании выявлены существенные сдвиги со стороны клеточного звена иммунитета, которые характеризовались Т-лимфопенией, дисбалансом субпопуляционного состава Т-лимфоцитов с дефицитом циркулирующих CD4⁺-лимфоцитов, снижением иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 и функциональной активности Т-лимфоцитов по данным РБТЛ, что свидетельствовало о наличии ИДС. Включение комбинации виферона и ПО в программу терапии больных ХВГС, сочетанным с ХНХ, на фоне ИДС способствует достижению стойкой клинико-биохимической ремиссии и нормализации показателей Т-клеточного звена иммунитета у большинства обследованных. По данным диспансеризации полноценная клинико-биохимическая ремиссия длительностью 1 год и более при назначении виферона и ПО отмечалась в 4,4 раза чаще, чем у пациентов, получавших общепринятую терапию.

Влияние злоупотребления алкоголем на клиническую картину у больных ангинами

Стариков С.В., Макаров В.К.

Тверская государственная медицинская академия

Целью работы было определение особенностей клинической картины у больных ангинами, злоупотребляющими алкоголем.

Нами были обследованы 360 пациентов с лакунарной ангиной (ЛА), находившихся в инфекционном отделении городской больницы №1 г. Твери, из них 130 человек злоупотребляли алкоголем.

Сравнение клинических данных показало, что правая доля печени была не увеличена как у пациентов злоупотребляющих алкоголем, так и не злоупотребляющих. В то же время левая доля была увеличена на 2–4 см и плотнее по консистенции у больных с лакунарной ангиной, злоупотребляющих алкоголем, по сравнению с не злоупотребляющими алкоголем. Лихорадка, которая изначально была выше у пациентов с ангинами, злоупотребляющими алкоголем, сохранилась у них же на 3,4 дня дольше, чем у лиц, не злоупотребляющих алкоголем. Выделение возбудителя лакунарной ангины (гемолитический стрептококк 34,5%, реже золотистый стафилококк, пневмококк (около

3% каждый)), наблюдалось чаще у лиц, злоупотребляющих алкоголем., по сравнению с не злоупотребляющими (17,5 и 1,8% соответственно). Признаки алкогольного поражения организма в виде рассеянных сосудистых изменений на лице (78%), тремора пальцев кистей рук и языка (68%) наблюдалось исключительно у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Около 21% больных лакунарной ангиной, злоупотребляющих алкоголем, имели так называемые «печеночные ладони».

Таким образом, употребление больших доз алкоголя у больных ангиной приводило к замедлению репаративных процессов, что проявлялось в виде более длительной лихорадки с более высокой температурой. Влияние алкоголя характеризовалось наличием появления рассеянных сосудистых изменений на лице (papery money skin), печеночных ладоней, тремора пальцев кистей рук и языка и, главное, значительного увеличения левой доли печени.

Динамика концентрации атриального натрийуретического пропептида 1-98 в плазме крови больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Старостина В.И., Валишин Д.А., Зарипова Р.М., Кутлугужина Ф.Г.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель работы: исследование динамики содержания атриального натрийуретического пропептида 1-98 (NT-проАНП 1-98) в плазме крови больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС).

Пациенты и методы. Группу наблюдения составили 32 пациента мужского пола в возрасте от 16 до 56 лет с тяжелым и среднетяжелым течением ГЛПС. Контрольная группа состояла из 12 человек и соответствовала группе наблюдения по возрасту, полу и данным анамнеза. Концентрацию NT-проАНП 1-98 (нмоль/л) определяли иммуноферментным методом (EIA for NT- proANP 1-98, Biomedica, Австрия). Статистическую обработку проводили при помощи пакета программ Statistica 7.0; применяли медиану, процентиля (P25 и P75), способ Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение. У больных тяжелой формой ГЛПС наблюдается статистически достоверное повышение концентрации NT-проАНП 1-98 в олигурическом (Me = 3,0; P25 = 1,9; P75 = 7,1), полиурическом (Me = 7,6; P25 = 2,9; P75 = 8,2) и раннем реконвалесцентном (Me = 2,0; P25 = 1,6; P75 = 3,2) периодах ГЛПС по сравнению с контрольной группой (Me = 1,2; P25 = 0,8; P75 = 1,5). У лиц со среднетяжелым течением заболевания отмечается достоверное повышение уровня прогормона в плазме по отношению к контрольной группе в полиурическом периоде: Me = 4,9; P25 = 3,3; P75 = 6,7. Показатели олигурического (Me = 2,5; P25 = 1,0; P75 = 4,2) и раннего реконвалесцентного (Me = 2,0; P25 = 1,1; P75 = 3,1) периодов не имели достоверных различий с

группой контроля. Не выявлено достоверных различий между уровнями пропептида у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением ГЛПС.

Выводы. Динамика концентрации NT-проАНП 1-98 обусловлена наличием микроповреждений в области предсердий, сопровождающихся повышением высвобождения прогормона, и гемодинамическим блокированием почечных структур, отвечающих за его метаболизм. Показатель NT-проАНП 1-98 не подходит для разграничения периодов и степеней тяжести болезни.

Оценка репаративного процесса у детей больных туберкулезом легких

Стрельцова Е.Н., Тарасова Л.Г.

Астраханская государственная медицинская академия

Цель: разработать алгоритм, позволяющий прогнозировать репаративную регенерацию легочной ткани у детей больных туберкулезом легких в процессе специфической терапии.

У 53 детей, находившихся на лечении в ОДТКБ г. Астрахани по поводу туберкулеза легких определялись аутоантитела к коллагену III типа (АТК) в сыворотке крови методом ИФА и морфологическая картина фации сыворотки крови (наибольшее внимание уделялось листовидным структурам, специфичным для склеротических процессов).

Обследовано 29 девочек и 24 мальчика в возрасте от 2 до 17 лет, ВК (+) – 22,6%. Нозологические формы: инфильтративный туберкулез – 27, бронхоаденит – 7, плеврит – 6, очаговый – 5, диссеминированный – 4, туберкулема – 3, фиброзно-кавернозный – 1 человек.

Концентрация АТК зависела от метода выявления туберкулеза, степени распространенности и активности специфического процесса ($r = 0,6$). Листовидные структуры в фации сыворотки крови встречались трех типов: 1 тип – единичные листовидные структуры (1–2 в фации), контуры нечеткие, слабой степени выраженности; $K = 0,1–0,13$; 2 тип – 3–5 листовидных структур, контуры четкие, средней степени выраженности; $K = 0,14–0,19$; 3 тип – более 6 листовидных структур контуры четкие, высокой степени выраженности; $K = 0,2–0,4$, где K – коэффициент выраженности «листа». При сопоставлении концентрации АТК и морфологической картины фации сыворотки крови с клинико-рентгенологическими данными выяснено, что у 54,5% детей, сохранивших через 5 мес. лечения высокий титр АТК сформировались выраженные остаточные изменения, у 45,5% – умеренные. При 3 типе «листов» пневмосклероз был наиболее выражен. В случае нормализации концентрации АТК через 5 мес терапии у 50% детей сформировались малые остаточные изменения, у 22,2% – без остаточных изменений (в фации «листы» отсутствуют или 1 типа).

Таким образом, при наличии листовидных структур 3 или 2 типа до начала специфической терапии или через 2 мес от ее начала и концентрации АТК более 0,3 ед. оптической плотности либо при наличии листовидных структур 3 типа и концентрации АТК в пределах 0,2–0,3 ед. оптической.

плотности у больного сформируются выраженные остаточные изменения в легочной ткани. Наличие 1 или 2 типа листовидных структур через 2 или 5 месяцев лечения при концентрации АТК менее 0,2 ед. оптической плотности либо отсутствие «листов» при концентрации АТК более 0,3 ед. оптической плотности свидетельствует об умеренных и обратимых склеротических изменениях в легочной ткани.

Поражение центральной нервной системы у погибших от лептоспироза

Стриханова О.В., Свистунов Н.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Нами проведен анализ историй болезни и протоколов вскрытия 148 человек погибших от лептоспироза в Краснодарском крае за период 1969-2007 гг. Антитела к лептоспирам выявлены у 98 (66,2%) больных. В 97 случаях к *L. Icterohaemorrhagiae*, в одном – к *L. Pomona*. Среди погибших было 143 (97%) мужчин и 5 (3%) женщин. Возраст, в среднем, составлял $45,0 \pm 0,98$ лет. Желтушная форма лептоспироза наблюдалась в 123 (83%), безжелтушная – в 25 (17%) случаях. На первой неделе болезни умерло 53 (35,8%) человек, на 2-й – 79 (53,4%), на 3-й – 15 (10,1%), на 7-й – 1 (0,7%). В начальный период заболевания наиболее часто регистрировались: лихорадка (100%), озноб (75,7%), боли в мышцах (77,7%), инъекция сосудов склер (58,1%), рвота (58,8%). Интенсивная головная боль отмечена у 111 (75%) больных. В периоде разгара лептоспироза ИТШ 2–3 ст. имел место у 98 (66,2%), ОПН – у 142 (95,9%) в том числе, ОППН – у 123 (83,1%) заболевших. В периоде разгара заболевания поражение ЦНС с наличием энцефалопатии зарегистрировано у 139 (93,9%) человек. С 6-7-го дня болезни нарушение сознания имело место у 78 больных, со 2-й недели – у 61. Оглушенность сознания (заторможенность, эйфория) была у 83 (56,1%) из 148 заболевших, нарушение сознания по типу делирия (возбуждение, бред, галлюцинации) – у 56 (37,8%). Кома развилась у 75 (50,7%) человек. Судороги наблюдались у 26 (17,6%) больных. Менингит зарегистрирован в 13 (8,8%) случаях. У 1-го больного с гнойным менингитом на 26 день заболевания диагностирован абсцесс мозга, явившийся причиной смерти на 46 день. При патологоанатомическом исследовании в полости черепа выявило увеличение кровенаполнения сосудов мягкой мозговой оболочки у 50 (33,78%) больных. В 20 (13,51%) случаях мягкая мозговая оболочка была приподнята отечной жидкостью. Вещество мозга у 22 (14,86%) погибших было местами дряблое, на разрезе вязкое, у 10 (6,76%) – размягчено кровоизлиянием; у 1 больного определен абсцесс мозга. В 11 (7,43%) случаях в желудочках определялось обильное количество прозрачной бесцветной жидкости. В патологоанатомическом эпикризе в качестве основной причины смерти больного отек-набухание головного мозга установлен у 12 (8,1%) погибших.

Таким образом, поражение центральной нервной системы является характерным для лептоспироза и может быть непосредственной причиной летального исхода.

Организация оказания помощи больным хроническими вирусными гепатитами

Стрючков В.В., Рыбалкин С.Б., Баранова И.П., Афтаева Л.Н., Чернова Т.Ф., Рожкова Г.П., Краснова Л.И., Еникеева Ф.Ш.

Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию;

Министерство здравоохранения и социального развития
Пензенской области;

Пензенский областной центр специализированных видов
медицинской помощи

Цель: повысить эффективность оказания помощи больным хроническими вирусными гепатитами (ВГ). В Пензенской области реализуется областная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями; подпрограмма «Вирусные гепатиты». В 2007 г. в структуре ГУЗ «Пензенский областной центр специализированных видов медицинской помощи» (ПОЦСВМП) организован «Областной медицинский центр диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов». В задачи центра входит совершенствование и внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики ВГ и эпидемиологического надзора. В состав центра входит боксированный круглосуточный стационар (40 коек); дневной стационар (14 коек); кабинет инфекционных заболеваний, вспомогательные подразделения: кабинет ультразвуковой диагностики (аппарат «Logic-5» с набором датчиков, в т.ч. для доплеровского исследования; аппарат «Фиброскан» для неинвазивной эластометрии); эндоскопический кабинет; кабинет рентгенографии; клиничко-диагностическая лаборатория (с возможностью постановки ИФА, ПЦР с проведением генотипирования; аппарат «Термоциклер» для амплификации нуклеиновых кислот в реальном времени с чувствительностью тест-системы по РНК HCV – 15 МЕ/мл и по ДНК HBV – 5 МЕ/мл). Центр оснащен компьютерной базой данных с программным обеспечением, создается регистр больных. Используются современные методы лечения согласно стандарту медицинской помощи (пегинтерферон- $\alpha 2$, ребетол, роферон А, интерферон- γ – ингарон, зэффикс, гепатопротекторы, иммуномодуляторы, урсосан и др.). Финансирование центра осуществляется в рамках областной целевой программы, для пациентов обследование и лечение проводится бесплатно.

Выводы: организация областного центра оказания помощи больным вирусными гепатитами, финансирование и реализация областной подпрограммы «Вирусные гепатиты» позволяют качественно и на современном уровне оказывать диагностическую (лабораторно-инструментальную) и лечебную помощь.

О состоянии заболеваемости ботулизмом в Республике Бурятия

Сымбелова Т.А., Аитов К.А., Жербанова Л.В., Шарифулина Н.А., Боброва Н.К.

*Городская инфекционная больница, Улан-Удэ;
Иркутский государственный медицинский университет*

Основной причиной ботулизма в Республике Бурятия является употребление в пищу соленого байкальского омуля, изготовленного в домашних условиях с нарушением санитарных правил. Ботулизм занимает первое место среди всех случаев пищевых отравлений от употребления в пищу байкальского омуля домашнего изготовления на протяжении последних двадцати лет, зарегистрированных в Республике Бурятия. Так, по результатам многолетнего ретроспективного анализа заболеваемости ботулизмом (1972–2003 гг.), байкальский омуль является основным фактором передачи в подавляющем числе случаев и составляет 82% (419 случаев) от всех зарегистрированных факторов передачи. Второе и третье места занимают копченый омуль и икра омуля, являющиеся факторами передачи в 15% (85 случаев) и 2% (16 случаев) соответственно. Далее в качестве факторов передачи следуют различные пищевые продукты, такие как соленый сиг, соленая сорога, соленый хариус, копченая свинина и овощные консервы – менее 1% от всех факторов передачи возбудителя.

Единичные случаи ботулизма всегда имели место в структуре инфекционной заболеваемости населения республики, что подтверждается обнаружением возбудителя в объектах окружающей среды и непрерывностью эпидемического процесса. В середине 90-х годов XX века на территории Республики Бурятия впервые был зарегистрирован значительный рост заболеваемости ботулизмом. В 1999 г. в республике было зарегистрировано 189 случаев ботулизма, 20 из которых закончились летальным исходом. Всего за многолетний период мониторинга было зафиксировано 603 случая заболевания ботулизмом. Доля случаев ботулизма, зарегистрированных в Республике Бурятия, составляет до 32% от всего количества зарегистрированных случаев этого заболевания в России. Средний показатель летальности за последние пять лет составляет менее 8 на 100 пострадавших. За пять первых месяцев 2008 года в Республике Бурятия зарегистрировано 2 случая ботулизма с двумя пострадавшими, из них 1 ребенок в возрасте до 14 лет. Начиная с 2003 года, отмечается ежегодное уменьшение количества заболевших с небольшим увеличением их числа в 2007 году. Так, число заболевших ботулизмом в 2003 г. составило 82 человека, 2004 – 35 человек, 2005 – 19 человек, 2006 – 8 человек, 2007 – 15 человек и за период первых пяти месяцев 2008 года зарегистрировано 2 случая заболевания ботулизмом. Отмечена так же положительная динамика в снижении количества летальных исходов: 2004 г. – 4 случая летальных исходов, 2004 г. – 2 случая летальных исходов, 2006 г. – 1 случай летального исхода.

Эндемичной по ботулизму территорией может рассматриваться Кабанский район Республики Бурятия, на

что указывают данные ретроспективного анализа заболеваемости ботулизмом, природные и биологические особенности окружающей среды. Наиболее опасным в плане возникновения вспышек ботулизма среди населения республики является несанкционированный (браконьерский) лов омуля в период его нерестового хода. Причиной заболевания ботулизмом так же является нелегальная продажа омуля на улицах г. Улан-Удэ и других населенных пунктов. Большую опасность представляет торговля рыбной продукцией вдоль трассы Улан-Удэ – Иркутск, на побережье озера Байкал в местах отдыха.

Состояние микрофлоры различных эпитопов у больных хроническим бруцеллезом

**Сякин Р.Р., Богачева О.Н.,
Соболева Л.А., Шульдяков А.А.**

Саратовский государственный медицинский университет

На современно этапе в Российской Федерации одним из наиболее часто встречающихся зоонозов является бруцеллезная инфекция. Развитие патологического процесса при хроническом бруцеллезе характеризуется полиорганным поражением с нарушениями в важнейших звеньях гомеостаза. Вместе с тем, исследований частоты встречаемости и характера сдвигов микробиоценоза ротовой полости, а также жидкости пародонтальных карманов у больных хроническим бруцеллезом не проводилось.

Для определения микробиоценоза жидкости пародонтальных карманов и слизистой ротовой полости у больных хроническим бруцеллезом проведено обследование 40 больных с активной и неактивной формами заболевания. Частоту встречаемости микробных инфектов (*herpes simplex virus 1*, *candida albicans*, *staphylococcus aureus*) в пародонтальных карманах и на слизистых ротовой полости исследовали по данным детекции микроорганизмов методом полимеразной цепной реакции. Контрольную группу составили 20 добровольцев (здоровые лица).

Оценивая полученные результаты, можно констатировать, что формирование патологического процесса при хроническом бруцеллезе сопровождается нарушениями микробиоценоза пародонтальных карманов и слизистых полости рта, при этом значительно увеличивается частота определения условно-патогенных микробов с некоторыми различиями по частоте выделения различных инфектов у больных с активными и неактивными формами инфекции. Данные нарушения обуславливают, по все видимости, развитие патологии пародонта у больных с активными и неактивными формами хронического бруцеллеза, что необходимо учитывать при наблюдении и лечении больных данной инфекцией.

Влияние озонотерапии на уровень малонового диальдегида у больных сальмонеллезом

Таиров И.Н., Фазылов В.Х., Галеева Н.В.,
Валеева И.Х., Таирова Г.А.

Казанский государственный медицинский университет

Цель: определить уровень конечного продукта перекисного окисления липидов – малонового диальдегида (МДА) в динамике заболевания у больных сальмонеллезом и влияния на него внутривенной озонотерапии.

Под наблюдением находилось 20 больных гастроинтестинальной формой, гастроэнтеритического варианта сальмонеллеза средне тяжелого течения. Все пациенты из одного очага сальмонеллеза. Основная группа больных ($n = 10$) получала озонотерапию на фоне общепринятого лечения (инфузия солевых растворов + симптоматическая терапия), контрольная ($n = 10$) плацебо-терапию (0,9% физиологический раствор), также на фоне общепринятой терапии. Озонирование физиологического раствора проводили с использованием синтезатора озона «Озон-М-50» в стандартных флаконах по 200 мл в течение 40 мин. Количество процедур 4, которые выполнялись ежедневно в виде внутривенного капельного введения.

Результаты. Исходный уровень МДА при поступлении больных в стационар достоверно не различался с показателями здоровых лиц ($2,0 \pm 0,06$ мкМ/л) и составил в основной группе – ($1,86 \pm 0,21$ мкМ/л), в группе сравнения ($2,21 \pm 0,40$ мкМ/л). В последующем отмечался достоверный рост уровня МДА относительно исходных данных в обеих исследуемых. Однако у основной группы пациентов этот рост был достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в группе сравнения – в основной группе на 39% ($2,6 \pm 0,46$ мкМ/л), в группе сравнения на 73,7% ($3,84 \pm 0,48$ мкМ/л).

Таким образом, курсовое применение озонотерапии способствует сдерживанию окислительных процессов.

Факторы риска по заболеванию туберкулезом у детей

Тарасова Л.Г.¹, Сайфулин М.Х.², Аверенкова Н.С.²

¹Астраханская государственная медицинская академия;
²ОДСЛТФ Детский санаторий для лечения туберкулеза всех форм – в интернете, Астрахань

Заболеваемость туберкулезом среди детей по Астраханской области в 2008 г. составила 29,6 на 100 тыс. населения, что значительно превышает заболеваемость по России (16,1) и заставляет искать пути ее снижения.

В Областном детском санатории для лечения всех форм туберкулеза г. Астрахани проводится углубленное обследование и лечение детей и подростков, больных туберкулезом, а также оздоровление инфицированных детей из групп риска по заболеванию туберкулезом. Структура санатория: клиническое отделение на 80 коек, 2 санаторных отделения по 105 коек. Отделения сформирова-

ны с учетом характера туберкулезного процесса, его активности, наличия бактериовыделения.

За 2008 г. выявлено 183 ребенка с диагнозом «туберкулез», что составило 51% от всех поступивших. Выявлены туберкулинодиагностикой 65,3% больных, флюорографически – 19,4%, по обращаемости – 15,3%. У 84,7% детей – впервые выявленный активный туберкулез, 15,3% – неактивный туберкулез (кальцинаты во внутригрудных лимфоузлах, фиброзно-очаговые изменения в легочной ткани и т.п.).

При обследовании детей, заболевших туберкулезом, факторы риска обнаружены у 73%, причем во всех случаях имелось сочетание 2 или более факторов. Выявлено более 10 факторов, среди которых наиболее часто отмечалось изменение туберкулиновой чувствительности («вираж», нарастание туб. проб) – 60%, контакт с больными туберкулезом – 60,4%, длительно и часто болеющие дети – 38%, из асоциальных семей – 35,8%, бронхолегочная патология – 7%, неэффективная вакцинация БЦЖ – 20%, не привитые вакциной БЦЖ – 13%, дети, ранее перенесшие туберкулез с остаточными изменениями – 1,2%. Химиопрофилактическое лечение по поводу туб. контакта, изменения туберкулиновых проб получали 9,4% пациентов.

Таким образом, необходимо большее внимание обращать на наличие факторов риска по заболеванию туберкулезом у детей, своевременно направляя их к фтизиатру, что позволит снизить их заболеваемость.

Эффективность применения аципола при восстановительной терапии острых кишечных инфекций в педиатрической практике

Тетенкова А.А., Александрова О.К., Первишко О.В.,
Щербакова Т.В., Плисецкая Т.А., Шитель М.А.

Кубанский государственный медицинский университет;
Специализированная клиническая детская
инфекционная больница, Краснодар

Цель: изучение терапевтической эффективности и применения препарата аципол при восстановительной терапии острых кишечных заболеваний.

Пациенты и методы. Препарат аципол был назначен 43 пациентам в возрасте от 3 до 17 лет в качестве восстановительной терапии после перенесенной острой кишечной инфекции, детям от 3 мес до 3 лет в дозе 1 капсула 3 раза в сутки (вместе с приемом пищи), предварительно вскрыв капсулу и растворив ее содержимое в молоке и кипяченой воде; детям старше 3 лет по 1 капсуле 3–4 раза в день за 30 минут до приема пищи. Длительность применения препарата варьировала в зависимости от сроков улучшения клинического состояния в среднем в течение 5–8 дней при остром процессе, далее по 1 капсуле в день в течение 10–14 дней. Остальные пациенты 45 детей, из группы контроля, получали другой препарат из группы пробиотиков.

Результаты: применение препарата аципол у детей эффективнее, по сравнению с традиционной терапией у

группы контроля, купирует диарейный синдром, нормализует работу желудочно-кишечного тракта, вследствие корригирующего воздействия на микрофлору кишечника, повышая иммунологическую реактивность организма. Побочных явлений и осложнений, связанных с применением препарата, нами не выявлено. Применение аципола сокращает продолжительность клинических симптомов заболевания и длительность пребывания детей в стационаре.

Выводы: препарат аципол может эффективно применяться в комплексной восстановительной терапии острых кишечных инфекций, хронических колитов и энтероколитов инфекционной и неинфекционной этиологии у детей с 3-месячного возраста.

Менингококковая инфекция у детей в Архангельской области

Титова Л.В.¹, Самодова О.В.¹, Гордиенко Т.А.²

¹Северный государственный медицинский университет;

²Управление Роспотребнадзора по Архангельской области

Менингококковая инфекция остается серьезной проблемой здравоохранения Архангельской области. Основная заболеваемость приходится на детский возраст, вместе с тем отмечено повышение заболеваемости среди взрослых. Удельный вес детей до 14 лет колебался от 73,8% в 1999 году до 62,5% в 2007 году. Наиболее поражаемый возраст дети до 2 лет. За десятилетний период наблюдения уровень заболеваемости менингококковой инфекцией у детей до 14 лет в Архангельской области был выше, чем по Российской Федерации. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечались в 1977 и 2002 годах, составив 16,2 и 19,2 на 100 тысяч детей до 14 лет соответственно. Самый низкий показатель заболеваемости наблюдался в 2003 году, составив 6,0 на 100 тысяч детей до 14 лет, против 11,7 по Российской Федерации. В 2007 году уровень заболеваемости менингококковой инфекции в Архангельской области был равен среднефедеральному показателю (8,0 и 8,2 на 100 тысяч детей до 14 лет соответственно). Подъем заболеваемости наблюдался в октябре месяце, максимальное число заболевших отмечалось в ноябре и мае, наименьшее количество больных регистрировалось в июле и августе. Наиболее частыми этиопатогенами явились менингококки группы В (22,1%), реже заболевание вызывалось менингококками группы С (17,3%) и группы А (до 2%), отмечался большой процент негруппируемых менингококков (51,7%), остальное прочие. У детей до 14 лет возрос удельный вес генерализованных форм менингококковой инфекции с 77,4% в 1999 году до 100,0% в 2003 и 2006 годах. В 2007 году генерализованные формы составили 86,6%. Ежегодно регистрировались случаи с летальным исходом, основными причинами которых были отек и набухание головного мозга и инфекционно-токсический шок.

Таким образом, на территории Архангельской области сохраняется межэпидемический период по заболеваемо-

сти менингококковой инфекции, отмечается тенденция к снижению заболеваемости. Несмотря на преобладание детского контингента, в последние годы возрос удельный вес взрослого населения. В микробном пейзаже доминируют менингококки группы В и С.

Оценка побочных эффектов отечественных препаратов интерферона при лечении хронического вирусного гепатита С

Титоренко М.В., Ткаченко Л.И., Санникова И.В., Юнина Л.В., Демурчева С.Г.

Ставропольская государственная медицинская академия

Пациенты и методы исследования. Под наблюдением находилось 56 человек с хроническим вирусным гепатитом С, 2 и 3 генотипами без исхода в цирроз печени и сопутствующей патологии в возрасте от 23 до 45 лет. 30 человек получали Лайфферон по 3 млн МЕ через день, 26 человек – Реаферон ЕС в аналогичной дозировке. Период наблюдения составил 24 нед. Достоверность различий между группами оценивалась по критерию хи-квадрат.

Выявленные в ходе лечения побочные эффекты препаратов были свойственны всем препаратам интерферона. У пациентов отмечали развитие гриппоподобного синдрома, слабость, головную боль, миалгии, артралгии. На 1-й неделе терапии фебрильная температура отмечалась у 47% пациентов, получающих Лайфферон, и у 69% – Реаферон. Получены достоверные различия в длительности лихорадочного периода. На фоне терапии Лайффероном на 4-й неделе продолжали лихорадить 10% больных, к 12-й неделе температура нормализовалась у всех пациентов., у получавших Реаферон соответственно 58% и 15% ($p < 0,01$). Слабость на 1-й неделе терапии наблюдалась у 67%, к 12 неделе – у 3% больных, получающих Лайфферон; на Реафероне – у 100% пациентов. В первый месяц терапии и у 31% на 12-й неделе ($p < 0,001$). Получены также достоверные различия в интенсивности и продолжительности головной боли и артралгий в пользу Лайфферона. Изменения со стороны ЦНС проявлялись после четвертой недели лечения в виде нарушения эмоционального фона, раздражительности, бессонницы в 3% случаев, на фоне Лайфферона, и в 15% на фоне Реаферона ($p < 0,05$). Выраженную раздражительность отмечали соответственно 13 и 31% пациентов ($p > 0,01$). Появление сыпи, кожного зуда отмечалось начиная с 4-й недели терапии, и встречалось одинаково часто в обеих группах. Потеря массы тела менее 10% от исходной наблюдалась к 12-й неделе терапии у 20% пациентов на Лайффероне и 35% – на Реафероне ($p < 0,05$). В гемограмме на фоне Реаферона достоверно чаще развивалась тромбоцитопения и лейкопения. К 24-й неделе терапии у 8% больных, получавших Реаферон, сохранялась слабость, раздражительность, кожный зуд. На фоне приема Лайфферона после 12 недели побочных эффектов не выявлено.

Выводы: таким образом, при использовании Лайфферона мы отмечаем достоверно менее продолжительный и выраженный гриппоподобный синдром, менее высокий процент астенизации и потери массы тела. Менее выражена тенденция к развитию тромбоцитопении и лейкопении.

Опыт применения энтекавира в клинической практике

Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Бжицкая Н.И.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Цель работы. Изучить клиническую эффективность препарата энтекавира при лечении пациентов с хроническим вирусным гепатитом В.

Пациенты и методы. Лечение проводилось 6 больным хроническим гепатитом В: HbeAg-позитивным с компенсированной функцией печени, которые ранее противовирусную терапию не получали. Диагноз был установлен клинико-эпидемиологически; при биохимических исследованиях выявляли повышение активности аланиновой аминотрансферазы; подтвержден иммунологически выявлением специфических маркеров хронического вирусного гепатита В (все пациенты HbsAg +), а также ПЦР-диагностикой. Маркеры вирусных гепатитов А, С, Д – отрицательные. Была исключена хроническая патология печени другой этиологии и почек.

Больные принимали препарат перорально по 0,5 мг/сут в течение 48 нед.

Результаты. У всех больных, получавших энтекавир, наблюдалась положительная динамика клинических симптомов и лабораторных показателей. Уже на ранних этапах лечения (к концу 1 месяца) улучшилось самочувствие, повысилась физическая активность и работоспособность. Энтекавир демонстрировал хорошие результаты в отношении биохимических показателей: нормализация аланиновой трансферазы (до начала лечения была повышена в 2–3 раза); и вирусологических – неопределяемый уровень HBV DNA (до начала терапии энтекавиром вирусная нагрузка HBV DNA соответствовала $(5,81 \pm 0,92) \times 10^5$ МЕ/мл. В период лечения нежелательные реакции на фоне противовирусной терапии энтекавиром зарегистрированы не были. После окончания курса терапии энтекавиром в течение 4–6 мес наблюдения у всех больных хроническим гепатитом В был отмечен стойкий вирусологический ответ.

Выводы. Опыт применения энтекавира при лечении больных хроническим вирусным гепатитом В показал, что данный препарат подавляет репликацию вируса уже на ранних этапах лечения, улучшает состояние и самочувствие больных, нормализует активность печеночных ферментов и обладает хорошим профилем переносимости. Таким образом, энтекавир может явиться препаратом выбора при лечении больных хроническим вирусным гепатитом В.

Влияние арбидола на уровень цитокинов сыворотки крови у больных с ОРВИ

Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Камзалакова Н.И., Тихонова Ю.С.

Красноярский государственный медицинский университет

Цель работы: изучить влияние лечения арбидолом на уровень цитокинов в сыворотке крови у больных острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ).

Пациенты и методы: иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем определяли в сыворотке крови концентрацию интерлейкинов-1,4,8 (IL-1,IL-4,IL-8), фактора некроза опухоли (TNF- α) у 15 больных ОРВИ в разгар болезни до начала терапии и через 7 дней лечения.

Результаты. Анализ проведенных исследований сыворотки крови больных показал, что системный цитокиновый ответ был зарегистрирован уже на 3 сутки болезни у большинства больных. Уровень IL-1, как и TNF- α был достоверно высоким в остром периоде заболевания, что свидетельствовало о реакции организма на вирусную инфекцию. После лечения арбидолом их концентрация снижалась и коррелировала с улучшением в клинической картине заболевания. В разгар болезни увеличивалась и концентрация одного из важных медиаторов иммунного ответа – IL-8, что объяснимо его стимулирующим воздействием на макрофаги и нейтрофилы, участвующих в выработке эндогенных интерферонов, с последующим снижением его уровня после лечения. Следует отметить, что динамика концентрации IL-4 была противоположной изменениям концентраций предыдущих цитокинов. Поскольку IL-4 обладает стимулирующим воздействием на пролиферацию и дифференцировку Т-хелперов 2 типа, увеличение его концентрации до и после лечения связано с активацией гуморального звена иммунитета и выработкой специфических противовирусных антител.

Выводы. Динамика показателей цитокинов на фоне лечения арбидолом свидетельствует о значительной роли межклеточных взаимодействий в механизмах противовирусной защиты у больных с ОРВИ.

Этиотропная терапия острых кишечных инфекций у лиц пожилого возраста

Тихонова Е.П., Липнягова С.В., Тихонова Ю.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого; Городская клиническая больница №6, Красноярск

Цель работы: обосновать длительность рациональной этиотропной терапии острых кишечных инфекций у лиц пожилого возраста в зависимости от тяжести заболевания.

Пациенты и методы. В работе представлены результаты наблюдения за 109 пациентами с острой кишечной инфекцией обоего пола в возрасте 60–74 лет. Диагноз подтверждали стандартными методами: бактериологиче-

ски (посевы испражнений больных на дизентерийную группу, сальмонеллез, условно-патогенную флору), серологически (РНГА с дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумами). Кроме этого проводили общеклиническое и биохимическое исследование сыворотки крови больных для оценки тяжести состояния и наличия сопутствующей патологии.

Результаты. Исследования показали, что острые кишечные инфекции у лиц пожилого возраста в 20% случаев соответствуют тяжелой степени, с тенденцией к затяжному течению, на отягощенном преморбидном фоне: кратность хронических заболеваний (2 и более) выявлена у каждого 3-го пациента. Особенностью клинической картины острых кишечных инфекций явилось следующее: длительность лихорадки у большинства больных (72,6%) составила $3,0 \pm 1,13$ дня, у 19,3% до $5,5 \pm 0,5$ дней; у 71,6% больных жидкий стул продолжался $3,5 \pm 1,5$ дня, у 14,7% пациентов – до $6,5 \pm 0,5$ дней. Кратность стула в сутки колебалась в 79,3% случаев до $3,5 \pm 1,5$ раз, в 21,7% – $8,5 \pm 1,5$ раз. Все пациенты получали этиотропную и патогенетическую терапию. Этиотропное лечение проводилось фторхинолоновыми препаратами: в 96,03% случаев перорально и в 3,97% – парентерально. Длительность этиотропной терапии у пациентов со средней степенью тяжести (64,9%) составила $3,5 \pm 1,5$ дня, а при тяжелом течении заболевания (29,7%) продолжалась до $8,0 \pm 2,0$ дней.

Заключение. Наши наблюдения показали, что острые кишечные инфекции у лиц пожилого возраста имеют свои особенности, которые заключаются в более тяжелом течении заболевания, проявляющиеся длительной лихорадкой, интоксикацией и диспепсическим синдромом. Продолжительность этиотропной терапии согласуется с тяжестью заболевания и при среднетяжелом течении заболевания может быть ограничена 3–4 днями, а при тяжелом течении – удлиняется до 8 дней.

Хроническая Эпштейна–Барр вирусная инфекция у взрослых

Ткаченко Л.И., Демурчева С.Г., Юнина Л.В.

Ставропольская государственная медицинская академия

Эпштейна–Барр вирусная инфекция (ЭБВИ) относится к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям детского возраста. В последние годы во всем мире и Российской Федерации отмечается увеличение показателей заболеваемости этой инфекцией. Последнее время уделяется внимание хроническим формам ЭБВИ, хотя официальной регистрации этой патологии нет.

Целью нашей работы был анализ клинико-эпидемиологических и лабораторных показателей у взрослых с хронической ЭБВИ (ХЭБВИ).

Под нашим наблюдением находилось 29 человек ХЭБВИ, проходивших обследование в Ставропольском краевом клиническом диагностическом центре по поводу длительного субфебрилитета (96,5%), и в связи с персистирующей лимфоаденопатией (3,5%). Мужчины

составляли 44,8%. Преобладали больные в возрасте от 21 до 40 лет (62,1%), хотя встречались лица и более старшей возрастной категории: 41–50 лет – 10,4%, 51–60 лет – 13,8%. В зимне-весенний период обратились за медицинской помощью 83,2% пациентов. Ведущими жалобами были длительный субфебрилитет (более 6 мес), слабость, частые простудные заболевания (6–10 раз в год), першение в горле. При объективном исследовании периферическая лимфоаденопатия внепаховой локализации выявлена у 72,4%, гиперемия ротоглотки – у 34,5%, гиперплазия лимфоидных фолликулов у 24%, гепатолиенальный синдром – у 9,5%, увеличение печени у 23,8% пациентов. Все больные обследованы по программе длительно лихорадящих, а также на вирусные гепатиты, ВИЧ, ЦМВИ, хламидии, микоплазмы, антитела к ВЭБ методом ИФА и ПЦР к ДНК ВЭБ в слюне. Хронический тонзиллит выявлен у 34,5%, хронический ринофарингит – у 31,1%. При анализе микробного пейзажа ротоглотки у большинства больных (62%) ХЭБВИ, выявлена условно-патогенная флора. У 87,7% пациентов выявлена ДНК ВЭБ в слюне. При анализе иммунограмм дефекты Т-лимфоцитов и клеточно-опосредованного иммунного статуса выявлены у 62,0% больных. После проведения комплексной этиотропной и патогенетической терапии состояние улучшилось у 86,2% пациентов.

Таким образом, ХЭБВИ болеют не только дети, но и взрослые. Индукция вторичного иммунодефицита приводит к формированию групп часто и длительно болеющих, что снижает качество жизни пациентов и наносит существенный ущерб бюджету семьи и экономике страны.

Характеристика цитокиновой регуляции и свободнорадикального окисления при тропической малярии у детей

Токмалаев А.К., Ходжаева Н.М.

Российский университет дружбы народов, Москва

Под наблюдением находился 51 больной *falciparum*-малярией в возрасте от 1 до 14 лет. У больных выявлено достоверное увеличение содержания малонового диальдегида и снижение уровня каталазы во все периоды заболевания с тенденцией к снижению в периоде реконвалесценции. Высокие концентрации вторичных токсичных метаболитов способствуют разрушению мембран эритроцитов и повышению чувствительности клеток к другим повреждающим агентам, в частности, цитокинам – ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, в избытке накапливающимся в ходе развития инфекционного процесса ($150,5 \pm 6,3$; $34,5 \pm 3,1$; $160,6 \pm 3,4$ пг/мл, соответственно, в периоде разгара; $p < 0,05$). При исследовании взаимодействий между показателями процессов ПОЛ и параметрами цитокинового профиля установлена сильная корреляционная связь между показателями малонового диальдегида и цитокинами: ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ИЛ-4 ($r = 0,97$, $p < 0,001$; $r = 0,93$, $p < 0,001$; $r = 0,76$, $p < 0,01$, $r = 0,94$, $p < 0,001$, соответственно). Длительно сохраняющийся дисбаланс в

системе ПОЛ/АОЗ может быть ответственным за развитие рецидивов и осложнений (внутрисосудистый гемолиз эритроцитов, гиперреактивное увеличение селезенки, церебральная кома).

Осложнения со стороны сердца при инфекционном мононуклеозе у детей

Толстикова Т.В., Брегель Л.В., Киклевич В.Т., Субботин В.М.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;

Иркутский государственный медицинский университет

При инфекционном мононуклеозе встречаются кардиальные осложнения, однако пока нет единого мнения о частоте, структуре и сроках появления этих осложнений, а также их течении и прогнозе.

Нами обследовано 47 детей, перенесших инфекционный мононуклеоз. Из них у 40 детей (85%) подтверждена Эпштейн–Барр вирусная этиология заболевания. Из них 36 пациентов перенесли ЭБВ-инфекционный мононуклеоз в типичной форме и 4 ребенка – в атипичной форме.

По данным нашего исследования, органическое поражение сердца выявлено только у детей с лабораторно подтвержденным Эпштейн–Барр вирусным инфекционным мононуклеозом. Среди осложнений со стороны сердца были выявлены: миокардит – у 12,5%, инфекционный коронарит – у 37,5%, синдром Кавасаки – у 17,5%, в том числе осложненный коронарной дилатацией и инфарктом миокарда эндокардит – у 2,5%.

При не ЭБВ-инфекционном мононуклеозе органического поражения сердца не выявлено.

Миокардит при типичном ЭБВ-инфекционном мононуклеозе возникает редко (в 8% случаев) и протекает в легкой или средне-тяжелой форме, а при атипичной форме ЭБВ-инфекционного мононуклеоза развивается в половине случаев, протекает очень тяжело, симптомы миокардита исчезают не ранее, чем через 12 мес от начала заболевания и в половине случаев формируется дилатационная кардиомиопатия.

Возникновение эндокардита при ЭБВ-инфекционном мононуклеозе является казуистикой. Мы наблюдали один случай такого эндокардита с легкой степенью тяжести и благоприятным исходом, без развития сердечной недостаточности и без формирования клапанного порока сердца.

Инфекционный коронарит при ЭБВ-инфекционном мононуклеозе встречался более чем у 1/3 больных, характеризовался мягким течением, заканчивался выздоровлением во всех случаях.

Синдром Кавасаки при острой ЭБВ-инфекции наблюдался у 13% больных, а при хронической значительно чаще – у 30%. Он сопровождался коронаритом, приводящим в половине случаев к таким осложнениям, как вторичная дилатационная кардиомиопатия, коронарная дилатация и инфаркт миокарда.

Особенности течения ротавирусной инфекции у новорожденных детей

Торопова М.М., Тишук Т.И., Звонарева Н.В., Жуйкова Г.В.

Ижевская государственная медицинская академия; Городская клиническая больница №4, Ижевск

Нами проанализировано 50 историй болезней детей в возрасте от 5 дней до 29 дней с ротавирусной инфекцией. Диагноз выставлен на основании проведения ИФА кала (у 28% больных) и иммунохроматографического экспресс-анализа кала (у 72%).

В клинике заболевания у большинства больных (76%) наблюдалось острое начало, подострое составило 24%, из них у 6% детей заболевание манифестировало респираторным синдромом. Повышение температуры до фебрильных цифр отмечалось у 1/5 детей, субфебрилитет – у 1/4, которые держались 2–3 дня, у половины детей наблюдались нормальные показатели температуры. У всех детей отмечалось беспокойство, отказ от еды, диспепсические явления. Срыгивания наблюдались с первых суток заболевания у 42% детей, рвота была несколько реже (в 2%), увеличение кратности стула и разжижение его наблюдалось у всех детей.

В клиническом анализе крови были разнообразны изменения: лейкоцитоз (в 42%), лейкопения (у 18 детей %), эозинофилия (в 10%), лимфоцитоз (в 20%), сдвиг формулы влево (у 16% больных), анемия (в 10%), по-видимому, изменения в анализах были связаны с сопутствующей патологией. У 88% детей наблюдался энтеральный копрологический синдром. При посеве кала высеяна флора: *St. aureus* (14%), *Kl. pneumonia* (12%), *Enterococcus faecalis* (2%), *Ps. aeruginosa* (4%). Дети имели сопутствующие заболевания: кандидоз слизистых и кожных покровов (48%), инфекцию мочевыводящих путей (6%), нарушения обмена билирубина (36%), гнойный конъюнктивит (8%), омфалит (6%), ЗВУР (8%), недоношенность (6%). В течение беременности у матерей этих детей наблюдался осложненный акушерский анамнез (34%), перенесенные острые респираторные инфекции (16%).

В лечении на фоне регидратационной терапии проводилась противовирусная терапия кипфероном (96% детей) и вифероном (4%) детей. Антибактериальную терапию получали 28% детей в связи с сопутствующими заболеваниями, противогрибковые средства получили 48% детей.

Таким образом, ротавирусная инфекция у большинства новорожденных детей протекает на отягощенном преморбидном фоне в период становления биоценоза кишечника, что осложняет течение самой ротавирусной инфекции и требует от врача индивидуального подхода при коррекции патологических нарушений.

Выявление вируса папилломы человека в образцах рака мочевого пузыря

Трофимова О.Б.¹, Кувда Д.А.¹, Волгарева Г.М.², Шипулина О.Ю.¹, Головина Д.А.², Глазунова В.А.², Ермилова В.Д.²

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН

Роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в этиологии и патогенезе рака мочевого пузыря (РМП) на сегодняшний день является дискуссионным вопросом. Для изучения вопроса причастности ВПЧ к онкогенезу в МП необходимо подтвердить присутствие вируса в образцах биоптатов МП, поскольку существует вероятность контаминации препаратов при проведении операции.

Цель работы – разработка схемы тестирования биоптатов МП и разработка методов для его проведения.

Материалы и методы. Экстракция нуклеиновых кислот проводилась из биоптатов РМП, полученных при трансуретральной резекции. Экстракция ДНК проводилась по методу R. Boom с использованием набора «ДНК-сорб-С» ФГУН «ЦНИИЭ», экстракция РНК проводилась по методу Хомчинского с использованием набора «РИБО-золь-В» ФГУН «ЦНИИЭ». Определение наличия ВПЧ, вирусной нагрузки и генотипирование вируса проводилось методом ПЦР в режиме реального времени с использованием наборов «АмплиСенс ВПЧ ВКР скрин-титр-FL» и «АмплиСенс ВПЧ ВКР генотип-FL» ФГУН «ЦНИИЭ», определение статуса экспрессии онкогенов проводилось при помощи обработки образцов ДНКазой1, последующей обратной транскрипции и ПЦР с праймерами на область E7.

Результаты. Среди протестированных 60 образцов 28 оказалось слабоположительными по наличию ДНК ВПЧ 16 типа, и 2 образца были уверенно положительные. Для исключения вероятности контаминации образцов в процессе операции, проводилась оценка присутствия РНК E7 ВПЧ 16 типа в образцах. Среди 28 слабоположительных образцов в 5 случаях были выявлены следовые количества РНК E7, которые, судя по всему, являются остаточной ДНК неразрушенной ДНКазой и маловероятно доказывают присутствие ВПЧ. Среди 2 образцов уверенно положительных по ДНК ВПЧ в обоих случаях выявлена экспрессия E7 порядка 4 Ig коп/мл. Вывод при анализе биоптатов РМП необходимо использовать не только определение наличия ДНК ВПЧ, но и выявление РНК ВПЧ для исключения ложноположительных результатов, возникающих вследствие различных причин и вводящих в заблуждение исследователей. При использовании данной схемы в 2 случаях РМП удалось подтвердить присутствие ВПЧ в опухоли, что требует продолжения исследований.

Современные подходы к лабораторной диагностике токсоплазмоза

Трякина И.П.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Диагностическая проблема может рассматриваться в трех аспектах: диагностика острого манифестного токсоплазмоза у иммунных пациентов, диагностика токсоплазмоза у больных СПИДом и выявление острой бессимптомной инфекции у беременных.

В настоящее время лабораторная диагностика токсоплазмоза основывается на выявлении специфических антител класса «М» и «G» в серологических тестах – реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), иммуноферментном анализе (ИФА), изучении их динамики.

При остром токсоплазмозе с манифестными симптомами или без них уровни специфических «М», «G»-антител имеют высокие значения в РНИФ и ИФА. Поэтому выявление высоких показателей «М» и «G»-антител с большей долей вероятности свидетельствует об остром токсоплазмозе. Однако, известно, что высокие уровни антител могут сохраняться много месяцев и даже лет.

У больных СПИДом при развитии токсоплазмозного энцефалита или других органических поражений выявляются специфические антитела в большинстве случаев, однако, у некоторых пациентов из-за истощения иммунной системы АТ могут не определяться (данные G. Remington), что затрудняет диагностику токсоплазмоза у больных СПИДом.

Метод ПЦР позволяет выявлять специфические нуклеотидные последовательности ДНК токсоплазм. Материалом для ПЦР может служить биопсийная ткань лимфатического узла, ликвор, амниотическая жидкость, промывные воды бронхов. Сложность в получении материала для проведения метода ПЦР ограничивает его применение в практической работе.

В настоящее время выделены оболочечные и внутренние белки токсоплазм – антигены Р 14, Р 27, Р 30, Р 33, Р 43 килодальтон и ферменты, напоминающие ферменты растений.

Поверхностный белок оболочки Р 30, его называют «ранним белком», циркулирует в крови на первых этапах инфекционного процесса, инициирует образование «ранних» антител. Методом иммунного блота можно выявить антиген Р 30 и антитела к нему. Определение белка Р 30 и антител позволяет подтвердить острый манифестный токсоплазмоз, протекающий с лимфаденопатией, выявить бессимптомную инфекцию у беременных. Также у больных СПИДом выявление Р 30 может служить диагностическим критерием генерализованного процесса, что будет определять лечебную тактику и проведение профилактических мероприятий.

Внедрение метода иммунного блота с определением антигена Р 30 и антител к нему – перспективная задача для улучшения диагностики токсоплазмоза.

Применение «Искадора Q» в терапии вирусного гепатита С

Трякина И.П., Сапронов Г.В.,
Томкевич М.С., Турьянов М.Х.

*Российская медицинская академия
последипломного образования, Москва*

С 2000 года на кафедре инфекционных болезней РМАПО проводится изучение клинической эффективности препарата Искадор Q при лечении больных хроническим вирусным гепатитом «С».

Искадор производится в Германии фирмой «Веледа», а в 2004 году он зарегистрирован в РФ (регистрационное свидетельство П№015989/01 от 21.10.04 г.)

Искадор Q назначали больным ХГС, которые ранее не получали противовирусную терапию или имели противопоказания к лечению интерферонами.

Пролечено 76 пациентов, из которых мужчин – 64%, женщин – 36%, средний возраст составил 31,8 лет.

Установлено, что применение Искадора приводит к купированию клинических синдромов астено-вегетативного, диспептического в 100% случаев, в 88% снижаются уровни трансаминаз. У большинства больных уменьшилась вирусная нагрузка, причем, в 7,8% случаев во время лечения исчезала РНК HCV. При повторных биопсиях, сделанных по окончании курса лечения, отмечено улучшение гистологической картины печени. Среднее значение индекса Knodell после окончания терапии составило 5,41 балла в сравнении с исходным – 7,4 балла. Индекс фиброза достоверных изменений не претерпевал, сохраняясь на прежнем уровне.

Особенностью применения Искадора является индивидуальная доза лекарства, которая подбирается с учетом изменения уровня трансаминаз, интенсивности гиперемии в месте подкожного введения Искадора.

Длительность лечения составляет 12 мес, однако, по предложению германских коллег, авторов препарата, применение рекомендуется увеличить до 24 мес для более полной реализации противовирусных и иммуномодулирующих свойств Искадора Q.

На кафедре продолжает накапливаться клинический опыт лечения Искадором. Анализируются отдаленные результаты терапии больных, пролеченных в 2000-2005 гг., отрабатываются дозы Искадора, сравниваются различные схемы введения препарата.

Таким образом, препарат Искадор Q может быть рекомендован для лечения больных хроническим вирусным гепатитом «С». Длительность введения препарата составляет не менее 12 мес, доза и схема введения подбираются индивидуально для каждого пациента.

Клинико-эпидемиологическая характеристика геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Смоленской области

Тютликова Л.А., Храмцов М.М., Анпилогов А.И.,
Шибко Н.А., Шипилов М.В., Лобанова О.Л.,
Тютликов А.П.

Смоленская государственная медицинская академия

В клинике инфекционных болезней с 2004 по 2008 годы наблюдалось 23 больных ГЛПС. 5 человек госпитализировано в 2004 г., 3 – в 2006 г., 13 – в 2007 г., 2 – в 2008 г. В стационар больные направлялись чаще с диагнозом ОРВИ – 35%, лихорадка неясного генеза – 25%, ГЛПС – 25%, лептоспироз – 15%. В 45% случаев госпитализация осуществлялась в первые 7 суток болезни и в 55% – позже 7 дня. 75% пациентов – лица среднего возраста (26–50 лет), 15% – 18-25 лет, 10% – старше 51 года. Мужчин – 20, женщин – 3. Наиболее часто болели сельские жители – 65%. Контакт с грызунами выявлен у 80%. В 100% случаев отмечались симптомы интоксикации, у 17 человек регистрировалась высокая лихорадка (74%), миалгии – у 11 больных (48%). Геморрагический синдром с поражением слизистых выявлен у 13 пациентов (57%), у 5 (22%) регистрировалась петехиальная сыпь. Снизилась острота зрения у 7 больных (30%). Нефротический синдром: снижение диуреза наблюдалось у 15 пациентов (65%), «+» симптом Пастернацкого – у 10 (43%), анурия развилась у 2 (8,7%). Боли в животе, рвоту отмечали 8 больных (34,7%), гепатомегалия выявлена у 16 пациентов (70%). В периферической крови с 4-го дня болезни лейкоцитоз с увеличенной СОЭ регистрировался у 19 пациентов (82,6%). В биохимическом анализе повышение мочевины и креатинина у 20 (87%) и у 3 (13%) показатели без изменений. Протеинурия наблюдалась у 16 пациентов (70%), лейкоцитурия – у 14 (61%), эритроцитурия – у 10 (43,4%). При УЗИ почек ишемия коркового слоя выявлена у 15 больных (65,2%), отек коркового слоя почек – у 4 (17,3%), у 5 пациентов (21,7%) органических изменений не выявлено. У 21 больного (90%) заболевание было средней степени тяжести. У 2 больных (10%) заболевание протекало в тяжелой форме с развитием в одном случае менингоэнцефалита с летальным исходом.

Таким образом, подъем заболеваемости ГЛПС зарегистрирован в 2007 г. Чаще болели мужчины в возрасте 26–50 лет, проживающие в сельской местности. Диагностика в различных ЛПУ в 75% случаев оказалась несвоевременной. В клинической картине ГЛПС преобладали среднетяжелые формы заболевания.

Респираторный синдром у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Убоженко И.В., Дадалова О.Б.,
Мадич Е.А., Клепцова И.П.

Владивостокский государственный медицинский университет

Принято считать, что легкие являются органом-мишенью при хантавирусной инфекции, ассоциированной с вирусом Син-Номбре, при которой причиной летальных исходов у 50-60% больных являлся острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС). Приводим случай тяжелого течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), обусловленной серотипом Амур. Больной Л., 42 лет, поступил в клинику инфекционных болезней (ККБ№2) на 3-й день болезни с высокой лихорадкой, одышкой до 28 дыхательных движений в минуту, влажным кашлем со скудной мокротой, артериальной гипотензией (АД 90/55 мм рт. ст.), повторной рвотой. При осмотре определялось ослабленное дыхание и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких при аускультации, гиперемия кожи лица и шеи. При рентгенологическом исследовании выявлено усиление легочного рисунка за счет перибронхиальных уплотнений, деформация его в прикорневых зонах, ячеистость структуры, перибронхиальная инфильтрация справа в S6 сегменте. На компьютерной томографии органов грудной полости выявился двухсторонний гидроторакс, мелкоочаговая инфильтрация. Основанием для постановки у больного диагноза ГЛПС явились показатели нарастающей азотемии (мочевина и креатинин сыворотки крови увеличены в 2–3 раза, по сравнению с нормой) без значительной олигурии, а также гиперферментемия (АСТ и АЛТ, превышающие нормальные показатели в 2–3 раза). Диагноз ГЛПС был подтвержден серологически, титр антител к антигену хантавируса в НМФА составил 1 : 512 (7-й день болезни) и 1 : 4096 (16-й день болезни). Следует отметить быструю положительную динамику наблюдаемой легочной патологии при проведении коррекции гемодинамических нарушений: через 5 дней у больного отмечали исчезновение одышки, лихорадки, нормализацию физикальных и рентгенологических данных. Таким образом, ОРДС наблюдается у больных в нашем крае и является закономерным клиническим проявлением ведущих патогенетических феноменов болезни: высокой сосудистой проницаемости, плазморреи и гипергидратации легких.

Синдром гепатита у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, обусловленной вирусом Сеул

Убоженко И.В., Иванис В.А., Клепцова И.П.

Владивостокский государственный медицинский университет

Вовлечение печени в патологический процесс при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) вполне закономерно и объясняется не только следствием полиорганной недостаточности, но и участием печени в иммунных реакциях. Признаки гепатита (умеренные гепатомегалия, гаптербилирубинемия, диспептические расстройства, болевой синдром в правом подреберье, диарея) отмечены у большей части больных ГЛПС, ассоциированной с разными серотипами хантавируса – Пуумала, Хантаан, Добрава-Белград, Сеул. Выраженность нарушений функций печени, как правило, параллельна степени тяжести инфекции. Анализ клинического течения ГЛПС, обусловленной серотипом Сеул, проведен у 7 больных, госпитализированных в течение 2 мес (апрель-май) в 2008 году в клинику инфекционных болезней ВГМУ. Диагноз ГЛПС у всех больных подтвержден серологически по нарастанию титра специфических антител в НМФА. Все пациенты были жителями г. Владивостока и инфицировались в городском очаге ГЛПС. Тяжелое течение заболевания отмечено у 2 больных, среднетяжелое – у 5. Нарушение функции печени зарегистрировано у всех пациентов и проявлялось с первых дней болезни на фоне лихорадки и явлений интоксикации следующими симптомами: горечь во рту, изжога, тошнота, тупые боли в правом подреберье, гепатомегалия (+2–4 см из-под края реберной дуги). Характерно наличие цитолиза у всех больных, причем степень повышения уровня АЛТ (в 3-5 раз по сравнению с нормой), по сравнению с уровнем АСТ (в 1,5-3 раза выше нормы), была гораздо большей и коррелировала с тяжестью инфекции. Гипербилирубинемия отмечена у 3 больных (28,6–48,4 мкмоль/л с прямой замедленной реакцией). Симптом диареи наблюдался у 2 больных, что, вероятно, свидетельствует о гемоциркуляторных нарушениях в кишечнике и печени. Выраженность диареи была незначительной (стул 2-3 раза в сутки, жидкий, без патологических примесей), а продолжительность кратковременная (2 дня). При ультразвуковом исследовании отмечено, что эхогенность печени и сосудистая система у всех больных была обычной.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), вызванной серотипом хантавируса Сеул

Убоженко И.В., Иванис В.А., Мыльцина И.Н.

Владивостокский государственный медицинский университет

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром) является одним из ведущих в патогенезе геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС). Выраженность клинических проявлений ДВС-синдрома служит одним из критериев тяжести болезни. Геморрагический синдром тяжелой степени больше характерен для Хантаан инфекции. В данном сообщении приведено клиническое наблюдение случая ГЛПС, обусловленного вирусом Сеул, подтвержденного серологически – титр антител к антигену хантавируса в непрямом методе флюоресцирующих антител (НМФА) на 6 день от начала заболевания составил 1 : 512, на 12 день – 1 : 2048, больной наблюдался в клинике инфекционных болезней ККБ №2 г. Владивостока. Больной М., 43 лет, рабочий строительной специальности, житель г. Владивостока, госпитализирован на 6-й день болезни с высокой лихорадкой, психомоторным возбуждением, выраженными головными болями, геморрагической экзантемой на туловище и конечностях, субсклеральными и субконъюнктивальными кровоизлияниями, артериальной гипотонией (АД 90/60 мм рт. ст.). В последующие дни геморрагический синдром нарастал: появились экхимозы, сливные геморрагии на коже, носовые и геморроидальные кровотечения, тромбоцитопения (20×10^9), ФПТВ – 80 при норме 35–40), этаноловый тест «+». Одновременно снизился суточный диурез до 600,0 мл, появилась умеренная азотемия (мочевина, креатинин сыворотки соответственно 12,5 и 213,0 ммоль/л). В результате проведения интенсивной терапии, включающей вероривавирин в/в 16 мг/сут – 1 день, затем внутрь 800 мг 3 дня, антиоксиданты, состояние больного стабилизировалось, геморрагические проявления купировались, острая почечная недостаточность не нарастала. На 20 день пациент выписан клинически здоровым. Таким образом, ГЛПС, обусловленная серотипом хантавируса Сеул, может характеризоваться тяжелым течением с выраженным ДВС-синдромом и острой почечной недостаточностью. Интенсивная терапия с включением вероривавирина способствует благоприятному исходу заболевания и выздоровлению больных.

Серозный менингит как клиническая форма энтеровирусной инфекции

Убоженко И.В., Симакова А.И., Дадалова О.Б., Мадич Е.А.

Владивостокский государственный медицинский университет

Серозный менингит, как клиническая форма энтеровирусной инфекции (ЭВИ), встречается достаточно часто (от 4 до 40%). Нами были обследованы 112 человек с

ЭВИ, находящиеся на стационарном лечении в клинике инфекционных болезней ККБ №2 г. Владивостока за летний период (июль, август) 2008 г. Из них в 19 случаях ЭВИ проявлялась клиникой серозного менингита. Заболевание в большинстве случаев начиналось остро с повышения температуры до 38–40°C и протекало с резкой головной болью, тошнотой, рвотой, в отдельных случаях с потерей сознания и бредом. В гемограмме наблюдался лимфоцитоз (до 45%), СОЭ не изменялось. На высоте болезни были выражены менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка на 2–3 поперечных пальца, симптомы Кернига (от 100° до 180°) и Брудзинского, гипертензионный синдром. В отдельных случаях наблюдалось поражение глазодвигательных нервов (нистагм, недостаточность конвергенции), патологические рефлексы Бабинского и Гордона (у одного больного). При осмотре больных окулистом данных за отек, застой дисков зрительных нервов не выявлено. При люмбальной пункции ликвор был во всех случаях прозрачный, бесцветный, вытекал под повышенным давлением. Цитоз от 5 до 378 кл в 1 мкл. При цитологическом исследовании у 10 больных были выявлены преимущественно лимфоциты, у остальных больных в ликворе преобладали нейтрофилы (до 70–80%), что, скорее всего, свидетельствует о самых ранних стадиях ЭВИ. Содержание сахара и хлоридов, как правило, не изменялось (от 2,7 до 3,8 ммоль/л). У 1 больного сахар в ликворе составлял 5,1 ммоль/л, и еще в одном случае наблюдалось снижение этого показателя до 0,9 ммоль/л при нормальных показателях глюкозы в сыворотке крови. Белок в спинномозговой жидкости определялся в большинстве случаев в пределах нормы (от 0,134 до 0,396 г/л), у 5 больных белок в ликворе был повышен (от 0,418 до 0,938 г/л). Белковые реакции (реакция Панди, реакция Нонне-Апельта) во всех случаях были умеренно положительными. При исследовании ликвора методом ПЦР-диагностики у 15 больных выделены РНК вируса, типированы вирусы ЕСНО-30. У 7 человек вирусы ЕСНО-30 выделены из кала, у двух больных из кала выделены вирусы Coxsackie-3 и ЕСНО-30.

Показатели провоспалительных цитокинов у больных астраханской риккетсиозной лихорадкой

Углева С.В.¹, Буркин А.В.¹,
Борисова И.Э.², Шабалина С.В.²

¹*Астраханская государственная медицинская академия;*

²*Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва*

Для выявления иммунологических особенностей при Астраханской риккетсиозной лихорадке нами были изучены показатели провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α).

Исследования проводились в условиях Астраханской областной инфекционной клинической больницы в период с 2004 по 2006 годы. Всего обследовано 40 больных АРЛ со среднетяжелым течением болезни в возрасте от

17 до 69 лет в динамике болезни. Группа сравнения составила 30 здоровых лиц, не отличающихся от больных по полу и возрасту. В комплекс лечебных мероприятий включались патогенетические, этиотропные и симптоматические средства.

Изучение показателей провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α) в сыворотке у больных АРЛ выявило, что средняя концентрация ИЛ-1 β до лечения заболевания составила $187,424 \pm 42,6$ пкг/мл, интерлейкина-6 (ИЛ-6) – $65,14 \pm 12,53$ Е/мл, ФНО- α – $1,456 \pm 0,488$ пкг/мл. Сопоставление их с проведенным лечением показало, что под влиянием доксициклина уровень ИЛ-1 β на первой и второй неделе заболевания возрастал до $268,15 \pm 49,7$ пкг/мл и $295,45 \pm 37,7$ пкг/мл соответственно, т.е. в 5,3–5,5 раз выше по сравнению с контролем. Рассматривая показатели ИЛ-6 на фоне проводимого лечения у больных АРЛ следует отметить, что лечение доксициклином давало достоверно положительный эффект: на первой неделе уровень ИЛ-6 составлял $61,14 \pm 13,53$ Е/мл, а на второй неделе – $22,68 \pm 4,21$ Е/мл, что соответствовало контрольным показателям.

Продукция фактора некроза опухолей α (ФНО- α) у больных АРЛ были в пределах нормы на протяжении всей болезни.

Таким образом, было показано, что у больных АРЛ в остром периоде болезни наблюдалось достоверное увеличение ИЛ-1 β , ИЛ-6 по сравнению с группой сравнения.

Течение рожи при сопутствующей патологии

Федина Е.А., Пятова Л.Г., Мартынов В.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Рожа чаще всего протекает на фоне сопутствующей патологии, чаще всего это ожирение, гипертоническая болезнь, хроническая венозная недостаточность, сахарный диабет и т.д. Нередко наблюдается одновременное наличие нескольких сопутствующих заболеваний и коморбидных состояний. Сочетание ожирения, артериальной гипертензии, повышение уровня глюкозы крови – основных критериев метаболического синдрома (синдрома Х), рассматриваемого как предстадия сахарного диабета 2 типа, встречается у больных рожей в 9,6%. Причиной развития метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа является инсулинорезистентность и, помимо вышеперечисленных, к критериям данного синдрома относят дислипидемию. Тщательные исследования, направленные на выявление синдрома Х, не проводятся у больных с рожей.

У больных с сопутствующими метаболическими нарушениями рожа протекает более длительно, чаще в виде среднетяжелых и тяжелых форм, характеризуется возрастанием риска рецидивов, что увеличивает материальные расходы на лечение данной группы больных. Для уменьшения длительности течения инфекционного процесса, тяжести заболевания, а также для снижения риска развития рецидивов и осложнений у данной категории ин-

фекционных больных необходимо обязательная коррекция имеющихся метаболических нарушений. Поэтому раннее выявление и полная коррекция инсулинорезистентности у больных рожей с клиническими проявлениями метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа способствуют улучшению результатов проводимого лечения. Для этого необходимо проведение расширенного лабораторного исследования с определением липидного спектра (холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, общий холестерин, ТГ), перорального теста толерантности к глюкозе с исследованием С-пептида и глюкозы натощак и после приема 75 г глюкозы и включение в лечение сахароснижающих препаратов.

Современные средства и методы дезинфектологической профилактики туберкулеза

Федорова Л.С.

НИИ дезинфектологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва

Эпидемиологические особенности туберкулеза в современных условиях, выраженные высокой заболеваемостью, особенно среди медицинского персонала, появлением возбудителей с множественной и чрезвычайной лекарственной устойчивостью, обладающих повышенной трансмиссивностью и вирулентностью, возникновение микобактериозов, возбудители которых имеют более высокую природную устойчивость к физическим и химическим факторам, чем классический возбудитель, частая ассоциация туберкулеза с ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами, требуют совершенствования его профилактики, в том числе и дезинфектологической.

Так как основным путем передачи инфекции является воздушно-капельный, наибольшее внимание должно быть уделено обеззараживанию воздуха в помещениях ЛПУ. Для снижения концентрации инфекционных аэрозолей в воздухе необходима организация качественной вентиляции, применение высокоэффективных фильтров, установок для обеззараживания воздуха с использованием принципов «ионного ветра», фотокатализа, электрических полей и ультрафиолетового излучения.

Для дезинфекции поверхностей в помещениях, санитарно-технического оборудования, посуды, белья и др. объектов наиболее широко применяется химический метод. Высокую туберкулоцидную активность проявляют дезинфицирующие средства в виде композиций на основе катионных поверхностно-активных веществ в комплексе с альдегидами, хлорактивные таблетированные средства на основе дихлоризоцианурата натрия, натриевой соли трихлоризоциануровой кислоты, хлорпроизводных гидантоина, анолиты, надкислоты и др. Наряду с химическим методом обеззараживания для дезинфекции при туберкулезе применяют физический и сочетанный методы – кипячение, автоклавирование, машины для дезинфекции и мойки посуды, для стирки и дезинфекции белья, ус-

тановки для обеззараживания и утилизации отходов, дезинфекционные камеры.

Применение адекватных современных методов и средств дезинфекции, а также совершенствование нормативно-методической базы будут способствовать эффективной профилактике туберкулеза.

Диагностическое значение короткоцепочечных жирных кислот в оценке интоксикации и дегидратации при острых кишечных инфекциях

Федотова Н.Н., Баликин В.Ф., Акайзин Э.С.

Ивановская государственная медицинская академия

Синдромы интоксикации и дегидратации являются ведущими в патогенезе острых кишечных инфекций (ОКИ) и определяют тяжесть заболевания и тактику терапии. Между тем, недостаточно изучено значение метаболитов анаэробной микрофлоры – короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в оценке интоксикации и дегидратации при ОКИ.

Обследованы 87 больных с ОКИ (28 – сальмонеллез, 5 – шигеллез, 12 – ОКИ, вызванные условно-патогенной флорой, 42 – ОКИ неустановленной этиологии), 46 мужчин и 41 женщина. У 19 больных заболевание протекало в легкой форме, у 68 – в среднетяжелой. Оценка степени интоксикации и дегидратации проводилась по критериям акад. Н.Д.Ющука и акад. В.П.Покровского. Определение концентраций КЖК (уксусной, пропионовой, масляной и изовалериановой) осуществлялось в крови методом газожидкостной хроматографии.

У больных с легкой формой заболевания установлена легкая степень интоксикации; среди больных с ОКИ средней тяжести – у 34 больных определена средняя и у 34 – легкая степень интоксикации. У больных со средней степенью интоксикации выявлено повышение концентраций всех изучаемых кислот в сравнении с показателями у больных с легкой степенью интоксикации; отличия по уровню пропионовой и изовалериановой кислот достоверны ($p < 0,05$).

У больных с легкими формами кишечных инфекций не отмечалось клинических признаков дегидратации, в то время как при средней тяжести болезни у 57 (84%) человек имели место симптомы обезвоживания 1–2 степени. Концентрации всех исследуемых КЖК у больных с дегидратацией были выше, чем показатели у пациентов без признаков обезвоживания, отличия по уровню уксусной и пропионовой кислот были достоверными ($p < 0,05$).

Таким образом, определение КЖК в крови позволяет объективно дифференцировать больных по степени интоксикации, выделять пациентов с симптомами обезвоживания и без признаков дегидратации, что позволяет проводить дифференцированное и адекватное лечение.

Микробиологическая характеристика слизистой оболочки ротоглотки больных с поражением респираторного тракта

Феклисова Л.В., Савицкая Н.А., Воропаева Е.А.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Целью исследования было изучение показателей облигатной, добавочной и транзиторной групп микроорганизмов у детей с острым респираторным заболеванием. Наблюдалось 148 детей от 3 мес до 13 лет, больных ОРЗ, которое у 77,1% протекало с затруднением акта дыхания (стенозирующий ларинготрахеит, бронхит, пневмония). Микробиологическое изучение биотопа ротоглотки выявило дисбиотические нарушения у 105 (70,9%) детей, в виде умеренного снижения частоты обнаружения облигатных микроорганизмов: α -гемолитического стрептококка, *Neisseria* spp. и редкой высеваемости *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*. Частота регистрации добавочных микробов соответствовала показателям здоровых детей, однако повышалась степень колонизации *S. aureus* до $4,53 \pm 0,21$ против $2,1 \pm 0,21$ IgKOE/мл у здоровых детей ($p < 0,05$). Особенностью микробиоты больных ОРЗ являлась активация транзиторной группы: ее представители обнаруживались у 40,5% пациентов в высокой пролиферации 4–6 IgKOE/мл. Отмечался широкий спектр транзитных микроорганизмов (*Klebsiella* spp., *E. coli*, *Proteus* spp., *Cytrobacter* spp., *P. Aeruginosa*, *Bacillus* spp., грибы *Candida*). Раздельный анализ показателей микробиоты ротоглотки в зависимости от ряда факторов выявил наиболее глубокие изменения у детей первого года жизни (преобладание транзитных микробов у 77,1% больных, у каждого пятого в виде монокультуры). Аналогичные нарушения выявлены у больных пневмонией в сравнении с другими нозоформами ОРЗ: транзитные микроорганизмы регистрировались у 12 (60%) против 48 (37,5%), $p < 0,001$ детей, в 3 раза чаще выделялась *P. aeruginosa*. У часто болеющих детей дисбиоз был более глубокими, чем у эпизодически болеющих детей: достоверно увеличивалась частота находок представителей транзиторной микрофлоры и их ассоциаций. *P. aeruginosa* обнаруживалась преимущественно у ЧБД, в том числе в ассоциации с транзитными микробами, что является важным критерием глубины дисбиоза.

Таким образом, микробиологическое изучение биотопа слизистой оболочки ротоглотки у больных ОРЗ выявило дисбиотические сдвиги, проявляющиеся, прежде всего нарушении взаимодействия в структуре облигатных микробов и активации транзитных представителей. Установлено, глубина этих отклонений наиболее выражена у детей первого года жизни, часто болеющих и больных пневмонией.

Итоги 40-летнего изучения геморрагической лихорадки с почечным синдромом на территории верхнего Приамурья

Фигурнов В.А.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

На Дальнем Востоке России основные очаги геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) расположены на территории Приморского и Хабаровского краев, Амурской области. Последняя является и географическим, и территориальным окончанием этого очага на западе.

Как показали исследования, основные очаги ГЛПС на территории области находятся на территории южных сельскохозяйственных районов, хотя мы наблюдали подобных больных и в некоторых северных районах (Сковородинский и Зейский районы). При небольшом уровне заболеваний за год (20–50 случаев) болезнь протекает тяжело, достигая в отдельные годы 10–15% летальности.

Среди заболевших и умерших от ГЛПС в основном абorigены и прожившие не менее 10–15 лет. Китайцы и корейцы, приехавшие в нашу область на работу, болеют от ГЛПС так же тяжело, как и местное население. Южные районы области граничат с территорией Китая – Манчжурией, где находится обширный очаг этой болезни. И не исключена возможность, что в зимний период идет двухсторонняя миграция грызунов, а, следовательно, и появление новых вирусов, так как в тяжести и исходах болезни нет полной повторяемости в разные годы.

Определяющими течение и исход заболевания являются геморрагический и почечный синдромы. Они развиваются не параллельно, но степень развития каждого из них определяют развитие болезни и возможность летального исхода.

Геморрагический синдром проявляется как кожными проявлениями, так и развитием внутренних кровотечений. У всех умерших мы, как правило, находили триаду Стира (кровоизлияния в гипофиз, правое предсердие и ткань почки с ее характерным видом малиново-красных выделяющихся пирамид).

Выявлены особенности течения и исхода болезни в зависимости от уровня лейкоцитоза и протеинурии. Мы считаем, что имеется несколько лабораторных показателей, определяющих прогноз заболевания, это уровень лейкоцитоза (более 30,000 в 1 мкл), уровень тромбоцитов (ниже 100,000), протеинурии (выше 10%), большое количество (выше 100) эритроцитов в осадке мочи.

Описаны групповые и семейные случаи болезни, особенности течения ГЛПС у беременных, отдаленные исходы (до 28 лет) заболевания. Выявлено отсутствие хронизации болезни и формирования воспалительного процесса в почке.

Разработаны основные принципы лечения заболевания, возможности транспортировки больного из районного центра в область.

Результаты многолетних исследований сгустка крови у доноров и у больных с инфекционной патологией

Фигурнов В.А., Фигурнова Е.В., Фигурнов А.В., Караванов Я.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Более 30 лет на кафедре инфекционных болезней Амурской государственной медицинской академии проводится изучение сгустка крови, сформированного естественным путем в обычной стеклянной лабораторной пробирке. Для исследования брались сгустки крови через несколько часов максимум сутки после ее забора. Как у больных, так и у доноров (работа проводилась и продолжается на базе областной станции переливания крови). Одновременно изучаются сгустки крови животных, полученные при забое либо на охоте. Проводился осмотр сгустка крови, наличие дополнительных составных частей, делались и изучались гистологические препараты сгустка, исследовались мазки из жидкой части сгустка, клеточный состав «шапки» сгустка, поперечное и продольное строения всего сгустка.

Как показали проведенные исследования более 20 000 образцов сгустка крови, основой сформировавшегося сгустка является фибрин белого цвета и жидкая часть, состоящая из эритроцитов, лейкоцитов. Фибринные волокна в норме – четко прослеживаются, на высоте многих инфекционных заболеваний он становится раздробленным и его количество в сгустке крови возрастает. В мазке, выполненном из жидкой части сгустка, в норме выявляются в основном эритроциты, около 10% эхиноцитов, при патологии среди эритроцитов, окруженных их четким плотным кольцом, выявляются лейкоциты. Кроме этого появляются образования типа розеток, состоящие только из эритроцитов. Дополнительными составными частями сгустка крови, выявляемых и у доноров и у больных – это «клин» сгустка и «шапка» сгустка крови.

«Клин» сгустка крови – это белое в основном клиновидное образование в верхней части сгустка. Особенно он хорошо выявляется при продольном и поперечном разрезе замороженного сгустка. Строение сгустка состоит из плотно прилегающих друг к другу белых безъядерных клеток. При патологии его появление в сгустке крови увеличивается, он удлиняется, а структура его становится рыхлой и в нем появляются лейкоциты.

«Шапка» сгустка – светлое тусклое образование разных размеров, появляющееся в верхней части сгустка. Она обнаруживается у доноров при выявлении у них HBSAg, лейкоцитоза, ускоренной СОЭ, тромбоцитопении т.е. показателей, свидетельствующих о неблагополучии в организме. В остром периоде почти всех инфекционных заболеваний, кроме вирусного гепатита, это образование появляется всегда. «Шапка» сгустка обычно состоит из плотной оболочки, имеет 8–10% сухого остатка, и строение ее определяется переплетением коротких нитей, иногда среди них попадаются единичные эритроциты и лейкоциты. При патологии количество коротких нитей умень-

шается, они становятся толще и длиннее и среди них резко увеличивается количество эритроцитов и лейкоцитов. Как показали наши исследования, при отсутствии маркеров вирусных гепатитов В и С в сыворотке крови (доноры, больные), они могут выявляться (методом ИФА и ПЦР) только в шапке сгустка крови.

Особого внимания заслуживает клеточный состав «шапки» сгустка. Он в основном состоит из обычных и измененных эритроцитов, причем количество последних определяется степенью и тяжестью развития инфекционного процесса. В настоящее время мы начали исследовать количественный и качественный состав клеток «шапки» с использованием компьютерных технологий.

По результатам исследования сгустка крови получено 25 патентов на способы изучения сгустка крови, а так же способы получения из сгустка крови животных гематогена, нативного фибринового порошка, фибриновой пасты и фибриновой пленки.

Клинические особенности менингитов, вызванных ЕСНО вирусами у детей

Фомин В.В., Сабитов А.У., Хаманова Ю.Б., Чеснакова О.А., Бейкин Я.Б.

Уральская государственная медицинская академия; Институт иммунологии и физиологии Уро РАН; Городская клиническая больница №40, Екатеринбург

Под наблюдением находилось 84 ребенка с менингеальной формой энтеровирусной инфекции (ЭМ), из них у 42 были выделены вирусы группы Коксаки В (первая группа) и 42 детей – вирусы ЕСНО. Дошкольники в 1-й группе составляли 42%, во 2-й – 40%. Клиническая картина энтеровирусного менингита характеризовалась общемозговым (98%), гипертензионным (90%), общеинфекционным (98%) и катаральными синдромами (68%). Клиника болезни у детей раннего возраста, получивших полный комплекс полиовакцины, отличалась меньшей продолжительностью гипертензионного синдрома ($p < 0,05$). В 1-й группе больных наряду с общемозговой симптоматикой преобладали признаки инфекционного токсикоза (выраженность лихорадочной реакции, слабость, отсутствие аппетита). При диагностической спинно-мозговой пункции количество клеток колебалось от 12 до 1653×10^6 /л, из них у 31% больных наблюдался двухзначный плеоцитоз, преимущественно у детей раннего возраста (85%).

У детей с менингитами ЕСНО-этиологии в клинике превалировал гипертензионный синдром (интенсивная головная боль, многократная рвота, гиперестезия, фотофобия), у 10% больных отмечался жидкий стул, у 7% – резкие боли в животе, что требовало исключения хирургической патологии, у одного ребенка регистрировался синдром «нога-рука-рот». Количество клеток в ликворе при первой пункции составило от 13 до 938×10^6 /л, у 50% больных воспалительная реакция была невыраженная (двухзначный плеоцитоз).

Полная нормализация показателей спинно-мозговой жидкости на 16–18 день болезни наблюдалась у 56% больных 1-й группы против 76% – во 2-й группе ($p < 0,05$).

Т.о., энтеровирусные менингиты ЕСНО этиологии характеризуются выраженностью гипертензионного синдрома, преобладанием двухзначного плеоцитоза и доброкачественным течением по сравнению с менингитами Коксаки этиологии.

Иммунное воспаление как звено патогенеза инфекционного мононуклеоза

Фомин В.В., Сабитов А.У., Хаманова Ю.Б., Шарова А.А.

Уральская государственная медицинская академия

Одним из звеньев патогенеза герпетических инфекций является развитие иммунного воспаления, выраженность которого зависит от вида возбудителя и индивидуальных особенностей врожденного и приобретенного иммунитета у детей. При инфекционном мононуклеозе (ИМ) на фоне формирования специфического иммунного ответа происходит развитие гипериммуноглобулинемии, появляются гетерофильные антитела в высоких титрах, отмечается нарастание в 3-5 раз выше нормативных показателей содержание ЦИК, в 8-9 раз выше нормы цитотоксических лимфоцитов, в 2 раза – натуральных киллеров, в 3–6 раз увеличение числа $CD3^+$ -лимфоцитов, содержащих цитоплазматические цитокины – ИФН- γ , ФНО- α , ИЛ-2, ИЛ-4, что характерно для позднего иммунного воспаления. Нельзя исключить, что действие $CD3^+$ -лимфоцитов, содержащих цитоплазматические цитокины, происходит за счет клеточных реакций, когда клетки, несущие информацию (цитокины) не секретируют цитокины в межклеточное пространство, а представляют клеткам-мишеням при непосредственном контакте (аутокринно, паракринно). При типичных формах ветряной оспы происходит поражение кожного покрова, его поверхностного слоя, морфологическим субстратом которого является классическое воспаление. В этот период отмечается супрессивное действие антигенов вируса на фагоцитарную активность нейтрофилов при сохранении супероксидной активности их и нормальные показатели фагоцитарной активности моноцитов, $CD3^+$ -лимфоцитов, содержащих цитоплазматические цитокины, соответствуют нормальным показателям.

При энтеровирусном менингите (ЭМ, контрольная группа), отмечается повышение $CD3^+$ -лимфоцитов, содержащих цитоплазматические цитокины (ИФН- γ , ФНО- α , ИЛ-2), снижение уровня $CD4^-$, $CD8^-$ -лимфоцитов, повышение активности фагоцитоза моноцитов, уровня IgM и ЦИК. Иммунологическая перестройка при ЭМ сопровождается преобладанием клеточного звена иммунитета в начале болезни и гуморального – в периоде выздоровления.

Т.о., иммунное воспаление является механизмом ауторегуляции воспалительных процессов в организме, поскольку зависимость выработки цитокинов от стимулирующих воздействий детерминирована на генном уровне.

Лабораторная диагностика и эпидемиологические особенности инфекций, передающихся иксодовыми клещами

Фризен В.И., Коренберг Э.И.,
Воробьева Н.Н., Сергеев В.И.

Краевая клиническая инфекционная больница, Пермь;
НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи
РАМН, Москва;
Пермская государственная медицинская академия
им. акад. Е.А.Вагнера

С помощью новых отечественных иммуноферментных тест-систем проведено исследование 5989 проб сыворотки крови от 476 взрослых лиц с острыми лихорадочными заболеваниями, возникшими после присасывания иксодовых клещей. Сыворотку исследовали на наличие антител к клещевому энцефалиту (КЭ), иксодовым клещевым боррелиозам (ИКБ), моноцитарному эрлихиозу человека (МЭЧ) и гранулоцитарному анаплазмозу человека (ГАЧ). Установлена высокая специфичность и чувствительность тест-систем «Боррелиоз-ИФА-IgM и IgG», «ГЭЧ-ИФА-IgM и IgG», МЭЧ-ИФА-IgM и IgG» («Омникс», С-Петербург). Применение указанных тест-систем позволило расшифровать этиологию 77,5% заболеваний, возникших после укуса клеща. Доля ИКБ в структуре «клещевых инфекций» составила 43,6%, КЭ – 20,6%, ГАЧ – 9,8%, МЭЧ – 0,5%. У 25,5% больных наблюдались микст-инфекции (чаще ИКБ + ГАЧ).

Анализ заболеваемости населения ИКБ и КЭ показал, что основные черты эпидемиологии этих зоонозов сходны. Подъемы и спады заболеваемости в многолетней динамике при обеих инфекциях совпадают и коррелируют с численностью иксодовых клещей. Для обеих инфекций характерна ярко выраженная весенне-летняя сезонность эпидемического процесса. Как при ИКБ, так и КЭ чаще болеют мужчины. Заражение городского населения ИКБ и КЭ в современных условиях преимущественно происходит на дачных участках, реже во время отдыха и хозяйственно-бытовой деятельности в лесу. Различия между КЭ и ИКБ в основном касаются возрастной структуры заболевших. При ИКБ взрослые болеют относительно чаще, чем при КЭ. По-видимому, с возрастом повышается иммунная прослойка населения к вирусу КЭ, что и обуславливает более низкий уровень заболеваемости этой инфекцией взрослых, чем детей. В то же время при ИКБ иммунитет нестерильный, что определяет вовлечение в эпидемический процесс любых возрастных контингентов населения.

Опыт лечения и медицинской реабилитации больных хроническим гепатитом С на фоне вторичных иммунодефицитных состояний, проживающих в экологически неблагоприятном регионе

Фролов В.М., Пересадин Н.А., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский университет

За последние 10 лет (1998–2008 гг.) на базе Луганского областного гепатологического центра (ЛОГЦ) осуществлены лечение и реабилитация 1683 больных с впервые установленным диагнозом хронического вирусного гепатита С (ХВГС) в возрасте от 16 до 64 лет (74,7% – от 18 до 40 лет), в т.ч. 582 мужчины и 1101 женщина. Основным генотипом HCV у обследованных был 1 (1186 чел, 69,4%), в т.ч. у 577 (34,3% – 1b). Генотип 2 HCV выявлен у 126 пациентов (7,5%), генотип 3 – у 327 (19,4%). Вирусная нагрузка до 200×10^3 копий HCV-РНК/мл сыворотки установлена у 216 (12,8%) больных, от 200×10^3 до 500×10^3 копий – у 482 (28,6%), от 500×10^3 до 1×10^6 – у 603 (35,8%), от 1×10^6 до 2×10^6 у 319 (19,0%), свыше 2×10^6 копий HCV-РНК/мл сыворотки у 63 (3,8%). Сопутствующий хронический некалькулезный холецистит у 1616 больных (96,0%), хронический фарингит – у 1262 (75,0%), хронический тонзиллит – у 322 (19,1%), дискинезии желчевыводящих путей – у 1386 (82,4%), хронический панкреатит – у 328 (19,5%). По данным анамнеза, неэффективность монотерапии интерферонами в других лечебных учреждениях имела место у 486 пациентов (22,9%). Лечение на базе ЛОГЦ включало назначение препаратов производства РФ – виферона в виде ректальных свечей (начиная с дозы 2–3 млн МЕ) с последующим снижением в комбинации с циклофероном по специально разработанным схемам. Противовирусные препараты (рибавирин, ребетол и др.) назначали только при вирусной нагрузке свыше 500×10^3 копий HCV-РНК/мл сыворотки по 400 мг 2 раза в день в течение 40–45 дней. Обязательной составной частью программы терапии ХВГС было назначение повторных курсов энтеросорбции (атоксил, силикс, полифит П), глутаргина (L-глутамин L-аргинина), реамберина с целью ликвидации клинико-биохимического синдрома «метаболической интоксикации», антиоксидантов, антигипоксантов, гепатопротекторов растительного происхождения (препараты артишока, овса, расторопши и др.). Коррекция вторичных иммунодефицитных состояний осуществлялась полиоксидонием, нуклеинатом, препаратами эхинацеи с предварительным определением чувствительности иммуноцитов периферической крови в тестах *in vitro*. Осуществляли повторные курсы озонотерапии (А.В.Змызгова). В ходе реабилитации пациенты получали поддерживающую терапию вифероном и циклофероном, фитопрепаратами. Эффективность по данным диспансеризации в плане достижения стойкой ремиссии ХВГС составляет 98,0%.

Совершенствование противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Фролова О.П.

Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России, Москва

Актуальность проблемы. В ряде территорий РФ возникают проблемы при оказании противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Фтизиатры в отдельных случаях не проводят в полном объеме диагностическое обследование этим пациентам.

Цели. Оценка и прогноз распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в России. Определение проблем, возникающих при оказании фтизиатрами помощи больным ВИЧ-инфекцией и направлений, требующих первоочередного совершенствования.

Методы. Анализ контингента больных туберкулезом, сочетанным ВИЧ-инфекцией, в РФ на основании учетных форм. Анализ вопросов, поднимавшихся фтизиатрами в ходе семинаров и круглых столов по аспектам ВИЧ-инфекции.

Результаты. Растут показатели заболеваемости и распространенности туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в России, несмотря на то, что среди всего контингента больных ВИЧ-инфекцией поздние стадии имеют место только 8,3% случаев. В 2007 году общее число больных ВИЧ-инфекцией, имеющих туберкулез составило 19 782, в т.ч. активный – 14 293. По мере увеличения числа больных ВИЧ-инфекцией с выраженным снижением количества CD4-лимфоцитов будет расти, число случаев сочетанной инфекции, и данная проблема будет только усугубляться. В 72% случаев не проведение в полном объеме диагностического обследования на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией связано со страхом фтизиатров в отношении ВИЧ-инфекции, обусловленным недостаточными знаниями этой проблемы.

Выводы. Для совершенствования противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией необходимо: 1. соблюдение противозидемических мероприятий в отношении туберкулеза, 2. координация оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, 3. приведение основных понятий ВИЧ-инфекции в соответствие с системой медицинских знаний, 4. введение в штатное расписание центров СПИД ставки фтизиатра.

Диагностическое значение специфических противотуберкулезных антител у больных сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ

Хаертынова И.М., Лазаренко О.Г.,
Гайфуллина Э.Г., Галеева Р.К.

Казанская государственная медицинская академия

Цель: изучение частоты встречаемости противотуберкулезных антител (ПТАТ) в сыворотке крови больных туберкулезом (ТБ), ВИЧ-инфекцией и сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ.

Пациенты и методы. Обследованы 217 пациентов, из них 34 больных ТБ, 38 – сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ, 92 – ВИЧ-инфекцией, 30 человек с диагнозами ХОБЛ, бронхиальная астма, бактериальная пневмония и 23 здоровых доноров. Исследование суммарных ПТАТ проводили методом ИФА. Методом иммуноблот-анализа (ИБ) определяли антитела к структурным белкам низко- (11-30 кДа), средне- (31-70 кДа) и высокомолекулярным фракциям (71-160 кDa) микобактерий туберкулеза.

Результаты. В ИФА наибольшая частота выявления ПТАТ отмечена в группах больных ТБ и сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ – 76,4 и 89,5% соответственно. В группах больных ВИЧ-инфекцией и с патологией легких нетуберкулезной этиологии ПТАТ обнаружены в 40–60% случаев. Среди здоровых лиц антитела зарегистрированы у 8,7% человек.

При исследованиях крови методом ИБ с разной частотой выявлялись антитела к низко-, средне- и высокомолекулярным фракциям *M. tuberculosis* у больных ТБ, ВИЧ-инфекцией и сочетанной ВИЧ/ТБ-инфекцией. У пациентов с патологией легких нетуберкулезной этиологии и у здоровых лиц обнаружены антитела только к среднемолекулярным фракциям.

У 21,7% больных ВИЧ-инфекцией, в сыворотке крови которых выявлялись ПТАТ к низкомолекулярным фракциям, без указаний в анамнезе на туберкулез, впоследствии (через 1–1,5 г.) развился активный туберкулез.

Выводы. У больных ТБ, ВИЧ-инфекцией и сочетанной ВИЧ/ТБ-инфекцией в реакции ИБ серологическую значимость проявляют белки в диапазоне 11-30 кDa и 71-160 кDa, у здоровых лиц и пациентов с патологией легких нетуберкулезной этиологии – белки с молекулярным весом 31-70 кDa. Возможно наличие ПТАТ к низкомолекулярным фракциям *M. tuberculosis* в сыворотке крови больных ВИЧ-инфекцией является показателем инфицированности МБТ и предиктором активности туберкулезного процесса.

Клинико-эпидемиологические особенности сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ в Республике Татарстан

Хаертынова И.М., Лазаренко О.Г., Мирзиева Г.Ф.

Казанская государственная медицинская академия

Цель: оценить клинико-эпидемиологические особенности сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ (122 человека) в сравнении с больными ВИЧ-инфекцией без туберкулеза (198 человек).

Результаты: начиная с 2000 г., на территории РТ отмечается рост регистрации активного туберкулеза (ТБ) среди больных ВИЧ-инфекцией. Анализ заболеваемости позволил выделить два периода. Первый период охватывает 2000–2003 гг., когда отмечалась регистрация активных форм ТБ среди вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией (на ранней стадии ВИЧ-инфекции). Начиная с 2004 г. начинает расти число больных ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний, среди которых лидирующее мес-

то занимает ТБ. Это явилось началом второго периода – периода развития ТБ в стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции.

Остро прогрессирующее течение ТБ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции способствовало росту несвоевременной диагностики ТБ. Частота несвоевременной диагностики ТБ у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в 2003 г. составила – 27%, а в 2007 г. – 57%. Отмечался рост летальных исходов от ТБ у больных сочетанной инфекцией. Так, если в 2003 г. было зарегистрировано 7% случаев смерти у больных ВИЧ-инфекцией от ТБ, то в 2007 г. эта цифра составила 63,2%.

Анализ клинических показателей у больных сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ в сравнении с больными ВИЧ-инфекцией без ТБ свидетельствовал о значительном утяжелении заболевания при сочетанном течении. Наиболее выраженными показателями в субклинической стадии ВИЧ-инфекции при сочетанном варианте были инфекционно-токсический, астено-вегетативный и бронхолегочный синдромы при незначительных их проявлениях у пациентов с той же стадией ВИЧ-инфекции без наличия ТБ ($p < 0,05$). Однако, по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции частота клинических синдромов в сравниваемых группах сравнивалась ($p > 0,05$). Сравнительный анализ динамики сочетанной патологии и моноинфекции ВИЧ указал на более быстрое прогрессирование заболевания в первом случае ($p < 0,05$). Была обнаружена практически двукратная разница в скорости прогрессирования ВИЧ-инфекции ($p < 0,05$).

Клинические формы ТБ у больных сочетанной инфекцией зависели от стадии ВИЧ-инфекции. Наиболее легкие формы ТБ, соответствовали субклинической стадии ВИЧ-инфекции (преимущественно легочные формы), присоединение ТБ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции приводило к значительному увеличению процента тяжелых форм: внелегочные формы с поражением многих органов.

Таким образом, в последние годы отмечался рост регистрации активного ТБ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, который характеризуется остро прогрессирующим тяжелым течением с поражением многих органов, способствуя увеличению процента несвоевременной диагностики и летальности от ТБ.

Фактическое потребление витаминов перенесшими геморрагическую лихорадку с почечным синдромом

Хасанова Г.М.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

На территории республики Башкортостан (РБ) природные очаги ГЛПС считаются самыми активными и крупными в России. Заболевают в основном лица молодого, трудоспособного возраста. Задачей нашего исследования явилось изучение фактического поступления водорастворимых витаминов с пищей у перенесших ГЛПС. Исследование проводилось в летне-осенний период (август–сентябрь).

Диагноз ГЛПС был установлен в стационаре на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Под наблюдением находилось 156 мужчин, перенесших ГЛПС, из них: 91 перенесло среднетяжелую и 65 тяжелую форму заболевания. Возраст обследованных 18–45 лет, средний возраст – 36,2 г. Контрольную группу составили здоровые мужчины в возрасте 18–45 лет, средний возраст обследованных 35,8 лет. Для оценки характера питания населения использован метод анализа частоты потребления пищевых продуктов.

Питание обследуемых характеризовалось недостаточным поступлением витаминов группы «В». Дефицит потребления тиамин с пищей был выявлен у 43,7% перенесших среднетяжелую форму заболевания и у 63,4% – тяжелую форму; рибофлавина – у 41,2 и 59% соответственно; пиридоксина 43,7 и 56,2%; цианкобаламина 41,2 и 67,2%. Дефицит витамина «С» отмечался у 14,5% перенесших среднетяжелую форму заболевания и у 22,7% перенесших тяжелую форму.

Таким образом, даже в наиболее богатые овощами и фруктами месяцы отмечается недостаточное поступление водорастворимых витаминов с пищей, особенно витаминов группы «В». Данный факт указывает на необходимость дополнительного введения витаминов группы «В» в комплексе лечения реконвалесцентов ГЛПС.

Обеспеченность витаминами больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Хасанова Г.М., Валишин Д.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

На сегодняшний день доказана роль процессов пероксидации в патогенезе геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), однако изучения фактического содержания витаминов антиоксидантов у больных ГЛПС не проводилось.

Мы изучали содержание токоферола и каротиноидов в сыворотке крови больных ГЛПС в различные периоды болезни. Под наблюдением находилось 58 мужчин, больных ГЛПС, из них: 31 больных среднетяжелой и 27 тяжелой формой заболевания. Возраст обследованных 18–45 лет, средний возраст – 36,2 г. Контрольную группу составили здоровые мужчины в возрасте 18–45 лет, средний возраст обследованных 35,8 лет.

В контрольной группе содержание токоферола в сыворотке крови составило $1,6 \pm 0,05$ мг/дл. Содержание токоферола у больных ГЛПС в лихорадочный период составило $0,35 \pm 0,04$ мг/дл при среднетяжелой форме заболевания и $0,26 \pm 0,06$ мг/дл при тяжелой форме. В олигурический период – $0,31 \pm 0,05$ мг/дл при среднетяжелой форме заболевания и $0,16 \pm 0,04$ мг/дл – при тяжелой форме. В полиурический период – $1,58 \pm 0,07$ мг/дл при среднетяжелой форме заболевания и $0,8 \pm 0,04$ мг/дл при тяжелой форме. Содержание каротиноидов в сыворотке крови контрольной группы составило 68 ± 5 мкг/дл. Содержание

каротиноидов у больных ГЛПС в лихорадочный период составило 38 ± 4 мкг/дл при среднетяжелой форме заболевания и 31 ± 5 мкг/дл при тяжелой форме. В олигурический период – 32 ± 5 мкг/дл при среднетяжелой форме заболевания и 26 ± 6 мкг/дл при тяжелой форме. В полиурический период – 51 ± 5 мкг/дл при среднетяжелой форме заболевания и 46 ± 6 мкг/дл при тяжелой форме.

Таким образом, в разгар заболевание у всех больных среднетяжелой и тяжелой формой ГЛПС отмечается выражены дефицит токоферола и каротиноидов. Причем даже при выписке из стационара у больных тяжелой формой ГЛПС данный дефицит не был ликвидирован.

Процессы свободнорадикального окисления при острых кишечных инфекциях у детей

Хворостухина А.И., Еремин В.И., Заяц Н.А.

Саратовский государственный медицинский университет

Острые кишечные инфекции остаются широко распространенными заболеваниями, наибольшую угрозу они представляют для детей первых месяцев жизни. Цель работы состояла в определении характера нарушения процессов липопероксидации и антиоксидантной системы при средне-тяжелых и тяжелых формах кишечных инфекций у новорожденных и детей первых месяцев жизни.

Под нашим наблюдением находилось 116 детей с первого дня жизни и до трех месяцев с острыми кишечными инфекциями. Комплексное биохимическое обследование включало в себя следующие показатели, характеризующие процессы липопероксидации и антиоксидантной системы: содержание диеновых (ДК), триеновых (ТК) конъюгатов, малонового диальдегида (МДА), активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (Кат), уровень витамина Е (Вит Е). При анализе процесса липопероксидации у больных средне-тяжелыми и тяжелыми формами при поступлении было выявлено статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение показателей перекисного окисления липидов: ДК соответственно в 1,1–1,5 раза, ТК – в 1,2–2,0 раза и МДА – в 1,3–2,1 раза в сравнении с группой здоровых лиц. Корреляционный анализ позволил выявить статистически значимые положительные корреляции между МДА и ДК, МДА и ТК, ДК и ТК при средне-тяжелых и тяжелых формах ОКИ. Параметры антиоксидантного статуса у больных были достоверно снижены: активность СОД – в 1,2–1,6 раза, Кат – в 1,5–1,7 раза и Вит Е – в 1,4–2,0 раза соответственно. Установлены также прямые корреляционные связи между данными показателями, которые отражали общую тенденцию на ослабление ферментативного и неферментативного звеньев антиоксидантной системы при ОКИ. Сопоставление показателей антиоксидантного статуса у больных со средне-тяжелыми и тяжелыми формами ОКИ выявило существенно более выраженные сдвиги в группе больных при тяжелых формах заболевания.

Таким образом, комплексная оценка показателей липопероксидации при ОКИ у детей раннего возраста поз-

волила выявить значительный дисбаланс процессов свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты с обратными корреляционными связями показателей.

Роль показателей липидного и белкового обмена при геморрагической лихорадке с почечным синдромом

Хлебожарова О.А., Кузнецов В.И., Еремин В.И.

Саратовский государственный медицинский университет

При геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) имеет место вирусемия, интоксикационный синдром, иммуноопосредованные реакции, поражение почек по типу интерстициального нефрита с формированием острой почечной недостаточности, развитие некроза и апоптоза клеток, особенно, органа-мишени. В связи с этим целесообразно изучение состояния плазменных и мембранных липидов, процессов свободнорадикального окисления, гликопротеидов и протеогликанов как индикаторов воспалительной реакции, отражающих состояние соединительной ткани и реакцию мезенхимы почек. Важным представляется исследование общих и связанных гликопротеидов, которые участвуют в адгезии клеток к межклеточному матриксу и дифференцировке соединительной ткани, и способны препятствовать развитию некроза и воспаления. Поэтому показатели гликопротеидов и плазменных липидов могут быть использованы как индикаторы, определяющие формы тяжести инфекционного процесса.

Обследовано 43 больных ГЛПС с тяжелой и среднетяжелой формами болезни в острой фазе и периоде ранней реконвалесценции. Обнаружены сдвиги фосфолипидного спектра, которые характеризуются увеличением трудноокисляемых фракций, интенсификацией свободнорадикального окисления, изменением общих и белковосвязанных гексоз, фукоз, сиаловых кислот плазмы крови. В периоде полиурии количество фосфолипидов, гликопротеидов и сиаловых кислот несколько уменьшалось, однако, в реконвалесценцию их уровень оставался повышенным. Выраженность изменений показателей была прямо пропорциональна форме тяжести болезни. Увеличение биохимической активности гликопротеидов и плазменных липидов свидетельствует о наличии конформационных процессов в биомембранах и создании условий развития некроза клеток. Это позволяет предполагать возможность развития фиброза почечной ткани.

Сохранение изменений исследуемых показателей в периоде реконвалесценции способствует выделению пациентов в группы риска в плане развития вялотекущего воспаления в почках, и определять сроки проводимой терапии.

Эндогенная интоксикация при Эпштейна–Барр вирусной инфекции у детей

Хмилевская С.А., Зайцева И.А., Михайлова Е.В.

Саратовский государственный медицинский университет

Обследовано 100 пациентов в возрасте от 1 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в 5 детской инфекционной больнице г. Саратова с диагнозом «Инфекционный мононуклеоз ЭБВ-этиологии. Среднетяжелая форма». На основании профиля антител к АГ ЭБВ пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 57 детей, у которых на момент поступления в стационар обнаруживались маркеры первичной ЭБВ-инфекции (IgM к VCA и/или IgG к EA при отсутствии IgG к EBNA). Во 2-ю группу вошли 43 ребенка, имевшие, наряду с диагностическими титрами IgM к VCA, IgG к EBNA (ОП > 0,5), что свидетельствовало о реактивации инфекции. Группу контроля составили 25 относительно здоровых детей аналогичного возраста. Для объективной оценки наличия эндогенной интоксикации у всех детей в динамике заболевания в крови исследовались уровни молекул средней массы (МСМ) – универсального маркера ЭИ и ЦИК.

У больных с различными вариантами ЭБВ-инфекции на высоте клинических проявлений отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение содержания МСМ и ЦИК по сравнению со здоровыми детьми, причем при первичном ИМ количество МСМ повышалось более значительно, чем при рецидиве ($p < 0,01$) (в 1,7 раза и в 1,3 раза соответственно относительно показателей здоровых лиц, с разницей между группами в 1,3 раза), но и снижение их уровня происходило динамичнее, достигая нормальных значений у основной массы детей (92%) к периоду ранней реконвалесценции. Аналогичные изменения были характерны для уровня ЦИК: с максимальным повышением на пике клинических проявлений и последующим снижением до показателей нормы у 90% детей с первичной инфекцией в течение 1-2 мес наблюдения. Изменение концентрации ЦИК при реактивации инфекции носило более сглаженный характер. Умеренное повышение показателя сохранялось у основной массы детей на протяжении последующего наблюдения в течение 1 года, с последующими колебаниями в зависимости от активности ЭБВ-инфекции.

На основании полученных данных можно сделать заключение, что первичная ЭБВ-инфекция, протекающая в форме инфекционного мононуклеоза, сопровождается развитием эндогенной интоксикации, более выраженной, но менее продолжительной, чем при реактивации процесса.

Основы иммунокорректирующей терапии малярии у детей

Ходжаева Н.М., Токмалаев А.К.

Российский университет дружбы народов, Москва

Исследования иммунного статуса в динамике инфекционного процесса проведено у детей возрасте от 6 мес до 14 лет: у 126 больных трехдневной малярией (*P. vivax*)

и 124 – тропической (*P. falciparum*). Тропическая малярия характеризуется разнонаправленностью иммунологических нарушений: при легкой форме болезни, рецидивах и паразитоносительстве наблюдается высокий уровень ЦИК (с преобладанием в их составе IgG) в сочетании со снижением индекса иммунорегуляции за счет уменьшения количества CD4+. При среднетяжелой форме отмечены активация клеточно-гуморальных механизмов реагирования, высокий уровень ЦИК крупных размеров (в их составе преобладали IgM). Выраженные сдвиги клеточно-гуморальных механизмов защиты выявлены при тяжелой форме болезни: наблюдалась недостаточность иммунорегуляторного звена и его дисбаланс, низкими были значения индекса активности фагоцитоза. На ранних стадиях преобладает Th2-путь иммунного ответа; переключение на Th1-путь лимфоцитарных реакций начинается только в периоде реконвалесценции. Трехдневная малярия характеризуется преобладанием Th1-пути иммунного ответа, что способствует элиминации из организма инфицированных эритроцитов и плазмодиев. Наличие дисбаланса иммунных механизмов определяет целесообразность и показания к проведению иммунокорректирующей терапии с включением иммуностропных средств направленного действия.

Эффективность использования Ликопада в коррекции иммунного дисбаланса у детей, больных висцеральной формой токсокароза

Холодник Г.Е.

Детский гепатологический центр, Тула

Цель: изучить возможность коррекции иммунного дисбаланса у детей, больных висцеральным токсокарозом при включении в комплекс лечения препарата ликопад.

Методы: для изучения эффективности применения препарата ликопад была исследована группа из 60 детей больных висцеральной формой токсокароза в возрасте от 3 до 15 лет. До лечения и через три месяца лечения определяли фагоцитоз, уровни иммуноглобулинов класса А, М, G, Е, циркулирующие иммунные комплексы. В основную группу вошли 30 детей получавшие в течение десяти дней комплексную терапию (немазол в дозе 10 мг/кг в сут. и ликопад в дозе 1 мг в сут.), в группу сравнения включены дети, которые в течение десяти дней получали монотерапию немазолом в дозе 10 мг/кг в сут. Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту и варианту течения болезни.

Результаты: у детей обеих групп до начала терапии отмечалось снижение фагоцитоза, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов и общего IgE. После терапии в основной группе показатель фагоцитоза составил норму и достоверно отличался от показателя группы сравнения ($p < 0,05$). Также получена достоверная разница показателей циркулирующих иммунных комплексов и общего IgE в сторону снижения у детей, получавших комплексную терапию немазолом и ликопадом по сравнению с показателями группы сравнения ($p < 0,05$).

Выводы: включение ликопида в комплексную терапию у детей больных висцеральной формой токсокароза способствовало коррекции иммунологического дисбаланса, повышало эффективность лечения, не сопровождалось побочными эффектами, что свидетельствует о целесообразности применения препарата у детей с данным заболеванием.

Оценка проявлений заболеваемости населения острыми абсцессами легких

Хохряков Р.В., Гусманова П.С., Коза Н.М., Мезенцев М.Ю., Сергеев В.И.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера

Цель исследования – изучить проявления заболеваемости населения острыми абсцессами легких.

Работа проведена по материалам торакального отделения клинической больницы г. Перми, в который госпитализируются все больные с острыми абсцессами легких, выявленные на территории города. Проанализированы медицинские карты (ф. 003/У) всех 159 пациентов с острыми абсцессами легких, прошедших через отделение в 1997–2007 гг.

При анализе многолетней динамики заболеваемости острыми абсцессами легких были выявлены существенные колебания показателя инцидентности от 1,23 до 2,59 на 100 тыс. населения.

В среднем за анализируемые годы наибольшая заболеваемость отмечена в Индустриальном районе Перми, отличающимся наибольшей загрязненностью воздуха химическими токсикантами в связи с наличием крупного нефтеперерабатывающего предприятия.

Мужчины болеют абсцессом легких в 8,5 раз чаще, чем женщины. Среди мужчин по интенсивному показателю группой риска заболевания оказались лица в возрасте 40–49 лет. Причем среди них 53% были безработными.

При анализе внутригодовой динамики заболеваемости острыми абсцессами легких установлено, что увеличение числа случаев заболевания в холодное время года коррелирует с заболеваемостью населения гриппом и ОРВИ.

Дефекты оказания врачебной помощи больным острым гепатитом В

Хрящиков А.А., Амбалов Ю.М.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Целью исследования являлось проведение количественного и качественного анализа врачебных дефектов при распознавании и лечении больных острым гепатитом В как на догоспитальном, так и стационарных этапах оказания медицинской помощи.

Проведен анализ медицинской документации 250 человек с верифицированным диагнозом. Выделялись ди-

агностические и лечебные ошибки на амбулаторно-поликлиническом (АПЗ) и стационарном этапах ведения пациентов.

Проведенные исследования показали, что врачами АПЗ были допущены те или иные дефекты диагностики у 157 из 201 (78,1%). Острый гепатит В был нераспознан ими в 31,2% случаях. В приемном отделении инфекционного стационара такая диагностическая ошибка была допущена у 4-х пациентов (1,6%), непосредственно в стационаре – ни у одного.

«Поздняя диагностика» заболевания была зафиксирована врачами АПЗ у 68,7% больных. У 48,7% больных ее причиной был объективный фактор, а именно, позднее обращение за медицинской помощью, а у 39,3% – субъективный. В последнем случае речь идет о ситуациях, когда врачи, затянув распознавание острого гепатита В, поздно направляли больного в стационар. На догоспитальном этапе «необоснованное проведение или непроведение диагностических мероприятий» отмечалось у 50,3% пациентов. Еще один дефект диагностики, а именно, «недооценка тяжести состояния», мы регистрировали лишь у инфекционистов стационара. Как показал проведенный анализ, таковой был отмечен у 47 больных (18,8%). Дефекты лечения оценивали у больных с правильно установленным диагнозом на этапе стационарного лечения. «Поздно начатое лечение» фиксировалось в 156 случаях (62,4%), «недостаточное или избыточное лечение» – в 57 (20,8%).

Полученные результаты свидетельствуют о недостаточном качестве оказания лечебно-диагностической помощи больным острым гепатитом В, причем как на догоспитальном, так и стационарном этапах их ведения.

Острый живот в клинике инфекционных болезней

Хунафина Д.Х., Бурганова А.Н., Кутуев О.И., Галиева А.Т., Хабелова Т.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Необходимость дифференциальной диагностики хирургической патологии и острых кишечных инфекций наблюдается довольно часто. Из 2411 больных, направленных в кишечное отделение №11 инфекционного стационара №4 г. Уфы с предполагаемой острой кишечной инфекцией были диагностированы: у 28 (1,16%) больных острый аппендицит, у 4 (0,16%) – острый панкреатит, 3 (0,12%) – желудочное кровотечение, 3 (0,12%) – острый холецистит, у 2 (0,08%) наблюдался тромбоз мезентериальных сосудов, 2 – кишечная непроходимость, 2 – спаечная болезнь, 1 (0,04) – перфорация язвы 12-перстной кишки, у 1 – желчнокаменная болезнь.

Мы наблюдали 3 больных с сальмонеллезом с типичными симптомами болезни и лабораторным подтверждением, у которых на 5-е сутки возникли интенсивные боли в животе, появились симптомы раздражения брюшины, небольшие изменения в гемограмме без значительного лейкоци-

тоза, которые были переведены в хирургический стационар. У них были обнаружены деструктивные формы аппендицита. Таким образом, типичная картина острой кишечной инфекции не исключает развитие острого аппендицита.

Расстройства функции кишечника с наличием крови в стуле при тромбозе мезентериальных сосудов делает актуальной дифференциальную диагностику этого заболевания с дизентерией. Ошибочная диагностика приводит к ненужной госпитализации больных в инфекционный стационар, в результате упускается благоприятный момент для оперативного вмешательства. Мы наблюдали 2 больных пожилого возраста с выраженными болями в животе без определенной локализации и наличием крови в стуле, госпитализированных в кишечное отделение. В распознавании тромбоза брыжеечных сосудов имеет значение оценка фона, на котором он развивается. Своевременная дифференциальная диагностика «острого живота» и острых кишечных инфекций позволяет вовремя перевести больных в профильный стационар.

Комбинированная терапия больных хроническим гепатитом С с использованием α 2а-пегилированного интерферона

Хунафина Д.Х., Кутуев О.И., Муслимова Н.Е.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель исследования: оценка эффективности комбинированной противовирусной терапии α 2а-ПИФН и рибавирином больных хроническим гепатитом С.

Всего за период с 2003 г. по 2008 г. проведена терапия и 6-месячное наблюдение после окончания лечения у 60 больных ХГС, 51 мужчин и 9 женщин в возрасте от 21 до 56 лет (средний возраст – $30,5 \pm 7,3$ лет).

Больным перед началом лечения был определен генотип HCV. Из них у 22 больных обнаружен 1b генотип, у 4 – 2a генотип и у 34 – 3a генотип. Всем больным назначался α 2а-ПИФН – Пегасис («Hoffman-La Roche», Швейцария) в дозе 180 мкг подкожно 1 раз в нед. и рибавирин («Копегус», «Веро-рибавирин», «Рибалег», «Ребетол») в дозе 800–1200 мг/сут. Больные ХГС, имевшие 1b генотип HCV, получали 48-недельный курс комбинированной терапии: Пегасис 180 мкг/нед + рибавирин в дозе 1000 мг/сут при массе тела менее 75 кг и 1200 мг/сут при массе тела более 75 кг. Больные ХГС, имевшие 2a и 3a генотип HCV, получали 24-недельный курс терапии: Пегасис 180 мкг/нед + рибавирин 800 мг/сут (независимо от массы тела).

По окончании 48-недельного курса терапии у всех 22 больных с I-генотипом был получен биохимический ответ с нормализацией показателей АлАТ и АсАТ. Устойчивый вирусологический ответ (УВО) был достигнут у 15 чел. (68,2%). При этом ранний вирусологический ответ (РВО) через 3 мес наблюдался у 18 больных.

В группе больных ХГС, инфицированных HCV 2a и 3a генотипа, УВО наблюдался у 34 чел (89,5%). В то время как РВО отмечался у всех пролеченных.

В целом переносимость терапии ПИФН была удовлетворительной и существенно не отличалась от традиционно проводимой терапии короткоживущими ИФН и рибавирином. В той или иной степени нежелательные явления отмечались у большинства больных. Они носили преходящий характер и быстро исчезали по завершении курса ПВТ.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комбинированной ПВТ, проводимой препаратом Пегасис и рибавирином. Отмечена удовлетворительная переносимость лечения, только в одном случае потребовавшего прерывания из-за нежелательных явлений.

Связь -308G>A полиморфизма гена TNFA с течением ГЛПС

Хунафина Д.Х., Хабелова Т.А., Кутуев О.И., Шамсиева А.М., Султанов Р.С., Бурганова А.Н., Галиева А.Т., Шайхуллина Л.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель исследования – выявить ассоциацию -308G>A полиморфизма гена TNFA с предрасположенностью к заболеванию и тяжестью течения ГЛПС.

Анализ -308G>A полиморфизма гена TNFA проводили методом ПЦР у 335 больных с серологически подтвержденным диагнозом ГЛПС, в возрасте от 15 до 65 лет, получивших лечение в инфекционной больнице №4 г. Уфы. Группу контроля составили 300 серонегативных доноров крови.

Сравнение распределения частот генотипов -308G>A полиморфизма гена TNFA выявил статистически значимые различия между больными ГЛПС и контрольной группой ($\chi^2 = 13,02$; $p = 0,001$). У больных ГЛПС наблюдалось увеличение частоты гомозиготного генотипа TNFA*A/*A – 5,97% ($p = 0,02$; OR = 3,11; 95%CI 1,16–8,78) и снижение частоты гетерозиготного генотипа TNFA*G/*A – 28,66% ($p = 0,005$; OR = 0,61; 95%CI 0,43–0,86), по сравнению с серонегативными донорами (2,0 и 39,67%, соответственно).

Анализ полиморфного локуса -308 G>A гена TNFA обнаружил статистически значимые различия в распределении частот генотипов между контролем и больными со среднетяжелым ($\chi^2 = 14,01$; $p = 0,002$), а также тяжелым ($\chi^2 = 10,29$; $p = 0,006$) течением ГЛПС. Генотип TNF*A/*A с наибольшей частотой наблюдался у пациентов с тяжелой формой болезни – 9,3%, чем среди серонегативных доноров – 2,0% ($p = 0,005$; OR = 5,03; 95%CI 1,53–16,9). У больных со среднетяжелым течением ГЛПС отмечено увеличение частоты генотипа TNF*G/*G – 69,23% ($p = 0,01$; OR = 1,61; 95%CI 1,10–2,34) и снижение частоты генотипа TNFA*G/*A -25,64% ($p = 0,02$; OR = 0,52; 95%CI 0,36–0,78) по сравнению с контролем (58,33% и 39,67%, соответственно). При сравнении групп больных ГЛПС между собой, отмечено значительное увеличение частоты мутантного аллеля TNF*A (26,74%) у пациентов с тяжелой формой болезни по

сравнению с пациентами со среднетяжелой формой ГЛПС – 17,95% ($p = 0,002$; OR = 1,67; 95%CI 1,08–2,57).

Полученные нами результаты анализа -308G>A полиморфизма гена TNFA у больных ГЛПС и серонегативных доноров из Республики Башкортостан показали, что генотип TNF*A/*A ассоциирован с повышенной, а генотип TNF*G/*A – со сниженной вероятностью заболевания ГЛПС. Кроме того, генотип TNF*A/*A является генетическим маркером тяжелого, а аллель TNF*A – осложненного ИТШ течения ГЛПС.

Эволюция сезонности кори

Цвиркун О.В., Герасимова А.Г., Тураева Н.В.

Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского

Введение специфической профилактики кори способствовало накоплению невосприимчивых к этой инфекции контингентов и снижению заболеваемости по стране. Увеличение охвата прививками меняло показатели сезонности, которые определяются природными и социальными факторами. Достоверно значимое снижение влияния сезонных факторов на эпидемический процесс кори начало проявляться с 2002 года при охвате декретированных групп населения более 90%. До вакцинации, в структуре годовой заболеваемости преобладала заболеваемость корью, определяемая постоянно действующими и сезонными факторами. При этом, сезонный подъем наблюдался в осенне-зимний период, длился, в среднем, 7–8 мес, а доля заболевших в результате влияния сезонных факторов составляла 40,6% от числа заболевших. Интенсивный показатель и доля заболевших в результате действия временно действующих причин была пренебрежительно мала. По мере увеличения прививками одной и двумя дозами коревой вакцины детей, природные и сезонные факторы стали оказывать все меньшее влияние на эпидемический процесс коревой инфекции. Так, за период ревакцинации с 2003 по 2008 гг. длительность сезонного подъема сократилась до 3–4 мес, а доля заболевших в результате влияния только сезонных факторов снизилась в 2,7 раза. При этом произошло перераспределение значимости составляющих годовой уровень заболеваемости: круглогодичная заболеваемость сведена к минимуму (в 2008 году, впервые, в течение 2 мес корь по стране не регистрировалась), существенно снизилась сезонная заболеваемость, но резко возросла значимость заболеваемости определяемой временными, случайными факторами. Сегодня на ее долю приходится 76,4% годовой заболеваемости, т.е. в 5 раз больше, чем в довакцинальный период. Это подтверждается резко возросшим, с 4,6 до 63%, количеством завозных случаев кори в структуре общей заболеваемости за год.

Таким образом, благодаря высокому охвату и эффективному надзору за корью, влияние сезонных и круглогодичных факторов сведено к минимуму, что является одним из свидетельств начала фазы элиминации кори.

Опыт применения тест-систем ИФА-Мико-пневмо-IgM и IgG для диагностики респираторного микоплазмоза у детей

Целипанова Е.Е., Феклисова Л.В., Савицкая Н.А., Шершнева Н.Н.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского; ЗАО «ЭКОлаб», Электрогорск

С целью выявления респираторного микоплазмоза, вызванного *Mycoplasma pneumoniae*, с помощью иммуноферментных тест-систем ИФА-Мико-пневмо-IgM и ИФА-Мико-пневмо-IgG проведено обследование 231 детей, из них 171 ребенок с острыми заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей и 60 – с соматической патологией. Возрастной состав: до 1 года – 15 детей, 1–3 года – 33, 3–7 лет – 65 и старше 7 лет – 118. В ходе исследования у 40 из 231 больных (17,3%) величина оптической плотности в иммуноферментных наборах превышала уровень cut off ($>0,8$), что свидетельствовало о наличии в сыворотке крови IgM и IgG к *Mycoplasma pneumoniae* в диагностических титрах. Из них в возрасте старше 7 лет – 30 (75%) больных и 19 (47,5%) – относились к группе часто болеющих детей. Значительные различия выявлены в частоте обнаружения IgM- и IgG-антител у больных с острой респираторной патологией и больных с соматической патологией. Так IgM-антитела были выявлены у 11,4% больных с ОРВИ, в то время как у больных без ОРВИ они не обнаружены ни у одного больного. IgG-антитела регистрировались как в группе детей с ОРВИ, так и в группе детей, не имевших клинических признаков респираторной патологии на момент госпитализации (инфекция мочевыводящих путей, подчелюстной лимфаденит, аллергодерматоз), переносивших в анамнезе до поступления в стационар ОРВИ, составляя – 30,3 и 23,5% соответственно.

Таким образом, при использовании тест-систем ИФА-Мико-пневмо-IgM и ИФА-Мико-пневмо-IgG маркеры к *Mycoplasma pneumoniae* чаще выявлялись у больных с острым воспалительным заболеванием верхних и нижних дыхательных путей, чем у детей с соматической патологией, при этом антитела класса IgM были обнаружены только у детей с острой респираторной патологией. Наличие антител класса IgG может свидетельствовать о перенесенном респираторном микоплазмозе или реинфекции. В большинстве случаев IgM- и IgG-антитела определялись у детей школьного возраста и у каждого второго ребенка, относившегося к группе часто болеющих детей.

К патогенезу развития диабетогенных нарушений у больных лепрой

Цемба В.П., Наумов В.З.

НИИ по изучению лепры, Астрахань

Патологический процесс с позиций теории нарушенного гомеостаза предполагает, что патогенез любой болезни тесно связан с выявляемыми у больного метаболиче-

скими нарушениями. По своей сути, они являются отражением патологического процесса как на клеточном, так и на системном уровне, что особенно характерно для хронического инфекционного процесса (Адо А.Д., 1962). Ранее было установлено, что больных хроническим микобактериозом, вызванным *M. leprae*, необходимо рассматривать в качестве группы риска развития диабетогенных нарушений, механизмы формирования которых разнообразны и до конца не выяснены (Цемба В.П., 2006). Тем не менее, к ним необходимо отнести специфические и неспецифические поражения печени и поджелудочной железы, лечение кортикостероидами, а также некоторые особенности течения лепрозного процесса. А. Asensio и соавт. (1987) высказали предположение о наличии у дапсона, являющегося противолепрозным препаратом, диабетогенного эффекта. На наш взгляд, общность антигена М.м. 65 кДа (hsp) как для *M. leprae*, так и для β -клеток поджелудочной железы, позволяет предположить у больных возможность образования перекрестно реагирующих антител на данные гетерогенные антигены. D.B. Jones и соавт. (1990) показали, что у больных туберкулезом возможна аналогичная перекрестная иммунологическая реакция между моноклональными антителами к микобактериальному антигену М.м. 65 кДа (hsp) и белку М.м. 64 кДа β -клеток островков ПЖ. Вышесказанное позволяет рассматривать хронический микобактериальный инфекционный процесс в качестве некоего пролонгированного фактора, способствующего возникновению аутоиммунного инсулита. Предрасположенность к развитию как сахарного диабета (СД), так определенного типа лепры связаны с одинаковыми антигенами главного комплекса гистосовместимости. Так, восприимчивость к лепре ассоциирована с наличием у больных гаплотипов HLA-DR3, DR2 (Сароянц Л.В., 1991). С другой стороны, HLA-DR3 ассоциирован и с высоким риском развития СД, тогда как HLA-DR2 определяет значительную степень протективности к последующему развитию СД (Балаболкин М.И., 2000).

Таким образом, на наш взгляд, диабетогенные нарушения у больных лепрой могут быть спровоцированы некоторыми механизмами патогенеза лепрозного процесса и его терапии, которые выступают в роли протективных диабетогенных факторов, приводящих к основным патофизиологическим дефектам сахарного диабета – инсулинорезистентности и дисфункции β -клеток поджелудочной железы.

Роль фосфоглива в лечении хронического гепатита С, протекающего с жировой дистрофией гепатоцитов

Цыганков М.В., Амбалов Ю.М.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

С целью изучения влияния жировой дистрофии печени (ЖДП) на результаты комплексной противовирусной терапии (КПТ) и для повышения ее эффективности было обследовано 242 человека с ПЦР-положительным хроническим гепатитом С (ХГС) без явных клинико-лабораторных

признаков цирроза печени. Пациенты с избыточной массой тела, метаболическим синдромом, сахарным диабетом, гипертонической и коронарной болезнями, регулярно потребляющие алкоголь или наркотики, принимающие препараты глюкокортикостероидных и половых гормонов, а также старше 45 лет в количестве 48 человек были в дальнейшем из исследования исключены. Из оставшихся 194 больных до начала лечения на проведение пункционной биопсии печени согласились 173, а после его завершения – повторно 49. У 39,3% пропунктированных пациентов (68 человек), помимо характерных воспалительно-некротических и фибротических признаков гепатита, были зарегистрированы явления ЖДП. Эти больные ($n = 56$) были рандомизированы на две группы, в 1-й из которых ($n = 29$) пациентам в течение 6–12 мес назначали только КПТ с использованием препаратов альфа-интерферонов и рибавирина, а во 2-й ($n = 27$) – дополнительно в эти же сроки фосфоглив по 2,5 г внутривенно 1 раз в три дня, а в промежутках этот же препарат перорально по 200 мг 4 раза в день. Из 105 больных ХГС, у которых отсутствовали морфологические признаки ЖДП, КПТ получили 80 человек (3-я группа).

Исследования показали, что, если у пациентов 1-й группы морфологические признаки ЖДП продолжали сохраняться после завершения лечения в $48,0 \pm 10,2\%$ случаев, то 2-й – лишь в $20,8 \pm 8,5\%$, т.е. в 2 раза реже ($p < 0,05$). Было также установлено, что наличие у больных ХГС ЖДП негативно отражается и на исчезновении вируса гепатита С из крови. Так, если при наличии ЖДП элиминация вируса была достигнута после окончания КПТ у $41,4 \pm 9,3\%$ пациентов, то при отсутствии таковой – у $78,8 \pm 4,6\%$ ($p < 0,01$). Аналогичная закономерность продолжала сохраняться и спустя 6 мес после завершения лечения (соответственно у $31,0 \pm 8,7\%$ и $70,0 \pm 5,1\%$, $p < 0,001$). Поэтому можно утверждать, что дополнительное применение фосфоглива позволило добиться у пациентов ХГС с ЖДП частоты вирусного ответа аналогично таковой без нее, и приводило к регрессу морфологических признаков ЖДП.

Методы выявления туберкулеза органов дыхания у детей старшего возраста и подростков

Чабанова О.Н., Стрельцова Е.Н., Сайфулин М.Х.

Астраханская государственная медицинская академия

В последние десятилетия на фоне ухудшения общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России имеет место рост заболеваемости среди лиц подросткового возраста.

В клиническом отделении Областного детского санатория для лечения всех форм туберкулеза г. Астрахани за 2005–2007 гг. находилось на стационарном лечении 119 детей старшего возраста и подростков с впервые выявленным туберкулезом легких: 2005 – 30, 2006 – 42, 2007 – 47 человек. Из них девочки – 69 (65,3%), мальчики – 50 (34,7%). По возрасту 12–14 лет – 28,6%, 15–17 – 64,7%,

старше 17 – 6,7%. Преобладали подростки в 16 лет (26%). Контакт с больным туберкулезом имел место в 55,3% случаев, семейный 26 и 38,4% – из очага смерти.

В структуре заболеваемости из клинических форм на первом месте инфильтративный туберкулез – 58,8%, экссудативный плеврит – 18,4%, очаговый – 12,6%, диссеминированный – 4,2%, туберкулома – 3,3%, фиброзно-кавернозный – 1,6%, кавернозный – 0,8%. Увеличилось число бактериовыделителей: 2005 – 10 чел, 2006 – 18 чел, 2007 – 22 подростка. В основном подростки и дети старшего возраста выявлялись по обращаемости – 41,1%. Тем не менее, за 3 года увеличился удельный вес лиц, выявленных при плановой флюорографии – с 23% в 2005 г. до 34% в 2007 г. При обследовании по контакту туберкулез выявлен у 17,8% подростков, при плановой туберкулинодиагностике всего выявлено за три года 11 больных (9,2%), больше половины из семейного очага.

Таким образом, увеличение удельного веса детей старшего и подросткового возраста требует усиленного внимания к этой возрастной группе с целью оптимизации оздоровительных, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Клиническая эффективность и безопасность лечения пегилированным интерфероном альфа-2β и рибавирином больных с ко-инфекцией ВИЧ/хронический гепатит С

Черевко О.Н., Скляр А.Ф., Сотниченко С.А., Зима Л.Г., Филиппова Е.Ю., Кузьмина А.В., Горелова И.С.

Владивостокский государственный медицинский университет

В последние годы увеличилась частота смешанной инфекции – ВИЧ и хронический гепатит С (ХГС), что явилось в том числе отражением эпидемии наркомании.

Целью данного исследования являлась оценка эффективности и безопасности комбинированной терапии ПегИнтроном (пегилированный интерферон альфа-2β) и Рибавирином больных с ко-инфекцией (ВИЧ-инфекция и ХГС).

Под наблюдением находилось 40 пациентов с ВИЧ-инфекцией в сочетании с ХГС, получающих или не получающих антиретровирусную терапию. Среди обследованных было 26 мужчин (65%) и 14 женщин (35%) в возрасте от 23 до 49 лет. Генотип 3а выявлен в 41% случаев, 1в и 2а в одинаковом количестве случаев (22%), 1а в 15%. Участники исследования получали ПегИнтрон в дозе 1,5 мкг/кг подкожно один раз в неделю в комбинации с Рибавирином 800–1200 мг ежедневно в зависимости от массы тела в течение 48 нед. Показаниями для назначения выше указанных препаратов служили наличие у пациентов возраста от 18 лет, количественное определение в крови HCV РНК, уровень CD4⁺ лимфоцитов более 250 клеток в 1 мкл. Активность АлАТ к началу лечения составляла 1,13 ± 0,12 ммоль/л, уровень CD4⁺ лимфоцитов – 464,5 ± ± 28,34 клеток/мкл. На настоящий момент (январь 2009 г.) лечение завершено у 23 человек. У остальных лечение

продолжается. В процессе лечения у большинства больных (72,5%) через полгода в крови HCV РНК не обнаруживались, активность АлАТ нормализовалась 0,6 ± 0,04 ммоль/л, уровень CD4 составлял 314,2 ± 19,63 клеток/мкл. Среди побочных эффектов преобладали такие, как слабость – в 50%; повышение температуры тела до субфебрильных цифр – 45%; снижение массы тела (32,5%); развитие депрессивных состояний (22,5%); боли в суставах и мышцах (12,5%); нарушение сна (10%); аллергические реакции в виде сыпи (7,5%); выпадение волос (5%). Исходя из полученных данных можно констатировать, что комбинированная терапия ХГС у ВИЧ-инфицированных пациентов с применением ПегИнтрона и Рибавирина является перспективной.

Крымская геморрагическая лихорадка в Нижнем Поволжье

Черенова Л.П., Галимзянов Х.М., Василькова В.В., Аршба Т.Е., Черенов И.В., Егорова Е.А.

Астраханская государственная медицинская академия

Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) в Нижнем Поволжье регистрируется с 1953 года. В 70–90-х годах наблюдалось эпидемиологическое благополучие, когда КГЛ встречалась в единичных случаях. С 1999 года в Нижнем Поволжье начался подъем заболеваемости. Заболеваемость КГЛ регистрируется ежегодно до 37 случаев в сезон.

В прошлом столетии по данным Лещинской Е.В. (1967, 1968) КГЛ в Нижнем Поволжье протекала преимущественно в тяжелой форме (50–64% случаев), с геморрагическим синдромом (92% случаев) и с полостными кровотечениями (до 79% случаев). КГЛ без геморрагического синдрома наблюдалась лишь у 8% больных. Летальность при КГЛ в отдельные годы была 30–40% (Лещинская Е.В., 1968). В нынешнем столетии наблюдается изменение клинической картины и исходов при КГЛ. Нами проведен анализ 150 историй болезни больных КГЛ, находящихся на лечении в областной инфекционной клинической больнице г. Астрахани. Отмечается снижение тяжелых форм КГЛ (32%) и количества случаев, протекающих с геморрагическим синдромом (60%). Значительно возросло число больных, у которых КГЛ протекала без геморрагического синдрома (до 40%). Геморрагический синдром у большинства больных проявлялся геморрагической сыпью (63%), кровоточивостью десен (43%) и кровоподтеками (41%). Полостные кровотечения развивались у 37% больных. Носовые кровотечения были у 26,7% больных, желудочно-кишечные – у 16%. У 12 женщин (24,5%) отмечались необильные маточные кровотечения.

Осложнения наблюдались у больных с тяжелой формой КГЛ (79%). Наиболее часто регистрировались: токсическая энцефалопатия, ДВС-синдром, анемия; реже – ИТШ, пневмония, миокардит, острая почечная недостаточность. Летальность при КГЛ составила 5,3%. За последние 4 года летальность снизилась вдвое (2,6%).

Проведение комплексной терапии с использованием противовирусных препаратов (рибавирин) и ИСИ (амик-

син, циклоферон) в ранние сроки болезни позволили снизить летальность при КГЛ.

Маркеры гепатита С

Чернобровкина Т.Я., Жаров С.Н., Лучшев В.И.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Изучение клинической картины, лабораторных показателей и антителогенеза проводилось у 57 больных. Первую группу пациентов составили 17 больных с ОГС, вторую 15 с обострением ХГС, третью 25 пациентов с микст-инфекцией HCV+HBV по типу супер-инфекции ОГВ+ХГС. Пациенты находились на стационарном лечении в ИКБ №3 г. Москвы. Определение спектра антител класса IgM и IgG к вирусу ГС в сыворотке и на эритроцитах крови проводилось методом ИФА с использованием тест-системы «ИФА-АНТИ-HCV-СПЕКТР-GM» НПО «Диагностические системы» (г. Нижний Новгород). Исследование крови пациентов проводилось в день госпитализации и через 1 мес.

Выявление антител к core- и NS3-белкам в сыворотке крови больных свидетельствует только об инфицировании вирусом ГС, а их одновременное отсутствие на эритроцитах с учетом клинико-биохимических данных позволяет с большей вероятностью диагностировать острую форму HCV-инфекции. В то же время для этой формы характерно отсутствие антител к NS4- и NS5-белкам на эритроцитах крови независимо от того присутствуют или отсутствуют они в сыворотке крови.

Хроническая форма HCV-инфекции характеризуется высокой частотой встречаемости антител к core-, NS3-, NS4-, NS5-белкам, как в сыворотке, так и на эритроцитах крови больных.

Роль вакцинации в профилактике вирусного гепатита А, по материалам 1-й ГКБ г. Иваново

Чернобровый В.Ф., Федоровых Л.П., Орлова С.Н., Дудник О.В., Лебедев С.Е., Лаврух И.Ф., Машин С.В., Довгалюк Т.И., Философова М.Е.

Ивановская государственная медицинская академия

Подъем заболеваемости ВГА в г. Иваново начался с августа 2008 года с максимальным поступлением взрослых больных в октябре месяце. Все случаи вирусного гепатита А были верифицированы обнаружением anti HAV IgM в ИФА. Предыдущие подъемы ВГА наблюдались в 1995–1997 и 2001–2002 годах. Особенностью вспышки 2008 года было преимущественное поражение взрослых, причем лица старше 40 лет составили 26,6%, что можно объяснить истощением коллективного иммунитета сформировавшегося в предшествующие эпидемиологические подъемы. Изменение возрастной структуры привело к трудностям ранней диагностики из-за наличия сопутствую-

щей патологии печени (вирусной и невирусной природы) и разных серьезных соматических заболеваний.

Примечательно, что дети (14 человек в возрасте от 1 до 17 лет) стали поступать в инфекционное отделение 2 месяца спустя. Половина детей была дошкольного возраста, все они были из одного ДОУ, причем первый случай – из семейного очага. Очаговость отмечена в 10% всех случаев, 42% пациентов указывали на регулярное употребление некипяченой водопроводной воды. У взрослых преобладало среднетяжелое течение (77,2%), что сопоставимо с наличием патологии (у 36,7% больных). Дети болели легко.

В означенном детском учреждении по эпидемиологическим показаниям была проведена прививка вакциной ГЕ-ПА-А-ин-ВАК, всем детям и сотрудникам с предварительным обследованием для исключения безжелтушных форм вируса гепатита А, после поступления больных из этого очага не наблюдалось.

1. Эпидемиологические закономерности ВГА (циклическая, сезонность) сохраняются.
2. Преобладание больных старшего возраста способствовало трудностям ранней диагностики и очаговости ВГА.
3. Предпринятая вакцинация на фоне начавшейся вспышки показала эффективность вакцинопрофилактики ВГА.

Структура инфекционной патологии у женщин с экстракорпоральным оплодотворением

Чехова Ю.С., Дроздова Т.Г., Кашуба Э.А., Пурина Т.В., Филимончева Э.Ю., Кукарская И.И.

Областной перинатальный центр, Тюмень; Тюменская государственная медицинская академия

Проанализировано течение беременности 26 женщин, беременность которых наступила в результате экстракорпорального оплодотворения. Возраст женщин колебался от 20 до 40 лет с преобладанием возрастной категории 25–35 лет. Продолжительность бесплодия в среднем составила 4,6 года. Первичное бесплодие отмечалось у 14 женщин, у 12 пациенток – вторичное. В 50% случаев причиной бесплодия явились трубно-перитонеальные факторы, 38% – расстройство овуляции, 12% составил мужской фактор. Сопутствующая экстрагенитальная патология выявлена у 58% женщин. Из осложнений беременности следует отметить высокую частоту анемии беременных (65%), гестоза первой и второй половины (46%), угрозы прерывания в первом триместре (77%), обострений хронических заболеваний (38%), пиелонефрита беременных (12%), плацентарной недостаточности (24%), преждевременной отслойки плаценты (8%). Инфицированность вирусом простого герпеса составила 65%, при этом не выявлено лабораторных признаков реактивации данной инфекции. Антитела к цитомегаловирусу обнаружены в крови 92% женщин, у 24% – признаки активной инфекции сочетались с изменениями картины УЗИ (гипертонус миометрия, многоводие, маловодие, признаки плацентарной недостаточности, ЗВУР, обвитие пуповиной шеи плода, расширение МВП). Частота реактивации цитомегалови-

русной инфекции превышает среднестатистические показатели среди беременных города Тюмени на 8%. Хронический токсоплазмоз зарегистрирован у 23% пациенток, хламидийная инфекция – у 19%. Хронические гепатиты В, С выявлены у 8% женщин. Анамнестические антитела к вирусу краснухи обнаружены у 85%. У 15% женщин отсутствовал иммунитет к *Rubella virus*.

Таким образом, следует отметить, что возраст пациенток, отягощенный соматический статус, длительное бесплодие в анамнезе, хирургические способы лечения гинекологической патологии, гормональная терапия, позволяет отнести женщин с ЭКО к группе риска по развитию инфекционно-воспалительных осложнений во время беременности и, как следствие, повышение риска инфицирования плода.

Определение уровня тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С

Чуйкова К.И., Куприянова И.Е.,
Ковалева Т.А., Алексеева Е.А.

Сибирский государственный медицинский университет;
НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск

Цель исследования: оценить уровень тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Пациенты и методы исследования. Обследовано 57 беременных женщин, из них у 42 (73,7%) был подтвержден хронический вирусный гепатит С и у 15 (22,3%) – хроническая HBV-инфекция. Для оценки уровня тревоги применяли шкалу Гамильтона, при этом расценивали: 0 – отсутствие тревоги, до 7 – низкий уровень тревоги, 8–19 – выраженный уровень тревоги, 20 и выше баллов – клиническое состояние тревоги.

Результаты исследования. Большинство из беременных женщин до проведения скринингового обследования не подозревали о наличии у них инфицирования вирусом гепатитов В и С. Активных жалоб пациентки с хроническими вирусными гепатитами В и С не предъявляли. Клинические признаки поражения печени не были выражены, выявлялись только при целенаправленном клинико-лабораторном и инструментальном исследовании.

Получение информации о диагнозе хронического вирусного гепатита В или С вызывало развитие признаков тревоги у беременных женщин. Симптомы тревоги разной степени выраженности были выявлены у 100% обследованных женщин. Низкий уровень тревоги отмечался у 20 (35,1%) женщин. В основном это были пациентки с низким образовательным уровнем, не имеющие какой-либо информации о болезни и ее возможных исходах. Выраженные признаки тревоги отмечались у 27 (47,4%), а наличие клинического состояния тревоги – у 17,5% (10) беременных женщин. Большая часть беременных женщин – 54 (94,7%) – имели признаки психической тревоги (астенический, тревожно-фобический и депрессивный синдромы). Сомато-вегетативный синдром встречался у 49 (85,9%) па-

циенток. Реже отмечались признаки нейро-вегетативной тревоги – у 29 (50,9%) женщин.

Таким образом, учитывая выраженный уровень тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С, считаем необходимым разработать систему не только этиотропной и патогенетической терапии, но и медикаментозной и психологической коррекции для этой группы пациенток.

Клинико-эпидемиологические особенности острого бруцеллеза на современном этапе

Чуйкова О.С., Попов П.Н., Санникова И.В.

Ставропольская государственная медицинская академия

Высокий уровень заболеваемости склонность к хронизации процесса определяет актуальность бруцеллезной инфекции, как для Ставропольского края, так и для Южного Федерального округа.

Целью нашего исследования явилось проведение анализа клинико-эпидемиологических особенностей острого формы бруцеллеза у 102 больных, находившихся на стационарном лечении в 2005–2008 гг. Диагноз был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и верифицирован иммунологическими тестами (реакция Хеддельсона, Райта, РПГА). Среди заболевших преобладали мужчины (79,4%). Средний возраст больных составил $33,6 \pm 13,3$ лет. В 92,2% случаях заболевание протекало в легкой и среднетяжелой формах и только в 7,8% наблюдалось тяжелое течение. 70% больных предъявляли жалобы на потливость слабость, головные боли, лихорадку, боли в суставах. Со стороны сердечнососудистой системы отмечались боли в области сердца, приглушенность сердечных тонов, нарушение внутрижелудочковой проводимости, у 1 пациента выявлены вегетации на клапанах по данным ЭхоКГ. Увеличение печени наблюдалось у 77,5% больных, селезенки – у 26,5%. У 8 пациентов наблюдались явления эпидидимоорхита. Со стороны гемограммы лишь в 8,8% отмечалась умеренная лейкопения, относительный лимфоцитоз и моноцитоз (48 и 12,8% соответственно). В 52,9% случаях отмечалось увеличение СОЭ. У 22,6% пациентов отмечалось повышение уровня фибриногена, у 24,51% – ЦИКов.

Подавляющее число больных составили жители сельской местности (85,3%), занятые в животноводстве. Постоянный контакт с животными имели 67,7% всех больных. Из профессиональной группы пациентов заражению чаще подвергались чабаны, ветврачи и рабочие по дополнительному обслуживанию животноводческих ферм. В 19 случаях пациенты связывали свое заражение контактом с биоматериалом при родовспоможении, в 11 случаях – с забором крови, в 8 случаях – при выпасе или перевозке животных.

Таким образом, увеличение числа легких форм острого бруцеллеза, отсутствие патогномоничных проявлений инфекции, низкая настороженность врачей ведут к поздней диагностике и увеличению хронических форм заболевания.

Поражение нервной системы при ветряной оспе

Чуракова А.В., Поздеева О.С., Ермолаева И.Ю.,
Мохова О.Г., Губина С.В.

*Ижевская государственная медицинская академия;
Республиканская детская клиническая инфекционная
больница, Ижевск*

За период с 2000 по 2008 гг. количество детей, госпитализированных в РКИБ с ветряной оспой, из года в год увеличивалось. Так, если в 2000 г. больных было всего 26, то в 2007 г. – 110 детей. В последние годы ежегодно регистрируется до 4 случаев развития поражений нервной системы при ветряной оспе различной локализации (менингоэнцефалит, энцефалополирадикулонеуропатии). Всего за период с 2000 по 2008 гг. с данным диагнозом наблюдались 11 детей, детальный анализ проведен 7 историй болезни.

Наиболее часто поражение нервной системы развивалось у девочек (71,43 ± 17,1%). Средний возраст детей составил 4,16 ± 1,28 лет (варьировал от 2 лет 6 мес. до 6 лет). У всех детей клинические проявления ветряночного энцефалита были связаны преимущественно с поражением мозжечка (нарушение статической и динамической координации, интенционный тремор), однако у 2 детей (28,57%) дополнительно появилась картина полирадикулонеуропатии с нарушением функции тазовых органов. У всех исследуемых больных проявления со стороны нервной системы развились на 2–5-й день после появления последних высыпаний (дети поступали в РКИБ на 9,59 ± ± 2,43 день заболевания). Прямой зависимости между тяжестью течения ветряной оспы и выраженностью проявлений поражения нервной системы не отмечалось: течение острой фазы ветряной оспы у 5 больных можно классифицировать как легкой степени тяжести, и только у 2 больных как среднетяжелое течение. Необходимо отметить, что накануне появления неврологической симптоматики у 85,71 ± 13,2% детей наблюдалось повышение температуры до 37,2–38,6°C.

Неврологическая симптоматика практически редуцировалась к 20–24-му дню от начала заболевания. В периоде реконвалесценции наиболее часто (28,57% больных) наблюдался церебрастенический синдром. У 1 больного была выявлена дисфункция подкорково-стволовых структур, снижение порога судорожной готовности. В анализе: у всех детей с менингоэнцефалитом был небольшой (16,20 ± 3,37 клеток/мл) цитоз, лимфоцитарного характера.

Таким образом, ветряная оспа в настоящее время – это типичное герпетическое заболевание, при котором поражение нервной системы перестало быть редкостью; не отмечается зависимости между тяжестью течения ветряной оспы и выраженностью проявлений поражения нервной системы.

Клинические особенности острых тонзиллитов у детей

Чуракова А.В., Поздеева О.С., Ермолаева И.Ю.,
Мохова О.Г., Канкасова М.Н., Губина С.В.

*Ижевская государственная медицинская академия;
Республиканская детская клиническая инфекционная
больница, Ижевск*

Острые тонзиллиты являются одним из самых распространенных инфекционных заболеваний ротоглотки у детей. За 2008 год в боксированное отделение Республиканской клинической инфекционной больницы с данным диагнозом был госпитализирован 231 ребенок.

Наиболее часто болеют дети в возрасте от 1 до 6 лет (56,28 ± 4,4%)($\chi^2 = 26,411$, при $n = 1$, $p < 0,001$), реже дети младшего школьного возраста (12,99%) и дети 10–14 лет (27,27%). Необходимо отметить, что осложнения тонзиллитов (паратонзиллярные абсцессы, лимфадениты) встречаются в последней возрастной группе с частотой: 1 на 10 случаев (9,52%). Максимальное количество больных поступает в зимние месяцы (31,18 ± 3,0%).

При бактериологическом обследовании с миндалин были выделены β -гемолитические стрептококки (45,46%), в комбинации с другой флорой (19,05%); в остальных случаях выделялись α -гемолитические стрептококки (17,32%) и стафилококки.

Среди сопутствующих заболеваний у детей регистрировались: ОРЗ (41,13%), ОКИ (11,69%), токсико-аллергические реакции (7,79%), ИМВП (9,52%). В 29,00% случаев детям по показаниям проводилось обследование на инфекционный мононуклеоз.

Средняя продолжительность интоксикационного синдрома составила 2,56 ± 0,23 дня; длительность синдрома тонзиллита зависела от выраженности изменений в ротоглотке и этиологии возбудителя (5,62 ± 1,14 дней).

В лечении применялась ступенчатая антибактериальная терапия, преимущественно цефалоспорины I-II поколения (55,41 ± 3,3% случаев) и пенициллины (10,82%); у 29 больных (12,55%) была необходима смена антибиотика на цефалоспорины III поколения. Изменения на ЭКГ были выявлены у 89 больных (44,50%). Наиболее часто регистрировались очаговые нарушения в миокарде (21,35%), дыхательные аритмии (25,84%) и неполные блокады ножек пучка Гиса (15,73%). Таким образом, учитывая высокую частоту изменений на ЭКГ после перенесенных тонзиллитов, необходима более тщательная диспансеризация таких детей, с обязательным контролем ЭКГ.

Лабораторная диагностика лептоспироза

Шавкунова Р.Г., Журавлева Е.В., Городин В.Н.

*Специализированная клиническая инфекционная
больница, Краснодар*

Лептоспироз является актуальной инфекционной патологией для Краснодарского края. Показатели заболеваемости людей лептоспирозной инфекцией в течение последних

40 лет в крае существенно превышают республиканские. Интенсивный показатель заболеваемости колебался в различные годы от 0,7 до 26,6 на 100 тыс. населения.

В настоящее время идентифицировано более 230 сероваров патогенных лептоспир, объединенных на основании антигенного родства в 23 серогруппы. На территории Краснодарского края преимущественно циркулируют 8 штаммов: *L. icterohaemorrhagiae* (m-20); *L. canicola* (каширский); *L. australis* (enc – 1); *L. pomona* (pomona); *L. grippotyphosa* (m-5); *L. sejroe* (mus-24); *L. sejroe* (3705); *L. tarassovi*.

В последние годы в специализированной клинической инфекционной больнице г. Краснодара (краевой лептоспирозный центр) лабораторная диагностика лептоспироза включает в себя РМАЛ (реакция микроагглютинации лептоспир), реакцию слайд-агглютинации (БАСА), ИФА (определение IgA, G) и метод ПЦР с гибридизационно-флюоресцентной детекцией. Реакция слайд-агглютинации (БАСА) хорошо зарекомендовала себя в качестве теста ранней и экспресс-диагностики. Однако, для верификации диагноза в краевом лептоспирозном центре, по-прежнему наибольшее применение находит РМАЛ. Особенностью метода является использование в работе диагностического набора живых культур лептоспир. РМАЛ является высокочувствительной и специфичной серологической реакцией, позволяющей выявлять не только антигена и их титр, но и устанавливать серогруппу возбудителя, который вызвал заболевание, что очень важно для эпидрасследования групповых заболеваний.

В течение 2007–2008 года пейзаж выявленных серогрупп от больных лептоспирозом с помощью данной реакции был следующим: *L. icterohaemorrhagiae* – 73,9%, *L. australis* – 11,6%, *L. sejroe* (3705) – 5,8%, *L. sejroe* (mus-24) – 4,3%, *L. canicola* – 2,9%, *L. grippotyphosa* – 1,4%.

Таким образом, в Краснодарском крае преобладает иктерогеморрагический лептоспироз, который клинически характеризуется преобладанием среднетяжелых и тяжелых форм заболевания, развитием жизнеугрожающих осложнений и высокой летальностью.

Особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом у женщин различных возрастных групп

Шайхмиева В.Ф., Мурзабаева Р.Т., Сперанский В.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

С целью изучения особенностей геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) у женщин различных возрастных групп нами проведен анализ историй болезни 132 женщин в возрасте от 17 до 74 лет, пролеченных в ИКБ №4 г. Уфы в 2005–2006 гг. Все больные разделены на две группы: первая включала женщин репродуктивного возраста (89 человек), 2 – нерепродуктивного возраста (43 больных). Анализ клинических проявлений заболевания в целом свидетельствовал о более благоприятном течении ГЛПС у женщин. В репродуктивной группе легкую форму ГЛПС перенесли 7 человек (8%),

среднетяжелую – 52 (58%) и тяжелую – 30 (34%). В группе женщин постменопаузального возраста заболевание в легкой форме протекало у 6 (14%), в среднетяжелой – у 31 (72%) и в тяжелой форме – у 7 пациентов (16%). Таким образом, у женщин репродуктивного возраста чаще регистрировалось тяжелое течение болезни. В то же время у женщин 2-й группы наблюдались более выраженные и длительно сохранившиеся астенический, диспепсический синдромы, ваготония, эмоциональная лабильность. У женщин обеих групп почечный синдром был умеренным – у 58 больных (45%) наблюдалась олигоанурия, из них 21 (40%) из 1-й группы и 10 (32%) – из 2-й группы. Геморрагический синдром в сравниваемых группах был слабо выражен, при этом у 10 (11,2%) женщин репродуктивного возраста выявлялись петехии, экхимозы на верхних конечностях, необильные носовые кровотечения и у 4 пациентов (9,3 %) – из 2-й группы. С 3–5 дня болезни в анализах мочи наблюдалась протеинурия (от 0,003 до 16,5 г/л) в виде «белкового выстрела», в осадке мочи – свежие эритроциты, цилиндры. В 3 случаях отмечалась макрогематурия, у 18% больных с легкой и у 33% со среднетяжелой формой болезни – микрогематурия. В анализе крови выявлена нарастающая тромбоцитопения (50%), при тяжелом течении ГЛПС во 2 периоде – лейкоцитоз до $29 \times 10^9/\text{л}$. Специфические осложнения болезни у женщин регистрировались редко. В 7 случаях (5,3%) развивался токсико-инфекционный шок I–II степени на 4–6-й дни болезни, из них 6 – у женщин репродуктивного возраста. Азотемическая уремия наблюдалась у одной больной из 1-й группы, которая была переведена в отделение гемодиализа. У женщин чаще, чем у мужчин, почти с одинаковой частотой в сравниваемых группах (у 10 и 14% больных, соответственно), наблюдались бактериальные осложнения (чаще пиелонефриты). Все осложнения были купированы, летальных исходов от ГЛПС у анализированных больных не было.

Клинико-биохимические особенности течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом

Шакирова В.Г., Хаертынова И.М.

Казанская государственная медицинская академия

Цель: изучить эпидемиологические и клинико-биохимические особенности течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) в зависимости от формы тяжести.

Под наблюдением находились 46 больных с ГЛПС: 1-я группа (23 чел.) – больные с тяжелой, 2-я группа (23 чел.) – с легкой и среднетяжелой формами. Диагноз ГЛПС устанавливался на основании реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, а также клинического и биохимического анализов крови, мочи.

Средний возраст больных 1-й группы составил $35,4 \pm 2,2$ лет, 2-й группы $33,8 \pm 2,1$ лет ($p > 0,05$). Подавляющее большинство больных в обеих группах были: мужчи-

ны – 86,9 и 69,5% ($p > 0,05$); жители сельской местности – 78,2 и 69,5% ($p > 0,05$); пациенты, заболевшие в весенне-летний период – 86,9 и 82,6% ($p > 0,05$). Пациенты, имеющие рабочую профессию, чаще переносили заболевание в тяжелой форме – 86,9 и 56,5% ($p < 0,04$). Анализ клинической картины показал, что в обеих группах одинаково часто наблюдались инфекционно-токсический (ИТС), астеновегетативный (АВС) и мочевого синдромы ($p > 0,05$). Отличительной особенностью этих синдромов являлась их большая продолжительность в первой группе ($p < 0,03$; $p < 0,04$; $p < 0,02$). В 1-й группе чаще, чем во 2-й встречались краниоцервикальный, геморрагический синдромы, «туман» перед глазами, а также присоединение инфекций мочевыводящих путей ($p < 0,03$; $p < 0,05$; $p < 0,02$). Лабораторные исследования показали, что в 1-й группе по сравнению со 2-й чаще развивалась анемия, количество эритроцитов соответственно составляло $3,9 \pm 0,13$ и $4,3 \pm 0,15$ тыс./мкл ($p < 0,02$), лейкоцитоз – $15 \pm 1,12$ и $9,2 \pm 0,85$ млн./мкл ($p < 0,02$), повышался уровень глюкозы крови – $6,33 \pm 0,22$ и $5,25 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,03$), мочевины – $28,2 \pm 1,5$ и $14,9 \pm 1,7$ ммоль/л ($p < 0,05$), креатинина – $572,6 \pm 43,8$ и $322,5 \pm 44,1$ мкмоль/л ($p < 0,05$), достоверно более высокие титры антител в РНИФ ($p < 0,02$). УЗИ выявило, что в 1-й группе чаще, чем во 2-й определялась жидкость под капсулой почек – 30,4 и 19,5 % ($p < 0,04$), в брюшной полости – 21,7 и 2,1 % ($p < 0,04$) и в плевре – 17,3 и 0% ($p < 0,02$).

Выводы. Тяжелые формы ГЛПС отличаются от среднетяжелых и легких длительным ИТС, АВС, более продолжительным олигурическим периодом, чаще сопровождаются геморрагическим и краниоцервикальным синдромами, гипергликемией, выпотом в брюшную полость, плевру, почки и присоединением инфекций мочевыводящих путей.

Перспективы совершенствования дезинфектологических технологий в профилактике инфекционных болезней

Шандала М.Г.

НИИ дезинфектологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва

В профилактике и борьбе с инфекциями дезинфектологические технологии (ДТ) носят неспецифический характер, и поэтому в комплексе противоэпидемических мероприятий они могут использоваться против разнообразных инфекционных агентов (бактерии, вирусы, грибы). При разработке и внедрении ДТ предпочтения отдаются дезинфекционным средствам (ДС) с широким спектром антимикробной активности – спороцидам, вызывающим гибель не только вегетативных форм патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, но при необходимости – и спор бацилл (возбудители сибирской язвы, газовой анаэробной инфекции и др.). Разрабатываются композиционные ДС, включающие комбинации разных действующих

веществ – перекиси водорода, альдегидов и поверхностно-активных веществ и др.

Перспективным направлением является создание ДТ, основанных на сочетании химических ДС и физических дезинфицирующих агентов, например, позволяющие совмещать дезинфекцию с предстерилизационной очисткой или стиркой, или мойкой разных объектов. Совмещение в одном дезинфектанте нескольких функций повышает безопасность проведения работ, сокращает время обработки, трудозатраты персонала и позволяет более экономно использовать средства.

Созданы новые перспективные технологии обеззараживания воздуха с использованием современных бактерицидных УФ-облучателей, генераторов озона, электрофильтров. При этом в новых рециркуляционных установках используется новый принцип фотокатализа, обеспечивающего очистку и обеззараживание воздуха.

Таким образом, разработанные современные дезинфектологические технологии позволяют не только снижать общую микробную обсемененность во внешней среде до безопасного уровня, но и активно бороться с возбудителями инфекционных болезней на различных объектах в ЛПУ, жилых и общественных помещениях и т.п.

Современные методы диагностики, особенности клинического течения, патоморфологическая картина вторичных заболеваний у стационарных ВИЧ-инфицированных больных

Шахгильдяев В.И., Васильева Т.Е., Шипулина О.Ю., Перегудова А.Б., Груздев Б.М., Данилова Т.В., Мартынова Н.Н., Филиппов П.Г., Баринаева А.А., Павлова Л.Е., Тишкевич О.А., Литвинова Н.Г., Юдицкий М.В., Марченко Н.Р., Ольшанский А.Я., Мазус А.И.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения Москвы; Московский государственный медико-стоматологический университет;

Инфекционная клиническая больница №2, Москва;

Туберкулезная клиническая больница №3, Москва

Введение. В настоящее время отмечается существенное повышение количества больных ВИЧ-инфекцией с клиническими проявлениями заболевания. У врачей-инфекционистов отсутствуют четкие представления о клиническом течении, стандартах диагностики и лечении вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции. Цель исследования: анализ структуры, особенностей течения и диагностики вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией.

Пациенты и методы. В 2006–2007 гг. наблюдали 4155 больных ВИЧ-инфекцией (1518 – на стадии СПИДа) в ИКБ №2 г. Москвы. Использовали инструментальные методы, иммунологические, бактериологические, молекулярные исследования для выявления возбудителей вто-

ричных заболеваний. ВИЧ-инфекция закончилась летальным исходом у 255 (6,1%) больных.

Результаты. Ведущие причины госпитализации больных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции: бактериальные бронхит или пневмония, ХГС, сепсис. У больных на стадии СПИДа имели место туберкулез (66,3%), висцеральный кандидоз (12%), ЦМВИ (10,1%), токсоплазмоз (9,2%), пневмоцистная пневмония (5,5%). Увеличилось число больных лимфопролиферативными заболеваниями (2,7%), атипичным микобактериозом (0,5%), опухолями головного мозга (0,3%). Более 40% больных с поражением легких, 65% пациентов на стадии СПИДа, 36% умерших больных страдали ТБ. У 31% умерших больных ТБ были выявлены и оппортунистические инфекции (ЦМВИ и др.)

Выводы. Вторичные заболевания у больных ВИЧ-инфекцией часто сочетаются и протекают в генерализованной форме. Обязательным условием эффективной помощи больным ВИЧ-инфекцией является проведение инструментальных исследований, использование молекулярных методов диагностики, применение современных этиотропных и патогенетических препаратов.

Вирусные гепатиты у больных ВИЧ-инфекцией инфекционного стационара г. Москвы

Шахгильдян В.И., Смирнова С.П., Перегудова А.Б., Груздев Б.М., Данилова Т.В., Мартынова Н.Н., Баринаева А.А., Павлова Л.Е., Тишкевич О.А., Ольшанский А.Я.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом;

Инфекционная клиническая больница №2, Москва

Введение. В РФ только 13,2% больных, умерших с диагнозом ВИЧ-инфекции, имели стадию СПИДа. Все более существенную роль в заболеваемости и смертности больных ВИЧ-инфекцией играют хронические вирусные гепатиты (ХВГ). Цель исследования: анализ причин поражения печени у больных ВИЧ-инфекцией, госпитализированных в инфекционный стационар.

Пациенты и методы. В 2006–2007 гг. 4155 больных ВИЧ-инфекцией (67% мужчин, 89,4% 20–39 лет) наблюдали в ИКБ№2 г. Москвы. Стадии ВИЧ-инфекции: латентная (III) – 1242 (29,9%); вторичных заболеваний IVA – 687 (16,5%), IVB – 708 (17%), IVB (СПИД) – 1518 (36,5%) больных. Использовали инструментальные и стандартные лабораторные исследования, ИФА, ПЦР для определения маркеров ВГ и этиологии оппортунистических инфекций.

Результаты. У 1554 (37,4%) больных выявлено поражение печени, в 97,9% – вирусной природы. В 67,5% случаях вирусный гепатит сочетался с токсическим (алкогольным) повреждением печени. Только токсическое поражение печени – 22 (1,4%) больных. Печеночная патология как следствие туберкулеза, ЦМВИ, токсоплазмоза – единичные случаи. ХВГ – непосредственная причина гос-

питализации 455 (23,6%) больных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции (31,2% – цирроз). Гепатит С (ГС) выявлен у 1470 больных (94,6% случаев поражения печени): ХГС – 1467, ОГС – 3, в сочетании с гепатитом В (ГВ) у 109 (7,4%). Цирроз печени диагностирован у 205 (14%) больных ХГС. ГВ выявлен у 153 (9,8%) больных: ХГВ – 121, ОГВ – 32. Только ХГВ – 11 (0,7%) больных. Цирроз печени был у 9 (7,4%) больных ХГВ, у всех в сочетании с ХГС. Дельта-инфекция – 38 больных, у 7 при ОГВ. Гепатит А – 13 (0,8%) больных. Из 255 умерших больных ВИЧ-инфекцией цирроз печени имел место в 57 (22,4%) случаях и был обусловлен ХГС часто в сочетании с токсическим поражением органа. Печеночная патология была основной причиной смерти больных на ранних стадиях (III, IVA) ВИЧ-инфекции (60,3%) и четвертой по частоте – среди больных на стадии СПИДа (11,2% случаев).

Выводы. ХГС является наиболее частым этиологическим фактором поражения печени у стационарных больных ВИЧ-инфекцией, одной из основных причин госпитализации, тяжелого состояния и смерти пациентов.

Характеристика хронических парентеральных вирусных гепатитов в Российской Федерации. Обоснование необходимости и эффективность вакцинации против гепатитов А и В больных хроническими заболеваниями печени

Шахгильдян И.В., Ясинский А.А., Михайлов М.И., Ершова О.Н., Лыткина И.Н., Шулакова Н.И., Романенко В.В., Патлусова В.В., Блохина Н.П., Малышев Н.А.

НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН, Москва

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ), регистрация которых в РФ была начата в 1999 г., – серьезная медицинская и социальная проблема. Об этом свидетельствует их широкое распространение (прежде всего хронического гепатита С), все более частая регистрация среди лиц молодого возраста, значительная роль в формировании цирроза и первичного рака печени. В РФ с 1999 г. официально регистрируют лишь хронические гепатиты В и С (ХГВ и ХГС), а также хронические гепатиты «неуточненной этиологии». Учет хронических гепатитов дельта, а также смешанной этиологии в масштабах страны еще не налажен. Отсутствие формирования хронических форм у больных энтеральными вирусными гепатитами (гепатитами А и Е) объясняет тот факт, что их регистрацию не ведут.

В настоящее время на фоне выраженного снижения показателей заболеваемости острыми ГВ и ГС имеет место отчетливое развитие эпидемии хронических вирусных гепатитов (прежде всего хронических форм ГС). Сегодня твердо установлено, что больные ХГВ и ХГС – основные источники этих инфекций (по нашим данным больные ХГВ являются источниками заражения НВ-вирусом больных острой формой инфекции в 94–96% слу-

чаев). Подавляющее большинство летальных исходов сегодня регистрируют у больных ХВГ, (в 2007 г. в РФ такие исходы имели место у 307 больных ХВГ, 21 – острым ГВ и 3 – острым ГС). По данным официальной статистики в РФ всего в 1999–2007 гг. у 592 071 чел были зарегистрированы хронические формы вирусных гепатитов, в т.ч. у 182 629 (30,8%) – ХГВ, 384 858 (65,0%) – ХГС и 24 584 (4,2%) – неуточненной этиологии. Значительное преобладание ХГС отмечено на протяжении всех 9 лет регистрации ХВГ, однако в 2007 г. по сравнению с 1999 г. удельный вес ХГВ уменьшился с 37,9 до 26,7%, а ХГС вырос с 54,8 до 70,4%. Следует подчеркнуть, что регистрация хронических гепатитов В и С является далеко не полной, ибо ежегодно впервые выявляют большую когорту «носителей» НВ- и НС-вирусов, у большинства из которых при углубленном обследовании удается диагностировать хронические формы гепатитов В или С (чаще всего с умеренной степенью активности). В 2007 г. в РФ было впервые выявлены 7520 больных острым ГВ, 19 953 – хроническим и 60 781 чел. – «носителей» НВ-вируса. При обследовании 132 таких «носителей» в клинике НИИ вирусологии у 3/4 из них при исследовании биоптатов печени был диагностирован хронический малоактивный гепатит В. В этом же году наряду с 52 733 больными ХГС было впервые обнаружено в 3 раза больше лиц с наличием анти-ВГС (150 205 чел.), хотя только у 2/3 этих лиц в ПЦР удастся выявить РНК ВГС и лишь их можно относить к носителям НС-вируса. С учетом этих «носителей» вирусов ГВ и ГС предполагается, что в РФ живут до 5 млн. больных хроническим ГВ и 1,5–2 млн. – хроническим ГС, которые образуют большую и стойкую когорту потенциальных источников этих инфекций, обширный резервуар НВ- и НС-вирусов в популяции. За последние годы в результате проведения массовой вакцинации против ГВ заметно сократилось число ежегодно впервые выявляемых «носителей» вируса ГВ (в Москве в 2007 г. по сравнению с 1999 г. в 2,5 раза), стабилизировалось (а в отдельных регионах уменьшилось) число больных, у которых впервые был диагностирован ХГВ. В те же годы имеет место отчетливый рост числа больных ХГС (в Москве почти в 6 раз) и лиц с наличием анти-ВГС в крови (в Вологодской области у беременных женщин почти в 3 раза). Такое выраженное увеличение на протяжении последних 5 лет числа больных ХГС – результат («эхо») массивного заражения НС-вирусом в предшествующие годы при широком внутривенном употреблении психоактивных препаратов, в период существования в стране «наркотического Чернобыля».

Одной из современных особенностей ХВГ является возрастной состав больных (97,8% в 2007 году были старше 17 лет, причем среди них преобладали лица 19–29 и 30–39 лет). Другой особенностью было нередкое выявление ХВГ смешанной этиологии. Наиболее часто среди них (в 68%) мы отмечали хронические гепатиты с сочетанием маркеров ГВ и ГС. Реже имело место наложение гепатита А на предшествующие хронические ГВ и ГС, что значительно изменяло клинический облик этой инфекции. Обоснована необходимость вакцинации

больных ХГС против ГВ. По нашим данным у 22% больных хроническим ГС были выявлены различные маркеры гепатита В. У больных ХГС привитых против ГВ появление специфических антител в защитной концентрации было отмечено, по данным разных авторов, в 56–94% случаев. Важно отметить, что проведенная в течение последних лет в Московском городском гепатологическом центре вакцинации против ГВ 1300 больных хроническим гепатитом С не сопровождалась активизацией патологического процесса в печени, заметным увеличением частоты поствакцинальных общих и местных реакций. Доказана целесообразность вакцинации против гепатита А больных хроническими В и С (что обеспечивает, по данным F. Andre et al., у 94,3–97,7% из них появление анти-ВГА в протективной концентрации при отсутствии серьезных поствакцинальных реакций и обострения хронического процесса в печени). Перспективно использование комбинированной вакцины против ГА и ГВ (например, вакцины «Твинрикс», в 2006 г. зарегистрированной в РФ) для иммунизации больных хроническими заболеваниями печени.

Опыт применения повязки «Локус» (жидкий бинт) у больных лепрой с ранами и ожогами

Шац Е.И., Савин Л.А., Аюпова А.К., Умнова З.Г.

НИИ по изучению лепры, Астрахань

Раны и ожоги у больных лепрой являются одними из частых осложнений, приводящих нередко к последующей инвалидизации, затрудняющей социально-трудовую реабилитацию больных. Несмотря на то, что за последние годы достигнуты значительные успехи в химиотерапии лепры, лечение ран и ожогов при трофических нарушениях остается актуальной задачей для исследователей и клиницистов. С 2007 г. в клинике НИИЛ Росздрава используется новая технология местного лечения ран и ожогов у больных лепрой – российская пенополиуретановая повязка «Локус». Под наблюдением находилось 20 больных лепрой, из которых у 10 пациентов были ожоги II степени в области верхних и нижних конечностей, и у 10 больных – раны в области подошвенной поверхности стопы и в области голени. Был проведен сравнительный анализ данной технологии и применения обычных вариантов лечения (повязки с мазью левомиколь и др. мазевых форм, в состав которых входят антибактериальные препараты). Повязка «Локус» на неинфицированную поверхность наносилась в гелеобразном состоянии в виде «лепешки» диаметром до 20 см, толщиной до 1 см. Хорошая адгезия была отмечена в 96% случаев. Застывшая повязка из пенополиуретана, будучи достаточно плотной и неподвижной, создает условия защитного комфорта и исключает случайную травматизацию раны при движении пациента. После 2–3-кратной смены повязки, что соответствовало примерно 5 суткам от начала лечения, начиналась активная эпителизация, приводящая к сокращению размеров кожного дефекта.

Полное заживление дефектов наступало через $21,5 \pm 2,1$ сут. В случае применения мазевых форм с антибактериальными препаратами ликвидация боли наступала к третьим суткам вместе с исчезновением отека и гиперемии, очищение раны – к $5,1 \pm 3,8$ суткам, завершение эпителизации – к $29,1 \pm 2,1$ суткам. Полученные данные свидетельствуют о том, что повязка «Локус» повышает регенераторную активность тканей. Ее использование позволяет добиться заживления ран и ожогов без образования грубых келоидных рубцов, причем в более короткие сроки лечения. Применение данной технологии, улучшает качество жизни пациентов, способствует повышению их социальной активности.

Бокавирусная инфекция у детей

Швец Е.Ю., Горелов А.В., Кондратьева Т.Ю.,
Евсеева Е.Л., Яцышина С.Б., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва

В 2005 году в Швеции был описан новый респираторный вирус, принадлежащий к семейству *Parvoviridae*, который вызывает заболевания верхних и нижних дыхательных путей. Для выявления этиологической значимости и описания особенностей клиники бокавирусной инфекции у детей, на базе ДИБ №5 нами было обследовано 2312 детей в возрасте от 1 мес до 15 лет с симптоматикой ОРВИ, госпитализированных в стационар с октября 2003 по январь 2008 гг. Лабораторная диагностика осуществлялась методом ПЦР. Бокавирусная моно-инфекция выявлена у 117 (5,1%) детей. Наиболее часто мы выявляли следующие клинические формы заболевания: ОРВИ (75,2%), острый бронхит (16,2%), обструктивный бронхит (8,5%). Заболевание протекало у 4,3% детей в тяжелой форме, у 83,8% – среднетяжелой, у 12% – легкой форме. Клиническая картина бокавирусной инфекции характеризуется острым началом заболевания – у 88%, у 12% больных манифестация болезни носила подострый характер. Повышение температуры тела наблюдали у 96,6% пациентов. Из них в 8% случаев температура тела была субфебрильная, в 33,3% – фебрильная, и у 55,6% больных отмечалась гипертермия. Интоксикацию регистрировали у 81,2% детей. При этом рвота была у 17,9%, головная боль – 2,6% пациентов. У всех больных отмечали гиперемии слизистой оболочки ротоглотки. У 88% детей наблюдалась ринорея. У 82,9% пациентов выявлен кашель. При этом в 62,4% кашель носил влажный характер, в 17,9% – сухой и у 2,6% обследованных детей грубый лающий. Катаральный конъюнктивит регистрировали у 2 пациентов (1,7%). Одышка встречалась у 26,5%. При этом она носила следующий характер: смешанная одышка зафиксирована в 17,9%, экспираторная – в 7,7%, и только в 1 (0,9%) случае отмечали инспираторную одышку. Жесткое дыхание в легких отмечали у 88,9% пациентов. Аускультативно у 47,9% больных выслушивали различные хрипы. При этом сухие хрипы наблюдались в 19,6%, а влажные – в 14,3% случаев, чаще встречались смешанные – в 66,1%. Ос-

ложнения при бокавирусной инфекции развивались у 15,4% детей. Это были: острый катаральный средний отит – у 4,3%; гнойный конъюнктивит – у 0,9%; пневмония – у 5,1%; кардиомиопатия – у 2,6%; инфекция мочевых путей – у 3,4%, одновременно гнойный конъюнктивит и кардиомиопатия – у 1,7%, пневмония и острый катаральный средний отит – у 1,7%.

Коррекция нарушений психосоматического статуса у больных хроническим вирусным гепатитом

Шевченко В.В., Никулина М.А.,
Гранитов В.М., Бабушкин И.Е.

Алтайский государственный медицинский университет,
Барнаул

Актуальным вопросом, затрагивающим фундаментальные и прикладные аспекты хронических вирусных гепатитов (ХВГ) В и С является выбор адекватного комплекса терапии. С целью определения целесообразности психокоррекционных мероприятий у больных ХВГ нами исследован уровень тревожности и депрессивных расстройств у 168 больных ХВГ В и С. В качестве диагностических методик использовались шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина и самооценочная шкала депрессии Зунга.

В результате исследования у 48,8% больных ХВГ В и С выявлено преобладание высокого уровня реактивной тревожности, которая клинически проявлялась в виде беспокойства, эмоционального напряжения, неопределенного волнения и раздражительности. Депрессивное расстройство, по самооценочной шкале Зунга, определялось у 46,4% пациентов с ХВГ В и С. Установлено влияние высокой тревожности на течение ХВГ (более частое обострение, требующее госпитализации). В качестве коррекции нарушений психосоматического статуса части пациентам с депрессивными расстройствами проводилась терапия препаратом гептрал (адemetионин; Abbott). В основе взаимоотношения с пациентами мы старались придерживаться коллегиальной модели. Большое внимание уделялось дезактуализации присущих этим больным неправильных представлений и опасений в отношении имеющегося у них заболевания. В результате психокоррекционных мероприятий большинство пациентов (80%) отмечали уменьшение тревоги и подавленности, улучшение настроения, нормализацию сна и аппетита. У всех пациентов наблюдалась редукция клинических симптомов (слабость, недомогание, тяжесть в правом подреберье и т.д.) и положительная динамика биохимических проб печени (уровень билирубина, АЛТ, АсАТ).

Таким образом установлено, что у больных ХВГ В и С имеются нарушения психоэмоциональной сферы (высокая тревожность и депрессивные расстройства). Использование «атипичного антидепрессанта» гептрал в схеме лечения больных ХВГ В и С способствует улучшению как соматического так и психологического статуса пациентов.

Клинические особенности течения ветряной оспы у детей на современном этапе

Шевченко С.С., Лобанова Т.В., Грекова А.И., Смолянкин Н.Н., Егоров А.С., Кельманович И.С., Шевченко Е.В., Яковлева А.И.

Смоленская государственная медицинская академия

Ветряная оспа является чрезвычайно контагиозным заболеванием. Вакцинация разработана, однако пока не входит в национальный календарь профилактических прививок. В последние годы отмечается рост заболеваемости ветряной оспой.

Нами проведен анализ 54 историй болезни детей с ветряной оспой, проходивших лечение в инфекционном отделении МЛПУ КБ №1 г. Смоленска.

Анализ показал, что в возрасте до 6 мес заболевание отмечалось у 4 человек, от 6 до 12 мес – у 23 детей, от 1 до 2 лет – у 22, от 2 до 3 лет – у 5 пациентов. Из 54 детей преобладали мальчики (33 ребенка). Ветряная оспа легкой степени тяжести отмечалась у 16 пациентов, средней степени – у 37, тяжелой – у 1 ребенка.

У всех детей имела место типичная сыпь (наблюдался ложный полиморфизм). Продолжительность высыпаний в среднем была 3,2 дня. У 15% больных поражались слизистые (ротовой полости – 6 детей, половых органов – 2 ребенка). Заболевание протекало с субфебрильной температурой в 48% случаев, с фебрильной – у 25% детей, остальные переносили заболевание без повышения температуры. Средняя длительность температурной реакции составила 1,7 дня.

Среди сопутствующих заболеваний преобладала анемия и отмечалась у 24 детей (44%), рахит наблюдался у 5% детей, пищевая аллергия – у 15%, гипотрофия типа гипостатуры – у 26%. В 24% случаев имело место сочетание герпетической и респираторной инфекций.

При лабораторном исследовании в общеклиническом анализе крови были выявлены: лейкопения у 24 детей (44%), лимфоцитоз у 13 (24%), моноцитоз у 15 (28%), плазматические клетки у 11 (20%) и ускоренное СОЭ у 10 (18%).

В стационаре проводилась этиотропная (виферон – 29 детей) и симптоматическая терапия.

Таким образом, проведенный анализ показал, что заболевание протекало типично, преимущественно в среднетяжелой форме (у 68,5% детей), чаще болели дети в возрасте от 6 мес до 2 лет.

Опыт использования антигомотоксических препаратов в лечении больных острыми кишечными инфекциями

Шеронова О.Б, Ольховикова Е.А.

Городская инфекционная клиническая больница №1, Новосибирск;

Новосибирский государственный медицинский университет

Для лечения ОКИ предложено много различных препаратов этиотропной и патогенетической терапии, большинство из которых, однако, не лишены нежелательных или побочных эффектов. Наличие у многих пациентов фоновой хронической соматической патологии может влиять на тяжесть ОКИ и замедлять сроки выздоровления больных. Поэтому поиск новых лекарственных средств и схем терапии, позволяющих быстрее восстановить нарушенные процессы дезинтоксикации, иммунорегуляции и репарации при различных вариантах проявления ОКИ, сохраняет свою актуальность.

Цель работы: оценить эффективность использования антигомотоксических препаратов в лечении больных с ОКИ.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов лечения 68 человек с ОКИ, получивших лечение антигомотоксическими препаратами в сочетании с этиотропной терапией и без нее, в зависимости от характеристики пациента. Группа №1 (16 чел) была представлена беременными с ОКИ с различными механизмами диареи, другая (19 чел) включала пациентов с тяжелой фоновой соматической патологией, отягощающей течение ОКИ (ИБС, гипертоническая болезнь, хронические заболевания почек, сахарный диабет и др.), третья (33 чел) – пациентов с тяжелым колитическим вариантом ОКИ. К базовой схеме патогенетического лечения (энтеросорбенты, пероральная регидратация и/или дезинтоксикация) были добавлены 3 антигомотоксических препарата – траумель, мукоза-композитум, нукс-вомика гомаккорд.

Результаты. Применение антигомотоксических препаратов позволило сократить сроки антибактериальной терапии до 2–3 дней даже у больных с ярким колитическим синдромом или вообще отказаться от них у ряда пациентов (беременные, больные со среднетяжелым колитом без серьезной сопутствующей патологии). При неинвазивной диарее на фоне тяжелой соматической патологии их применение также ускоряло сроки выздоровления. Немаловажно, что одновременно сокращается частота инвазивных процедур (инфузии, инъекции обезболивающих, жаропонижающих препаратов).

Вывод. Положительный эффект применения антигомотоксических препаратов достигается не только влиянием на патогенез ОКИ, но и универсальным дезинтоксикационным, противовоспалительным и регенерирующим действием, что позволяет регулировать естественные механизмы выздоровления, оказывая положительный эффект на организм в целом.

Клинико-эпидемиологические особенности иерсиниоза в Смоленске

Шибeko Н.А., Храmcов М.М., Тютликова Л.А., Анпилов Г.А., Филичкина Н.Е., Шипилов М.В., Лобанова О.А., Тютликов А.П.

Смоленская государственная медицинская академия

Проведен анализ эпидемиологических данных и клинического течения заболевания у 29 больных иерсиниозом, находившихся на лечении в клинике инфекционных болезней в 2007. Возраст больных составлял 20–55 лет, преимущественно до 30 лет; 12 мужчин и 17 женщин, 75% – городские жители. 20 больных (68%) направлены в стационар врачами поликлиник города, в 65,5% случаев позже 5-го дня болезни. Лишь у 7 пациентов на догоспитальном этапе был заподозрен иерсиниоз (24%), остальные направлялись с различными диагнозами: лихорадка неясного генеза – 5 (17,2%), рожистое воспаление – 2, лимфаденит – 2, вирусный гепатит – 2, ангина – 2, о.бронхит – 1, экзантема – 1, без направления – 3. 8 больных связывали заболевание с употреблением свежих овощей, 7 отмечали контакт с грызунами. Заболевание началось остро с фебрильной лихорадки у 4 больных, у 25 (86,2%) регистрировалась субфебрильная температура. Респираторный синдром выявлен у 25 пациентов (86,2%), миалгии – у 13 (45%); рвота, диарея, абдоминальные боли – у 16 (55%). Экзантема в виде пятнисто-папулезной сыпи регистрировалась у 12 (41,3%); узловатая эритема – у 1 пациента; генерализованная лимфаденопатия наблюдалась у 16 больных (55%), гепатоспленомегалия – у 16 (55,1%), гепатит развился у 2 пациентов (7%); пневмония – у 3 (10,3%). В анализе крови лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом наблюдался у 24 больных (83%), при биохимическом исследовании гипербилирубинемия – у 5 (17,2%), повышение АлТ и АсТ у 9 (31%). У всех больных диагноз подтвержден серологически: в РПГА получены с иерсиниозным диагностикумом О3 и О9 титры 1 : 200–1 : 1600 в сроки от 7 до 36 дня болезни.

Таким образом, полиморфизм клинических проявлений затрудняет своевременную диагностику иерсиниоза.

Современная иммуностимулирующая терапия рожи

Шип С.А.

Челябинская государственная медицинская академия

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности применения препарата Ликопид в комплексном лечении больных рецидивирующей рожой. Под наблюдением находились 60 больных рецидивирующей рожой.

В комплексном лечении больных основной группы применялся препарат Ликопид, являющийся современным иммуномодулятором микробного происхождения, разрешенным к клиническому применению в России и получившим признание за рубежом. Действующим началом пре-

парата Ликопид является глюкозаминил-мурамилдипептид. Препарат назначался в первые 24 ч пребывания в стационаре по 1 таблетке (1 мг) 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 10 дней.

В качестве клинических критериев эффективности лечения больных препаратом Ликопид были выбраны следующие показатели: динамика клинического улучшения, длительность гипертермии, динамика улучшения показателей клинических анализов крови, наличие и характер осложнений, длительность ремиссии и наличие рецидивов.

Было установлено, что Ликопид обладает выраженным положительным эффектом.

В группе больных, получавших Ликопид достоверно быстрее, по сравнению с группой сравнения, исчезали жалобы на общую слабость, головную боль. Выявлено достоверное сокращение длительности лихорадки.

У больных рожой, получавших Ликопид, достоверно быстрее купировался локальный болевой синдром, эритема, сокращались сроки формирования корочек на месте булл, быстрее купировался геморрагический компонент воспаления и регионарный лимфаденит. У пациентов основной группы, в отличие от группы контроля, не зарегистрировано развитие осложнений заболевания, а также не требовалось проведение второго курса антибактериальной терапии.

В группе больных получавших Ликопид, в отличие от группы контроля, рецидивов не наблюдалось. У всех больных отмечалась хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов.

Таким образом, целесообразность применения Ликопида в комплексной терапии больных рецидивирующей рожой подтверждается выявленным в нашем исследовании выраженным положительным клиническим эффектом, лабораторно – повышением абсолютного количества лимфоцитов до субнормальных (в 100%) и нормальных показателей (83,3%) больных.

Чувствительность изолятов вируса гриппа, выделенных на территории России в 2006–2008 гг., к противовирусному препарату ремантадину

Штро А.А., Зарубаев В.В., Еропкин М.Ю., Коновалова Н.И., Киселев О.И.

НИИ гриппа РАМН, Санкт-Петербург

Введение. Несмотря на успехи в создании вакцин и средств химиотерапии, грипп по-прежнему играет одну из ведущих ролей в структуре инфекционной патологии, и эпидемии гриппа имеют огромные масштабы. Ситуация осложняется еще и тем, что в последние годы значительно возросла доля штаммов вируса, устойчивых к действию противовирусных препаратов, применяемых в клинике. Мониторинг за восприимчивостью вирусов к химиопрепаратам является, таким образом, неотъемлемой частью системы слежения за гриппом. Материалы и методы. Вирусы, выделенные из клинических образцов, титро-

вали на инфекционную активность в 96-луночных планшетах на культуре клеток MDCK в присутствии ремантадина. Через 48 часов после инфицирования клетки фиксировали и определяли количество вируса при помощи иммуноферментного анализа. Об устойчивости вирусов судили по снижению оптической плотности в лунках планшета по сравнению с контролем без препарата. Вирусы считали чувствительными, если в присутствии 1 мкг/мл ремантадина оптическая плотность в лунках, инфицированных 10 EID₅₀ вируса, снижалась вдвое и более. В противном случае вирусы считали устойчивыми. Результаты. В общей сложности было проанализировано 146 изолятов вируса гриппа 2005 – 2008 гг. выделения. Доля устойчивых вирусов в каждый из эпидемических сезонов составила: 2005/2006 гг – 64%, 2006/2007 гг. – 70%, 2007/2008 гг – 36%. Заключение. Как следует из приведенных данных, процент устойчивых штаммов в 2007–2008 г. несколько снизился по сравнению с предыдущими сезонами, что говорит о целесообразности применения ремантадина в качестве средства профилактики и лечения гриппа.

Вакцинопрофилактика туберкулеза у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей

Шугаева С.Н.¹, Петрова А.Г.¹, Киклевич В.Т.¹, Гукалова Л.А.², Грабовецкая Н.А.²

¹Иркутский государственный медицинский университет;

²Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, Иркутск

Иркутская область является одним из первых регионов РФ, где с 2004 г. проводится иммунизация вакциной БЦЖ-М детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Отсутствие противотуберкулезного иммунитета у детей раннего возраста приводит к развитию осложненных форм туберкулеза. До 2004 года в Иркутской области среди невакцинированных БЦЖ детей из перинатального контакта с ВИЧ-инфекцией (21 ребенок) 5 заболели туберкулезом. В то же время из 131 наблюдения вакцинированных БЦЖ-М детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, ни у одного из них не выявлено ни осложненной вакцинации, ни заболевания туберкулезом.

Целесообразность вакцинации БЦЖ-М детей из перинатального контакта с ВИЧ-инфекцией демонстрируют следующие факты. В Иркутской области к 2008 г. из 15 заболевших туберкулезом ВИЧ-инфицированных детей 11 (73,3%) не были привиты вакциной БЦЖ-М. Подавляющее большинство не вакцинированных детей проживали с больными туберкулезом, выделяющими МБТ (9 детей – 81,8%), причем, более чем в половине случаев один из родителей умер от СПИД-ассоциированного туберкулеза (5 детей). Осложненное либо прогрессирующее течение туберкулеза зарегистрировано у 7 детей (63,6%). Вакциной БЦЖ-М были привиты 4 заболевших туберкулезом ВИЧ-инфицированных ребенка, в условиях семейного контакта с больными туберкулезом, выделяющими МБТ

находилось 3 детей. И у всех привитых детей достигнуто клиническое излечение туберкулеза.

На 01.01.2009 г. в Иркутской области рождено от ВИЧ-позитивных матерей 3572 ребенка, привито вакциной БЦЖ более 40% ВИЧ-инфицированных детей. Осложнение БЦЖ зафиксировано лишь у одного ребенка в виде подмышечного лимфаденита. Локальные осложнения БЦЖ зависят от дозы и техники введения вакцины и не могут быть прямолинейно связаны с ВИЧ-инфекцией.

Данные наблюдения и ежегодное снижение перинатальной передачи ВИЧ-инфекции (3,3% на 01.01.2009 г. по данным Иркутского центра по профилактике и борьбе со СПИД) демонстрируют необходимость специфической иммунизации вакциной БЦЖ-М детей из перинатального контакта с ВИЧ-инфекцией и принятия единого общероссийского решения по этому вопросу.

Действие хеликобактеров на слизистую оболочку разных отделов желудка

Щербаков И.Т., Леонтьева Н.И., Грачева Н.М., Щербакова Э.Г., Хренников Б.Н., Новикова Л.И.

Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского Роспотребнадзора, Москва; Проблемная лаборатория медицинской цитологии Росмедакадемии последипломного образования, Москва; Инфекционная клиническая больница №1, Москва

Цель: выявить влияние хеликобактеров на слизистую оболочку (СО) названных отделов желудка.

Пациенты и методы: клинический (52 больных с направительным диагнозом – хронический гастродуоденит); эндоскопический (эзофагогастродуоденоскопия с взятием 70 гастробиоптатов); гистологический (комплексная окраска биоптатов альциановым синим, гематоксилином и эозином); гистобактериоскопический (окраска биоптатов по Гимзе без дифференцировки и акридиновым оранжевым по Уолтерсу в собственной модификации).

Результаты: хронический хеликобактерный фундальный и антральный гастриты у больных, включенных в наблюдение, выявляли в 100% случаев. Активный фундальный гастрит разной степени выраженности обнаруживали в 98,5%, тогда как таковой в антральном отделе – выявляли в 100% случаев. Атрофия главных желез разной степени в теле желудка обнаруживали в 91,7%, а таковую пилорических желез верифицировали в 100%. Полную метаплазию ямочного эпителия главных желез выявляли в 16,6%, тогда как неполную метаплазию названного эпителия этих желез не обнаруживали. Полную метаплазию ямочного эпителия пилорических желез выявляли в 28,3%, а неполную метаплазию этого эпителия названных желез выявляли в 6,5%. Дисплазию I-ой степени ямочного эпителия главных и пилорических желез выявляли в 28,3%, тогда как таковую II-ой степени лишь в 2,9%. Фовеолярную гиперплазию ямочного эпителия желудочных ямок чаще обнаруживали в антральном отделе желудка (24,3%) нежели в фундальном отделе. Лимфофолликулярная гиперплазия в межямочной и межжелудочковой собственной пластинке СО выявлялась в 38,6%. Контамина-

ция СО желудка хеликобактерами разной степени ее обсемененности была выявлена в 92,9%.

Выводы: хеликобактеры, взаимодействующие с указанными отделами СО желудка вызывали существенные изменения в ней.

Спектр цитокинов и оксидативные реакции при ангинах

Щипакина С.В.¹, Павелкина В.Ф.¹,
Еровиченков А.А.², Пак С.Г.²

¹Мордовский госуниверситет им. Н.П.Огарева, Саранск;

²Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Ведущим в клинике ангины является синдром интоксикации, в развитии которого одну из ключевых ролей играют про- и противовоспалительные цитокины (ЦК) и активация свободнорадикальных процессов (СРП).

Цель работы. Изучение уровней про- и противовоспалительных ЦК при повторных ангинах (ПА) и СРП в зависимости от тяжести течения болезни.

Пациенты и методы. Обследовано 25 больных ПА (18 среднетяжелой и 7 тяжелой формы). В разгар болезни и период ранней реконвалесценции изучен уровень провоспалительных (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , ИФН- γ) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) ЦК (реагенты ООО «Протеиновый контур», СПб). Из показателей СРП изучены диеновые конъюгаты (ДКо) и кетоны (ДКе), малоновый диальдегид плазмы (МДА-П), и эритроцитов (МДА-Э), каталаза плазмы (КП) и эритроцитов (КЭ), супероксиддисмутаза (СОД).

Результаты. В период разгара среднетяжелой формы ПА обнаружено повышение таких ЦК как ИЛ-1, ФНО- α , ИФН- γ ($594,8 \pm 220,6$; $300,3 \pm 197,8$ и $116,6 \pm 59,9$ пг/мл соответственно). К периоду ранней реконвалесценции наблюдался их рост. Иная динамика отмечена у ИЛ-6. Его титр был повышен в начале болезни, затем он снижился ($181,0 \pm 70,5$ пг/мл), оставаясь выше контроля. ИЛ-4 в разгар болезни был увеличен – $263,9 \pm 208,3$ пг/мл, который в процессе наблюдения не изменялся. Концентрация ИЛ-10 была увеличена в период разгара ($1642,6 \pm 948,5$) с дальнейшим ростом к периоду выздоровления. Выявлены статистически значимые различия уровня как про-, так и противовоспалительных ЦК в зависимости от степени тяжести болезни: наиболее высокими они были при тяжелой, наименее высокие – среднетяжелой форме.

Инфекционный процесс при ПА сопровождался активацией СРП, что подтверждалось увеличением к периоду ранней реконвалесценции первичных продуктов ПОЛ – ДКо и ДКе до $0,41 \pm 0,04$ и $0,17 \pm 0,02$ ед/мл, а также вторичных продуктов ПОЛ – МДА-П и МДА-Э ($6,64 \pm 0,62$ и $34,64 \pm 2,14$ мкмоль/л), которые были выше в группе тяжелого течения. При этом отмечалось снижение антиоксидантных ферментов (КП, КЭ и СОД), которые были снижены к периоду клинического выздоровления в 1,9, в 1,5 и 1,7 раза соответственно. При тяжелой форме активность ферментов была значимо ниже.

Выводы. При ПА выявлена активация СРП и повышение содержания про- и противовоспалительных ЦК, которые зависели от периода и степени тяжести болезни, что подтверждает важную их роль в патогенезе ПА.

Характеристика рецепторного аппарата естественных киллеров при хронических гепатитах В и С

Ющук Н.Д., Балмасова И.П., Шмелева Е.В.,
Знойко О.О., Максимов С.М., Еремина О.Ф., Дунда Н.И.

Московский медико-стоматологический университет

Ведущая роль в патогенезе хронических гепатитов В и С и контроле развития цирротических изменений в печени принадлежит естественным киллерам.

Цель исследования: изучение субпопуляционного состава естественных киллеров и экспрессии киллингактивирующих и киллингибирующих рецепторов, специфичных к молекулам МНС-I, у пациентов с хроническими гепатитами В и С на разных стадиях заболевания.

Пациенты и методы: методом проточной цитофлуориметрии с помощью моноклональных антител CD56+, CD158a/h+, CD94+, NKG2D+ обследовано 8 больных с клиническим диагнозом хронического гепатита В и С (гистологический индекс (ГИ) < 4), 7 больных с клиническими и гистологическими признаками цирроза печени (ГИ > 4) и 27 клинически здоровых людей соответствующего возраста и пола, составивших контрольную группу.

Результаты: установлено, что у пациентов с хроническим гепатитом В и С без клинических и гистологических признаков цирроза (ГИ < 4) содержание субпопуляции естественных киллеров CD56bright+ в периферической крови повышалось до $10,3 \pm 4,0\%$ по сравнению с $4,6 \pm 1,2\%$ в контрольной группе. По мере развития цирроза печени (ГИ > 4) содержание этой популяции в крови снижалось ниже значений у клинически здоровых людей и составило $2,0 \pm 1,1\%$. Развитие цирроза печени у больных хроническими гепатитами В и С сопровождалось ростом экспрессии ингибирующих рецепторов семейства лектинов (CD94+ лимфоциты): у здоровых лиц число CD56+/CD94+ клеток составляло $46,1 \pm 12,1\%$, у больных хроническими гепатитами В и С при ГИ < 4 – $45,1 \pm 17,6\%$, а у больных на стадии формирования цирроза печени – $61,7 \pm 12,6\%$. По-видимому, снижение содержания популяции естественных киллеров в сочетании с повышением экспрессии ингибирующих рецепторов семейства лектинов, является неблагоприятным признаком для развития цирротических изменений при хронических гепатитах В и С.

Частота повреждения почек при ВИЧ-инфекции

Ющук Н.Д., Волгина Г.В., Гаджикулиева М.М., Кочарян К.А., Вышеславцева М.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Цель работы: определить частоту нефропатии и оценить тяжесть повреждения почек у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Пациенты и методы. Обследовано 258 ВИЧ-инфицированных пациентов (186 муж и 72 жен) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 32,4 года). Для оценки суточной протеинурии использовали соотношение белка к креатинину с определением концентрации этих показателей в моче количественным методом на спектрофотометре МИКРОЛАБ-600. В зависимости от степени протеинурии выделяли микроальбуминурию (МАУ) (30–300 мг/г) и альбуминурию/протеинурию (АУ/ПУ) (более 300 мг/г). Пациентам с протеинурией нефротического уровня проводилась биопсия почек. Для определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) использовали формулу MDRD (Modification of Diet in Renal Disease).

Результаты. В 15,5% ($n = 40$) наблюдений выявлена протеинурия различного уровня и соответствовала уровню МАУ у 35% ($n = 14$) пациентов, АУ/ПУ – у 65% ($n = 26$). Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² установлено в 37,5% случаев. Терминальная почечная недостаточность (СКФ < 15 мл/мин/1,73 м²) имела место в 2 (5%) случаях. Артериальная гипертензия отмечалась у 3 (7,5%) пациентов. По характеру поражения почек у 5 пациентов наблюдался острый тубулоинтерстициальный нефрит, у 8 – хронический гломерулонефрит, у 5 – рецидивирующая инфекция мочевых путей. При проведении биопсии почек 4 пациентам с нефротическим синдромом выявлены мембранопротрофиеративный гломерулонефрит, фокально-сегментарный гломерулосклероз, коллабирующая гломерулопатия и псевдолипоидная форма мембранопротрофиеративного гломерулонефрита. По клиническому течению ВИЧ-инфекции как у пациентов с МАУ, так и с АУ/ПУ (78,6 и 84,6%, соответственно) преобладала стадия вторичных заболеваний. В группе пациентов с протеинурией у 72,5% ($n = 29$) выявлена высокая концентрация РНК ВИЧ в крови (>55000 копий/мл) с уровнем CD4-лимфоцитов менее 350 клеток/мкл.

Выводы. У пациентов с ВИЧ-инфекцией установлена высокая частота вовлечения почек в патологический процесс. Альбуминурия/протеинурия, выявленная в большинстве случаев, может служить ранним признаком патологического процесса в почках. Высокая вирусная нагрузка при низком иммунном статусе могут быть предрасполагающими факторами развития поражения почек при ВИЧ-инфекции.

Иммунологические аспекты острых и хронических аксонально-демиелинизирующих полиневропатий

Ющук Н.Д., Морозова Е.А., Тимченко О.Л., Гультьев М.М., Балмасова И.П.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Цель: сопоставительная оценка иммунологических показателей при различных формах синдрома Гийена-Барре (СГБ) и хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (ХВДП).

Пациенты и методы. В период с 2007 по 2009 гг. было обследовано 33 больных аксонально-демиелинизирующими полиневропатиями в возрасте от 18 до 59 лет. Из них 22 больных СГБ (10 женщин и 12 мужчин) и 11 больных ХВДП (7 женщин и 4 мужчин). Иммунологическое обследование проводилось в первые две недели болезни и включало определение уровня лейкоцитов, лимфоцитов, CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD3+ HLA DR, иммунорегуляторного индекса (ИРИ), иммуноглобулинов классов М, А, Е, G.

Результаты. Обследованные пациенты были разделены на 4 группы. В первую группу вошли 5 пациентов СГБ (15,2%) с одновременным повышением показателей CD4 и IgM. Вторую группу составили 7 больных СГБ (21,2%) у которых наблюдалось повышение IgM при нормальных показателях CD4. У 10 пациентов (30,3%) 3 группы показатели CD4 и IgM были в пределах нормы. В 4 группу вошли 11 больных ХВДП (33,3%).

Сравнительный анализ основных иммунологических показателей выявил в 1 группе повышение уровней CD4 ($57,4 \pm 5,4$) и ИРИ ($2,3 \pm 0,5$) по сравнению с теми же показателями в других группах. Во второй группе отмечалось повышение уровня Ig классов М ($6,3 \pm 5,4$) и Е ($270,6 \pm 123,9$) относительно аналогичных показателей в остальных группах. В тоже время снижение уровня CD3+ HLA DR до $2,1 \pm 0,5$ и IgM до $2,3 \pm 0,8$ отмечалось только в 3 группе. Выявленные различия достоверны ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, следует отметить неравнозначность иммунопатогенетических механизмов развития СГБ и условно выделить три основных механизма: на фоне аутоиммунного компонента по клеточному или гуморальному типу, а так же при недостаточной активации иммунного ответа.

Сравнительная оценка течения и исхода геморрагической лихорадки с почечным синдромом в различные годы

Ягодовой Е.С.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Территория Амурской области является западным продолжением и своеобразным окончанием обширного очага Геморрагической лихорадки с почечным синдромом (да-

лее – ГЛПС) на Российском Дальнем Востоке. Многочисленные исследования течения этого заболевания показали, что болезнь протекает тяжело, имеет выраженный геморрагический синдром, тяжелую острую почечную недостаточность, и сопровождается нередкими смертельными исходами. При лабораторном исследовании периодически выявляется массивный лейкоцитоз, высокая протеинурия, которая в ряде случаев, определяет неблагоприятный исход болезни.

Как показали многочисленные наблюдения в различные годы, уровень заболевания разный, в связи с чем нами изучены клинические симптомы и лабораторные данные у 303 больных, которые находились на лечении в областной клинической инфекционной больнице за последние двадцать пять лет. Все заболевшие группировались в зависимости от тяжести течения болезни по пятилетним срокам. Как показали эти исследования в разные годы, течение болезни было различным по преобладанию основного синдрома ГЛПС: геморрагического синдрома и почечной недостаточности. Если в 80 гг. преобладал синдром почечной недостаточности и наблюдался не выраженный геморрагический синдром. То в последующие годы заболевание протекало с развитыми явлениями геморрагического синдрома и тяжелой почечной недостаточностью. При лабораторном исследовании было выявлено, что уровень лейкоцитоза оставался высоким не зависимо от времени наблюдения, также стабильными были показатели тромбоцитов, однако уровень белка в моче колебался значительно ($9,7 \pm 3,8$ мг/л 25 лет назад, и $1,8 \pm 2,3$ мг/л в настоящее время). Но особенно не одинаковыми были показатели уровни мочевины, если двадцать пять лет назад максимальное содержание мочевины было $42,9 \pm 4,5$ ммоль/л, то в последующие годы оно снизилось до $13,2 \pm 1,4$ ммоль/л).

Следует отметить, что именно в 70 гг. прошлого столетия отмечалась высокая летальность, которая в последующие годы снижалась, и в настоящее время практически исчезла. Также как уровень заболеваемости, который за последние годы был крайне низким.

Давая предварительную оценку различного уровня заболеваемости ГЛПС в разные годы, мы считаем, что это вероятнее всего, связано с уровнем сельскохозяйственных работ, интенсивность которых в последние годы значительно уменьшились, а также возможны эмиграции грызунов через реку Амур зимой из обширного очага ГЛПС на территории Манчжурии.

Эпидемиологическая характеристика острого вирусного гепатита В в Томской области за период 1992–2007 гг.

Якимов В.Л., Чуйкова К.И., Катаныхова Л.Л.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель настоящей работы: изучить эпидемиологическую характеристику ВГВ у взрослых в г. Томске и Томской области за период 1992 – 2007гг.

В регионе Томской области, по данным Территориального Управления (ТУ) Роспотребнадзора по Томской области, отмечаются высокие показатели инфицированности населения парентеральными вирусными гепатитами (ОВГВ в 1992 г. – 12,09; в 1995 г. – 105,1; в 2000 г. – 43,11; в 2005 г. – 7,34; в 2007 г. – 8,91 на 100 тыс. населения). Самые высокие показатели заболеваемости определялись в 1995–2000 гг. (интенсивный показатель составил 105,1 и 43,11 на 100 тысяч населения соответственно). Эти показатели превышали среднероссийские на 1,05 в 1995 г., в 1,015 раз в 2000 г. и в 1,69 раза в 2007 г. Среди заболевших ОВГВ в начале исследуемого периода (1992–1997 гг.) отмечалось явное преобладание мужчин. В 2002–2007 гг. отмечается четкая склонность к уравниванию доли женщин с мужчинами. В 1992–1997 гг. основная доля инфицированных приходилась на возрастные группы 15–19 лет (23,8%) и 20–29 лет (44,9%). В 2002–2007 гг. максимальный процент обнаружен в группе 20–29 лет (63%). Возможно, это связано с более активным сексуальным поведением и активизацией контактных путей заражения. Социальный состав заболевших ОВГВ претерпел изменения за 15 лет. В 1992 г. – 1996 гг. преобладали неработающие люди – 63,7% (из них: социально не адаптированные – 43,2%, студенты – 17,6%, пенсионеры – 2,1%, домохозяйки – 0,8%); рабочие и служащие составили соответственно 23,1 и 13,2%. К 2002–2007 гг. неработающие люди составили 54,5%, (в т.ч. социально не адаптированные – 38,8%, студенты – 7,8%, пенсионеры – 3,8%, домохозяйки – 4,1%), число рабочих и служащих несколько увеличилось: 25,3 и 20,2%. Отмечается тенденция к снижению количества студентов высших учебных заведений и учащихся средних специальных заведений среди заболевших ОВГВ.

За последние 15 лет в Томской области интенсивные показатели заболеваемости ОВГВ постоянно превышают среднероссийские; среди пациентов с ОВГВ наблюдается четкая тенденция к возрастанию доли женщин и увеличение возраста заболевших; изменилась социальная структура заболевших ОВГВ: в начале исследуемого периода преобладали социально не адаптированное население потребители внутривенных психоактивных веществ, то в последующие годы их доля заметно уменьшилась, а доля рабочих и служащих соответственно увеличилась.

Некоторые особенности герпесвирусной инфекции, выявленные при анкетировании школьников

Яковенко О.Н., Прокопчук Т.С.

Иркутский государственный медицинский университет

Вирусы герпеса являются, по мнению многих исследователей наиболее распространенными среди людей (до 95% популяции), длительно персистирующими инфекционными агентами. Эпидемиология герпесвирусной инфекции изучена мало.

Проведено анонимное анкетирование школьников от 10 до 16 лет, по 100 человек каждой годичной возрастной

группы, в присутствии или с согласия родителей, в одной из муниципальных школ. Схема опроса разработана самостоятельно и содержала 25 вопросов для выявления эпидемиологии распространения клинических проявлений инфицирования вирусом простого герпеса. В результате выявлено, что к 10 годам, из опрошенных, отмечали клинические проявления герпесвирусной инфекции – $49,32 \pm 8,60\%$ человек, в группе 16 летних – $52,50 \pm 7,62\%$. Не выявлено значимой разницы при ответе на вопросы о первой «атаке» вируса: перенесли в раннем детском возрасте – $12,41 \pm 3,74\%$, дошкольном – $36,7 \pm 2,12\%$, в школьном – $48,85 \pm 2,68\%$ детей. Не отмечают сезонности проявлений – $58,8 \pm 12,31\%$ детей; весной и осенью страдают до $40,20 \pm 3,21\%$; в холодное время года – $8,80 \pm 1,23\%$ анкетированных. Причиной активизации вируса большинство назвало ОРВИ – $44,82\%$ и хронические заболевания – $15,46\%$, термическое воздействие – $2,37\%$, медицинские манипуляции и травмы – $5,81\%$, остальные – не смогли сформулировать причин. Логичным является то, что $23,50 \pm 1,23\%$ вспомнили прямой или опосредованный контакт с герпетическим больным.

Среди детей, которые до опроса не испытывали клинических проявлений герпетической инфекции: практически здоровы – $44,40\%$; ОРВИ переносят – $44,43\%$; состоят на диспансерном учете или испытывают обострения более двух раз в год одного заболевания – $55,62\%$ (ЖКТ – 1 ранговое место, дыхательной системы – 2, сердечно-сосудистой системы – 3, кожные заболевания – 4, эндокринные – 5); знают, что родственники страдают герпесом – $10,82\%$ опрошенных.

У детей, которые отмечают проявления герпесвирусной инфекции: практически здоровыми себя считают – $25,32\%$; болеют ОРВИ – $73,25\%$; состоят на диспансерном учете или болеют более 2 раз в год (кроме гриппа и ОРВИ) до $74,67\%$ (1 ранг – заболевания кожи до 40% , остальные – неизменный ранг); отмечают такие же проявления герпеса у родственников – $42,82\%$.

Иммунопрофилактика HBV-инфекции у новорожденных в семейных очагах хронического гепатита В

Якупова Ф.М., Фазылов В.Х., Созинова Ю.М.

Казанский государственный медицинский университет;
Республиканская клиническая инфекционная больница,
Казань

В консультативном гепатологическом кабинете Республиканской клинической инфекционной больницы с диагнозом хронического гепатита В (ХГВ) наблюдаются 1031 больной, из них дети и подростки до 18 лет составили $13,6\%$, большинство из семейных очагов инфекции с инфицированием в раннем детском возрасте.

Цель и методы: нами были изучены исходы иммунопрофилактики HBV-инфекции у 30 детей, рожденных матерями с верифицированным диагнозом ХГВ различной степени активности. Дети обследовались через 2 и 6 мес после рождения, до 2 и 3 вакцинации против гепатита В,

с определением сывороточных маркеров HBV-инфекции в ИФА (HBsAg, HBeAg, антиHBeIgG, антиHBcIgM и суммарные, антиHBs).

Результаты. Из 18 новорожденных от матерей с ХГВ в фазе репликации (в ПЦР выявлена ДНК вируса) 3 ребенка не получили иммунопрофилактику против HBV-инфекции (1 группа), у 8-и была проведена только вакцинация против гепатита В при рождении и далее по схеме 0–1–6 месяцев (2 группа), и 7 детям при рождении одновременно с вакцинацией против гепатита В ввели неогепатект – иммуноглобулин против гепатита В (3 группа). В возрасте 6 месяцев у всех детей 1 и 2 групп установлен диагноз ХГВ с выраженным воспалительным процессом, в 3 группе все дети здоровы, с высоким защитным титром антиHBs. Новорожденные от матерей с неопределяемой вирусной нагрузкой ($n = 12$) были только вакцинированы против гепатита В по схеме 0–1–6 месяцев и в настоящее время здоровы.

Выводы: у детей от матерей с ХГВ в фазе репликации активно-пассивная иммунопрофилактика позволила избежать инфицирования, тогда как только вакцинация новорожденных от матерей с ХГВ в фазе репликации не предупредила их заражения. Введение обязательной активно-пассивной иммунопрофилактики (специфический иммуноглобулин+вакцина против гепатита В) новорожденным от матерей с ХГВ (возможно за счет средств родового сертификата или включения в Национальный календарь прививок) позволит снизить частоту перинатального инфицирования вирусом гепатита В.

Распространенность генотипов HBV в Республике Татарстан

Якупова Ф.М., Фазылов В.Х., Созинова Ю.М.

Казанский государственный медицинский университет

Цель исследования: определить распространенность генотипов HBV в Республике Татарстан (РТ) и клинико-эпидемиологические особенности у больных хроническим гепатитом В (ХГВ) с генотипом А.

Пациенты и методы: обследовали 325 пациентов с верифицированным диагнозом ХГВ, находящихся на диспансерном наблюдении в Республиканской клинической инфекционной больнице. Исследование генотипов HBV проводилось в ЦНИИЭ Роспотребнадзора (руководитель к.м.н. Чуланов В.П.).

Результаты. У больных ХГВ, проживающих в РТ, выявили два генотипа HBV – А у $7,7\%$ и D у $83,7\%$ пациентов, у 1 больного обнаружили сочетание двух генотипов. У $8,3\%$ пациентов генотип не определили в связи с неопределяемым уровнем ДНК HBV. У пациентов в семейных очагах ХГВ, где инфицировано несколько членов семьи, также превалировал D-генотип ($93,0\%$), в двух семьях выявили расхождение генотипов и еще в 2 семьях при одном генотипе D у родственников выявили различные штаммы вируса. С генотипом А HBV обследовали 17 больных, из них $52,9\%$ – дети в возрасте $11,3 \pm 0,9$ лет. У большинства ($62,5\%$) больных установлен ятрогенный путь инфици-

рования (гемотрансфузии), из них 37,5% прибыли из гиперэндемичных регионов. Клинически преобладали диспептический синдром и увеличение печени у 31,2% больных, астеновегетативный синдром – у 18,7%. Репликативная фаза ХГВ установлена у 87,5% больных, 37,5% были НВеАg-позитивными. Уровень АлАТ составил $28,1 \pm 7,3$ U/L ($p > 0,05$). По данным биопсии печени ($n = 5$) ИГА составил $5,7 \pm 1,0$ баллов, степень фиброза $0,6 \pm 0,3$. Противовирусная терапия (ПВТ) была проведена у 9 больных ХГВ с генотипом А препаратами α -интерферона в виде монотерапии или в комбинации с ламивудином. Все пациенты оказались резистентными к ПВТ: у 6 на 36 неделе отсутствовал вирусологический ответ, у 3 – зарегистрировали рецидив после 12 мес ПВТ.

Выводы. В Республике Татарстан распространенным генотипом вируса гепатита В является тип D (у 83,7%), который также превалировал и в семейных очагах ХГВ, с расхождением генотипов и штаммов вируса в 7,9% семей. Клинико-лабораторные и морфологические показатели HBV-инфекции у больных не зависят от генотипа вируса и определяются течением инфекционного процесса. У всех больных с генотипом А HBV, получивших курс противовирусной терапии, отсутствовал вирусологический ответ.

Возможности молекулярных методов при диагностике внебольничной пневмонии у детей

Яцышина С.Б.¹, Ким С.С.³, Спичак Т.В.², Катосова А.К.², Зубкова И.В.², Прадед М.Н.¹

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;

³ДГП №138, Москва

Значимость быстрой этиологической диагностики пневмоний для выбора тактики лечения является бесспорной, однако с помощью рутинной лабораторной диагностики этиологию пневмоний не удается установить более чем в 50% случаев [1]. По данным ВОЗ пневмония в 12% случаев является причиной смерти детей в возрасте до 5 лет в среднем по Европейским странам [2]. Внедрение молекулярных методов диагностики позволило бы справиться с рядом объективных трудностей рутинной лабораторной диагностики.

Целью работы являлась оценка диагностических возможностей ПЦР для проведения этиологической диагностики ВП.

За период с января по октябрь 2008 г. обследовано 17 детей в возрасте от 1 до 16 лет с рентгенологически подтвержденной ВП. ПЦР-диагностика проводилась с применением разработанных в ЦНИИЭ наборов реагентов на основе ПЦР для обнаружения *Mycoplasma pneumoniae* (M.pn.) и *Chlamydia pneumoniae* (C.pn.), респираторно-синцитиального вируса (RS), вирусов гриппа типов А и В, вирусов парагриппа (с идентификацией 1–4 типов), коронавируса (229E, OC43, NL63, HKU), риновирусов, аденовирусов, энтеровирусов, метапневмовируса (Mpv) и бокавируса человека в трахеальных аспиратах и мазках из ротоглотки. В парных сыворотках методом Elisa выявляли IgM, IgA и IgG АТ к

M.pn. и C.pn. (Savyon Diagnostics, Израиль). Проведено бактериологическое исследование трахеальных аспиратов.

Mycoplasma pneumoniae обнаружена методом ПЦР у 8 пациентов (в одном случае в ассоциации с S.pn. и аденовирусом обнаруженным в аспирате и вирусом парагриппа тип 2 в мазке, и в одном случае в ассоциации с энтеровирусом обнаруженным в аспирате). Результаты ИФА сывороток этих пациентов также показали появление IgG либо значимое нарастание IgM к M.pn. в динамике.

Дополнительно у трех пациентов был зарегистрирован повышенный уровень IgG и IgM АТ к M.pn., но без динамики их нарастания при отрицательном результате ПЦР, при этом у двух из них был также зарегистрирован повышенный уровень IgG и IgM АТ к C.pn. также без динамики их нарастания при отрицательном результате ПЦР на C.pn. *Streptococcus pneumoniae* (S.pn.) был обнаружен у 7 больных (в одном случае в ассоциации с M.pn. и в 5 случаях – с вирусами). Следует отметить, что у 6 пациентов были обнаружены вирусы из семейства Paramyxoviridae, подсемейства *Pneumoviridae* (RS и Mpv), причем с большей нагрузкой в трахеальных аспиратах, чем в мазках, либо только в трахеальных аспиратах. Так RS вирус обнаружен у трех пациентов (в одном случае в ассоциации с S.pn), Mpv – у трех (в 2 случаях в ассоциации с S.pn). У одного пациента обнаружен вирус гриппа А с большим содержанием в мазке нежели в аспирате (в ассоциации с S.pn. и аденовирусом). В одном случае зарегистрирована ассоциация S.pn. и риновируса в аспирате из трахеи.

Таким образом, в совокупности использованных методов инфекционные агенты обнаружены у 100% пациентов. Продемонстрированы хорошие возможности диагностики M.pn. с помощью набора реагентов «АмплиСенс® *Mycoplasma pneumoniae/Chlamydia pneumoniae*-FL» (ЦНИИЭ, Москва). Исследование показало, что трахеальные аспираты являются более информативным материалом для молекулярной диагностики ВП, в частности вызванной M.pn. В случае использования мазков из ротоглотки M.pn. была зарегистрирована только в 5 из 8 положительных образцов (по результатам тестирования аспиратов). Высокий процент обнаружения представителей подсемейства *Pneumovirinae* у пациентов с ВП свидетельствует о необходимости изучения роли этих возбудителей и их ассоциаций с бактериальными агентами в этиопатогенезе пневмоний.

Этиологическая диагностика ОРЗ у детей с использованием молекулярных методов

Яцышина С.Б., Евсеева Е.Л., Швец Е.Ю., Прадед М.Н., Миненко А.Н., Кудрявцева А.В., Горелов А.В., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

В настоящее время наиболее широко используемым методом диагностики ОРВИ является метод прямой иммунофлуоресценции, который обладает недостаточной чувствительностью, специфичностью и является субъек-

тивным. Необходимо создание и внедрение более специфичных и чувствительных методов прямой этиологической диагностики ОРЗ. С этой целью в ФГУН ЦНИИЭ разработан ряд диагностических наборов и тестов на основе ПЦР для обнаружения основных возбудителей ОРЗ у детей – респираторно-синцитиального вируса (RS), вирусов гриппа А (InfA, с типированием на H1N1 и H3N2) и В (InfB), вирусов парагриппа (с идентификацией 1-4 типов, Piv 1-4), коронавирусов (Cov -229E, -OC43, -NL63, -HKU), риновирусов (Rh), аденовирусов (Ad), энтеровирусов (Ev), недавно открытых метапневмовируса (Mpv) и бокавируса человека (Boca), а также *Mycoplasma pneumoniae* (M.pn.) и *Chlamydomphila pneumoniae* (C.pn.). С помощью разработанных тестов проведены исследования по определению доли каждого из потенциальных этиологических агентов в группе 863 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет, госпитализированных в отделение ОРВИ ДИБН⁵ г. Москвы с сентября 2007 г. по май 2008 г. Клинический материал (мазки из носа и ротоглотки) собирался в первые сутки при поступлении в стационар и хранился до исследования в замороженном состоянии при минус 70°C.

Искомые возбудители были обнаружены в 570 (66%) образцах. Показано, что в этиологической структуре вирусы занимали 64,7%. При этом преобладал RS вирус (среднегодовая частота 17,4%), выявлявшийся с сентября по апрель с пиком в декабре–январе (26–35% от собранных за этот месяц образцов). Далее в порядке убывания среднегодовых частот были представлены Rh (9,4%), Boca (6,5%), Ad (6%), InfB (4,4%), InfA (2,7%), Piv 1-4 (2,6%, каждого типа от 0,5 до 0,8%), Ev (1,5%), Mpv (0,9%), M.pn. (0,7%) и C.pn. (0,6%). Rh обнаруживался в течение всего сезона с пиком в сентябре и апреле (от 25 до 30% от собранных за этот месяц образцов). Бокавирус выявлялся преимущественно с сентября по февраль с пиком в ноябре (в 15% образцов).

InfA (87%-H1N1, 8,7%-H3N2, 4,3%-H1N1 и H3N2) обнаруживались с января по апрель с пиком в феврале (в 10% образцов). InfB выявлялся с января по апрель с пиком в марте (в 17% образцов). Ad обнаруживался в течение всего сезона с повышением частоты в октябре (12,2%), феврале (9,4%) и мае (22,2%).

В 12,7% образцов обнаружено 2 и более возбудителей. В группе сочетанной инфекции у 50,9% пациентов обнаруживался RS вирус, что составило 27,2% от общего числа инфицированных этим вирусом детей. С высокой частотой в группе сочетанной инфекции встречались также Rh (42,7%), Ad (30%) и Boca (25,5%) вирусы, при этом доля моно-инфекции для этих вирусов сохранялась на уровне 61–67%.

У детей с направительным диагнозом острый бронхит (46), бронхо-обструктивный синдром (85) и пневмония (75), респираторные вирусы обнаружены в 76, 80 и 62,6% случаев соответственно, при этом преимущественно встречался респираторно-синцитиальный вирус (в 32,6, 35,3 и 25,3% от исследованных образцов). M.pn. и C.pn. обнаружены только в группе детей с диагнозом пневмония в 6,7 в 4,0% соответственно.

Результаты работы продемонстрировали высокие диагностические возможности разработанных наборов реагентов и целесообразность их использования для постановки этиологического диагноза ОРЗ у детей. Показано, что в

этиологической структуре ОРЗ у госпитализированных в стационар детей вирусные возбудители занимают значительное место, при этом лидирует респираторно-синцитиальный вирус. Факт частого обнаружения вирусов в респираторных мазках у детей, госпитализированных с подозрением на пневмонию, заслуживает внимания и требует детального изучения этиологии внебольничных пневмоний.

Хронические вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия)

Алексеева М.Н., Слепцова С.С., Тихонова Н.Н.

Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К.Аммосова, Якутск

В настоящее время вирусные гепатиты в Якутии, как и в целом по РФ представляют серьезную как медицинскую, так и социальную проблему. Высокие показатели впервые выявленного «носительства» HBsAg в РС(Я) делают проблему гепатита В в Якутии чрезвычайно актуальной. Количество «носителей» HBsAg в Якутии в 3–3,5 раза превышает таковые данные по России, что свидетельствует о высоком уровне инфицированности населения республики вирусом HBV (82 на 100 тыс. нас. в 2006). В республике установлена высокая циркуляция HDV-инфекции (172%), при этом прослеживается увеличение распространенности дельта-инфекции на территориях с высоким уровнем носительства Hbs-Ag. Гепатит С в Якутии регистрируется с 1994 года, количество носителей антител к ВГС в 1,5 раза превышает общероссийские показатели. Исследования последних лет выявили также распространение среди населения вируса HGV: среди доноров – 8% и у пациентов, страдающих хроническими вирусными гепатитами HGV-RNA была обнаружена в 13,5% случаев. В республике отмечается высокий уровень заболеваемости циррозом и первичным раком печени, что представляет большую угрозу для здоровья населения и требует новых подходов их решения. На сегодня в республике проводится работа по созданию единого популяционного регистра «Хронические гепатиты в масштабах РС(Я)» и для лечения больных хроническими вирусными гепатитами В, С и D внедряются современные методы этиотропной терапии.

Оценка возможности верификации диагноза БЦЖита с помощью молекулярно-генетических методов

Альварес М.В.¹, Долгова Е.А.¹, Суркова Л.К.³, Позднякова А.С.³, Будник О.А.², Шипулин Г.А.¹

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²НИИ пульмонологии и фтизиатрии, Минск;

³Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Дифференциальная диагностика БЦЖитов и туберкулеза соответствующих локализаций является актуальной проблемой фтизиопедиатрии, при этом наиболее распро-

страненным видом осложнений являются лимфадениты. Для верификации диагноза БЦЖита используют культуральный метод, который позволяет дифференцировать штаммы микобактерий туберкулеза (МБТ) до вида с помощью биохимических методик. При этом метод не позволяет дифференцировать *M. bovis* и *M. bovis BCG*. Природная резистентность к циклосерину встречается у диких и вакцинных штаммов *M. bovis*. Вместе с тем, культуральный метод длителен (до 12 нед) и получить культуру удастся не более чем в 50% случаев. Гистологическое исследование пораженных тканей не позволяет определить вид бактерий, вызвавших гранулематозное воспаление.

Целью проведенного исследования явилась оценка возможности применения молекулярно-генетических методов для определения вида МБТ при анализе пораженных тканей у детей с дифференциальной диагностикой БЦЖитов. Исследование было проведено на 21 биопсийном образце тканей подмышечных лимфоузлов от детей в возрасте от 2 месяцев до 10 лет, поступивших в НИИ пульмонологии и фтизиатрии в 2007–2008 гг. По данным бактериоскопического исследования мазков-отпечатков микобактерии обнаружены не были. С помощью автоматического анализатора ВАСТЕС в 9 (42,8%) были обнаружены микобактерии, которые при пересеве и получении роста на плотных питательных средах, были определены как *M. bovis*. Все полученные культуры были чувствительны к противотуберкулезным препаратам. При гистологическом исследовании образцов определялись типичные морфологические признаки туберкулеза, но в ряде случаев патоморфолог рекомендовал провести бактериологическую верификацию. В результате, на основании комплексных данных, 20 детям был поставлен диагноз «левосторонний подмышечный лимфаденит» (БЦЖит), а одному ребенку – туберкулез периферических лимфоузлов (подмышечная группа слева).

С помощью тест-системы на основе Real-Time PCR для дифференцирования видов МБТ («АмплиСенс МТС diff»), в 85% была выявлена ДНК *M. bovis BCG*. В материале, полученном от ребенка с туберкулезом, была выявлена ДНК *M. tuberculosis*. Во всех образцах, в которых МБТ были обнаружены культуральным методом, методом Real-Time PCR также были получены положительные результаты. Для доказательства правильности работы тест-системы видовая принадлежность МБТ была подтверждена путем секвенирования ДНК всех образцов по альтернативным мишеням – регионам SenX3-RegX3 и OxyR. Было получено 100% совпадение результатов.

Таким образом, применение молекулярно-генетических методов позволило увеличить выявляемость МБТ на 42%, определить вид МБТ, а также существенно сократить время получения результатов, что позволяет рекомендовать их для верификации диагноза БЦЖита.

Возможности определения ДНК микобактерий туберкулеза в материалах патогистологического исследования с помощью количественной Real-Time PCR

Альварес М.В.¹, Флигиль Д.М.², Долгова Е.А.¹, Батыров Ф.А.²

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²Туберкулез-ная клиническая больница №7 Департамента здравоохранения г. Москвы

При проведении дифференциальной диагностики туберкулеза с позиций доказательной медицины важно подтвердить наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) в клиническом материале больного. Но обнаружить МБТ в материале экскретов традиционными микробиологическими методами удастся только у 40% больных, методом ПЦР – у 80%, вследствие преимущественной локализации МБТ в тканях. Больным без бактериовыделения, при неясной клинической картине заболевания, проводятся различные диагностические мероприятия, в т.ч. гистологическое исследование биопсийного или даже операционного материалов. Иногда возникает необходимость анализа секционного материала. В подобных случаях анализ тканей является единственной возможностью подтвердить или опровергнуть специфическую природу заболевания. Культуральный метод не позволяет работать ни с фиксированным тканевым материалом, ни с парафиновыми блоками. Бактериоскопия препаратов, полученных из парафиновых блоков, обладает низкой чувствительностью и специфичностью. В случае отсутствия типичных морфологических признаков туберкулеза патоморфологу сложно дать однозначное заключение об этиологии патологического процесса.

Поэтому целью нашей работы была разработка тест-системы в формате Real-Time PCR для количественного определения ДНК МБТ, с возможностью работы с нативными, фиксированными, а также залитыми в парафин тканями, полученными при биопсийном, операционном и аутопсийном вмешательствах. При создании такой тест-системы необходимо учитывать разрушение ДНК при фиксации в формалине, а также трудности ее экстракции из фиксированных и парафинированных тканей. Поэтому, для подтверждения присутствия в анализируемом образце ДНК человека, в тест-системе предусмотрена детекция эндогенного контроля – фрагмента β-глобинового гена человека. Для контроля эффективности выделения и амплификации ДНК в тест-системе предусмотрен внутренний контрольный образец на основе бактериофага λ. Определение количества МБТ в образце тканевого материала осуществляется с помощью определения концентрации ДНК внутренних контролей с использованием программного обеспечения 4 (и более)-канальных приборов класса Real-Time. В процессе апробации тест-системы были проанализированы образцы разных видов тканей, полученных при операциях. Анализировались образцы нативной ткани, образ-

цы, фиксированные в кислом формалине, рутинно применяемом в гистологической практике, а также срезы парафиновых блоков.

В результате проведенных экспериментов была показана возможность выделения ДНК на всех этапах гистологической проводки тканей. Наибольшая эффективность экстракции ДНК наблюдалась при работе с нативными тканями. Тем не менее, возможна работа и с материалами на других этапах, однако работа с парафиновыми блоками требует дополнительного времени вследствие необходимости депарафинизации срезов тканей.

Клинико-эпидемиологический анализ ВИЧ-инфекции в Московской ГКБ им. С.П.Боткина

Беляева Н.М., Кузьменко Т.Н.,
Чемерис О.Ю., Никитина Г.Ю.

*Государственная медицинская академия
последипломного образования, Москва*

В Москве в настоящее время по статистическим данным в стационарные отделения ЛПУ поступает около 30 больных ВИЧ-инфекцией, тогда как в 1999 регистрировали только 6 человек.

В многопрофильную больницу им. С.П.Боткина за двадцатилетний период с 1987 по 2008 г. поступило 997 больных ВИЧ-инфекцией, причем за последние 5 лет отмечается рост в 2 раза – 559 больных, 78% из этих больных госпитализированы в стационар по скорой помощи. Из 165, имеющих в анамнезе ВИЧ-инфекцию и поступивших в стационар для оказания неотложной помощи, только 19 больных (11,8%) сообщили медработникам о своем заболевании в течение первых 3 суток нахождения в стационаре. Больные находились в профильных отделениях от 2 суток до 56 сут. При ранней выписке из стационара 25,1% ВИЧ-инфицированных не информированы о наличии у них инфекции, так как результаты ИФА и ИБ не были получены.

В зависимости от ведущего синдрома больных направляли в специализированные отделения многопрофильной больницы: в хирургический сектор больницы за 5 лет поступило 278 больных (49,2%), в реанимационные отделения 15,2%, нейрохирургические – 9,2%, ЛОР-отделение – 19,8%. По данным формы № 61 федерального государственного статистического наблюдения на субклинической стадии количество ВИЧ-инфицированных составило от 30 до 35%, на стадии вторичных проявлений 62-67%. В стадии IVB-V (СПИД) умерло 30 больных.

Отмечается рост на 12% (22,2–34,3%) больных ВИЧ, поступивших в реанимационные отделения для оказания помощи по жизненным показаниям (ОДН, отек головного мозга, ДВС-синдром, ОПН, ОССН), а также на 6% пациентов в ЛОР-отделения с диагнозом носовое кровотечение, что увеличивает риск инфицирования медицинского персонала в случаях аварийных ситуаций при выполнении профессиональных обязанностей.

Из 278 больных, пациентов с ВИЧ-инфекцией в хирургическом секторе прооперировано 78% больных. Впервые ВИЧ-инфекция выявлена у 63% этой группы, экспресс-диагностика ВИЧ-инфекции проведена лишь в 7% случаев.

В терапевтический сектор поступил 281 больной, из них в инфекционный сектор 37,2%, в отделения неврологии и ПСО 30,4%, пульмонологии 14,5%, гематологии 9,7%, общей терапии 8,3% случаев.

В период 1997–2002 г. чаще выявлялись случаи ВИЧ-инфекции субклинической III стадии, с 2004 г. 72,3% больных имели вторичные заболевания, ассоциированные с ВИЧ, манифестные формы. В числе ведущих вторичных поражений у больных ВИЧ-инфекцией в течение последних 5 лет лидируют поражения легких, которые мы диагностировали у 98,3% в терапевтическом секторе. Наиболее часто выявляли пневмонию – 47 больных, туберкулез – 23 больных, ХНПЛ, бронхиальную астму, спонтанный пневмоторакс. Следует подчеркнуть, что диагноз пневмонии в основном установлен у больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях; одновременно регистрировалось несколько вторичных поражений – бактериальные инфекции (стафилококк, стрептококк, сальмонеллез) в сочетании с вирусными – ВЭБ, ВПГ, а также пневмоцистоз кандидоз. Летальные исходы диагностированы у 13 больных пневмонией, 7 больных находились в стадии IVB-V (СПИД), из них пневмоцистные пневмонии и кандидоз 2 больных, стафилококковые – 4 больных, туберкулез на фоне пневмонии – 2 больных.

Туберкулез, как моноинфекция выявлен на ранних стадиях ВИЧ-инфекции – на основании рентгенологической картины, клинических, лабораторных маркеров (ДНК микобактерий методом ПЦР, пробы Манту, наличие культуры микобактерий при посеве мокроты). 24 больных переведены в туберкулезную больницу №3, умерло от ТБЦ двое больных – от легочного кровотечения (с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией).

Необходимо подчеркнуть, что большинство ВИЧ-инфицированных больных первично госпитализируются именно в многопрофильные больницы г. Москвы – в ГКБ им. С.П.Боткина 10–13% за последние 5 лет. Поэтому роль клинических эпидемиологов в крупных стационарах, в связи со сложившейся ситуацией, значительно возрастает.

Гепатоцеллюлярная карцинома у больных циррозом печени вирусной этиологии

Бугаева Т.Т., Алексеева М.Н.,
Слепцова С.С., Иванов П.М.

*Медицинский институт Якутского государственного
университета им. М.К.Аммосова, Якутск*

При применении современных методов верификации гепатотропных вирусов (HBV, HCV, HDV) отмечается резкое возрастание этиологической расшифровки хронических гепатитов в цирротической стадии и развившихся на их фоне гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК)

Результаты. В исследование включены 125 больных с ГЦК в возрасте от 16 до 82 лет (средний возраст 58,6 ± ± 12,1 лет). Изучение эпидемиологической картины показало, что HBV-инфекция в цирротической стадии выявлена у 33,6% больных, HDV-инфекция – у 21,6%, HCV-инфекция у 28,0%, смешанный гепатит – у 16,8%. При изучении анамнеза заболевания, большинство пациентов обратились в поздние сроки заболевания. В терминальной стадии заболевания в стационар были госпитализированы 43 больных, в тяжелой степени тяжести обратились 48, в средней степени – 34 больных. Клинические проявления ГЦК разнообразны: от бессимптомного течения до неожиданно быстрого прогрессирующего ухудшения состояния больного с присоединением грозных осложнений, приводящих к летальному исходу.

Таким образом, больные циррозом печени вирусной этиологии имеют высокий риск развития ГЦК, который возрастает с увеличением длительности инфицирования вирусом гепатита и при наличии смешанной инфекции (HBV, HCV, HDV).

Влияние факторов патогенности псевдотуберкулезного микроба на развитие поражений опорно-двигательного аппарата

Бургасова О.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т.

Московский государственный медико-стоматологический университет;
Иркутский научно-исследовательский противочумный институт

Исследования последних лет дают возможность более глубокого изучения факторов патогенности псевдотуберкулезного микроба и их влияния на клинические проявления болезни. Описано, что экспрессия гена *YadA* у возбудителя псевдотуберкулезного микроба, определяет его артритогенный потенциал (Heesman J., 1989).

Цель настоящей работы – изучение генетической характеристики возбудителя *Y. pseudotuberculosis* и влияния тех или иных детерминант патогенности на клинические проявления псевдотуберкулеза.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 112 больных с диагнозом псевдотуберкулез. Клинический диагноз устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных, результатах бактериологического и серологического исследований. Диагностика поражений опорно-двигательного аппарата в виде реактивных артритов проводилось согласно разработанным критериям, принятым на III Международном совещании по реактивным артритам в Берлине 1995 г.

Результаты. По результатам стандартного бактериологического исследования диагноз псевдотуберкулеза был верифицирован у 17% пациентов. Все изолированные от больных штаммы *Y. pseudotuberculosis* принадлежали к O:1b серогенотипу. Методом ПЦР определяли наличие детерминант патогенности: YPM_{alcs}, HPI, YAPI, pYV, pYM. Всех пациентов разделили на две группы.

В первой группе больных заболевание было обусловлено двухплазмидными штаммами *Y. pseudotuberculosis* (pYM 82 MDa и pYV 47 MDa). Во второй группе больных псевдотуберкулезом – одноплазмидными штаммами *Y. pseudotuberculosis* (pYV 47 MDa). Все изолированные штаммы имели YPM, inv, но не имели irp2, YAPI. Мы провели сравнительный анализ частоты развития артритов в группах наблюдения в зависимости от плазмидного профиля *Y. pseudotuberculosis*. Частота развития артритов в первой группе с двухплазмидными штаммами *Y. pseudotuberculosis* (pYM 82 MDa и pYV 47 MDa) была достоверно выше ($p < 0,005$) и составила 31,3%, по сравнению с частотой развития артритов во второй группе с одноплазмидными штаммами *Y. pseudotuberculosis* (pYV 47 MDa) и составила 5,7%.

Заключение. Определение плазмидного спектра *Y. pseudotuberculosis* даст возможность прогнозировать развитие артритов.

Многофакторная оценка синдрома эндогенной интоксикации при остром вирусном гепатите В

Василец Н.М.¹, Толоконская Н.П.¹,
Хохлова Н.И.², Усолкина Е.Н.¹

¹НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск;

²Новосибирский государственный медицинский университет, МБУЗ города Новосибирска Городская инфекционная клиническая больница №1

Общепринятая оценка интоксикационного синдрома при остром вирусном гепатите В (ОВГВ), основанная на совокупности его внешних клинических признаков и стандартных биохимических исследований, не отражает глубины эндогенной интоксикации (ЭИ) в организме больного и мало информативна в прогнозировании тяжести болезни. Нами предложена многофакторная оценка синдрома ЭИ, которая наряду с детальным анализом клинико-биохимических показателей ОВГВ включает изучение частоты, хронологии и меняющегося качества острых заболеваний в анамнезе жизни в сопоставлении со временем появления и характером различных видов соматической патологии и дополняется исследованием интегральных лабораторных показателей ЭИ – эффективной концентрации и резерва связывания альбумина (ЭКА и РСА). На примере 102 случаев ОВГВ (средний возраст пациентов 28,1 ± 0,85 лет) при значительном сходстве симптомов острой фазы было установлено, что у 47% больных на протяжении 5 и более лет отсутствовали эпизоды лихорадки и острые воспалительные заболевания имели атипичное или затяжное течение, а в 70% случаев наблюдалась различная хроническая патология, наиболее часто – заболевания пищеварительной системы (67%) и заболевания, обусловленные эндогенными инфекциями (53%). Именно в этих группах пациентов достоверно чаще наблюдалось тяжелое течение ОВГВ. Изучение ЭКА и РСА в динами-

ке болезни показало, что их средние значения были достоверно снижены по сравнению с группой контроля ($44,1 \pm 0,8$ г/л; $0,89 \pm 0,02$ усл.ед.) как в периоде разгара заболевания ($34,7 \pm 0,6$; $0,79 \pm 0,01$), так и в периоде разрешения клинических проявлений ($37,3 \pm 0,7$; $0,79 \pm 0,09$), и даже в период реконвалесценции ($38,5 \pm 1,2$; $0,81 \pm 0,02$). Более выраженное снижение и медленная нормализация ЭКА и РСА наблюдались в группах пациентов с тяжелым течением ОВГВ, наличием клинических подтверждений исходных негативных изменений реактивности организма. Таким образом, происхождение и выраженность ЭИ в большей степени обусловлены предшествующими заболеваниями, чем настоящей острой инфекцией. Полученные результаты являются важным аргументом в обосновании дифференцированной терапии при внешне сходной симптоматике болезни (www.tolokonskaya.ru).

Изменения качества герпетической инфекции в условиях снижения здоровья человека

Дьяченко А.А., Толоконская Н.П.

*Новосибирский государственный медицинский университет;
МБУЗ г. Новосибирск Городская инфекционная клиническая больница;
НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск*

В настоящее время условия возникновения и течение многих заболеваний определяется исходным состоянием глубокого дисбиоза в организме в целом, формирующегося наряду с другими факторами в результате агрессивных медицинских вмешательств. Человеческий организм это единая открытая биологическая система, динамичность и гибкость которой позволяет сохранять и поддерживать гомеостаз внутренней среды, контролировать активность персистирующих агентов.

При грубых нарушениях системы саморегуляции организма эндогенные вирусы становятся кофакторами возникновения и прогрессирования сочетанных заболеваний дегенеративного характера, неопластических процессов, нарушений репродуктивной функции.

Анализ данных 2005–2007 гг. показал существенное увеличение числа госпитализированных с герпетической инфекцией с 69 случаев в 2005 г., 141 – 2006 г., до 296 за 2007 г. в стационар МИКБ №1. Нарастающая тяжесть этих заболеваний имеет выражение в распространенности и глубине патологического процесса в коже и слизистых, устойчивости болевого синдрома, учащения рецидивирования даже опоясывающего лишая, что подтверждает крайне низкую клиническую эффективность общепринятой терапии. Обращение к целостной оценке человеческого организма как единой биологической системы дает возможность интегрального учета клинических факторов, выходящих за рамки нозологической формы, в обосновании тяжести болезни и плани-

ровании дифференцированной терапии, рассчитанной на саморегуляцию.

Изменения иммунного статуса больных герпетической инфекцией в разные фазы инфекции

**Ефимов Г.Е., Иванова М.А.,
Медведев Ю.А., Кайданек Т.В.**

Башкирский государственный медицинский университет МЗ и СР РФ, Уфа

При клинико-иммунологическом обследовании 79 больных герпетической инфекцией (28 – с острым герпесом, 10 – хроническим и 21 – с заболеванием в анамнезе) выявлено, что у пациентов с герпетической инфекцией в группах с разными фазами процесса различия касались содержания в крови клеток Т-звена иммунной системы. При остром, хроническом герпесе и персистенции вируса процентное содержание Т-лимфоцитов среди лимфоцитарных клеток достоверно не отличалось от нормального. В то же время абсолютное число Т-лимфоцитарных клеток в сравнении с нормой снижалось заметно у больных с подострым течением и у лиц с инфекцией в анамнезе (у последних – также значительно ниже, чем при остром герпесе) и не столь существенно – у больных с острым герпесом. При этом содержание активированных клеток среди Т-лимфоцитов при остром герпесе было минимальным и значительно отличалось от нормального. Исследование содержания в крови гуморальных факторов показало, заметно более низкую концентрацию «иммуноглобулинов первичного иммунного ответа» IgM (достоверное снижение в сравнении со всеми обследованными группами) отмечается у больных с подострым течением герпеса. Существенное в сравнении с нормой снижение уровня секреторных иммуноглобулинов характерно для всех инфицированных герпесом пациентов. Повышенный уровень содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) оказался, свойственным для лиц с герпетической инфекцией в анамнезе. Этому соответствует наиболее выраженное снижение активности у них в крови уровня комплемента, хотя у больных острым и подострым герпесом эта активность была также ниже нормальной. Полученные материалы свидетельствуют, что у пациентов с острым и подострым герпесом, а также имеющих герпес в анамнезе, имеются существенные изменения в функционировании механизмов иммунной защиты, которые должны учитываться в ходе проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Возможности применения стафило-протейно-синегнойной вакцины для иммунопрофилактики инфекционных осложнений у больных с ожогами

Ефимов Г.Е., Медведев Ю.А.,
Тимербаева Д.А., Кайданек Т.В.

Башкирский государственный медицинский университет
МЗ и СР РФ, Уфа;
Городская клиническая больница №18, Уфа

Результаты терапии больных с ожоговыми травмами во многом определяются эффективностью мероприятий по профилактике и лечению гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. Ведущими возбудителями таких осложнений выступают пиогенные кокки и микробы кишечной группы. В наших исследованиях была оценена эффективность профилактики гнойно-септических осложнений ожоговой болезни иммунизацией больных стафило-протейно-синегнойной адсорбированной вакциной, предназначенной для формирования у больных активного иммунитета против бактерий рода *Staphylococcus*, *Pseudomonas* и *Proteus* – основных возбудителей гнойно-септических заболеваний, у ожоговых больных. Клинико-иммунологические материалы получены в результате обследования и лечения в Республиканском ожоговом центре городской клинической больницы №18 г. Уфы 166 больных с ожоговой травмой различной степени тяжести. Контрольную группу составили 103 ожоговых больных, получивших лечение традиционными методами, опытную группу составили 63 ожоговых больных, которым с профилактической целью при поступлении проводилась специфическая вакцинация стафило-протейно-синегнойной адсорбированной вакциной. Оценивая клинические результаты применения указанной вакцины у больных с ожоговыми травмами следует отметить, что суммарный позитивный эффект применения вакцинации проявлялся в снижении летальности у обожженных больных опытной группы, в сравнении с таковой в группе контроля более чем в два раза. Иммунизация больных с ожоговыми травмами стафило-протейно-синегнойной адсорбированной вакциной может оказывать позитивное влияние на процессы колонизации поверхности ожоговой раны соответствующими условно-патогенными бактериями, снижать у них риск возникновения гнойно-септических осложнений и обеспечивать более благоприятные результаты их лечения.

Первый опыт применения в России системы TRUGENE для генотипирования ВИЧ-1

Казеннова Е.В.¹, Геворкян М.Г.², Бобкова М.Р.¹

¹НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН, Москва;
²ЗАО МедСервис, Москва

Единственным средством лечения ВИЧ-инфекции является комбинированная антиретровирусная терапия, недостаточная эффективность которой может быть обус-

ловлена возникновением лекарственно-устойчивых штаммов ВИЧ-1. Подбор альтернативных схем терапии производится на основании генетического анализа резистентных штаммов. Цель исследования – изучение эффективности применения системы генотипирования ВИЧ-1 TRUGENE® и системы ДНК-секвенирования OpenGene® (Siemens Healthcare) для выявления мутаций лекарственной устойчивости (ЛУ) в образцах, полученных от российских пациентов.

Материалы и методы. В работе использовали плазму крови от 18 ВИЧ-инфицированных лиц с их информированного согласия. Вирусная нагрузка в образцах составляла от 4000 до 150000 копий РНК/мл. Все образцы были предварительно анализированы с использованием системы генотипирования ВИЧ-1 ViroSeq (версия 2) (Abbott).

Результаты. Тест-система Trugene отличается относительной простотой в использовании, не требует процедур очистки продуктов реакций ПЦР и секвенирования и позволяет получать результаты в течение двух рабочих дней. Количество и характер мутаций, определяющих ЛУ, выявленных с применением систем ViroSeq и Trugene, полностью совпали для всех образцов и подтверждены референс-программой лаборатории диагностической вирусологии Стенфордского университета (<http://stanford.edu/hiv>)

Выводы. Система генотипирования ВИЧ-1 TRUGENE® и система ДНК-секвенирования OpenGene® потенциально могут быть использованы в клинико-диагностических лабораториях России для выявления мутаций лекарственной устойчивости.

Методические подходы к разработке индивидуальных схем иммуномодулирующей терапии в клинической практике

Кириличева Г.Б.¹, Соловьева М.С.¹,
Горелов А.В.², Плоскирева А.А.²

¹МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова Росмедтехнологии;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Многолетнее изучение иммуномодуляторов различной структуры и происхождения позволило сделать вывод о том, что иммуномодуляторы не являются средствами широкого применения. Экспериментально доказано, что любой иммуномодулятор может как повышать, так и снижать неспецифическую резистентность организма. Нами впервые установлено, что действие иммуномодуляторов на неспецифическую резистентность зависит от исходной чувствительности организма к патологическому воздействию. Иммуномодуляторы оказывают положительное влияние лишь при исходно пониженной резистентности организма. Поэтому применение любого иммуномодулятора требует индивидуального подхода.

Целью настоящего исследования является разработка индивидуальных схем применения иммуномодуляторов в

качестве профилактического и лечебного средства в клинической практике.

Нами экспериментально доказано, что в основе иммуномодулирующей активности всех препаратов лежит неспецифический адаптационный механизм. Установлено, что неспецифический компонент имеет важное значение в реализации иммуномодулирующего эффекта, присутствует в механизме действия любого иммуномодулятора, а в ряде случаев является основным. В результате применения этих препаратов наблюдается изменение адаптационных возможностей организма

Доказано, что при разработке индивидуальных профилактических схем должны учитываться исходная чувствительность организма, состояние его адаптационных возможностей. При разработке лечебных схем – тяжесть инфекционного процесса, его стадия, соответствие адаптационной реакции тяжести патологического процесса.

В ходе выполнения данной работы разработаны показания и противопоказания для применения иммуномодулирующей терапии, определены группы риска. Особое внимание уделено применению иммуномодулирующей терапии в условиях течения инфекционного процесса.

Экспериментально доказано, что иммунная система не является единственной точкой приложения иммуномодуляторов. Поэтому последние могут быть применены при самых различных заболеваниях, сопровождающихся нарушением процесса адаптации. В этом случае иммуномодуляторы могут стать незаменимым средством интенсивной терапии. Патогенетически обоснованным является расширение сфер использования иммуномодуляторов.

В процессе выполнения настоящего исследования обоснованы и разработаны критерии и показания для расширения сферы применения иммуномодуляторов при самых различных заболеваниях, сопровождающихся нарушением процессов адаптации.

Сопоставление показателей иммунного статуса с морфологическими изменениями в печени у больных хроническими вирусными гепатитами В и С

Лазарева А.С., Волчкова Е.В., Умбетова К.Т., Пак С.Г.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва

Цель работы: изучить концентрацию цитокинов (IFN- α , IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-4, IL-6) в сыворотке крови, спонтанную и стимулированную NDV (вирус Ньюкасла) и ФГА (фитогемагглютинин) продукцию цитокинов МНПК и содержание субпопуляций лимфоцитов CD3, CD4, CD8, CD16, CD25, HLADR, CD20, CD38 в периферической крови в сопоставлении с выраженностью морфологических изменений печени у больных ХГВ и ХГС.

Пациенты и методы. Проведено обследование 37 больных с хроническими вирусными гепатитами (13 больных ХГВ и 24 больных ХГС) и морфологическое исследование биоптатов печени с определением индекса гистологичес-

кой активности (ИГА) и фиброза по Knodell в модификации K. Ishak.

Результаты. У больных ХГВ и ХГС статистически значимые отличия от здоровых доноров установлены только в отношении стимулированной NDV и ФГА продукции цитокинов МНПК. Достоверное снижение индуцированной NDV продукции IFN- α уже при минимальной активности ХГВ и ХГС, а также достоверное снижение индуцированной NDV продукции целого ряда цитокинов: IFN- α , IFN- γ , TNF- α , IL-6 и индуцированной ФГА продукции TNF- α у больных с высокой активностью процесса подтверждает суждение о хроническом вирусном гепатите как об иммунокомпromетированном состоянии и отражает снижение функциональной способности МНПК вырабатывать цитокины в ответ на вирусную инфекцию. Наиболее выраженные изменения субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови выявлены при высоком уровне гистологической активности, когда наблюдается не только снижение субпопуляций лимфоцитов, отвечающих за развитие клеточного иммунного ответа (CD3+, CD4+, CD16+ лимфоцитов) и иммунорегуляторного индекса, но и снижение содержания лимфоцитов CD20+, отвечающих за развитие гуморального иммунитета, а также снижается содержание активационных молекул CD38+ и молекул антигенной презентации HLADR+.

Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости проводить комплексное обследование больных хроническими вирусными гепатитами В и С, включающее в себя определение концентрации цитокинов не только в сыворотке крови, но и изучение стимулированной NDV и ФГА продукции цитокинов МНПК, с обязательным вычислением показателей иммунорегуляторного индекса для оценки активности процесса и подбора адекватной терапии.

Лабораторная диагностика Эпштейна–Барр вирусной инфекции

Михайловская Г.В.¹, Прохорова Н.А.², Чуланов В.П.¹, Волчкова Е.В.³

¹Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора;

²Инфекционная клиническая больница №2, Москва;

³Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Цель работы – изучение диагностической значимости различных серологических маркеров вируса Эпштейна–Барр (EBV) и ДНК EBV при инфекционном мононуклеозе.

Пациенты и методы. Обследовано 47 пациентов с клинической картиной инфекционного мононуклеоза в возрасте от 15 до 30 лет (28 мужчин и 19 женщин). Забор крови осуществлялся на 1-2-й неделе болезни, в разгаре заболевания (2–4-я неделя) и на 3–9-м месяце от начала заболевания. Сыворотки были исследованы на антитела к EBV: капсидные (anti-EBV VCA IgM, anti-EBV VCA IgG), ранние (anti-EBV EA IgG), нуклеарные (anti-EBV EBNA IgG) – тест-системы производства DSL INC (США). Пробы крови тестировались методом ПЦР на ДНК EBV, CMV, HHV6 с использованием тест-систем «АмплиСенс».

Результаты. Из 47 пациентов у 37 (78,7%) при поступлении выявлялась ДНК EBV, у 10 (21,3%) ДНК EBV на момент госпитализации не обнаруживалась. Из группы больных с выявленной ДНК EBV у 6 пациентов (16%) отсутствовали anti-EBV VCA IgM. У троих из них (8%) не было никаких серологических маркеров EBV, тогда как у остальных выявлялись маркеры перенесенной инфекции, что свидетельствует о реактивации EBV. У 84% пациентов с ДНК EBV в крови выявлялись anti-EBV VCA IgM, что подтвердило у них острую инфекцию. В 75,7% случаев пациенты имели anti-EBV VCA IgG; у 62% выявлялись EA антитела; в 21,6% случаев обнаруживались нуклеарные антитела. Четкой закономерности сроков появления anti-EBV EBNA IgG не наблюдалось. У ряда пациентов anti-EBV EBNA IgG обнаруживались уже на 1–3-й неделе от начала болезни, тогда как у других эти антитела появлялись лишь на 16–24-й неделе. Из 10 пациентов, у которых на момент госпитализации ДНК EBV не выявлялась, большинство имели серологические признаки перенесенной EBV-инфекции. У троих из них были выявлены: в двух случаях – CMV и в одном – HHV6.

Выводы. Вне зависимости от срока заболевания у пациентов с клинической картиной инфекционного мононуклеоза могут наблюдаться самые разные сочетания серологических маркеров EBV. У большинства из них к моменту госпитализации обнаруживается ДНК EBV и антитела к капсидному антигену класса IgM. Однако, у ряда пациентов серологические маркеры могут отсутствовать до конца второй недели болезни. В этих случаях вирусная ДНК оказывается единственным специфическим маркером EBV.

Поражение легких при геморрагической лихорадке с почечным синдромом, вызванной вирусом Пуумала, в эндемичном регионе

Мухетдинова Г.А., Фазлыева Р.М., Мустафина В.Х., Дзагурова Т.К., Ткаченко Е.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа;

Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН, Москва

Республика Башкортостан является одним из основных эндемичных очагов ГЛПС в России. Целью нашего исследования явилось изучение частоты поражения легких при ГЛПС. Проведен анализ 183 медицинских карт больных ГЛПС, находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях г. Уфы. Диагноз был подтвержден с помощью непрямого метода флуоресцирующих антител (НМФА) с использованием коммерческой тест-системы производства ФГУП ИПВЭ им. М.П.Чумакова РАМН. Дифференциацию антител по принадлежности к отдельным хантавирусам осуществляли в МФА, используя моновалентные культуральные антигены вирусов Пуумала и Добрава. В зависимости от степени тяжести заболевания пациенты распределились следующим образом: ГЛПС легкой степени установлен у 24,6% пациентов,

средней степени тяжести – у 58,5%, тяжелой степени – у 16,9% больных. При оценке органов дыхания тахипноэ наблюдалось у 9,4% больных; кашель, преимущественно сухой, у 18% больных. При аускультации легких жесткое дыхание отмечалось у 6%, ослабленное везикулярное дыхание у 13,5%, влажные мелкопузырчатые хрипы – у 11% пациентов. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (ОГК) было проведено 82,5% больных. Усиление легочного рисунка отмечено у 42,4% обследованных, инфильтрация легочной ткани – у 15,3% пациентов, плевральный выпот – у 8,2% больных ГЛПС. Следует отметить, что частота поражения легких зависела от тяжести заболевания. У всех пациентов, независимо от клинической картины, были выявлены диагностические титры антител против вируса Пуумала. При этом титр антител в группе больных ГЛПС с поражением легких достоверно не отличался от уровня титров антител у больных ГЛПС без поражения легких. Таким образом, при ГЛПС у части больных имеется вовлечение органов дыхания в патологический процесс, что необходимо учитывать в комплексе лечебно-диагностических мероприятий.

Опыт использования антигомотоксических препаратов в лечении пациентов с острыми кишечными инфекциями

Ольховикова Е.А., Шеронова О.Б.

*Новосибирский государственный медицинский университет;
МБУЗ Городская инфекционная больница №1,
Новосибирск*

Нередко сам факт возникновения ОКИ и тяжесть его течения являются свидетельством исходного неблагополучия в организме. Отмечается значительное увеличение среди больных ОКИ доли лиц с хронической соматической, нередко множественной, патологией. В этиологической структуре возрастает роль условно патогенной микрофлоры как следствие дисбиоза под влиянием массивного поступления в человеческий организм ксенобиотиков, нерационального характера питания. Патологический микробиоценоз не только становится источником токсических воздействий на организм, но и способствует возрастанию агрессивности экзогенных патогенов. Это нашло отражение в значительном росте заболеваемости сальмонеллезом (как явлению нозопаразитизма), в частоте распространенного поражения кишечника в виде гастроэнтероколита. Эти факты требуют переосмысления задач терапии и ее содержания, где важным становится не только купирование признаков острой болезни, но и достижение существенной коррекции в системе защиты организма в целом. Одним из вариантов такого лечения больных ОКИ может быть включение в патогенетическую терапию препаратов, оптимизирующих универсальные биологические приемы защиты. Наряду с энтеросорбентами, эубиотиками, к лечению наших пациентов были добавлены 3 антигомотоксических препарата – траумель, мукоза-ком-

позитум, нукс-вомика гомаккорд (www.tolokonkaya.ru). Анализ результатов показал возможность сокращения сроков антибактериальной терапии до 2–3 дней даже у больных с ярким колитическим синдромом или отказ от антибиотиков у определенной категории (беременные, больные со среднетяжелым колитом без серьезной сопутствующей патологии). При неинвазивной диарее на фоне тяжелой соматической патологии их применение также ускоряло сроки выздоровления. Немаловажно, что одновременно сокращалась частота инвазивных процедур (инфузии, инъекции анальгетиков). Положительный эффект применения антигомотоксических препаратов достигается универсальным дезинтоксикационным, противовоспалительным и регенерирующим действием, восстанавливая естественные механизмы выздоровления, что служит основой стабилизации и благоприятных изменений всего организма.

Индекс колонизационной резистентности в комплексной оценке дисбактериоза кишечника у детей, перенесших острые кишечные инфекции

Плоскирева А.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Изучению различных аспектов дисбактериоза биотопов организма человека в последнее время посвящено достаточно большое количество работ. Существуют различные методы оценки микробной экологии и колонизационной резистентности. Наиболее распространенным методом диагностики состояния микробиоценоза (дисбактериоза) кишечника является рутинное микробиологическое исследование кала. Вместе с тем до настоящего времени отсутствует какой-либо интегральный показатель, характеризующий состояние микробиоценоза того или иного биотопа, позволяющий комплексно оценивать данные. Для этих целей было предложено использовать индекс колонизационной резистентности (ИКР).

Изучение эффективности различных подходов к диетотерапии ОКИ у детей первого года жизни, находящихся на искусственном вскармливании, было проведено в Детской инфекционной больнице №5 (главный врач Золотавин С.В.) у 35 детей, больных «инвазивными» острыми кишечными инфекциями (ОКИ), среднетяжелой формы, поступивших в стационар в ранние сроки от начала заболевания. Среди них 20 больных – это дети, получавшие адаптированную молочную смесь с пробиотиками, а 15 больных – дети, в питании которых использовались адаптированные молочные смеси без добавления пробиотиков.

Расчет индекса колонизационной резистентности позволил провести интегральную оценку изменений микрофлоры желудочно-кишечного тракта в сравниваемых группах. Было получено достоверное повышение индекса колонизационной резистентности в группе детей, получавших смесь с пробиотиком ($p < 0,001$) после лечения по

сравнению с начальным уровнем. В группе сравнения достоверных отличий между показателями индекса колонизационной резистентности до и после лечения получено не было. А при сравнении этого показателя между исследуемыми группами в стадии реконвалесценции были получены достоверные отличия – $p < 0,05$.

Таким образом, полученный интегральный показатель – индекс колонизационной резистентности – позволяет комплексно оценивать состояние микробиоценоза и поможет врачам унифицировать прочтение результатов анализов на дисбактериоз.

Применение Дибенорма в лечении и профилактике герпесвирусной инфекции

Погорельская Л.В.

Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ, Москва

За последние годы разработаны подходы к лечению и профилактике герпетической инфекции. В комплексное лечение включены мощные противовирусные и иммунокорректирующие препараты, на которые возлагались большие надежды. Действительно, применение этих комбинаций приводило к противовоспалительному, противовирусному и иммунокорректирующему эффекту. Однако достичь длительной ремиссии у 40% часто рецидивирующих больных не удавалось. В связи с этим, возникла идея использования препарата Дибенорма (регистрационное удостоверение № 05\05\1266) таким больным. Основным действующим веществом Дибенорма является естественный метаболит клеток организма. Он воздействует на внутриклеточные процессы, а именно: кислородные и бескислородные биохимические реакции, переводя их равновесие на уровень функционирования «молодой клетки».

Под наблюдением находилось 10 пациентов с хронической часто рецидивирующей герпетической инфекцией с длительностью заболевания до 5 (8 чел.), до 8 лет (2 чел.). Отмечалось преимущественно поражение слизистых губ, полости рта и у шести больных гениталий, а также кожи. Выделялся 1-й тип вируса у 4 больных и 2-й и 1-й тип одновременно у 6. Все больные в острый период неоднократно лечились противовирусными препаратами (ацикловир, алпиразин, ганцикловир) с полиоксидонием, циклофероном, полуданом и другими средствами с различной степенью эффективности. У четверых больных ремиссия длилась от 6 месяцев до года, у остальных – от двух недель до 1 месяца. Всем больным при поступлении проведен курс лечения по единой схеме 5–8 инъекций в течение 6 месяцев с последующим назначением его индивидуально по показаниям (через 3–6 месяцев–1 год по одной инъекции).

Результаты лечения: улучшение общего состояния после 2–3 инъекции выражающееся в исчезновении слабости, утомляемости, повышении работоспособности, регрессии кожных элементов. Наблюдались сдвиги в пока-

зателях иммунитета в сторону восстановления уровня субпопуляции Т-лимфоцитов (общих, хелперов, супрессоров) и ЕК, которые сохранялись длительное время, вплоть до появления следующего рецидива. Результаты исследования в динамике вирусной нагрузки в ПЦР были неоднозначны. У большинства больных ДНК вируса герпеса сохранялась на протяжении всего времени наблюдения, несмотря на клиническое улучшение и длительную ремиссию. У двух больных с ремиссией в два года ДНК вируса герпеса не обнаруживалась методом ПЦР.

В процессе наблюдения установлен факт нормализации менструального цикла у женщин 40 и 42 лет, страдающих в последние два года дисменореей.

Проведенные исследования свидетельствуют о возможности использования Дибенорма при хронической часто рецидивирующей герпетической инфекции.

Надзор за ротавирусной инфекцией по данным госпитализации в отдельных городах РФ, 2005–2007

Подколзин А.Т.¹, Фенске Е.Б.¹, Николаева Т.А.¹, Шипулин Г.А.¹, Сагалова О.И.², Мазепа В.Н.³, Иванова Г.Н.⁴, Тагирова З.Г.⁵, Алексеева М.Н.⁶, Молочный В.П.⁷, Малеев В.В.¹, Покровский В.И.¹

¹Центральный НИИ эпидемиологии, Москва;

²Челябинская государственная медицинская академия;

³НИИ эпидемиологии и микробиологии им. И.Н.Блохиной, Нижний Новгород;

⁴Областная инфекционная клиническая больница, Тюмень;

⁵Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала;

⁶Якутская городская клиническая больница;

⁷Дальневосточный медицинский университет, Хабаровск

В исследование были включены пациенты, госпитализированные в инфекционные стационары Москвы, Махачкалы, Санкт-Петербурга, Н.Новгорода, Тюмени, Челябинска, Хабаровска и Якутска при наличии любых случаев диареи > 3 раз и/или рвоты за 24 часа до госпитализации. По всем пациентам собиралась эпидемиологическая информация, данные клинических и лабораторных исследований. За трехлетний период был исследован материал от 3208 детей и 1354 взрослых госпитализированных пациентов. Группу сравнения (379 человек) составили лица, не имевшие в анамнезе на протяжении двух недель повышения температуры, диарейной симптоматики и рвоты.

Для проведения скрининговых исследований (детекция ротавирусов гр. А, норовирусов 1 и 2 генотипов, астровирусов, аденовирусов, сальмонелл, шигелл и EIEC и термофильных кампилобактерий) использовались комплекты реагентов АмплиСенс (ЦНИИ, РФ). Для проведения [P]G генотипирования ротавирусов гр А использовалась методика с флуоресцентной end-point детекцией, позволявшая выявлять наиболее распространенные [P] 4,8 и G 1,2,3,4 генотипы ротавирусов гр. А. В данной методике были использованы типоспецифические reverse праймеры 2T1, 1-T1, 9T4, 9T2, 9T3P, описанные ранее и дополнен-

ные оригинальными forward праймерами и специфическими зондами в формате TaqMan beacons.

Эффективность этиологической верификации составила 76,5% у детей и 53,3% у взрослых. Ротавирусы группы А в различных городах РФ выявлялись у детей в возрасте до 5 лет с частотой 43,3%. В возрастном распределении случаев ротавирусной инфекции у детей в возрасте до 5 лет дети в возрасте до 6 мес составили 12,4%, до 12 мес – 42,9%, до 24 мес – 74,9%, до 36 мес – 89,1%.

Максимальная доля госпитализированных пациентов с ротавирусной инфекцией наблюдалась в период с декабря по май, составляя в этот период от 40% до 60% (суммированные данные по всем возрастам за 2005–2007 гг.).

В группе сравнения из 379 пациентов были выявлены два образца фекалий, содержавших ротавирусы (один ребенок и один взрослый пациент).

При анализе распределения [P]G генотипов ротавирусов было выявлено доминирование P[8]G4 в Махачкале и Хабаровске, P[8]G1 – в Тюмени и Челябинске на протяжении всего периода наблюдений и смена доминировавшего в 2005г в Москве P[8]G1 типа на равновесно представленное в 2007 году распределение P[8]G1 и P[8]G4 типов. Доля изолятов с неопределенным [P] типом составила 1,4% и с неопределенным G типом – 2,8%.

Проведенная работа позволяет говорить о существенных территориальных различиях в распространении антигенных типов ротавирусов. Для Москвы (2005–2006 гг.) и Махачкалы доминирующим типом являлся P[8]G4. Для регионов, расположенных восточнее (Уральский регион – Челябинск, Тюмень) – P[8]G1. Даже на протяжении короткого периода наблюдений можно отметить динамическое изменение доли ведущих типов ротавирусов в Москве, Хабаровске и Челябинске (взрослые пациенты).

Инфицированность пациентов детского стационара плесневыми грибами

Сергеев В.И., Кудрявцева Л.Г., Сармометов Е.В., Шицына И.В., Головенкина А.Ю., Алтырева Н.Ф.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера, Пермь

На плесневые грибы было обследовано 226 больных, находящихся на стационарном лечении в онкологическом, гематологическом, пульмонологическом и реанимационном отделениях детской больницы. У больных были исследованы мазки из зева и носа.

Инфицированность пациентов детской больницы плесневыми грибами в группе однократно обследованных составила 19,3%, двукратно – 53%. В структуре грибов, выделенных от детей, преобладали грибы рода *Aspergillus* и *Penicillium*.

Наиболее часто плесневые грибы выделялись у больных пульмонологического отделения, причем преимущественно инфицированными были больные муковисцидозом.

Преимущественная колонизация грибами больных муковисцидозом связана, скорее всего, с тем, что при данном заболевании железы слизистой, выстилающие респи-

раторный тракт, вырабатывают вязкий секрет, который, скапливаясь, приводит к obturации бронхиол, что способствует колонизации дыхательных путей условно-патогенными микроорганизмами, в т.ч. плесневыми грибами.

Оценка возможности заражения новорожденных возбудителями гнойно-септических инфекций в домашних условиях

Сергеев В.И., Маркович Н.И., Пушкарева О.М., Мальцева С.А., Букина Е.В.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера, Пермь

Проведено обследование жилищно-бытовых условий 108 новорожденных, из которых 48 родились в Перми, 60 – в поселке сельского типа. Учитывали бытовые условия, уровень дохода семьи, выполнение правил ухода за новорожденным. По медицинской документации оценивали появление у новорожденных в течение месяца после выписки из родильного дома типичных ГСИ и их донозологических форм (отек и гиперемия пупочного кольца и конъюнктивы, серозное отделяемое из пупочной раны и из глаз, ограниченное покраснение кожи).

Результаты показали, что у 37 детей, т. е. в 34,3% случаев были отмечены донозологические формы ГСИ. При этом доля детей с донозологическими формами ГСИ среди новорожденных в условиях села оказалась в 1,5 раза выше, чем среди детей, родившихся и проживающих в городе.

Учитывая то, что донозологические формы ГСИ у новорожденных после выписки из родильного дома регистрировались вне зависимости от характера жилищных условий и материального дохода семьи, причем на фоне соблюдения матерями правил ухода за детьми, можно утверждать, что заражение детей первого месяца жизни возбудителями ГСИ происходило главным образом не в домашних условиях, а в акушерских стационарах.

Характеристика острой HCV-инфекции в Республике Саха (Якутия)

Степанова Г.И.

Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К.Аммосова, Якутск

Гепатит С является одной из самых серьезных медицинских и социальных проблем. Особенностью современной эпидемиологической ситуации по ГС явилось своеобразие возрастного состава заболевших. Случаев заболевания среди детей 1–2 лет в 1998–2007 не зарегистрировано, что свидетельствует о малой роли естественных путей заражения ВГС. Единичные случаи заболевания зафиксированы среди детей 7–10 лет в 1998–1999 годах, среди детей 3–6 лет в 2004 году. В 2000 году среди детей в возрасте 11–14 лет зарегистрировано 4 случая ОГС, в дальнейшие годы зафиксированы лишь единичные слу-

чай, с 2003 года не зарегистрировано случаев заболевания в этой возрастной группе. При этом можно отметить выраженное лидерство возрастной группы 20–29 лет (86 случаев) и равное распределение случаев ОГС в группах 15–19 лет и 30–39 лет (по 32 случая). Примечательно, что в группе 15–19 лет идет снижение заболеваемости.

Следовательно, в настоящее время следует обратить большое внимание на профилактику заражений ГС среди молодых взрослых, не ослабевая адекватных мероприятий среди подростков.

Опыт совершенствования методов терапии клещевого энцефалита

Толоконская Н.П.¹, Казакова Ю.В.¹, Бурмистрова Т.Г.¹, Проворова В.В.²

¹НИИ региональной патоморфологии и патоморфометрии СО РАМН, Новосибирск;
²Новосибирский государственный медицинский университет, МБУЗ г. Новосибирска Городская инфекционная клиническая больница №1

В итогах интегральной программы по изучению клещевых инфекций НИИ РППМ (2003–2008 гг.) в сотрудничестве с НГМУ и ИХБФМ СО РАН нами показано, что имеющаяся у большинства пациентов клещевого энцефалита (КЭ) сочетанная соматическая патология дегенеративного характера, включающая исходное поражение ЦНС, в условиях негативных изменений реактивности организма является одним из ведущих мотивов формирования варианта и тяжести болезни. Вирус КЭ как инфекционный агент в таком контексте становится лишь фактором дополнительной агрессии в условиях диссимбиоза как основы нарушения иммунитета организма в целом. Показана система клинического поиска наиболее надежных критериев дифференцировки случаев со сходными симптомами острой фазы болезни и прогноза вне рамок частной нозологической формы. Полученные клинические данные послужили основой нового направления терапии, где своевременное стимулирование здорового начала самого организма и корректирование иммунитета в целом существенно позволяет изменить силу болезни (www.tolokonskaya.ru). Это имеет особое значение при КЭ, где врач располагает чрезвычайно малым запасом времени, когда еще можно повлиять на исход тяжелой болезни.

В эпидемическом сезоне 2008 года у взрослых на базе МИКБ №1 применена система ранней дифференцированной безвредной терапии биологического характера, включающая ряд антигемотоксических препаратов (траумель, энгистол, эхинацея композитум, церебрум композитум, коэнзим композитум в разном сочетании) у 85,2% пациентов с КЭ (в соответствии с методическим руководством, принятым Департаментом здравоохранения Новосибирской области от 28.06.2007 г, приказ №463). Предлагаемая терапия позволила существенно сократить использование в лечении противоклещевого иммуноглобулина (в 4,2 раза), гормонов, нестероидных противовоспалительных препаратов и исключить антигистаминные препараты, РНК-азу.

Предварительный анализ показал обнадеживающие результаты в решении задач по совершенствованию терапии клещевого энцефалита.

Биологический смысл острых инфекционных заболеваний в общей линии здоровья человека

Толоконская Н.П., Чабанов Д.А.

*Новосибирский государственный медицинский университет;
МБУЗ г.Новосибирска Городская инфекционная клиническая больница №1;
НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск*

Интеграция новейших открытий естествознания дает подтверждение и раскрывает новый смысл известной позиции фундаментальной науки о жизнеобразующей роли эндобиоценоза в информационном обеспечении самоорганизации и гармонического развития целостного организма. Общее движение симбиоза, сопряженное с оперативными реакциями внутренней среды (сосудистыми, метаболическими, регенераторными, экскреторными и др.), составляет существо иммунитета целого организма как системы универсального одновременного контролирования и регулирования множества инфекций. Острые инфекционные болезни представляют собой частный случай природного взаимодействия живых видов и естественное явление на траектории здоровья. Патогенность как временная агрессивность инфекционного агента является интегральным результатом действия множественных причин разного порядка (организменного, популяционного, биосферного), что должно быть учтено основой терапии и профилактики.

Независимо от нозологической формы проявления острых инфекционных заболеваний состоят в разном сочетании универсальных экскреторных и иммунных реакций организма (лихорадка, пот, экзантема, диарея, острое воспаление), сообразных долгосрочным целям его саморазвития. Их естественная цикличность свидетельствует о должной реактивности организма и его высокой способности к самоисцелению. Такое поведение организма, обретающее вид острой болезни, направлено на разрешение токсикоза и в целом на снижение энтропии (разупорядоченности биологической системы). Прогрессированию серьезной сочетанной соматической патологии всегда предшествуют и сопутствуют негативные изменения качества острых инфекционных заболеваний, что служит точности диагноза и прогноза. Системное внедрение в амбулаторную практику врача простых биологических приемов регулирования организма на ранних этапах острого инфекционного заболевания таит в себе мощный резерв эпигенетических влияний, содействующих способности организма к безущербному изменению и восстановлению в меняющихся условиях среды, первичной профилактике заболеваний дегенеративного характера, укреплению

репродуктивной функции организма как интегрального признака здоровья.

Клиническая диагностика хронических заболеваний, связанных с персистирующими HBV- и HCV-инфекциями

Хохлова Н.И., Толоконская Н.П.

*Новосибирский государственный медицинский университет;
МБУЗ г. Новосибирск Городская инфекционная клиническая больница №1;
НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск*

Изменения в структуре заболеваемости вирусными гепатитами (ВГ) в РФ выразились в возрастании с 2000 г. числа хронических форм гепатитов В и С при одновременном реальном значительном снижении частоты их острых форм. В большинстве случаев инфицирования HBV и HCV регистрируется малая выраженность и однородность проявлений (астения, гепатомегалия, незначительный синдром цитолиза), что не позволяет обозначить рамки нозологической формы, степень причинной связи болезни с данной инфекцией и определить потребность в терапии. Задача клинической диагностики при персистирующих HBV и HCV-инфекциях – прогнозирование и профилактика различных заболеваний, связанных с риском активации инфекционного процесса. Использование на модели ВГ разработанной нами многофакторной системы клинической диагностики, учитывающей сопоставление меняющегося качества острых заболеваний с хронологией и характером хронических дегенеративных заболеваний в значительном временном масштабе, дает основания для оценки тяжести болезни и ее динамики. На большом клиническом материале (400 больных хроническими ВГ) установлено, что инфицирование вирусами В и С в большинстве случаев (72%) сопряжено с различными видами хронической соматической патологии, свидетельствующими об эндогенной интоксикации, дисбиозе, негативных изменениях иммунологической реактивности и иммунитета в целом. Подтверждением этого служили значительные и стойкие изменения лабораторных показателей эндогенной интоксикации (эффективной концентрации альбумина и резерва связывания альбумина), наиболее выраженные у больных с дегенеративными заболеваниями и хроническими очагами эндогенных инфекций. Выявленные факты рассматриваются как условия высокого риска активации персистирующих инфекций, что найдет свое выражение в различных вариантах прогрессирования сочетанной соматической патологии. Это служит основанием для назначения системной терапии регулирующего характера, обеспечивающей восстановление иммунитета, соматической регуляции и внутренней системы контроля над инфекциями, и следовательно, направленной не столько на купирование клинических симптомов ХВГ, сколько отвечающей долгосрочному прогнозу в отношении исходов заболевания и уровня здоровья в целом.

Применение молекулярно-диагностических методов для расшифровки менингитов различной этиологии

Яковенко М.Л., Подколзин А. Т., Венгеров Ю.Я., Нагибина М.В., Николаев М.К., Шипулин Г.А., Платонов А.Е., Малеев В.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;
Московский государственный медико-стоматологический университет

Этиологическая диагностика менингитов на ранних стадиях заболевания является важнейшей предпосылкой, обеспечивающей проведение адекватной этиотропной терапии.

Целью данной работы явилась разработка и клинические испытания тест-систем для расшифровки менингитов различной этиологии на основе ПЦР с гибридационно-флуоресцентной детекцией продуктов реакции в реальном времени и по конечной точке, как наиболее быстрого, чувствительного и контаминационно-безопасного метода.

По данным отечественных и зарубежных авторов, наиболее распространенными возбудителями гнойных менингитов являются *N. meningitidis*, *H. influenzae* и *S. pneumoniae*, серозных менингитов – представители рода *Enterovirus*. В связи с этим были разработаны две тест-системы: АмплиСенс®NHS Flu (для одновременного определения трех указанных бактериальных агентов) и АмплиСенс®Enterovirus (для выявления энтеровирусов). Генами-мишенями для детекции *N. meningitidis* явился ген капсулярного транспортного белка *ctr A*, *H. influenzae* – капсулярного белка, ответственного за экспорт полисахаридов *bex A* и *S. Pneumoniae* – пневмолизина *ply*. Дизайн тест-системы позволяет проводить одновременную мульти-

плексную детекцию перечисленных патогенов. В тест-системе АмплиСенс®Enterovirus праймеры и зонд расположены в 5'-нетранслируемой области генома, в участке, консервативном для всех энтеровирусов, вызывающих заболевания человека.

Апробацию тест-систем проводили на базе клинической инфекционной больницы №2 г. Москвы. Проанализировано 212 образцов спинно-мозговой жидкости, собранных в период март-декабрь 2007 г. у пациентов менингитами различной этиологии (138 детей и 74 взрослых). Присутствие ДНК *N. meningitidis* было выявлено у 51 пациента (24,0%), *H. influenzae* – у 9 пациентов (4,24%) и *S. Pneumoniae* – у 17 пациентов (8,01%), РНК *Enterovirus* – у 58 пациентов (27,3%) образцов. Доля отрицательных результатов составила 36,3%. Дополнительное исследование образцов на присутствие ДНК *Herpesvirus* (CMV, HSV1/2, HHV VI, EBV) позволило выявить ДНК данных возбудителей в 13 образцах (10 – EBV, 2 – HHV и 1- HSV). При этом только в 5 образцах данные находки не сочетались с выявлением других патогенов. Было получено три результата, которые не подтверждали данные бактериологической диагностики и латекс-агглютинации (PASTOREXЩ MENINGITIS, «BioRad», США), использовавшиеся в стационаре. В одном случае при исследовании СМЖ на тест-системе АмплиСенс®NHS Flu был получен отрицательный результат при высеве *N. meningitidis* из крови пациента, что вполне объяснимо особенностями патогенеза заболевания. В двух других случаях имели место расхождения с результатами латекс-агглютинации при подтверждении результатов применения тест-системы АмплиСенс®NHS Flu методом прямого секвенирования полученных продуктов амплификации. Использование тест-систем позволило повысить эффективность расшифровки этиологии менингитов в среднем на 40% по сравнению с результатами бактериологического и иммунологического исследований.

Содержание

Характеристика случаев завозной малярии в Иркутской области Абашов А.Т., Борисов В.А., Аитов К.А., Туваков А.К.	3	Оценка распространенности герпесвирусных инфекций у детей с острыми лейкозами Алексеев А.Б., Шамардина А.В., Послова Л.Ю., Краснов В.В., Сенягина Н.Е.	9
Клинико-эпидемиологические особенности эшерихиозов в зависимости от серогрупп возбудителей Абдуллаева Ш.А., Джурабаева Н.Б.	3	Роль современных методов диагностики в выявлении нарушений функции сердечно-сосудистой системы при хроническом гепатите С Алексеева Н.Н., Амбалов Ю.М., Терентьев В.П., Дроботя Н.В.	10
Электронно-микроскопическая характеристика клеточных элементов вакцинной суспензии в чумной вакцине ЕВ в зависимости от условий культивирования, концентрации микробов и ее объема в ампуле Абзаева Н.В., Будыка Д.А., Бондаренко А.И., Иванова Г.Ф., Руднев С.М., Гостищева С.Е., Фисун А.А.	4	Особенности течения хронического вирусного гепатита D в Республике Саха (Якутия) Алексеева М.Н., Слепцова С.С.	10
Уровни NK- и NK-T-клеток при хронических вирусных гепатитах В, С Абидов М.Т., Нагоев Б.С., Понежева Ж.Б.	4	Роль различных видов лечебного питания в повышении эффективности комплексной противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С Амбалов Ю.М., Васильева И.И., Ткачев А.В., Левина Л.Д., Коваленко А.П., Пройдаков М.А., Брусняк В.С., Халявкина И.О., Кузнецова Г.В., Алексеева Н.Н., Дубина Н.В., Хоменко И.Ю., Мамедова Н.И., Довлекаева И.Ю.	10
Природно-очаговые заболевания, типичные для Рязанской области Абрамова А.О.	5	Влияние перорального приема 6% водного раствора уксусной кислоты на развитие рецидивов заболевания у страдающих простым герпесом Амбалов Ю.М., Рязанова О.А., Темников В.Е., Васильева И.И., Лисаева Л.Э., Брусняк В.С., Халявкина И.О.	11
Клинико-патогенетическое значение синдрома гемореологических нарушений при вирусных гепатитах у подростков и подходы к коррекции Абросимова Л.Г., Баликин В.Ф.	5	Клинико-лабораторная характеристика шигеллезов Амирова Д.М., Тагирова З.Г., Ахмедов Д.Р.	11
Клиническая характеристика пищевой вспышки сальмонеллеза <i>Enteritidis</i> Абросимова Л.М., Мартынов В.А., Романова Н.Н., Караганова О.В., Митин А.Н., Банакова Н.С., Кочетков В.П.	5	Особенности клинических проявлений токсокароза Андропова Н.В., Кузьмина Т.Ю., Сей-Тун И.В., Сергеева И.В.	12
Затяжное течение и отдаленные исходы иктерогеморрагического лептоспироза Авдеева М.Г.	6	Гигиеническая обработка рук кожными антисептиками – один из факторов неспецифической профилактики инфекционных болезней Анисимова Л.И.	12
Организация лечебно-профилактической помощи больным с вирусными поражениями печени в Краснодарском краевом центре гепатологии Авдеева М.Г., Городин В.Н., Зотов С.В., Дубинина В.А., Запашная О.В.	6	Эхокардиографические характеристики при хроническом гепатите С Антонова Т.В., Лымарь Ю.В., Гудкова А.А.	13
Современное течение инфекционного мононуклеоза у взрослых Авдеева М.Г., Намитоков Х.А., Триско А.А.	7	Иммунологические изменения у детей с серозными менингитами энтеровирусной этиологии Антонова С.С., Ситников И.Г.	13
Сердечно-сосудистые заболевания у больных хроническими вирусными гепатитами Агафонов В.М., Бурмагина И.А., Попова Л.Е.	7	Особенности клинических проявлений энтеровирусных менингитов у детей Антонова С.С., Ситников И.Г., Ешмолов С.Н., Соломонова В.С., Соколова К.А., Старостина И.В.	13
Оценка соотношения белков плазмы крови у больных ВИЧ-инфекцией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами Аитов К.А., Шарифулина Н.Л., Плотникова Ю.К., Макарова С.В.	8	Социально-демографические факторы, влияющие на заболеваемость парентеральными гепатитами в Орловской области Афоница Е.С., Меркулова Н.В., Золотарев Ю.В., Золотарева Л.В., Шолом Т.Н.	14
Септический шок у детей Айзенберг В.Л.	8		
Сравнительная характеристика спорадической заболеваемости острым вирусного гепатита А и лептоспироза у детей в Краснодарском крае Александрова О.К., Тетенкова А.А., Осипова И.Г., Щербакова Т.В.	9		

Актуальные вопросы диагностики ВИЧ-инфекции у детей ВИЧ-инфицированных матерей в России Афони́на Л.Ю., Додо́нов К.Н., Фо́мин Ю.А., Воро́нин Е.Е., Терентье́ва Ж.В. 15	Образовательные технологии и контроль качества обучения на кафедре инфекционных болезней Баранова И.П., Коннова О.А., Лесина О.Н., Никольская М.В., Краснова Л.И. 22
Актуальные вопросы бруцеллеза в Республике Дагестан Ахмедов Д.Р., Арбулиева Е.А., Магомедова С.А. 15	Клинико-лабораторная оценка эффективности аципола при острых кишечных инфекциях у детей Бармина О.С., Усенко Д.В., Горелов А.В., Ардатская М.Д. 23
Кардиоваскулярные нарушения у больных бруцеллезом Ахмедова М.Д. 16	Стадии интоксикации при кишечных инфекциях Башиева М.А., Маржохова М.Ю., Желихажева Ж.М. 23
Современные аспекты формирования брюшнотифозного бактерионосительства Ахмедова М.Д., Гулямов Н.Г., Мирзажанова Д.Б. 16	Течение коклюша у детей и взрослых на современном этапе Бевзенко О.В., Баум Т.Г., Первишко О.В., Тыщенко О.Б., Гадецкий В.Н. 24
Иммуногенетическое тестирование маркеров риска по системе HLA Ахмерова Р.Р., Буркин А.В., Спиренкова А.Е., Углева С.В., Мартова О.В., Кучерова Т.А., Мухарлямова М.З. 16	Вегетативная регуляция у детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции и у детей, больных туберкулезом Бекетова А.А. 24
Состояние микробиоценоза рото- и носоглотки у больных с рецидивирующей розей Аширова А.Б. 17	Клиническая характеристика раннего периода первичной туберкулезной инфекции у детей дошкольного возраста Бекетова А.А. 24
Изучение твердой фазы сыворотки крови больных лепрой на нанометровом уровне Аюпова А.К., Урляпова Н.Г. 17	Клинические особенности рота- и норовирусной инфекции у детей Белан Ю.Б., Полянская Н.А., Логиновских Н.В., Павлова Н.Н. 25
О профилактике гриппа у детей в республике Каракалпакстан Бабаходжаев С.Н., Тлеуниязов Ш. 18	Современные подходы к совершенствованию системы диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами Беляева В.В., Кравченко А.В. 25
Изучение иммунного статуса детей при смешанных герпетических инфекциях Бабик Р.К. 18	Принципы дифференциальной диагностики псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза у детей Бехтерева М.К., Иванова В.В., Пуринь В.И., Панова Т.Ф. 26
Опыт выделения в аксенической культуре микобактерий из лепрозных очагов Байрамова А.С., Наумов В.З. 19	Влияние различных методов лечения на тиолдисульфидное звено антиоксидантной системы у больных розей Билалова С.К. 27
Клиническое значение короткоцепочечных жирных кислот в оценке полноты выздоровления при острых кишечных инфекциях Баликин В.Ф., Федотова Н.Н., Акайзин Э.С. 19	Эволюция клиники брюшного тифа в г. Краснодаре Блажная Л.П., Городин В.Н., Беляк Г.М., Арапов Ю.П., Метакса Г.Ю., Арапова Д.Ю. 27
Течение ВИЧ-инфекции при перинатальном и искусственном инфицировании Баликин В.Ф., Щуренков А.П., Перетятко Л.П., Чиянова О.Л., Рябчикова А.А., Ерофеева В.М., Котекина Л.В. 19	Микробиоценоз кишечника у больных хроническим бруцеллезом Богачева О.Н., Соболева Л.А., Шульдяков А.А. 27
Иммунопатогенез развития рецидивов первичной розеи Балмасова И.П., Дунда Н.И., Еремина О.Ф., Гультяев М.М., Зайцева М.Н. 20	Эффективность использования пробиотика «Энтерол» в комплексной терапии кишечных инфекций у детей первого года жизни Богвилене Я.А., Мартынова Г.П. 28
Иммунологические аспекты применения макролидов в клинической практике Балмасова И.П., Царев В.Н., Еремина О.Ф., Полова О.В. 20	Управление стафилококковой персистенцией в ЖКТ при помощи пищевого фактора Богданова Е.А., Несвижский Ю.В., Королев А.А., Брюхова М.В. 29
Тиреоидопосредованные сезонные колебания функциональной активности лимфоцитов у больных лепрой Балыбин Е.С. 21	Создание экспериментальной модели синдрома избыточного микробного роста в тонкой кишке Богданова Е.А., Несвижский Ю.В., Королев А.А., Зверев В.В. 29
Сравнительная эффективность интерферонотерапии в комплексном лечении больных хроническим гепатитом С Баранова И.П., Афтаева Л.Н., Никольская М.В. 21	
К вопросу о классификации цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста Баранова И.П., Керимова Ж.Н., Коннова О.А., Лесина О.Н., Никольская М.В., Краснова Л.И. 22	

Эволюция клинического диагноза инфекционных болезней Богомолов Б.П.	29	Диарея путешественников у российских туристов, обусловленная кишечными нематодозами Бронштейн А.М., Лучшев В.И., Малышев Н.А.	36
Эндогенная анаэробная инфекция Богомолов Б.П., Ефимов Л.Л., Девяткин А.В., Митюшина С.А., Ткачева И.В., Рачкова Е.Б.	30	Изменения нейроэндокринных клеток в лимфоидных органах морских свинок в ответ на введение противотуляремийной вакцины Бугоркова С.А. Барулина И.С., Щуковская Т.Н., Саяпина Л.В.	37
Разработка и апробация отечественной тест-системы для определения лекарственной устойчивости ВИЧ к АРВ препаратам Богословская Е.В., Волошина П.В., Мызникова А.И., Куевда Д.А., Шипулин Г.А.	30	Нейтропении у детей раннего возраста, больных острыми водянистыми диареями Буланова И.А., Титова Л.В., Феклисова Л.В.	37
Характеристика отдельных показателей гемостаза у пациентов с вирусиндуцированными циррозами печени Богушевич С.А., Чуйкова К.И.	31	Эпидемиологическая характеристика природно-очаговых инфекций на территории Астраханской области Буркин А.В., Углева С.В., Спиренкова А.Е., Ахмерова Р.Р., Шабалина С.В.	38
Критерии диагностики герпесвирусных инфекций у детей Боковой А.Г., Таратина М.Э.	31	Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции в Архангельской области Бурмагина И.А., Агафонов В.М.	38
Иммунологические особенности поражения нервной системы при хроническом Лайм-боррелиозе Бондаренко А.Л., Ежова О.А., Тихомолова Е.Г., Аббасова С.В.	32	Клинико-эпидемиологические аспекты острых респираторных заболеваний Бурмагина И.А., Веселова Т.М., Агафонов В.М.	39
Комбинированная антимикотическая терапия криптококкоза центральной нервной системы у пациентов с ВИЧ-инфекцией Бондаренко А.Л., Протасов А.В., Любезнова О.Н.	32	Клинико-лабораторная характеристика гнойных менингитов по данным МБУЗ города Новосибирска ГИКБ №1 в 2006–2008 гг. Бурмистрова Т.Г., Савельев С.В., Алексеева М.В., Добровольский А.В.	39
Роль оксида азота в дифференциальной диагностике острых вирусных и токсических поражений печени Бондаренко И.Н., Стриханов К.С.	33	Случай группового заболевания сибирской язвой в Республике Башкортостан Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзабаева Р.Т., Мурзагалеева Л.В., Султанов Р.С.	40
Вирусный гепатит у детей и подростков, больных туберкулезом легких, на современном этапе Борзакова С.Н., Аксенова В.А., Селицкая Р.П., Джимшелейшвили Т.В., Михайловская Г.В., Чуланов В.П., Рейзис А.Р.	33	Изучение влияния разных видов диет на количественное содержание в крови HCV у больных хроническим гепатитом С Васильева И.И., Амбалов Ю.М., Левина Л.Д., Ткачев А.В., Халаякина И.О., Брусняк В.С., Кузнецова Г.В., Довлекаева И.Ю., Алексеева Н.Н., Коваленко А.П., Перепечай С.Д.	40
Коррекция нарушения функции иммунной системы в алгоритмах терапии инфекционных болезней Борисов А.Г., Савченко А.А., Смирнова С.В.	34	Фильтрум в комплексной терапии больных шигеллезом Ватутина О.В., Соколова Л.В., Володина В.Н., Лазуткина Л.И., Лучшев В.И.	40
Структура и содержание современной эпидемиологии Брико Н.И.	34	Этиопатогенетические факторы развития хронических увеитов у детей Величко Т.В.	41
Дипломная работа, как средство оценки качества подготовки выпускников по эпидемиологии Брико Н.И., Кирьянова Е.В., Миндлина А.Я., Покровский В.И.	35	Ликворологические исследования при нейроинфекциях Венгеров Ю.Я., Нагибина М.В., Молотилова Т.Н., Свистунова Т.С., Михалинова Е.П., Шипулин Г.А.	41
Оптимизация преподавания вопросов острых респираторных инфекций у детей Бриткова Т.А., Лекомцева О.И., Поздеева О.С., Мохова О.Г., Канкасова М.Н., Чуракова А.В., Занкеева А.Г.	35	Роль ситуационных клинических задач по инфекционным болезням в итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов Веревищikov В.К., Кузнецов П.Л., Борзунов В.М.	42
Эффективность препарата Иммунорикс в схемах реабилитации детей с рецидивирующими респираторными инфекциями Бриткова Т.А., Петракова И.А., Омелянюк И.В., Завьялова И.В.	35	Клинико-лабораторная характеристика ВИЧ-инфекции на стадии вторичных заболеваний Веревищikov В.К., Кузнецов П.Л., Борзунов В.М.	42
Тропические язвы у российских туристов Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Кочергин Н.Г.	36	Особенности клинического течения лихорадки Ку в зависимости от возраста на фоне применения иммунофана Вишневецкая И.Ф., Карпенко С.Ф., Касимова Н.Б.	43

Качественный анализ дегидрогеназной активности у больных лихорадкой Ку Вишневецкая И.Ф., Карпенко С.Ф., Касимова Н.Б., Иванова Е.И.	43	Тактика лечения больных лептоспирозом на современном этапе Городин В.Н., Лебедев В.В.	50
Заблеваемость гнойно-септическими инфекциями у хирургических больных в амбулаторных условиях Владимиров Н.И., Яковенко О.Н., Погорелов В.И., Лапа С.Э., Сорока С.В.	44	Сравнительный клинико-лабораторный анализ метода «Гастропанель» и гистологического метода в диагностике хеликобактерной инфекции Грачева Н.М., Новикова Л.И., Леонтьева Н.И., Щербаков И.Т., Хренников Б.Н.	51
Серологические и молекулярно-генетические показатели у HBsAg-позитивных лиц Вознесенский С.Л., Чуланов В.П., Кожевникова Г.М.	44	Инфекционная заболеваемость у детей Смоленской области Грекова А.И., Герасимова М.А., Соломатина Н.Н., Готманова Л.А., Кельманович И.С., Лобанова Т.В., Шевченко С.С., Смолянкин Н.Н.	51
Эволюция клинической картины сальмонеллеза у детей на современном этапе Волохова О.А., Тихомирова О.В., Бехтерева М.К., Ныркова О.И.	44	Эпидемиологические и микробиологические аспекты перинатальной инфекционно-воспалительной патологии Гриценко В.А., Бирюкова Т.В., Вострикова М.В.	52
Опыт применения фосфоглива в терапии хронического гепатита С Воробьева Н.Н., Ларионова Г.Г., Наумова Л.М., Фризен В.И.	45	Новый метод диагностики инфекций органов репродукции на основе реакции транскрипционной амплификации НАСБА Гущин А.Е., Рыжих П.Г., Маркелов М.Л., Шипулин Г.А.	52
Новые подходы к дифференциальной диагностике ГЛПС на догоспитальном этапе Гаврилов А.В.	45	Новый подход к комплексной диагностике инфекций органов репродукции с помощью мультиплекс-ПЦР в реальном времени Гущин А.Е., Рыжих П.Г., Савочкина Ю.А., Шипулин Г.А.	53
Клонорхоз в Амурской области Гаврилов В.А., Марунич Н.А., Корытко О.Н., Сильчук О.Н., Матеишен Р.С., Гаврилов А.В., Тарасов А.В.	46	Оценка симптомов интоксикации и диарейного синдрома у больных ОКИ с высокими показателями токсинов клостридий в копрофильтратах Гюлазян Н.М., Белая О.Ф., Малов В.А., Пак С.Г.	53
Комплексная интенсивная терапия тяжелого ботулизма Галимзянов Х.М., Курятникова Г.К., Китиашвили И.З., Плотников В.П., Плотников А.В.	46	Динамика титров ЦИК в копрофильтратах больных кишечными инфекциями при различной этиологии Гюлазян Н.М., Белая О.Ф., Юдина Ю.В., Малов В.А., Пак С.Г.	54
Результаты обследования больных с мононуклеозоподобным синдромом на микоплазмоз Галкина Л.А., Казакова С.П., Феклисова Л.В.	47	Заблеваемость внутрибольничными инфекциями среди персонала лечебно-профилактических учреждений Данилова Е.С.	54
Гематологические нарушения у больных ВИЧ-инфекцией, получающих лечение хронического гепатита С на фоне АРВТ Ганкина Н.Ю., Кравченко А.В.	47	Диагностические возможности ПЦР и специфических серологических методов в верификации диагноза краснухи Дарвина О.В., Шипулина О.Ю., Литвинова О.Г., Чуланов В.П., Волчкова Е.В.	55
Клинический случай инфекции, обусловленной <i>Varicella Zoster virus</i> Гельфанд Л.Л., Кравченко И.Э., Харитонов Ю.Н., Ахметзянова Е.Ф.	48	Роль инфекционной службы в многопрофильной клинической больнице Девяткин А.В., Богомоллов Б.П.	55
Клинико-лабораторная характеристика больных сахарным диабетом с персистенцией грибов рода <i>Candida</i> Герасимова Е.В., Несвижский Ю.В., Майорова Н.М.	48	Клиника инфекционного мононуклеоза у взрослых Девяткин А.В., Митюшина С.А.	56
Клинико-морфологическая картина у больных с разными генотипами HCV Гилева Р.А., Хохлова З.А., Николаева Н.А., Маянская Т.В.	48	Опоясывающий герпес у госпитализированных больных Девяткин А.В., Митюшина С.А., Бахур Е.Г.	56
Клинические проявления и лабораторная характеристика бруцеллеза в Республике Дагестан Гипаева Г.Р., Ахмедова М.Д., Магомедова С.А., Арбулиева Е.А., Сааева Н.М., Алханов Р.К.	49	Особенности течения энтеровирусных менингитов в Новосибирской области Демина А.В., Мечетина А.А., Караваева Ю.Ю., Нагорная И.Н.	56
Особенности лечения ХВГС у детей и подростков, его клинико-экономическая эффективность Горелов А.В., Лисукова Т.Е., Ивченко А.Ю.	49	Иммунологическая характеристика больных с рассеянным склерозом Демкина В.А., Горелов А.В., Шабалина С.В.	57
К характеристике тяжелых форм лептоспироза Городин В.Н., Лебедев В.В.	50		

Экспресс-диагностика геморрагической лихорадки с почечным синдромом Дмитриев А.С., Абдулова Г.Р., Валишин Д.А., Сяндюкова Л.А.	57	Эффективность и побочные реакции противовирусной терапии у пациентов хронической HCV-инфекцией Еналеева Д.Ш., Фазылов В.Х., Фазульзянова А.И., Гайфуллина Э.Г., Созинова Ю.М., Мангушева Я.Р., Султанбиков Ф.С.	64
Динамика тромбомодулина и Цистатина С в сыворотке больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом Дмитриев А.С., Абдулова Г.Р., Валишин Д.А., Худолей В.Н., Кропоткина Е.А.	58	Особенности течения ветряной оспы у взрослых Еремушкина Я.М., Кускова Т.К., Бурчик М.А., Белова Е.Г.	65
Совершенствование преподавания предмета «Эпидемиология инфекционных болезней» в системе постдипломного образования (ПС-интернатуре) Дмитриева О.В.	58	Причины летальных исходов больных ВИЧ-инфекцией в России: ситуация в последние годы Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Ладная Н.Н., Шахгильдян В.И.	65
Кардиальная патология у ВИЧ-инфицированных Довгалько Т.И., Орлова С.Н., Федоровых Л.П., Чернобровый В.Ф.	59	Клещевые нейроинфекции у детей: характеристика эпидсезона 2008 года Ермолаева И.Ю., Чуракова А.В., Поздеева О.С., Губина С.В., Мохова О.Г., Бояринцева О.Г., Бурова Е.В.	66
Место норовирусной инфекции в этиологической структуре острых кишечных инфекций у детей, госпитализированных в стационар Москвы Дорошина Е.А., Подколзин А.Т., Горелов А.В.	59	Современные клинические аспекты рожи в г. Москве Еровиченков А.А., Потекаева С.А., Бухольц С.Ю., Пак С.Г.	66
Оценка клеточной чувствительности лейкоцитов крови к интерферону <i>in vitro</i> у детей с различными формами инфекционного мононуклеоза Дрыганова М.Б., Мартынова Г.П., Куртасова Л.М., Евреимова С.В.	60	Антигенные и генетические особенности современных вирусов гриппа в России Еропкин М.Ю., Грудинин М.П., Коновалова Н.И., Писарева М.М., Гудкова Т.М., Григорьева В.А., Байбус Д.М., Иванова А.В., Смирнова Т.С., Щеканова С.М., Зюзева Е.В.	67
Способы коррекции лейкопении у больных с хроническим вирусным гепатитом в процессе противовирусной терапии Дубинина В.А., Котова Н.В., Стриханов К.С., Авдеева М.Г.	60	Перспективы совершенствования диагностических препаратов для выявления возбудителей опасных инфекционных заболеваний с использованием иммобилизованных систем Жарникова Т.В., Левченко Н.В., Кочарян А.С.	67
Изменение показателей медиаторов воспаления при первичной роже у женщин Дубовикова Т.А., Беспалова М.К., Рольщиков О.Б.	61	Уровень оксида азота при различных формах рожи Жаров М.А.	67
Сравнительная характеристика течения острых кишечных инфекций у взрослых, вызванных условно-патогенной микрофлорой Дубровская Д.Н., Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Мамон А.П., Салихова Н.А., Сяндюкова Л.А.	61	Глицирризиновая кислота в лечении гепатита С Жаров С.Н., Чиквинидзе Н.К., Санин Б.И., Литвинова О.С.	68
Оценка профессиональной деятельности врачей при оказании лечебно-диагностической помощи больным трихинеллезом Думбадзе О.С., Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И.	62	Белок РВ1-F2 вируса гриппа птиц H5N1 обладает фибринолитической активностью Жилинская И.Н., Ляпина Л.А., Смирнова Т.Д., Азаренок А.А.	69
Взаимосвязь динамики инфекционного процесса с иммунным статусом больных при первичной роже Дунда Н.И., Зайцева М.Н.	62	Мультидисциплинарная модель профилактики и терапии ВИЧ-инфекции в условиях мегаполиса Жолобов В.Е., Беляков Н.А., Рахмановоа А.Г.	69
Клинико-эпидемиологическая характеристика метапневмовирусной инфекции у детей Евсеева Е.Л., Горелов А.В., Яцышина С.Б., Кондратьева Т.Ю., Шипулин Г.А.	63	Особенности течения кишечных инфекций при «синдроме нейтропении» Жуйкова Г.В., Гильмутдинова Т.Г., Данилов П.В., Ермакова С.Н., Наймушина Е.С.	69
Особенности клинических проявлений у детей с протозойно-глистной инвазией Егорова И.Н., Романова П.А., Иванова И.Е.	63	Особенности современного течения рожи Жукова Л.И., Городин В.Н., Блажняя Л.П., Зиминова Е.В., Тарасова Л.С., Ковалевская О.И.	70
Комплексная терапия сочетанной протозойно-хеликобактерной инвазии у детей Егорова И.Н., Романова П.А., Перлова Р.М.	64	Оценка психологического статуса у детей с избыточной массой тела при острых кишечных инфекциях Жупарова М.Е., Горелов А.В.	70
Гемодинамические нарушения у больных сальмонеллезной инфекцией Елисеев В.А., Коньчева Т.В.	64	Результаты бактериологического исследования состава микрофлоры толстого кишечника у больных лептоспирозом Журавлев А.Ю., Лебедев В.В.	71

Неонатальные менингоэнцефалиты: клиничко-нейросонографические сопоставления Заводнова О.С.	71	Гепатоцеллюлярная карцинома, как исход цирроза печени в исходе хронического вирусного гепатита В Иванушко Н.С., Иванис В.А., Дадалова О.Б.	78
Оптимизация цитологического исследования назальных эпителиоцитов при рецидивирующих бронхитах у детей Занкеева А.Г., Гришкин И.Г., Соловьев А.А., Канкасова М.Н., Романова М.А., Туровец С.В., Ходырева И.А., Бакулина Е.А.	72	Экспериментальный подбор иммунокорректирующих препаратов для реабилитации реконвалесцентов вирусных гепатитов А и В Иващенко В.Д.	79
Эпидемическая значимость перевозок пищевых продуктов Захарова Т.Б.	72	Апоптоз лимфоцитов, нейтрофилов и моноцитов крови у детей с изолированной цитомегаловирусной инфекцией и ассоциированной с бактериальными инфекциями Извекова И.Я., Михайленко М.А., Черных Е.Р.	79
Показатели хемилюминесценции у больных иктерогеморрагическим лептоспирозом Зотов С.В., Горodin В.Н., Лебедев В.В., Сторожук П.Г.	73	Клиничко-иммунологическая характеристика генерализованных бактериальных инфекций новорожденных Извекова И.Я., Черных Е.Р.	80
Распространение парентеральных вирусных гепатитов среди оленеводов-кочевников в Южной Якутии Зотова А.В., Алексеева М.Н., Слепцова С.С.	73	Оценка эффективности флорин форте при острых кишечных инфекциях у детей Илимурзина Н.А., Шишова Н.Л., Буланова И.А., Титова Л.В., Самодова О.В., Щепина И.В.	80
Совершенствование профилактических мероприятий при дизентерии Зонне на территории Астраханской области Зулькарнеев Р.Ш., Спиренкова А.Е., Ахмерова Р.Р., Мухарлямова М.З., Мартова О.В., Иванова В.А.	73	Вопросы преподавания вакцинопрофилактики в высшей медицинской школе на современном этапе Ильина С.В., Киклевич В.Т.	80
Выявление антимикобактериальных антител в реакции агрегации эмульсии перфторорганических соединений Ибрагимов Ф.Х., Давыдов А.Г., Дуйко В.В., Наумов В.З., Первухин Ю.В., Давыдов Е.А.	74	Вакцинопрофилактика в условиях загрязнения окружающей среды Ильина С.В., Савилов Е.Д.	81
Особенности локального иммунитета кишечника у детей раннего возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями Иванникова Т.И.	74	Цитокиновый ответ мононуклеарных клеток периферической крови у больных хроническим описторхозом Ильинских Е.Н., Ильинских И.Н., Семенов А.Г.	81
Неосмектин в лечении инвазивной диареи у детей Иванов И.В., Филиппова Г.М., Ефименко О.Е., Манченко С.М.	75	Хронические вирусные гепатиты у медицинских работников многопрофильной больницы Именева В.И., Алексеева М.Н., Слепцова С.С.	82
Эффективность ронколейкина при лейкоэнцефалитах у детей Иванова Г.П., Скрипченко Н.В., Савина М.В., Иванова М.В., Вильниц А.А., Горелик Е.Ю., Пульман Н.Ф., Мурина Е.А.	75	Повышение эффективности вакцинопрофилактики рецидивов простого герпеса Исаков В.А., Ермоленко Д.К., Шишкин М.К.	82
Состояние миклофлоры толстой кишки и клинические особенности у больных с урогенитальной хламидийной инфекцией Иванова Е.И., Касимова Н.Б., [Змызгова А.В.], Рубальский О.В.	76	Терапия осложненных форм гриппа Исаков В.А., Каболова И.В., Днепровская Г.Л.	83
Каталаза эритроцитов как показатель антиокислительной активности при пневмонии бактериальной и вирусной этиологии Иванова З.О.	76	Перспективы оптимизации лабораторной диагностики возбудителей I–IV групп патогенности в лабораториях специализированных противозидемических формирований Казакова Е.С., Касьян И.А., Шарова И.Н., Карнаухов И.Г., Щербакoва С.А., Топорков А.В., Кутырев В.В.	83
НСТ-тест при пневмонии бактериальной этиологии Иванова З.О.	76	Коррекция микрoэкологии кишечника у детей с водянистыми диареями при использовании комбинированного пробиотика Казакова С.П., Мескина Е.Р., Феклисова Л.В.	83
Анализ выявляемости лямблиоза у детей Иванова И.Е., Карягин В.А.	77	Эпидемиологическая характеристика патологии органов пищеварения среди населения г. Уфы в период 1991–2007 гг. Кайданек Т.В., Ефимов Г.Е., Медведев Ю.А.	84
Маркеры апоптоза у больных хроническими вирусными гепатитами Иванова М.Р., Жемухова Р.Х.	77	Клиничко-диагностические аспекты хронического токсоплазмоза Калашникова Л.Г.	84
Оптимизация схем лечения беременных потребителей наркотиков Иванова Э.С., Шмагель Н.Г., Воробьева Н.Н.	78		

Нарушения липидного обмена у пациентов с ВИЧ-инфекцией, принимающих антиретровирусную терапию Канестри В.Г., Кравченко А.В.	85	Клинические и иммунологические особенности течения сочетанной патологии ВИЧ+описторхоз на территории Среднего Приобья Кашуба Э.А., Чернецова Л.Ф., Пальгова Г.А.	93
Особенности преподавания управляемых инфекционных заболеваний на кафедре детских инфекций Канкасова М.Н., Поздеева О.С., Бриткова Т.А., Мохова О.Г., Лекомцева О.И., Занкеева А.Г., Чуракова А.В.	85	Риск развития и манифестации цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни Керимова Ж.Н.	93
Компьютерное обеспечение исследования клеточного состава шапки сгустка крови Караванов Я.В.	86	Природно-очаговые инфекции в Астраханской области Кимирилова О.Г., Харченко Г.А., Колоколов В.А., Назарочкина О.В., Ратьева И.А.	94
Молекулярная эпидемиология вирусных гепатитов В, С и Дельта на территории Чукотского автономного округа Карандашова И.В., Неверов А.Д., Фаст Е.В., Долгин В.А., Браславская С.И., Чуланов В.П.	86	Эффективность иммуномодулирующей терапии в лечении арбовирусных менингитов у детей Кимирилова О.Г., Харченко Г.А., Марусева И.А., Вышваркова Л.Н., Чигрина Т.Н.	94
Применение молекулярных методов в изучении распространенности возбудителей клещевых инфекций в сочетанных очагах Карань Л.С., Шопенская Т.А., Колясникова Н.М., Гамова Е.Г., Маленко Г.В., Левина Л.С., Погодина В.В., Лесникова М.В., Романенко В.В., Соколов В.М.	87	Анализ исходов арбовирусных менингитов у детей Кимирилова О.Г., Харченко Г.А., Марусева И.А., Ряскова Н.В., Демина О.А.	94
Динамические изменения очагов вируса Западного Нила в Волгоградской и Астраханской областях Карань Л.С., Шопенская Т.А., Федорова М.В., Платонов А.Е.	88	Этиологическая структура и клиника гнойных менингитов в Иркутской области Кириллова Т.А., Хабудаев В.А., Киклевич В.Т.	95
Вагинальные инфекции и возможные перинатальные и акушерские исходы Карапетян Т.Э., Муравьева В.В., Румянцева Л.В.	89	Актуальность проблемы эхинококкоза в Ставропольском крае Киселева Т.Ф., Солдатов М.В., Ртищева Л.В.	96
Хламидиоз и бактериальный вагиноз у беременных. Оценка клинической значимости новых методов экспресс-диагностики Карапетян Т.Э., Муравьева В.В., Румянцева Л.В.	90	Особенности иммунного реагирования беременных с HCV-инфекцией Кистенева Л.Б., Сускова В.С., Емец В.И., Серобян А.Г., Малышев Н.А., Чешик С.Г.	96
Листерииоз: особенности клинических проявлений, диагностика, исходы Кареткина Г.Н., Климова Е.А., Малышев Н.А., Деконенко Е.П., Гурьянов А.В., Русанова С.А., Серобян А.Г., Заикин В.Л., Трубицина Ю.Г., Ющук Н.Д.	91	Цитокиновый статус родильниц с цитомегаловирусной инфекцией Кистенева Л.Б., Сускова В.С., Емец В.И., Серобян А.Г., Малышев Н.А., Чешик С.Г.	97
Активность каталазы у больных лихорадкой КУ Карпенко С.Ф., Касимова Н.Б., Галимзянов Х.М., Рубальский О.В., Вишневецкая И.Ф., Михайловская Т.И., Айрапетова Г.С., Маженова И.З., Богданова А.И.	91	Особенности герпетических инфекций у ВИЧ-инфицированных Климов М.С., Скляр Л.Ф., Сотниченко С.А., Зима Л.Г., Филиппова Е.Ю.	97
Некоторые патогенетические аспекты респираторных инфекций у часто болеющих детей Карпова Н.И., Малевич Л.П., Мироманова Н.А., Епифанцева Н.В.	91	Цитокиновый профиль при аденовирусной и респираторно-синцитиальной вирусной инфекциях Климова Ю.А., Попова С.П., Безбородов Н.Г., Токмалаев А.К.	98
Криптоспоридиоз у больных ВИЧ-инфекцией Карташев В.В., Амбалов Ю.М., Гусарев С.А., Саухат С.Р., Бекетова Е.В., Быков С.А. Пономаренко Я.В., Малышева М.И., Ладычук М.Ю.	92	Современные подходы к обследованию, лечению, реабилитации и профилактике часто болеющих детей (ЧБД) в поликлинике Ключева И.Л., Антоненко Н.Э.	98
Состояние клеточного иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) Касимова Н.Б., Рубальский О.В., Иванова Е.И., Карпенко С.Ф., Вишневецкая И.Ф., Тверетинов Е.Б., Богданова А.И., Аршба Т.Е.	92	Патология верхних отделов ЖКТ у больных ГЛПС, лептоспирозом и туляремией Клочков И.Н.	98
		Самоинспекция при производстве медицинских иммунобиологических препаратов Коготкова О.И., Омелянчук П.А., Чурикова Н.В.	99
		Методические подходы к проведению входного контроля сырья, используемого при производстве медицинских иммунобиологических препаратов Коготкова О.И., Чурикова Н.В., Омелянчук П.А.	99
		Особенности клиники острых кишечных инфекций аденовирусной этиологии у детей Козина Г.А., Горелов А.В., Подколзин А.Т., Шипулин Г.А.	100

Трудности догоспитальной диагностики клещевого боррелиоза Козловцев. М.И.	100	Апробация ВПЧ-тестирования для скрининга цервикальных патологий Кувда Д.А., Сафонова А.П., Шипулина О.Ю.	106
Применение антиоксидантов как средств патогенетической терапии хронического вирусного гепатита С Колесников А.Б.	100	Вирусная нагрузка онкогенных типов ВПЧ как маркер тяжести цервикальных поражений Кувда Д.А., Шипулина О.Ю., Минкина Г.Н.	107
Применение циклоферона в лечении хронического гепатита В у детей Колоколов В.А., Красилова И.М., Колоколов О.В.	101	О прогнозе ожидаемой пандемии гриппа Кузнецов О.К.	107
Разработка тест-системы для одновременного выявления РНК ВИЧ, РНК HCV, ДНК HBV для службы крови Коновалов А.С., Кувда Д.А., Киреев Д.С., Трофимова О.Б., Шипулин Г.А.	101	Ошибки диагностики острых кишечных инфекций на догоспитальном этапе Кузнецов П.Л., Веревщиков В.К., Манн М.Л.	108
Клинические и иммуно-цитохимические критерии диагностики токсоплазмоза Кончакова А.А., Авдеева М.Г.	102	Возможности диагностики раннего врожденного сифилиса на современном этапе Кузнецова Н.Ф., Мартынова Г.П., Колодина А.А., Белкина А.Б.	108
Изучение медиаторов флогогенного действия в ликворе и крови больных клещевыми нейроинфекциями Конькова-Рейдман А.Б.	102	Структура летальных исходов у больных с ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ за 2007–2008 годы по материалам ГУЗ ККЦ СПИД г. Владивостока Кузьмина А.В., Скляр Л.Ф., Сотниченко С.А., Зима Л.Г., Филиппова Е.Ю., Черевко О.Н.	109
Применение селективной иммунокоррекции для оптимизации результатов проведения противовирусной терапии больных хроническим вирусным гепатитом С Котова Н.В., Авдеева М.Г., Городин В.Н., Дубинина В.А., Полянский А.В., Вараева Ю.Р.	103	Особенности вспышки пищевого микробного отравления в детском летнем оздоровительном лагере Красноярского края Кузьмина Т.Ю., Бушуев А.И., Зависнов А.А.	110
Нестабильность генома при стрептококковой ангине – механизмы, коррекция Кравченко И.Э., Фазылов В.Х.	103	Разработка и внедрение блок-модульных программ по инфекционным болезням на додипломном и последипломном этапах образования врача Кулагина М.Г., Мартынов Ю.В.	110
Клинико-лабораторная характеристика геморрагической лихорадки с почечным синдромом Кравченко Э.В., Алейникова О.И., Онухова М.П., Пронина А.Э., Лучшев В.И.	103	Эпидемиологическая характеристика энтеробиоза в Иркутске Куприянова Н.Ю., Антонова А.М.	110
Морфологическая картина печени у различных групп больных с HCV-инфекцией Красильникова И.В., Позднякова Л.Л., Ульянова Я.С., Иванов Г.Я.	104	Ранняя стадия болезни Лайма: клинические и иммунологические особенности Курдина М.И., Макаренко Л.А.	111
Серологические маркеры герпетических инфекций у детей разного возраста Краснов В.В., Кулова А.А., Кулова Е.А., Позднякова М.А., Обрядина А.П., Астраханцева И.В.	104	Особенности инфекционного мононуклеоза у госпитализированных больных Курмаева Д.Ю., Лесина О.Н., Керимова Ж.Н., Свиштунова Н.В., Плотникова Е.Ю., Шишкова Л.А.	111
Опыт использования мобильной лаборатории при эпизоотологическом обследовании сопряженных очагов бактериальных и вирусных инфекций в зимнее время года Красовская Т.Ю., Шарова И.Н., Чекашов В.Н., Удовиков А.И., Шилов М.М., Яковлев С.А.	105	Лихорадка Западного Нила – особенности течения Курятникова Г.К., Акмаева Л.Р., Красков А.В.	112
Этиологические различия клинико-лабораторной картины инфекционного мононуклеоза у детей Архангельской области Кригер Е.А., Титова Л.В., Щепина И.В., Вепрева Л.В., Сухих М.И., Сметкин А.А.	105	Характеристика инфекционного мононуклеоза у подростков и взрослых Кутдусова А.М., Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзагалева Л.В.	112
Эффективность лечения сочетанного хронического токсоплазмоза и хламидиоза Крутецкий А.В., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Савин В.А., Попков А.В.	106	Динамика фактора Виллебранта у больных астраханской риккетсиозной лихорадкой Лазарева Е.Н., Малеев В.В., Галимзянов Х.М., Кудрявцев В.А., Егорова Е.А., Степаныхева Е.В.	113
Алгоритм диагностики инфекционного мононуклеоза Крыжановская Е.А., Гоголева И.М.	106	Клинические проявления гемокоагуляционных нарушений при лихорадке Ку Лазарева Е.Н., Малеев В.В., Галимзянов Х.М., Кудрявцев В.А., Хок М.М., Маженова И.З.	113
		Оксидативные реакции и спектр цитокинов при гриппе Ласеева М.Г., Павелкина В.Ф., Еровиченков А.А., Пак С.Г. ...	114
		Частота и характер инфекционных поражений у детей с железодефицитной анемией Латыпова Л.Ф., Садыков Ф.Г., Латыпов Х.И., Фахрисламова В.М., Самигуллина Д.Д., Нарынбаева Г.Ш.	114

- Интеграция консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции в службу охраны здоровья матери и ребенка как способ повышения эффективности профилактической работы**
Лебедев В.В., Лысенко И.В., Бондаренко И.Н. 115
- Формирование толерантности к ВИЧ-положительным людям у практикующих врачей и среднего медицинского персонала**
Лебедев В.В., Лысенко И.В., Бондаренко И.Н. 115
- Динамика показателей смертности больных с ВИЧ в Краснодарском крае в условиях широкой доступности специфической терапии**
Лебедев П.В., Кулагин В.В., Ларин Ф.И., Осинина А.А. 116
- Оценка эффективности применения иммунофана при лечении больных хроническими цервицитами, ассоциированными с вирусом папилломы человека**
Лебедева М.И., Тутельян А.В. 116
- Критерии отбора дезинфицирующих субстанций для введения в конструкционные и отделочные материалы**
Левчук Н.Н., Цвирова И.М., Федорова Л.С., Белова А.С. 117
- Психологические особенности пациентов, больных хроническим вирусным гепатитом**
Лиознов Д.А., Сагачко А.А., Николаенко С.Л., Казишвили А.Г. 117
- Вирусные гепатиты и беременность**
Линник М.А., Фигурнов В.А. 117
- Клиническая характеристика α -герпесвирусных инфекций у детей**
Литяева Л.А., Губачева Т.Ф. 118
- Распространенность скарлатины на педиатрическом участке**
Литяева Л.А., Логинова Р.И. 118
- Анализ состояния здоровья детей первого года жизни от ВИЧ-положительных матерей**
Литяева Л.А., Носырева С.Ю. 119
- Стрептококковая инфекция у детей на современном этапе**
Лобанова Т.В., Шевченко С.С., Грекова А.И., Смолянкин Н.Н., Егоров А.С., Павлюкова М.В., Якунина В.А., Бедрик Н.В. 119
- Амизон в профилактике вспышечной заболеваемости гепатита А в регионе Донбасса**
Луговсков А.Д. 120
- Инфекция и гиперпластические процессы матки**
Лукач А.А., Ольховиков А.И., Соколова Ю.А., Полянин Д.В. 120
- Этиотропная терапия брюшного тифа**
Лучшев В.И., Бурова С.В., Онухова М.П., Лорисов А.В., Лазуткина Л.И. 121
- Методы введения лекарственных препаратов при инфекционных заболеваниях**
Лучшев В.И., Ильинский Ю.А., Жаров С.Н., Бурова С.В., Санин Б.И., Шукуров А.Д., Мухин П.А., Борисов В.А., Лорисов А.В., Лазуткина Л.И. 121
- Обучение по вопросам ВИЧ: оценка эффективности традиционных и интерактивных методов**
Лысенко И.В., Бондаренко И.Н. 122
- Изучение корреляционных матриц иммунологических показателей при псевдотуберкулезе у детей**
Любимцева О.А., Огошкова Н.В., Дроздова Т.Г., Кашуба Э.А., Черемных Л.Г., Князева Е.Ф., Кухтерин А.А., Федоров В.В., Козлов П.А. 122
- Патогенетические основы формирования некоторых клинических синдромов при хроническом бруцеллезе**
Ляпина Е.П., Шульдяков А.А., Гаврилова И.Б., Царева Т.Д., Соболева Л.А. 122
- Функциональное состояние периферической нервной и сосудистой систем при хроническом бруцеллезе**
Ляпина Е.П., Шульдяков А.А., Гаврилова И.Б., Царева Т.Д., Соболева Л.А. 123
- Особенности клиники и липидного состава сыворотки крови у больных ВИЧ-инфекцией в стадии генерализованной лимфоаденопатии**
Макаров В.К., Гурьянова М.В. 123
- Соотношение фосфолипидов плазмы и мембран лимфоцитов у больных острым вирусным гепатитом В и пациентов с токсическим гепатитом**
Макаров В.К., Рясенский Д.С. 124
- Характеристика липидного состава мембран лимфоцитов у больных острым вирусным гепатитом В**
Макаров В.К., Рясенский Д.С. 124
- Функциональное состояние (ФС) головного мозга у больных хроническим вирусным гепатитом G (ХВГG)**
Макарова Г.В., Кудрявцев А.Е., Максимова Р.Ф., Самотолкина Е.С. 125
- Химиопрофилактика клещевого энцефалита**
Макарова Е.А., Воробьева Н.Н., Градобоева Е.Г., Фризен В.И. 125
- Моно-G-инфекция**
Макашова В.В., Максимова Р.Ф., Флоряну А.И., Шипулин Г.А., Кушакова Т.Е. 125
- Роль системы иммунитета в оценке эффективности противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С**
Макашова В.В., Флоряну А.И., Яковенко М.А., Токмалаев А.К., Малиновская В.В. 126
- Иммунологические показатели у больных ГЛПС на ранней стадии заболевания в зависимости от тяжести клинических проявлений**
Максема И.Г., Компанец Г.Г., Кушнарева Т.В., Слонова Р.А. 126
- Клинические особенности и меры профилактики осложненного течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом**
Малинин О.В., Платонов А.Е., Гаранина С.Б. 127
- Применение ламивудина при тяжелом течении острого гепатита В**
Малинина Г.А., Баранова Н.М., Светлов В.Н. 127
- Адаптационные возможности периферической нервной системы у пациентов после перенесенной дифтерии**
Малюгина Т.Н., Малеев В.В., Зайцева И.А. 128

Адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы у пациентов после перенесенной дифтерии Малюгина Т.Н., Малеев В.В., Зайцева И.А.	128	Результаты мониторинга антибиотикочувствительности возбудителей хронических инфекций мочевыводящих путей у взрослых Мельникова Е.Ф., Драглова Л.М.	136
Адаптационные возможности гормональной системы у пациентов после перенесенной дифтерии Малюгина Т.Н., Малеев В.В., Зайцева И.А., Зрячкин Н.И.	129	Клинико-иммунологические параллели острого вирусного гепатита В, протекающего на фоне хронической описторхозной инвазии Мельникова О.В., Воротова М.В., Томиленко Т.Г.	136
Адаптационные возможности мочевыделительной системы у пациентов после перенесенной дифтерии Малюгина Т.Н., Малеев В.В., Зайцева И.А., Зрячкин Н.И., Окунькова Е.В.	130	Структура тяжелых форм острых кишечных инфекций у детей Мензаиров В.Ф., Гришкин И.Г., Мохова О.Г., Давлятшина К.Р., Комиссарова М.М., Вахрушева Н.Ю.	136
Клиника и лечение ботулизма Мамон А.П., Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т., Ефимов Г.Е., Мамон М.А., Ахмадеева А.А., Мингалимов Ф.А.	130	Анализ показателей заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в Орловской области Меркулова Н.В., Афонина Е.С., Золотарева Л.В., Золотарев Ю.В.	137
Эпизоотическая характеристика современного бешенства в Воронежской области Мамчик Н.П., Панина О.А., Камынин М.В.	131	Оценка состояния микрофлоры толстой кишки методом газожидкостной хроматографии у детей грудного возраста, перенесших инвазивную диарею Мескина Е.Р.	137
Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Воронежской области Мамчик Н.П., Панина О.А., Титов Р.Н.	131	Нейрофизиологические изменения, выявляемые у ВИЧ-инфицированных Мигманов Т.Э., Гагарина И.В., Федяева О.Н., Микадзе И.С.	138
Оценка синдрома интоксикации у больных рожей Маржохова М.Ю., Маржохова А.Р.	132	Клинико-эпидемиологические особенности микст-сальмонеллезной инфекции у детей Милютина Л.Н., Голубев А.О.	138
Биохимическая адаптация к гипоксии у больных бактериальными менингитами Мартынов В.А.	132	О необходимости совершенствования системы профилактики вирусного гепатита А Миндлина А.Я., Полибин Р.В.	139
Клинические особенности вирусных серозных менингитов у детей Мартынова Г.П., Гульман Л.А., Вайцель Е.В., Карасев А.В., Алыева Л.П.	132	Динамика выработки фактора некроза опухоли-α при боррелиозной инфекции Миноранская Н.С., Андропова Н.В., Миноранская Е.И.	139
Этиологическая и возрастная структура бактериальных гнойных менингитов у детей, актуальные проблемы диагностики Мартынова Г.П., Гульман Л.А., Кутищева И.А., Карасев А.В.	133	Цитокиновый статус при остром течении боррелиозной инфекции Миноранская Н.С., Андропова Н.В., Миноранская Е.И., Сарап П.В.	140
Некоторые особенности поражения гипофиза при геморрагической лихорадке с почечным синдромом Марунич Н.А.	133	Опыт применения рифаксимина в этиотропной терапии острого шигеллеза Миноранская Н.С., Миноранская Е.И.	140
Дифференциальная диагностика лекарственно-индуцированных и вирусных гепатитов Марченко В.И., Ртищева Л.В.	134	Роль генетических факторов в патогенезе нейроинфекций у детей Мироманова Н.А., Богданова А.С., Богданов И.Г., Мироманов А.М.	141
Частота выявляемости различных генотипов вирусного гепатита С и лечение Матеишен Р.С., Сервирос И.Л., Гаврилов В.А., Гаврилов А.В., Тарасов А.В., Марунич Н.А., Сильчук Н.В., Корытко О.Н.	134	Некоторые показатели иммунитета и гемостаза при генерализованных формах менингококковой инфекции у детей Мироманова Н.А., Брум Т.В., Мироманов А.М.	141
Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) Мошкович Г.Ф., Минаева С.В., Балаганин В.А., Варлова Л.В., Воронина И.Д., Горяева М.П.	135	Фактор Виллебранда как маркер повреждения эндотелия у больных геморрагическими формами рожи Митрофанова М.Ю., Алешина Н.И., Астрина О.С., Емельянова Г.В.	142
Некоторые аспекты применения кожных антисептиков для обеспечения безопасности пациентов Мельникова Г.Н.	135	Оценка эффективности Мексидола в профилактике тромбгеморрагических осложнений рожи Митрофанова М.Ю., Малеев В.В., Петрова Е.В.	142

Профилактический эффект полиоксидония у длительно и часто болеющих детей Михайленко А.А., Пинегин Б.В., Майоров Р.В., Орлова Е.Е., Конищева А.Ю.	142	Дифиллоботриоз в Омской области Навроцкий А.Н., Горчаков В.В., Привалова М.А., Пранкевич Е.В., Шевелева И.А., Емцова Т.Б.	149
Изменение метаболитного статуса биотопа гениталий у девочек раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями Михайленко Е.Л., Горелов А.В., Усенко Д.В., Ардатская М.Д.	143	Показания к проведению интенсивной терапии и паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией Нагибина М.В., Венгеров Ю.Я., Шахгильдян В.И., Ченцов В.Б., Груздев Б.М., Барина А.А.	149
К вопросу о тактике вакцинопрофилактики онкогинекологических заболеваний папилломавирусной этиологии Михеева И.В.	143	Показатели иммунного статуса и цитокинового профиля при хронических вирусных гепатитах Нагоев Б.С., Понежева Ж.Б.	150
Основные закономерности эпидемического процесса ветряной оспы в Москве Михеева И.В., Лыткина И.Н., Воронин Е.М.	144	Уровень апоптоза у больных хроническим вирусным гепатитом Нагоев Б.С., Понежева Ж.Б.	150
Иммунологические параллели при вирусных менингитах Мишакина Н.В., Рождественская Ю.В., Ханипова Л.В., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Кечерукова Л.М., Черемных Л.Г., Даниленко О.Е.	144	Состояние Т-клеточного иммунитета и цитокинового профиля у больных бактериальной ангиной Нагоева М.Х.	151
Диагностика трихинеллеза в Краснодарском крае Моренец Т.М., Ковалевская О.И., Цехомская Н.Р.	144	Разработка наборов реагентов «АмплиСенс ВПЧ 6-11 FL» Насонова В.С., Кувва Д.А.	151
Парвовирусная В19 инфекция Москалева Т.Н., Герасимова А.Г., Цвиркун О.В.	145	Значение лабораторных исследований в диагностике природно-очаговых заболеваний Нафеев А.А., Салина Г.В., Савельева Н.В., Сибяева Э.И., Тимиркина О.В.	152
Особенности клиники кори у взрослых Москалева Т.Н., Герасимова А.Г., Цвиркун О.В., Тихонова Н.Т.	145	Разработка и апробация метода определения генотипа вируса гепатита В на основе ПЦР в реальном времени Неверов А.Д., Карандашова И.В., Рыкалина В.Н., Чуланов В.П.	152
Анализ острой почечной недостаточности у детей при геморрагической лихорадке с почечным синдромом Мохова О.Г., Поздеева О.С., Ермолаева И.Ю., Чуракова А.В., Исупова Т.В.	146	Гриппол плюс – первая инактивированная российская гриппозная вакцина без консерванта Некрасов А.В., Пучкова Н.Г., Медведев С.А., Иванова А.С., Абрамова М.А.	153
Клинический анализ инфекционного мононуклеоза у детей Мохова О.Г., Поздеева О.С., Чуракова А.В., Ермолаева И.Ю., Канкасова М.Н., Юрпалова У.А., Дерябина И.Г.	146	Роль блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов в колонизации пристеночного муцина <i>Staphylococcus aureus</i> Несвижский Ю.В., Богданова Е.А.	153
Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) Мошкович Г.Ф., Минаева С.В., Балаганин В.А., Варлова Л.В., Воронина И.Д., Горяева М.П.	147	Влияние кисломолочных продуктов на грибы рода <i>Candida</i> у больных острыми кишечными инфекциями Николаева С.В., Горелов А.В., Усенко Д.В.	153
Иммунологические показатели у больных хроническим вирусным гепатитом В в зависимости от уровня в крови интерлейкинов 1β и 8 Муминов У.А.	147	Эпидемиологическая оценка заболеваемости пневмококковой инфекцией в г. Перми Николенко В.В., Воробьева Н.Н., Фельдблюм И.В.	154
Генетические маркеры патогенности возбудителя и клинические проявления сальмонеллеза Мурзабаева Р.Т., Назмутдинова Р.Г., Мавзютов А.Р.	147	Оценка реактогенности, безопасности и иммуногенности препарата Грифор® при однократной иммунизации детей в возрасте от 12 до 17 лет Никоноров И.Ю., Максакова В.Л., Войцеховская Е.М., Вакин В.С., Васильева А.А., Позднякова М.Г., Гончар В.В., Эрман Е.С., Ерофеева М.К.	154
Генетические маркеры патогенности и их взаимосвязь с антибиотикорезистентностью выделенных сальмонелл у взрослых Мурзабаева Р.Т., Назмутдинова Р.Г., Мавзютов А.Р.	148	Эпидемиологический мониторинг, оптимизация надзора и контроля за дифтерией в Республике Узбекистан Ниязматов Б.И., Ахмедова М.Д.	155
Влияние селимакцида на функционально-метаболическую активность нейтрофилов здоровых лиц и больных сальмонеллезом и шигеллезом Муртазина Г.Х., Фазылов В.Х., Мустафин И.Г., Нагаев М.М.	148	Анализ контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, по половому и возрастному признаку Новоселова О.А., Белиловский Е.М., Фролова О.П., Борисов С.Е., Юрасова Е.Д.	155

Опыт комбинированного применения препаратов «Реаферон-ЕС®» и «Циклоферон» в терапии хронического бруцеллеза Нурпейсова А.Х.	156	Цитохимическая оценка состояния функционально-метаболической активности лейкоцитов у больных парентеральными вирусными гепатитами Пашаева С.А.	163
Влияние энтеросорбентов на уровень эндогенной интоксикации при острых кишечных инфекциях у детей Ныркова О.И., Тихомирова О.В., Алексеева Л.А., Бессонова Т.В., Бехтерева М.К.	156	Клинико-лабораторная характеристика цитомегаловирусной инфекции на современном этапе Первишко О.В., Бевзенко О.В., Баум Т.Г.	163
Клинико-иммунологическая характеристика краснухи в Алтайском крае Оберт А.С., Зиновьева Л.И., Орлов В.И., Сафьянова Т.В.	157	Патогенетическое значение синдрома «метаболической» интоксикации и липопероксидации у больных хроническим вирусным гепатитом С и рациональные подходы к их коррекции Пересадин Н.А., Фролов В.М., Соцька Я.А.	164
Риск развития инфекционного процесса при клещевом энцефалите у пациентов Пермского края Окишев М.А., Воробьева Н.Н., Коренберг Э.И.	157	Серозные менингиты энтеровирусной этиологии Перлова Р.М., Иванова И.Е., Стекольников И.А., Лукина Т.Н., Андреева Л.В., Егорова И.Н.	164
Противопедикулезные мероприятия на современном этапе Олифер В.В.	158	Лайфферон в лечении больных хроническим вирусным гепатитом В Петрова Е.И., Чуйкова К.И.	165
Современные особенности острых кишечных инфекций Ольховикова Е.А., Шеронова О.Б.	158	Клинико-эпидемиологическая характеристика вспышки шигеллеза Зонне у детей Плющенко С.В., Жаров М.А.	165
Итоги реализации массовой вакцинации против гепатита В в Российской Федерации Онищенко Г.Г., Шахгильдян И.В., Михайлов М.И.	158	Оценка эффективности лизоцимсодержащего препарата Лизобакт в лечении ОРЗ у детей Погорелова О.О., Усенко Д.В., Горелов А.В., Прудникова Г.П.	166
Выявление врожденной краснухи у новорожденных с перинатальной патологией Осокина А.В., Рогошина Н.Л., Самодова О.В., Титова Л.В., Войнова Л.В., Цыганова Е.В., Косых Т.С., Лобанова Е.В., Мартиросова О.Г., Малыгина О.Г., Ускова Г.В.	159	Фитопрепараты в комплексном лечении больных хроническими гепатитами Погорельская Л.В., Беляева Н.М., Трякина И.П.	166
Деонтология – требование жизни Островский Н.Н., Юшук Н.Д.	159	Лабораторная диагностика серозных менингитов у детей Поздеева О.С., Бурова Е.В., Ермолаева И.Ю., Чуракова А.В., Мохова О.Г., Губина С.В., Бояринцева О.Г.	167
Сибирская язва: клинические маски и потенциальная проблема инфекционной службы Российской Федерации и Республики Северная Осетия-Алания Отараева Б.И., Сологуб Т.В.	160	Особенности обмена биополимеров соединительной ткани при вирусном гепатите А у детей Поздеева О.С., Давлятшина К.Р., Шараяв П.Н., Мохова О.Г.	167
Поражение ЛОР-органов при бруцеллезе Отараева Б.И., Нагоев Б.С., Плиева Ж.Г.	160	Анализ вспышки норовирусной инфекции Поздеева О.С., Мохова О.Г., Чуракова А.В., Комисарова М.М., Чайка Н.Ю., Мензаиров В.Ф., Горева Е.С., Бушмакина Ю.В., Брагина И.М., Давлятшина К.Р., Галимуллина Н.Н.	168
Реакции липопероксидации и спектр цитокинов при геморрагической лихорадке с почечным синдромом Павелкина В.Ф., Ласеева М.Г., Еровиченков А.А., Пак С.Г.	161	Особенности клинического течения токсокароза у детей Поздеева О.С., Мохова О.Г., Чуракова А.В., Яковлева В.Д., Пovyшева С.В., Романов С.В., Егорова Л.В.	168
Окислительные реакции и цитокины при сальмонеллезе Павелкина В.Ф., Пак С.Г., Еровиченков А.А.	161	Особенности иммунологических показателей лиц, находящихся в организованном коллективе Позднякова М.Г., Головачева Е.Г., Ерофеева М.К.	169
Общебиологические реакции организма как основа патогенеза инфекционных заболеваний Пак С.Г., Белая О.Ф., Малов В.А.	162	Оценка эндобиотоза организма в диагностике и планировании терапии при вирусных гепатитах Покровская И.В., Толоконская Н.П., Хохлова Н.И.	169
Дезинфицирующие средства для профилактики ротавирусных гастроэнтеритов и других кишечных инфекций вирусной этиологии Пантелеева Л.Г.	162	Показатели ИФН-статуса при хронических вирусных гепатитах Понежева Ж.Б.	170
Состояние микрофлоры верхних дыхательных путей у больных гриппом Паньков А.С.	163		

История развития инфекционной службы в Приморском крае Попов А.Ф., Иванис В.А., Белоголовкина Н.А., Соловьева Н.П. 170	Клинико-эпидемиологическая характеристика рожи Пятава Л.Г., Федина Е.А., Мартынов В.А. 177
Проблемы организации массовой иммунопрофилактики на начальном этапе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» Попов С.Ф., Попова Е.Г., Левшин В.К. 171	Состояние ВИЧ-инфицированности в пенитенциарных учреждениях Челябинской области Радзиховская М.В. 177
Значение активированных цитотоксических Т-клеток с фенотипом CD8brightCD38⁺ у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом Попова А.А., Кожевникова Г.М., Кравченко А.В., Серебровская Л.В., Семенцова И.Г., Яровая Ж.Ю. 171	Редкое осложнение краснухи Рамазанова К.Х., Сретенская Д.А., Шульдяков А.А., Фенина А.И. 177
Структура конфликтов, возникающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях при осуществлении массовой иммунизации Попова Е.Г., Попов С.Ф., Левшин В.К. 172	Параметры иммунного статуса у военнослужащих на фоне профилактического приема циклоферона Рамазанова К.Х., Шульдякова О.Г., Сретенская Д.А. 178
Сравнительная характеристика содержания интерферона и интерлейкина-2 в сыворотке крови у больных хроническим гепатитом С в разные фазы заболевания Попова Л.Л., Константинов Д.Ю., Мельникова Е.А. 172	Профилактическая эффективность циклоферона при ОРВИ Рамазанова К.Х., Шульдяков А.А., Шульдякова О.Г. 178
Определение информативности современного ультразвукового сканирования для характеристики степени фиброза печени при хроническом гепатите С Попова Л.Л., Суздальцев А.А., Константинов Д.Ю., Литвинова Е.В. 173	Противоэпидемические и правовые аспекты организации преподавания инфекционных болезней в современных условиях Ратникова Л.И., Миронов И.Л. 179
Состояние органов зрения у недоношенных детей с хламидийной инфекцией Попова Н.Г., Гевондян С.В., Голуб Н.Н., Степанова Н.Н. 173	Применение Панавира в комплексной терапии острых респираторных заболеваний Ратникова Л.И., Стенько Е.А., Литвин А.А. 179
Состояние сердечно-сосудистой системы детей с хламидийной инфекцией Попова Н.Г., Гевондян С.В., Степанова Н.Н. 173	Эпидемиология микст-инфекции брюшного тифа с трехдневной малярией в Республике Таджикистан Рафиев Х.К., Рахманов Э.Р., Шарипов Т.М. 180
Состояние гастродуоденальной системы недоношенных детей с хламидийной инфекцией Попова Н.Г., Гевондян С.В., Степанова Н.Н. 174	Реализация концепции непрерывного профессионального образования по проблемам ВИЧ-инфекции Рахманова А.Г., Беляков Н.А., Степанова Е.В., Жолобов В.Е. 180
Опыт применения препаратов «Анаферон детский» и «Виферон» в комплексной терапии острого инфекционного мононуклеоза у детей Попова О.А., Чуйкова К.И., Катанахова Л.Л., Журавлева Л.А. 174	Эпидемиология и некоторые клинические проявления фасциолеза человека в Таджикистане Рахманов Э.Р., Рафиев Х.К., Исмаилов А.Б. 181
Разработка тест-систем для индикации и идентификации <i>Legionella pneumophila</i> методом ПЦР с электрофоретическим учетом результатов Портенко С.А., Осина Н.А., Самойлова Л.В. 175	Опыт реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по лечению больных вирусными гепатитами В и С в Краснодарском крае Редько Е.Н., Стриханов С.Н., Городин В.Н., Авдеева М.Г. 181
Дифференциальная диагностика рожи Потекаева С.А., Еровиченков А.А., Кокорева Л.Н., Анохина Г.И., Набокова Н.Ю., Карманов М.И., Нечаева И.П., Горобченко А.Н., Каншина Н.Н. 175	Использование системной энзимотерапии в инфекционной практике Резчикова Е.А., Сундуков А.В., Евдокимов Е.Ю., Стернин Ю.Г. 181
Анализ течения ветряной оспы Просвиркина Т.Д. 176	Частота встречаемости ВГЧ-6 типа у новорожденных и плодов при патологических состояниях Релина И.Б., Калугина М.Ю., Клочков С.А. 182
Гемолитико-уремический синдром при кишечных инфекциях у детей Просвиркина Т.Д. 176	Значение нарушений тромбоцитарно-сосудистого гемостаза в патогенезе гриппа Роганова И.В. 183
Распространенность цитомегаловирусной инфекции среди беременных женщин г. Тюмени Пурина Т.В., Дроздова Т.Г., Кашуба Э.А., Чехова Ю.С., Кашуба Е.В., Филимончева Э.Ю., Хмелева Е.Ф. 176	Обоснование необходимости проведения реабилитации при гриппе Роганова И.В. 183
	Патогенетическая значимость нарушения текучих свойств крови при гриппе Роганова И.В. 183
	К вопросу диагностики и тактики при ботулизме Романова Н.Н., Мартынов В.А., Караганова О.В., Абросимова Л.М., Козлова В.И., Гарев А.А., Сорока Е.В. 184

Неспецифическая профилактика лихорадки западного Нила Рославцева С.А., Гришина Е.А.	184	Молекулярная диагностика врожденного листериоза Сафонова А.П., Шипулина О.Ю., Пиксасова О.В., Садова Н.В., Шипулин Г.А., Заплатников А.Л.	192
Кишечный иерсиниоз в Ставропольском крае Ртищева Л.В., Киселева Т.Ф., Федорчук Д.А.	185	Особенности структуры клинических форм впервые выявленного туберкулеза среди медицинских работников города Москвы Сацук А.В., Акимкин В.Г., Храпунова И.А., Полибин Р.В.	193
Поражения миокарда при парагриппе у детей Руженцова Т.А., Горелов А.В.	185	Заболеваемость туберкулезом медицинских работников города Москвы (1998–2007 гг.) и пути ее снижения Сацук А.В., Акимкин В.Г., Храпунова И.А., Полибин Р.В., Ефимов М.В.	193
Особенности структуропостроения морфологической картины сыворотки крови у больных туберкулезом легких Рыжкова О.А., Стрельцова Е.Н.	186	Особенности проявлений заболеваемости коклюшем в России в период с 1937 по 2006 год Северина Е.А.	194
Возрастные аспекты иммунопатогенеза менингококковой инфекции у детей Рычкова О.А., Бельтикова А.А., Пряхина О.В., Калинина Н.В.	186	О целесообразности отнесения к донозологическим формам гнойно-септических инфекций новорожденных токсической эритемы и слезотечения Сергеев В.И., Маркович Н.И., Шарипова И.С., Авдеева Н.С., Зуева Н.Г.	194
Патогенетическое обоснование провоцирующего влияния перорального приема 6% водного раствора уксусной кислоты на рецидивирование заболевания у лиц, страдающих простым герпесом Рязанова О.А., Амбалов Ю.М., Темников В.Е., Брусняк В.С., Халявкина И.О.	187	Применение комбинированной терапии больных с герпесвирусными и папилломавирусными инфекциями Серебряков М.Ю., Воронов А.В., Платонова Т.К., Салимов Р.Г.	195
Современные неинвазивные технологии прогнозирования исходов энцефалитов у детей Савина М.В., Скрипченко Н.В., Команцев В.Н., Иванова Г.П.	187	Эпидемиологические и клинические особенности трихинеллеза Середа Т.В., Батаева М.Е., Четет Ю.С., Тишкина А.П.	195
Применение таблетированной формы природного интерферона при лечении больных гриппом Савиных Н.А., Бондаренко А.Л., Волкова Л.В., Савиных М.В.	188	Особенности клинического течения рожи на современном этапе Симаков И.М., Золотарев Ю.В., Золотарева Л.В.	195
Пневмоцистная пневмония и туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией Самитова Э.Р., Ермак Т.Н., Токмалаев А.К.	188	Современные аспекты диагностики и лечения Эпштейна–Барр вирусной инфекции у детей Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Бовтало Л.Ф., Григорян А.В., Крюкчиева И.Г., Бакинча И.А., Леонтьева Е.С.	196
Фульминантный пневмококковый сепсис Самодова О.В., Титова Л.В., Буланова И.А., Веселова Т.М., Суханова Т.С.	189	Роль норовирусов в кишечной патологии у детей Сироткин А.К., Радчикова А.Н., Дубровина И.А., Раздьяконова И.В., Бехтерева М.К., Мурина Е.А.	196
Особенности течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом в зависимости от сезона года Самонина С.В., Малеев В.В.	189	Генотипы ротавирусов у детей в Санкт-Петербурге Сироткин А.К., Федорова Е.А., Дубровина И.А., Радчикова А.Н., Ныркова О.И., Раздьяконова И.В., Бехтерева М.К., Мурина Е.А.	197
Особенности системы интерферона у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом Самонина С.В., Малеев В.В.	190	Влияние вобэнзима на показатели липидного обмена у больных острым гепатитом С Ситников И.Г., Малеев В.В., Бохонов М.С.	197
Средние молекулы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом в Пензенской области Самонина С.В., Малеев В.В.	190	Характер нарушений липидного обмена и их коррекция при хроническом гепатите С Ситников И.Г., Малеев В.В., Рыжкина А.В., Шошин А.А., Бохонов М.С.	198
Анализ заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в 2008 году Самонина С.В., Малеев В.В., Каузова С.Е., Мачнева Т.Н., Усанова С.А.	190	Патогенетическое обоснование применения препарата Инфлюцид при ОРВИ у детей Ситников И.Г., Морякова Н.В., Федоров В.Н.	198
Вирусный гепатит А в Республике Саха (Якутия) Самсонова В.К., Алексеева М.Н., Чуланов В.П.	191	Особенности эпидемиологии хантавирусной инфекции в очагах циркуляции разных генотипов вируса Слонова Р.А., Компанец Г.Г., Кушнарева Т.В., Иунихина О.В., Максема И.Г.	199
Разработка методики выявления ДНК <i>Aspergillus</i> spp. на основе ПЦР с гибридационно-флюоресцентной детекцией в режиме реального времени Сафонова А.П., Шипулина О.Ю., Куевда Д.А.	191		

Микробиоценоз ротовой полости у больных хроническим гепатитом С Соболева Л.А., Блиникова Е.Н., Шульдяков А.А.	199	Факторы риска по заболеванию туберкулезом у детей Тарасова Л.Г., Сайфулин М.Х., Аверенкова Н.С.	206
Роль диспансерного наблюдения за больными хроническими вирусными гепатитами в профилактике развития цирроза печени Созинова Ю.М., Якупова Ф.М., Фазылов В.Х.	199	Эффективность применения аципола при восстановительной терапии острых кишечных инфекций в педиатрической практике Тетенкова А.А., Александрова О.К., Первишко О.В., Щербакова Т.В., Плисецкая Т.А., Шитель М.А.	206
Эпидемиологическое значение дезинфекционных мероприятий при инфекционных, паразитарных и внутрибольничных инфекциях Соколова Н.Ф.	200	Менингококковая инфекция у детей в Архангельской области Титова Л.В., Самодова О.В., Гордиенко Т.А.	207
Особенности течения бронхообструктивного синдрома при острых респираторных заболеваниях, ассоциированных с хламидийной инфекцией у детей Соколовская В.В., Яснецова А.Ф., Готманова Л.А.	200	Оценка побочных эффектов отечественных препаратов интерферона при лечении хронического вирусного гепатита С Титоренко М.В., Ткаченко Л.И., Санникова И.В., Юнина Л.В., Демурчева С.Г.	207
Клинико-диагностические критерии хронического вирусного гепатита В в детском возрасте Соловьева И.А., Мартынова Г.П., Савченко А.А.	201	Опыт применения энтекавира в клинической практике Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Бжицкая Н.И.	208
Новый метод диагностики острых гепатитов Соловьева Н.П., Попов А.Ф., Путилова Е.А., Пегова Е.В., Шабанов Г.А., Невзоров А.В.	201	Влияние арбидола на уровень цитокинов сыворотки крови у больных с ОРВИ Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Камзалакова Н.И., Тихонова Ю.С.	208
Динамика показателей клеточного звена иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом С минимальной степени активности, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом и вторичными иммунодефицитами, при лечении вифероном и полиоксидонием Соцкая Я.А., Фролов В.М., Пересадин Н.А.	202	Этиотропная терапия острых кишечных инфекций у лиц пожилого возраста Тихонова Е.П., Липнягова С.В., Тихонова Ю.С.	208
Влияние злоупотребления алкоголем на клиническую картину у больных ангинами Стариков С.В., Макаров В.К.	202	Хроническая Эпштейн–Барр вирусная инфекция у взрослых Ткаченко Л.И., Демурчева С.Г., Юнина Л.В.	209
Динамика концентрации атриального натрийуретического пропептида 1-98 в плазме крови больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом Старостина В.И., Валишин Д.А., Зарипова Р.М., Кутлугужина Ф.Г.	203	Характеристика цитокиновой регуляции и свободнорадикального окисления при тропической малярии у детей Токмалаев А.К., Ходжаева Н.М.	209
Оценка репаративного процесса у детей больных туберкулезом легких Стрельцова Е.Н., Тарасова Л.Г.	203	Осложнения со стороны сердца при инфекционном мононуклеозе у детей Толстикова Т.В., Брегель Л.В., Киклевич В.Т., Субботин В.М.	210
Поражение центральной нервной системы у погибших от лептоспироза Стриханова О.В., Свистунов Н.В.	204	Особенности течения ротавирусной инфекции у новорожденных детей Торопова М.М., Тищук Т.И., Звонарева Н.В., Жуйкова Г.В.	210
Организация оказания помощи больным хроническими вирусными гепатитами Стрючков В.В., Рыбалкин С.Б., Баранова И.П., Афтаева Л.Н., Чернова Т.Ф., Рожкова Г.П., Краснова Л.И., Еникеева Ф.Ш.	204	Выявление вируса папилломы человека в образцах рака мочевого пузыря Трофимова О.Б., Куевда Д.А., Волгарева Г.М., Шипулина О.Ю., Головина Д.А., Глазунова В.А., Ермилова В.Д.	211
О состоянии заболеваемости ботулизмом в Республике Бурятия Сымбелова Т.А., Аитов К.А., Жербанова Л.В., Шарифулина Н.Л., Боброва Н.К.	205	Современные подходы к лабораторной диагностике токсоплазмоза Трякина И.П.	211
Состояние микрофлоры различных эпителиев у больных хроническим бруцеллезом Сякин Р.Р., Богачева О.Н., Соболева Л.А., Шульдяков А.А.	205	Применение «Искадора Q» в терапии вирусного гепатита С Трякина И.П., Сапронов Г.В., Томкевич М.С., Турьянов М.Х.	212
Влияние озонотерапии на уровень малонового диальдегида у больных сальмонеллезом Таиров И.Н., Фазылов В.Х., Галева Н.В., Валева И.Х., Таирова Г.А.	206	Клинико-эпидемиологическая характеристика геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Смоленской области Тютликова Л.А., Храмов М.М., Анпилогов А.И., Шибeko Н.А., Шипилов М.В., Лобанова О.Л., Тютликов А.П.	212
		Респираторный синдром у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом Убоженко И.В., Дадалова О.Б., Мадич Е.А., Клепцова И.П.	213

Синдром гепатита у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, обусловленной вирусом Сеул Убоженко И.В., Иванис В.А., Клепцова И.П.	213	Совершенствование противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Фролова О.П.	220
Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), вызванной серотипом хантавируса Сеул Убоженко И.В., Иванис В.А., Мыльцина И.Н.	214	Диагностическое значение специфических противотуберкулезных антител у больных сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ Хаертынова И.М., Лазаренко О.Г., Гайфуллина Э.Г., Галеева Р.К.	220
Серозный менингит как клиническая форма энтеровирусной инфекции Убоженко И.В., Симакова А.И., Дадалова О.Б., Мадич Е.А.	214	Клинико-эпидемиологические особенности сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ в Республике Татарстан Хаертынова И.М., Лазаренко О.Г., Мирзиева Г.Ф.	220
Показатели провоспалительных цитокинов у больных астраханской риккетсиозной лихорадкой Углева С.В., Буркин А.В., Борисова И.Э., Шабалина С.В.	214	Фактическое потребление витаминов перенесшими геморрагическую лихорадку с почечным синдромом Хасанова Г.М.	221
Течение рожи при сопутствующей патологии Федина Е.А., Пятова Л.Г., Мартынов В.А.	215	Обеспеченность витаминами больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом Хасанова Г.М., Валишин Д.А.	221
Современные средства и методы дезинфектологической профилактики туберкулеза Федорова Л.С.	215	Процессы свободнорадикального окисления при острых кишечных инфекциях у детей Хворостухина А.И., Еремин В.И., Заяц Н.А.	222
Диагностическое значение короткоцепочечных жирных кислот в оценке интоксикации и дегидратации при острых кишечных инфекциях Федотова Н.Н., Баликин В.Ф., Акайзин Э.С.	216	Роль показателей липидного и белкового обмена при геморрагической лихорадке с почечным синдромом Хлебожарова О.А., Кузнецов В.И., Еремин В.И.	222
Микробиологическая характеристика слизистой оболочки ротоглотки больных с поражением респираторного тракта Феклисова Л.В., Савицкая Н.А., Воропаева Е.А.	216	Эндогенная интоксикация при Эпштейна–Барр вирусной инфекции у детей Хмилевская С.А., Зайцева И.А., Михайлова Е.В.	223
Итоги 40-летнего изучения геморрагической лихорадки с почечным синдромом на территории верхнего Приамурья Фигурнов В.А.	217	Основы иммунокорректирующей терапии малярии у детей Ходжаева Н.М., Токмалаев А.К.	223
Результаты многолетних исследований сгустка крови у доноров и у больных с инфекционной патологией Фигурнов В.А., Фигурнова Е.В., Фигурнов А.В., Караванов Я.В.	217	Эффективность использования Ликопида в коррекции иммунного дисбаланса у детей, больных висцеральной формой токсокароза Холодняк Г.Е.	223
Клинические особенности менингитов, вызванных ЕСНО вирусами у детей Фомин В.В., Сабитов А.У., Хаманова Ю.Б., Чеснакова О.А., Бейкин Я.Б.	218	Оценка проявлений заболеваемости населения острыми абсцессами легких Хохряков Р.В., Гусманова П.С., Коза Н.М., Мезенцев М.Ю., Сергеевнин В.И.	224
Иммунное воспаление как звено патогенеза инфекционного мононуклеоза Фомин В.В., Сабитов А.У., Хаманова Ю.Б., Шарова А.А.	218	Дефекты оказания врачебной помощи больным острым гепатитом В Хрящиков А.А., Амбалов Ю.М.	224
Лабораторная диагностика и эпидемиологические особенности инфекций, передающихся иксодовыми клещами Фризен В.И., Коренберг Э.И., Воробьева Н.Н., Сергеевнин В.И.	219	Острый живот в клинике инфекционных болезней Хунафина Д.Х., Бурганова А.Н., Кутуев О.И., Галиева А.Т., Хабелова Т.А.	224
Опыт лечения и медицинской реабилитации больных хроническим гепатитом С на фоне вторичных иммунодефицитных состояний, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Фролов В.М., Пересадин Н.А., Соцкая Я.А.	219	Комбинированная терапия больных хроническим гепатитом С с использованием $\alpha 2a$-пегилированного интерферона Хунафина Д.Х., Кутуев О.И., Муслимова Н.Е.	225
		Связь -308G>A полиморфизма гена TNFA с течением ГЛПС Хунафина Д.Х., Хабелова Т.А., Кутуев О.И., Шамсиева А.М., Султанов Р.С., Бурганова А.Н., Галиева А.Т., Шайхуллина Л.Р.	225
		Эволюция сезонности кори Цвиркун О.В., Герасимова А.Г., Тураева Н.В.	226

- Опыт применения тест-систем ИФА-Мико-пневмо-IgM и IgG для диагностики респираторного микоплазмоза у детей**
Целипанова Е.Е., Феклисова Л.В., Савицкая Н.А., Шершнева Н.Н. 226
- К патогенезу развития диабетогенных нарушений у больных лепрой**
Цемба В.П., Наумов В.З. 226
- Роль фосфоглива в лечении хронического гепатита С, протекающего с жировой дистрофией гепатоцитов**
Цыганков М.В., Амбалов Ю.М. 227
- Методы выявления туберкулеза органов дыхания у детей старшего возраста и подростков**
Чабанова О.Н., Стрельцова Е.Н., Сайфулин М.Х. 227
- Клиническая эффективность и безопасность лечения пегилированным интерфероном альфа-2β и рибавирином больных с ко-инфекцией ВИЧ/хронический гепатит С**
Черевко О.Н., Скляр Л.Ф., Сотниченко С.А., Зима Л.Г., Филиппова Е.Ю., Кузьмина А.В., Горелова И.С. 228
- Крымская геморрагическая лихорадка в Нижнем Поволжье**
Черенова Л.П., Галимзянов Х.М., Василькова В.В., Аршба Т.Е., Черенов И.В., Егорова Е.А. 228
- Маркеры гепатита С**
Чернобровкина Т.Я., Жаров С.Н., Лучшев В.И. 229
- Роль вакцинации в профилактике вирусного гепатита А, по материалам 1-й ГКБ г. Иваново**
Чернобровый В.Ф., Федоровых Л.П., Орлова С.Н., Дудник О.В., Лебедев С.Е., Лаврух И.Ф., Машин С.В., Довгалюк Т.И., Философова М.Е. 229
- Структура инфекционной патологии у женщин с экстракорпоральным оплодотворением**
Чехова Ю.С., Дроздова Т.Г., Кашуба Э.А., Пурина Т.В., Филимончева Э.Ю., Кукарская И.И. 229
- Определение уровня тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С**
Чуйкова К.И., Куприянова И.Е., Ковалева Т.А., Алексеева Е.А. 230
- Клинико-эпидемиологические особенности острого бруцеллеза на современном этапе**
Чуйкова О.С., Попов П.Н., Санникова И.В. 230
- Поражение нервной системы при ветряной оспе**
Чуракова А.В., Поздеева О.С., Ермолаева И.Ю., Мохова О.Г., Губина С.В. 231
- Клинические особенности острых тонзиллитов у детей**
Чуракова А.В., Поздеева О.С., Ермолаева И.Ю., Мохова О.Г., Канкасова М.Н., Губина С.В. 231
- Лабораторная диагностика лептоспироза**
Шавкунова Р.Г., Журавлева Е.В., Городин В.Н. 231
- Особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом у женщин различных возрастных групп**
Шайхмиева В.Ф., Мурзабаева Р.Т., Сперанский В.В. 232
- Клинико-биохимические особенности течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом**
Шакирова В.Г., Хаертынова И.М. 232
- Перспективы совершенствования дезинфектологических технологий в профилактике инфекционных болезней**
Шандала М.Г. 233
- Современные методы диагностики, особенности клинического течения, патоморфологическая картина вторичных заболеваний у стационарных ВИЧ-инфицированных больных**
Шахгильдян В.И., Васильева Т.Е., Шипулина О.Ю., Перегудова А.Б., Груздев Б.М., Данилова Т.В., Мартынова Н.Н., Филиппов П.Г., Барина А.А., Павлова Л.Е., Тишкевич О.А., Литвинова Н.Г., Юдицкий М.В., Марченко Н.Р., Ольшанский А.Я., Мазус А.И. 233
- Вирусные гепатиты у больных ВИЧ-инфекцией инфекционного стационара г. Москвы**
Шахгильдян В.И., Смирнова С.П., Перегудова А.Б., Груздев Б.М., Данилова Т.В., Мартынова Н.Н., Барина А.А., Павлова Л.Е., Тишкевич О.А., Ольшанский А.Я. 234
- Характеристика хронических парентеральных вирусных гепатитов в Российской Федерации. Обоснование необходимости и эффективность вакцинации против гепатитов А и В больными хроническими заболеваниями печени**
Шахгильдян И.В., Ясинский А.А., Михайлов М.И., Ершова О.Н., Лыткина И.Н., Шулакова Н.И., Романенко В.В., Патлусова В.В., Блохина Н.П., Малышев Н.А. 234
- Опыт применения повязки «Локус» (жидкий бинт) у больных лепрой с ранами и ожогами**
Шац Е.И., Савин Л.А., Аюпова А.К., Умнова З.Г. 235
- Бокавирусная инфекция у детей**
Швец Е.Ю., Горелов А.В., Кондратьева Т.Ю., Евсеева Е.Л., Яцышина С.Б., Шипулин Г.А. 236
- Коррекция нарушений психосоматического статуса у больных хроническим вирусным гепатитом**
Шевченко В.В., Никулина М.А., Гранитов В.М., Бабушкин И.Е. 236
- Клинические особенности течения ветряной оспы у детей на современном этапе**
Шевченко С.С., Лобанова Т.В., Грекова А.И., Смолянкин Н.Н., Егоров А.С., Кельманович И.С., Шевченко Е.В., Яковлева А.И. 237
- Опыт использования антигомотоксических препаратов в лечении больных острыми кишечными инфекциями**
Шеронова О.Б., Ольховикова Е.А. 237
- Клинико-эпидемиологические особенности иерсиниоза в Смоленске**
Шибeko Н.А., Храмцов М.М., Тютликова Л.А., Анпилогов А.И., Филичина Н.Е., Шипилов М.В., Лобанова О.Л., Тютликов А.П. 238
- Современная иммуностимулирующая терапия рожи**
Шип С.А. 238
- Чувствительность изолятов вируса гриппа, выделенных на территории России в 2006–2008 гг., к противовирусному препарату ремантадину**
Штро А.А., Зарубаев В.В., Еропкин М.Ю., Коновалова Н.И., Киселев О.И. 238

Вакцинопрофилактика туберкулеза у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей Шугаева С.Н., Петрова А.Г., Киклевич В.Т., Гукалова Л.А., Грабовецкая Н.А.	239	Оценка возможности верификации диагноза БЦЖита с помощью молекулярно-генетических методов Альварес М.В., Долгова Е.А., Суркова Л.К., Позднякова А.С., Будник О.А., Шипулин Г.А.	245
Действие хеликобактеров на слизистую оболочку разных отделов желудка Щербаков И.Т., Леонтьева Н.И., Грачева Н.М., Щербакова Э.Г., Хренников Б.Н., Новикова Л.И.	239	Возможности определения ДНК микобактерий туберкулеза в материалах патогистологического исследования с помощью количественной Real-Time PCR Альварес М.В., Флигиль Д.М., Долгова Е.А., Батыров Ф.А.	246
Спектр цитокинов и оксидативные реакции при ангинах Щипакина С.В., Павелкина В.Ф., Еровиченков А.А., Пак С.Г.	240	Клинико-эпидемиологический анализ ВИЧ-инфекции в Московской ГКБ им. С.П.Боткина Беляева Н.М., Кузьменко Т.Н., Чемерис О.Ю., Никитина Г.Ю.	247
Характеристика рецепторного аппарата естественных киллеров при хронических гепатитах В и С Ющук Н.Д., Балмасова И.П., Шмелева Е.В., Знойко О.О., Максимов С.М., Еремина О.Ф., Дунда Н.И.	240	Гепатоцеллюлярная карцинома у больных циррозом печени вирусной этиологии Бугаева Т.Т., Алексеева М.Н., Слепцова С.С., Иванов П.М.	247
Частота повреждения почек при ВИЧ-инфекции Ющук Н.Д., Волгина Г.В., Гаджикулиева М.М., Кочарян К.А., Вышеславцева М.В.	241	Влияние факторов патогенности псевдотуберкулезного микроба на развитие поражений опорно-двигательного аппарата Бургасова О.А., Чеснокова М.В., Климов В.Т.	248
Иммунологические аспекты острых и хронических аксонально-демиелинизирующих полиневропатий Ющук Н.Д., Морозова Е.А., Тимченко О.Л., Гульятеев М.М., Балмасова И.П.	241	Многофакторная оценка синдрома эндогенной интоксикации при остром вирусном гепатите В Василец Н.М., Толоконская Н.П., Хохлова Н.И., Усолкина Е.Н.	248
Сравнительная оценка течения и исхода геморрагической лихорадки с почечным синдромом в различные годы Ягодовой Е.С.	241	Изменения качества герпетической инфекции в условиях снижения здоровья человека Дьяченко А.А., Толоконская Н.П.	249
Эпидемиологическая характеристика острого вирусного гепатита В в Томской области за период 1992–2007 гг. Якимов В.Л., Чуйкова К.И., Катанасова Л.Л.	242	Изменения иммунного статуса больных герпетической инфекцией в разные фазы инфекции Ефимов Г.Е., Иванова М.А., Медведев Ю.А., Кайданек Т.В.	249
Некоторые особенности герпесвирусной инфекции, выявленные при анкетировании школьников Яковенко О.Н., Прокопчук Т.С.	242	Возможности применения стафило-протейно-синегнойной вакцины для иммунопрофилактики инфекционных осложнений у больных с ожогами Ефимов Г.Е., Медведев Ю.А., Тимербаева Д.А., Кайданек Т.В.	250
Иммунопрофилактика HBV-инфекции у новорожденных в семейных очагах хронического гепатита В Якупова Ф.М., Фазылов В.Х., Созинова Ю.М.	243	Первый опыт применения в России системы TRUGENE для генотипирования ВИЧ-1 Казеннова Е.В., Геворкян М.Г., Бобкова М.Р.	250
Распространенность генотипов HBV в Республике Татарстан Якупова Ф.М., Фазылов В.Х., Созинова Ю.М.	243	Методические подходы к разработке индивидуальных схем иммуномодулирующей терапии в клинической практике Кириличева Г.Б., Соловьева М.С., Горелов А.В., Плоскирева А.А.	250
Возможности молекулярных методов при диагностике внебольничной пневмонии у детей Яцышина С.Б., Ким С.С., Спичак Т.В., Катосова Л.К., Зубкова И.В., Прадед М.Н.	244	Сопоставление показателей иммунного статуса с морфологическими изменениями в печени у больных хроническими вирусными гепатитами В и С Лазарева А.С., Волчкова Е.В., Умбетова К.Т., Пак С.Г.	251
Этиологическая диагностика ОРЗ у детей с использованием молекулярных методов Яцышина С.Б., Евсеева Е.Л., Швец Е.Ю., Прадед М.Н., Миненко А.Н., Кудрявцева А.В., Горелов А.В., Шипулин Г.А.	244	Лабораторная диагностика Эпштейна–Барр вирусной инфекции Михайловская Г.В., Прохорова Н.А., Чуланов В.П., Волчкова Е.В.	251
Хронические вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия) Алексеева М.Н., Слепцова С.С., Тихонова Н.Н.	245		

Поражение легких при геморрагической лихорадке с почечным синдромом, вызванной вирусом Пуумала, в эндемичном регионе Мухетдинова Г.А., Фазлыева Р.М., Мустафина В.Х., Дзагурова Т.К., Ткаченко Е.А.	252	Оценка возможности заражения новорожденных возбудителями гнойно-септических инфекций в домашних условиях Сергеев В.И., Маркович Н.И., Пушкарева О.М., Мальцева С.А., Букина Е.В.	255
Опыт использования антигомотоксических препаратов в лечении пациентов с острыми кишечными инфекциями Ольховикова Е.А., Шеронова О.Б.	252	Характеристика острой HCV-инфекции в Республике Саха (Якутия) Степанова Г.И.	255
Индекс колонизационной резистентности в комплексной оценке дисбактериоза кишечника у детей, перенесших острые кишечные инфекции Плоскирева А.А.	253	Опыт совершенствования методов терапии клещевого энцефалита Толоконская Н.П., Казакова Ю.В., Бурмирова Т.Г., Проворова В.В.	255
Применение Дибенорма в лечении и профилактике герпесвирусной инфекции Погорельская Л.В.	253	Биологический смысл острых инфекционных заболеваний в общей линии здоровья человека Толоконская Н.П., Чабанов Д.А.	256
Надзор за ротавирусной инфекцией по данным госпитализации в отдельных городах РФ, 2005–2007 Подколзин А.Т., Фенске Е.Б., Николаева Т.А., Шипулин Г.А., Сагалова О.И., Мазепа В.Н., Иванова Г.Н., Тагирова З.Г., Алексеева М.Н., Молочный В.П., Малеев В.В., Покровский В.И.	254	Клиническая диагностика хронических заболеваний, связанных с персистирующими HBV- и HCV-инфекциями Хохлова Н.И., Толоконская Н.П.	256
Инфицированность пациентов детского стационара плесневыми грибами Сергеев В.И., Кудрявцева Л.Г., Сармометов Е.В., Шицына И.В., Головенкина А.Ю., Алтырева Н.Ф.	254	Применение молекулярно-диагностических методов для расшифровки менингитов различной этиологии Яковенко М.Л., Подколзин А. Т., Венгеров Ю.Я., Нагибина М.В., Николаев М.К., Шипулин Г.А., Платонов А.Е., Малеев В.В.	257