
ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ ВТОРОГО КОНГРЕССА ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

АСТАНА
12–14 сентября 2012 года

Приложение

Том 4 №3, 2012

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

JURNAL INFEKTOLOGII

Официальное издание Межрегиональной общественной организации
«Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга
и Ленинградской области»

Главный редактор
академик РАМН Ю.В. ЛОБЗИН

ПРИЛОЖЕНИЕ Том 4, № 3, 2012

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

Главный редактор

академик РАМН д.м.н. профессор
Лобзин Ю.В.

Ответственный секретарь

д.м.н. профессор Гусев Д.А.

Редакционная коллегия

д.м.н. профессор Антонова Т.В. (зам. гл. редактора)
д.м.н. Бабаченко И.В.
академик РАМН д.м.н. профессор
Беляков Н.А.
к.м.н. доцент Волжанин В.М.
д.м.н. профессор Воронин Е.Е.
член-кор. РАМН
д.м.н. профессор Жебрун А.Б.
д.м.н. профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)
академик РАМН
д.м.н. профессор Киселев О.И.
д.м.н. профессор Клишко Н.Н.
д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.
д.м.н. профессор Котив Б.Н.
к.м.н. Левандовский В.В.
д.м.н. профессор Нечаев В.В.
д.м.н. профессор Огарков П.И.
д.фарм.н. Рудакова А.В.
д.м.н. профессор Сидоренко С.В.
д.м.н. профессор Скрипченко Н.В.
д.м.н. профессор Усков А.Н.
д.м.н. профессор Харит С.М.
д.м.н. профессор Цинзерлинг В.А.
д.м.н. профессор Цыган В.Н.
д.м.н. профессор Эсауленко Е.В.
д.м.н. профессор Яковлев А.А.

Редакционный совет

д.м.н. профессор Амброзайтис А. (Литва)
д.м.н. профессор Ахмедова М.Д. (Узбекистан)
академик РАМН
д.м.н. профессор Зверев В.В. (Москва)
член-кор. РАМН
д.м.н. профессор Иванова В.В. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Исаков В.А. (Москва)
д.м.н. профессор Кожевникова Г.М. (Москва)
академик РАМН
д.м.н. профессор Львов Д.К. (Москва)
академик РАМН
д.м.н. профессор Малеев В.В. (Москва)
д.м.н. профессор Малов И.В. (Иркутск)
д.м.н. профессор Малышев Н.А. (Москва)
д.м.н. профессор Михайлов М.И. (Москва)
д.м.н. профессор Мукомолов С.Л. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Мусабаев Э.И. (Узбекистан)
академик РАМН
д.м.н. профессор Онищенко Г.Г. (Москва)
профессор Павлоцкий Ж.-М. (Франция)
профессор Папатеодоридис Дж. (Греция)
академик РАМН
д.м.н. профессор Покровский В.В. (Москва)
академик РАМН
д.м.н. профессор Покровский В.И. (Москва)
профессор Прати Д. (Италия)
д.м.н. профессор Рахманова А.Г. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Семенов В.М. (Беларусь)
академик РАМН
д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)
д.м.н. профессор Сологуб Т.В. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Сыздыков М.С. (Казахстан)
д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)
академик РАМН
д.м.н. профессор Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)
академик РАМН
д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)
иностранный член РАМН
профессор Франко де Роза (Италия)
к.м.н. профессор Широкова В.И. (Москва)

JURNAL INFEKTOLOGII

Editor in Chief

member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Lobzin Yu.V.

Executive secretary

M.D. professor Gusev D.A.

Editorial board

M.D. professor Antonova T.V. (deputy editor)
M.D. Babachenko I.V.
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Belakov N.A.
C.M.S. docent Volzhanin V.M.
M.D. professor Voronin E.E.
corresponding member of the Russian Academy
of Medical Sciences M.D. professor Zhebrun A.B.
M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Kiselev O.I.
M.D. professor Klimko N.N.
M.D. professor Kovelenov A.Yu.
M.D. professor Kotiv B.N.
C.M.S. Levandovskiy V.V.
M.D. professor Nechaev V.V.
M.D. professor Ogarkov P.I.
Pharm.D. Rudakova A.V.
M.D. professor Sidorenko S.V.
M.D. professor Skripchenko N.V.
M.D. professor Uskov A.N.
M.D. professor Harit S.M.
M.D. professor Zinserling V.A.
M.D. professor Tsygan V.N.
M.D. professor Esaulenko E.V.
M.D. professor Yakovlev A.A.

Editorial council

M.D. professor Ambrozaytis A. (Litova)
M.D. professor Achmedova M.D. (Uzbekistan)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Zverev V.V. (Moscow)
corresponding member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Ivanova V.V. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Isakov V.A. (Moscow)
M.D. professor Kozhevnikova G.M. (Moscow)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
Lvov D.K. (Moscow)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Maleev V.V. (Moscow)
professor Malov I.V. (Irkutsk)
M.D. professor Malyshev N.A. (Moscow)
M.D. professor Mihajlov M.I. (Moscow)
M.D. professor Mukomolov S.L. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Musabaev E. I. (Uzbekistan)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Onishenko G.G. (Moscow)
M.D. professor Pawlotsky J.-M. (France)
M.D. professor Papatheodoridis G. (Greece)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Pokrovskiy V.V. (Moscow)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Pokrovskiy V. I. (Moscow)
M.D. professor Prati D. (Italy)
M.D. professor Rachmanova A.G. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Semenov V.M. (Belarus)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)
M.D. professor Sologub T.V. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Sizdikov M.S. (Kazakhstan)
M.D. professor Timchenko V.N. (Saint-Petersburg)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Totolan A.A. (Saint-Petersburg)
member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Uchaykin V.F. (Moscow)
foreign member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Franko de Roza (Italy)
C.M.S. professor Shirokova V.I. (Moscow)

Журнал включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

«Журнал инфектологии» – периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-33952 от 01.11.2008 г. Издается ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на «Журнал инфектологии» обязательна.

Адрес редакции: 197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, д. 9, тел: 8(812)234-60-04; факс: 8(812)234-96-91; e-mail: gusevden-70@mail.ru

Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России» 74516

Журнал входит в индекс научного цитирования www.elibrary.ru. Статьи из журнала доступны на сайте www.niidi.ru

ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ИНГИЛС»
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
“ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ”

ВТОРОЙ КОНГРЕСС ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

12 – 14 сентября 2012 года



АСТАНА

Почетный президент Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням
академик РАМН профессор Покровский В.И. (Россия)

Президент Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням

Председатель международного Оргкомитета
академик РАМН профессор Лобзин Ю.В. (Россия)

Председатель национального Оргкомитета

Вице-министр здравоохранения Республики Казахстан Байжунусов Э.А. (Казахстан)

Со-председатель национального Оргкомитета

Ректор АО «Медицинский университет Астана» профессор Шайдаров М.З. (Казахстан)

Организационный комитет

Проф. Аитов К.А. (Россия), проф. Андрейчин М.А. (Украина), проф. Ахмедова М.Д. (Узбекистан), проф. Беляева Н.М. (Россия), проф. Валишин Д.А. (Россия), проф. Венгеров Ю.Я. (Россия), проф. Волчкова Е.В. (Россия), проф. Воробьева В.В. (Россия), проф. Галицкий Ф.А. (Казахстан), проф. Голубовская О.А. (Украина), проф. Де Роза Ф. (Италия), проф. Дмитраченко Т.И. (Беларусь), проф. Жданов К.В. (Россия), проф. Карпов И.А. (Беларусь), проф. Кожевникова Г.М. (Россия), проф. Кожокару В.И. (Молдавия), проф. Лебедев В.В. (Россия), академик РАМН проф. Малеев В.В. (Россия), проф. Мусабаев Э.И. (Узбекистан), проф. Ратникова Л.И. (Россия), проф. Семенов В.М. (Беларусь), проф. Цыркунов В.М. (Беларусь)

Ответственный секретарь международного Оргкомитета

доцент Волжанин В.М. (Россия)

Секретари международного Оргкомитета

доцент Захаренко С.М. (Россия)

доцент Лебедев М.Ф. (Россия)

Ответственный секретарь национального Оргкомитета

профессор Алшинбаева Г.У. (Казахстан)

Секретари национального Оргкомитета

доцент Сергалиева А.Ш. (Казахстан)

Батырхан А.Т. (Казахстан)

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР КОНГРЕССА

Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорэйшн

СПОНСОРЫ

Эбботт Лэбораториз

НПФ «Материа Медика Холдинг»

ОАО «Фармстандарт»

УЧАСТНИКИ ВЫСТАВКИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ КОМПАНИИ

Sona-pharm

Биокад

ИНГИЛС

Гедеон Рихтер

Глобал Фарм

Ферон

VIVA-PHARM

Ферросан

Stada CIS

Фарма Гарант

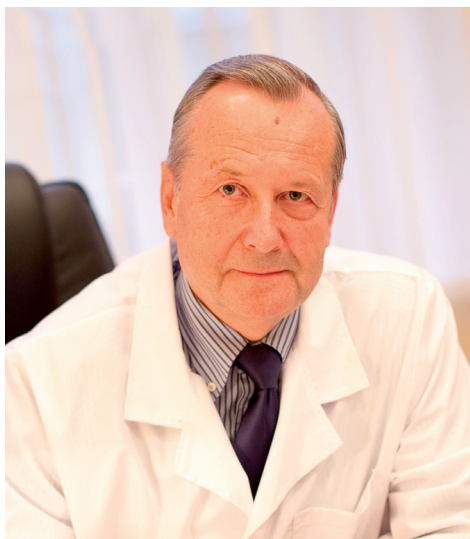
Др. Редди'с Лабораторис Лтд.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Вестник инфектологии и паразитологии www.infectology.ru

www.niidi.ru

Материалы конгресса размещены в алфавитном порядке по фамилии первого автора и представлены в авторской редакции.



Дорогие коллеги и друзья!

Четыре года назад в Беларуси, в Витебске было создано Евро-Азиатское Общество по Инфекционным Болезням, объединившее специалистов в области борьбы с инфекционными болезнями из России, Казахстана, Украины, Беларуси, Узбекистана.

В 2010 году в Санкт-Петербурге на Первом Конгрессе Общества стало очевидно, что цели, поставленные Обществом, близки не только медицинской общественности этих стран, но и широкому кругу врачей, решающих проблемы инфекций (терапевтов, педиатров, гастроэнтерологов, реаниматологов, неврологов, клинических фармакологов, микробиологов, эпидемиологов) в Кыргызстане, Молдове, Италии, Польше, Турции. География Общества расширилась благодаря специалистам этих стран, упрочились и углубились научные и дружеские связи между врачами. Примером этому служат успешные совместные исследования в области этиотропной терапии вирусных гепатитов и иммунотерапии при инфекционных болезнях, научные конференции в Великом Новгороде и Калининграде (Россия), Ташкенте (Узбекистан) и Витербо (Италия).

Второй Конгресс Общества проводится в Республике Казахстан, стране с социально ориентированной экономикой и имеющей несомненные успехи в развитии здравоохранения и медицинской науки. Общеизвестны достижения казахстанских ученых в решении проблемы зоонозов (в частности, бруцеллеза, сибирской язвы, туляремии и чумы), совершенствовании схем лечения многих вирусных и бактериальных инфекций, а также развитии вакцинопрофилактики.

Символично, что наш Конгресс, наполненный духом инновационных, перспективных идей, проводится в городе XXI века – молодой, прекрасной столице Казахстана – Астане.

Я уверен, что работа Конгресса будет способствовать решению актуальных проблем инфекционной патологии, обмену опытом в использовании передовых технологий в области диагностики, лечения и профилактики инфекционных болезней и в результате – улучшению оказания медицинской помощи гражданам наших стран.

Президент Евро-Азиатского Общества
по Инфекционным Болезням
Заслуженный деятель науки Российской Федерации
Академик РАМН профессор

12 августа 2012 г.
Астана, Казахстан

Ю.В. Лобзин

Абдикеримов М.М., Романенко А.И., Жолдошев С.Т.

ВИДЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

*Кыргызско-Российский Славянский Университет;
Ошский государственный университет,
Медицинский факультет, кафедра инфекционных
болезней;
г. Бишкек, г. Ош, Кыргызстан*

Цель исследования. Определить частоту, спектр и тяжесть осложнений при хронических вирусных гепатитах (ХВГ) В и С.

Материал и методы. Обследовано 307 больных. Сыворотки пациентов исследовали методом иммуноферментного анализа (ИФА) на маркеры ВГ: HBsAg, HBeAg, a-HBcor IgM, G; a-HDV IgM, G; a-HCV IgM, G. Вирусологическая диагностика выявление ДНК HDV и РНК HCV, осуществлялась методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Вирусную нагрузку определяли количественным методом. Проведены исследования методом фиброгастроскопии. Степени фиброза печени определяли с помощью аппарата «Фиброскан». Статистическая обработка полученных результатов была выполнена при помощи программы STATISTICA for Windows. Достоверность различий в величине средних оценивали при помощи коэффициента Стьюдента. Для анализа таблиц сопряженности признаков использовали критерий χ^2 .

Результаты и обсуждение. В динамике 5-летнего наблюдения мы проследили частоту и характер осложнений у 307 больных ХВГ в Кыргызстане. Среди больных вирусным гепатитом 3-х этиологических групп они распределялись почти с одинаковой частотой следующим образом – энцефалопатия у 16 (45,7%), печеночно-клеточная недостаточность у 4-х (11,4%), ДВС-синдром у 6 (17,1%) и цитопении у 9 (27,7%) из 35 случаев осложнений. Анализ частоты и характера осложнений при циррозе печени вирусной этиологии нами изучены за 5-летний период наблюдения за 67 больными. Как видно из представленных данных, цирроз печени представлен более широким спектром осложнений, регистрируемых практически во всех этиологических группах больных. При этом установлено, что уровень энцефалопатии был наибольшим у больных ЦПВ +С – 44,4% случаев, тогда как при ЦПВ и ЦПС – в 23,3% и в 26,3% случаев соответственно. Печеночно-клеточная недостаточность, прекома и кома развилась у 6 из 67 больных, или в 8,9% случаев цирроза печени, в меньшей степени при ЦП В+С, где она зарегистрирована у 5,5% больных.

У 6 пациентов диагностировали гепаторенальный синдром (в 8,9% случаев), с одинаковой частотой при ЦПВ и ЦПС. ДВС синдром чаще осложнял течение ЦПВ и ЦПС – в 13,3% и 10,5% случаев соответственно и не выявлен при циррозе печени микст этиологии HBV +HCV. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода осложняли течение циррозов печени у 7 из 67 больных, или в 16,4% случаев. Преимущественно повторные кровотечения из расширенных вен пищевода чаще регистрировали на фоне хронической моно- и микст-вирусной HCV-инфекции, при ЦПС в 26,3% ($p < 0,001$) и ЦПВ+С в 16,7% ($p < 0,001$). У 10 из 67 больных (в 14,9% случаев) циррозами печени в условиях портальной гипертензии

развивались острые эрозивные и язвенные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, осложняющиеся желудочно-кишечным кровотечением. При циррозах печени, обусловленных моно - и микст вирусной этиологией эрозивно-язвенные поражения осложняли заболевание с одинаковой частотой – в 13,3%, 15,7% и в 16,6% случаев при ЦПВ, ЦПС и ЦПВ+С соответственно.

Таким образом, полученные данные подтверждают мнение большинства исследователей о том, что без своевременной диагностики и адекватного лечения будет происходить рост циррозов и рака печени. Все это ставит серьезные задачи для дальнейших исследований. Своевременная диагностика и лечение парентеральных гепатитов позволит снизить уровни прогрессирования данной патологии и снизить показатели летальности.

*Абдымомунов И.А., Бекмаматова Г.А.,
Любимова В.Е., Тойчуев Р.М., Калдаров Н.Ж.,
Сулайманов А.К.*

ЗАРАЖЕННОСТЬ ЖИВОТНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ В ФЕРМЕРСКИХ ХОЗЯЙСТВАХ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ошский межрайонный центр ветеринарной
диагностики;
Институт медицинских проблем Южного отделения
Национальной академии наук Кыргызской Республики,
г. Ош, Кыргызстан*

Актуальность проблемы. Источником заражения человека бруцеллезом являются инфицированные животные. Исследование животных для установления источника бруцеллеза может способствовать разработке системы профилактики заболеваний.

Цель работы. Изучить инфицированность бруцеллезом животных в фермерских хозяйствах и в частном секторе Ошской области для разработки профилактических мер.

Материалы и методы. Исследованию подверглись 166 665 голов крупного и 25 354 голов мелкого рогатого скота, 3 347 голов лошадей, 100 свиней, 313 собак, находящихся в фермерских хозяйствах и в частном секторе Ошской области. Для выявления бруцеллеза ставили серологические реакции Хеддельсона и Райта. Работа выполнена по проекту МНТЦ KR-1516.

Результаты и обсуждение. На проведенные серологические реакции среди 3 347 обследованных лошадей положительно реагировало 4, что составило 0,11%. Из 166 665 голов обследованного крупного рогатого скота (КРС) на бруцеллез положительных было 733, что составило 0,43% из числа обследованных. Из обследованных 25 354 голов мелкого рогатого скота (МРС) на бруцеллез положительных было 474, что составило – 1,86%. Из проведенных 2 933 кольцевых реакций с молоком (КРСМ) положительно реагировавших было 2, что составило 0,06%. Из 100 обследованных свиней и 313 собак положительный показатель не выявлен, возможно, из-за малого количества обследованных. Таким образом, из всех обследованных самый больший процент выявления бруцеллеза (1,86%) был у МРС.

По кварталам: среди лошадей в 1-м квартале выявлено 1,35%, во втором – 0,16%, в третьем квартале – 0% и в

четвертом – 0,15%; среди КРС – соответственно 0,63%, 0,66%, 0,15% и 0,35%; среди МРС в первом квартале – 1,20%, во втором – 8,44%, в третьем – 2,28% и в четвертом – 0,44%.

В то же время, исследование, проведенное в фермерских хозяйствах, показало, что по Араванскому району из 64 обследованных хозяйств зараженность животных бруцеллезом выявлена в 11, что составляет 17,2%. По Алайскому району из 8 фермерских хозяйств в 5 хозяйствах выявлен бруцеллез, что составляет 62,5%. По Кара-Суйскому району из 178 фермерских хозяйств зараженность животных бруцеллезом выявлена в 44 хозяйствах, что составляет 24,7%. По городу Ош обследовано 39 фермерских хозяйств, зараженность выявлена в 2-х хозяйствах (5,13%).

По видам животных: в отдельных фермерских хозяйствах среди КРС инфицированность достигала 8,33%, среди МРС 26%. Высокий процент бруцеллеза был обнаружен в плотно населенных пунктах, выпасавших животных на одних и тех же пастбищах.

Таким образом, наиболее высокий процент инфицированности среди фермерских хозяйств по районам выявлен в Кара-Суйском районе – 24,7%. Из числа животных наиболее высоко инфицирован бруцеллезом МРС – до 26%. Реже бруцеллез встречается у лошадей.

Абуова Г.Н.

КРЫМСКАЯ - КОНГО ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ – ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

г. Шымкент, Казахстан

Начиная с 2009 года в Республике Казахстан наблюдается резкое ухудшение эпидемиологической ситуации по Крымской-Конго геморрагической лихорадке (ККГЛ), когда было зарегистрировано 30 случаев заболевания: в Южно-Казахстанской, Жамбылской и Кызылординской областях. Южно-Казахстанская область является одним из неблагоприятных регионов по природной очаговости ККГЛ, чему способствуют особенности географического ландшафта, благоприятные климатические условия, увеличение поголовья скота, бесконтрольная миграция сельскохозяйственных животных и циркуляция в природе зараженных вирусом клещей. На отдельных территориях индекс инфицирования клещей вирусом ККГЛ достигает 9,4% от общего числа исследованных проб.

В 2009 году в области было зарегистрировано 22 случая ККГЛ, в 2010 – 17 случаев, показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 0,9, в 2011 году – 10 случаев, показатель заболеваемости – 0,38.

Из анализа возрастной структуры выявлено, что болеют люди преимущественно активного работоспособного возраста (20-50 лет), это составило 65,40% от общего числа заболевших. На возраст 0-19 лет приходится 23,10%, старше 50 лет – 11,50% заболевших.

По данным эпидемиологического анамнеза 45,4% заболевших отрицали укус клещей. В то же время у 27,2% заболевших отмечен контакт с больным ККГЛ, в 13,5% больные отмечали наличие контакта с клещеванным скотом. Данные факты свидетельствуют о том, что заражение людей происходило в населенных пунктах, а не в дикой природе.

Наибольшее число больных (53,80%) было госпитализировано на 4-6 день от начала болезни; 30,70 % – на 1-3 день болезни, 15,30% обратились и были госпитализированы позднее 7 дня от начала заболевания. Наиболее часто мы наблюдали носовое, десневое, кишечное, маточное кровотечения, в более редких случаях – желудочное, кровотечения из уха и из послеоперационной раны. Характерным признаком геморрагического синдрома в Южном Казахстане является позднее его развитие, присоединение полостных кровотечений зачастую за несколько часов до гибели больного.

Во всех очагах ККГЛ проведено эпидемиологическое расследование, проведена заключительная дезинфекция. Все выявленные контактные по ККГЛ были взяты под медицинское наблюдение, случаев заболеваний среди них не зарегистрировано.

В 2009 году было допущено внутрибольничное заражение ККГЛ в родильном доме города Туркестан, что связано с грубейшим нарушением санитарно-гигиенических и дезинфекционных режимов, а также отсутствием ответственности врачей.

Принимаемые меры по профилактике ККГЛ в ЮКО: составлен и утвержден комплексный план мероприятий по борьбе с ККГЛ в области на 2010-2015 годы, составлена карта области, районов и городов с нанесением наиболее неблагоприятных населенных пунктов. Обеспечено финансирование противоклещевых и карантинных мероприятий, бригадами санитарно-эпидемиологической службы обработаны защитные полосы вокруг населенных пунктов общей площадью 12 млн. 500 тысяч кв.м. Для усиления санитарно-просветительной работы среди населения привлечены международные организации: ВОЗ, CDC, UNISEF.

Азовцева О.В.

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

г. Великий Новгород, Россия

При ВИЧ-инфекции поражаются различные органы и системы, не исключением является слизистая ротовой полости, поражения которой могут иметь прогрессирующий характер. Микозы являются важнейшими из вторичных и оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции. Возбудителями кандидоза чаще являются следующие виды: *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. guillierinondii*, *C. krusei*. Данные микроорганизмы относятся к дрожжеподобным грибам и отличаются от истинных дрожжей способностью образовывать мицелий.

Орофарингеальный кандидоз может развиваться в латентной стадии ВИЧ-инфекции, однако наиболее чаще это заболевание появляется при снижении количества CD4 в крови. Риск развития кандидоза нарастает по мере прогрессирования иммунодефицита. Помимо относительно благоприятно протекающих кандидозов слизистых оболочек и кожи, возможны тяжелые висцеральные формы микоза, чаще с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и органов дыхания. Системные микозы нередко становятся одной из основных оппортунистических патологий у ВИЧ-инфицированных и могут быть причиной летальных исходов.

В работе изучены истории болезни 743 ВИЧ-инфицированных на разных стадиях заболевания. Орофарингеальный кандидоз наблюдался у 56,9% больных. Частота встречаемости кандидоза на разных стадиях ВИЧ-инфекции была следующей: стадия 2В – 0,24%; 4А – 9,94%; 4Б – 61,7%; 4В – 24,1%; 5 – 4,02%.

Причем чем глубже иммунодефицит, тем чаще кандидоз носил рецидивирующее течение. В 3 случаях наблюдались висцеральные формы кандидоза с развитием кандидозного сепсиса, менингоэнцефалита и пневмонии.

Клинические формы орофарингеального кандидоза включали: псевдомембранозную – 72,1%, эритематозную – 10,9%, атрофическую – 7,57% формы, кандидозный глоссит – 5,44%, ангулярный хейлит – 4,02%.

При псевдомембранозном кандидозе выявлялись творожистые налеты различной степени выраженности и распространенности – от едва заметных очагов до тотальных. Налеты были кремового, белого, реже коричневого цвета. С течением болезни характер налетов изменялся от пластинчатого наложения до творожистого. Тотальные налеты сопровождалась выраженной гиперемией и отеком слизистой оболочки.

При эритематозной форме кандидоза наблюдались гиперемированные, отечные и рыхлые слизистые оболочки. При атрофической форме наблюдались: десквамация эпителия и эритематозные пятна на лакированной поверхности.

Клиническое течение кандидозного глоссита характеризовалось наличием гиперемии с цианотичным оттенком, налета на спинке языка, отеком языка с пропечатыванием зубов. Ангулярный хейлит характеризовался гиперемией, мацерацией и образованием эрозий и трещин в одном или обоих углах рта. У наблюдаемых больных при снижении уровня СД4-лимфоцитов ниже 250 кл/мкл преимущественно наблюдались псевдомембранозная и атрофическая формы кандидоза, а у пациентов с уровнем СД4-лимфоцитов выше 250 кл/мкл – атрофическая форма, реже псевдомембранозная форма.

Таким образом, особенностью течения кандидоза ротовой полости и глотки было рецидивирующее течение заболевания. Причем с увеличением стажа инфицированности отмечалось увеличение частоты рецидивов. В поздних стадиях ВИЧ-инфекции наблюдались висцеральные формы кандидоза.

*Айвазян С.Р., Малов В.А., Горобченко А.Н.,
Белецкий И.П.*

ВОЗМОЖНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ МИКРОЧИПОВ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

г. Москва, Россия

Острые кишечные инфекции (ОКИ) бактериальной этиологии остаются одной из актуальных проблем здравоохранения практически всех без исключения стран мира, причем в большинстве случаев (65-80%) этиология заболевания остается не установленной. Низкий уровень этиологической верификации диагноза является причиной диагностических ошибок и недифференцированного подхода к проведению лечебных и противозидемических мероприятий.

Целью настоящей работы явилась разработка ДНК-микрочипа для одновременной идентификации бактерий родов *Salmonella*, *Shigella* и энтероинвазивных *E. coli*, *Campylobacter*, *Klebsiella*, *Proteus* в фекалиях и оценка результативности клинического применения ДНК-микрочипа в сопоставлении с результатами классических бактериологических методов и референтного ПЦР исследования.

Материалом для исследования служили фекалии 140 пациентов ОКИ, которые были исследованы рутинными бактериологическими методами и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на наличие генетического материала бактериальных возбудителей ОКИ с помощью принятых за референтные коммерческие наборы с электрофоретической детекцией результатов «АмплиСенс *Salmonella* spp.», «АмплиСенс *Shigella* spp.», ЕИЕС» (ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора) и наборов для амплификации ДНК *Campylobacter jejuni*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* «GenPak» Isogene Lab., Ltd, (Россия), по программам фирм-производителей. С помощью базы данных «GenBank» были составлены оригинальные праймеры для амплификации участков генов *Salmonella* spp., *Shigella* spp. и энтероинвазивных *E. coli*, *Campylobacter jejuni*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* и сконструирован ДНК чип с зондами перечисленных микроорганизмов, оптимизированы условия мультиплексной ПЦР тест-системы с детекцией результатов с помощью ДНК-чипа.

В бактериологических исследованиях сальмонеллезная этиология была установлена у 34 пациентов и шигеллезная – у 12, что суммарно составило 32,9% случаев. Исследование в ПЦР позволило выявить генетический материал патогенных бактерий в исследуемом биологическом материале от больных у 76 пациентов, что составило 54,3% наблюдений.

Сравнительная характеристика результатов клинического применения разработанной тест-системы с таковыми при исследовании с применением референтных тест-систем показала, что сопоставимость методик по результатам идентификации сальмонелл составила 99,3% при диагностической чувствительности разработанной системы 97,4% и специфичности 100%. По *Klebsiella pneumoniae* показатель сопоставимости составил 98,0% при диагностической чувствительности - 100,0% и специфичности - 98,0%. В отношении остальных микроорганизмов системы продемонстрировали полную сопоставимость по диагностической чувствительности и специфичности.

Таким образом, клиническое применение разработанной тест-системы с использованием ДНК-микрочипа, как и метода ПЦР с электрофоретической детекцией результатов, повысило долю возможной верификации этиологии ОКИ с 32,9% до 54,3% с сопоставимостью показателей диагностической специфичности и чувствительности и сокращением материальных затрат на проведение исследования.

Айтбаева Б.Ж.

БРУЦЕЛЛЕЗ У ДЕТЕЙ, СЛУЧАЙ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ

г. Уральск, Республика Казахстан

Продолжают регистрироваться случаи заболевания детей бруцеллезом. Нами изучены 22 истории больных бруцеллезом детей за 2010-2011 г.г. Во всех случаях диагнозы

подтверждены серологически в реакции Райта, в 7 случаях – бактериологически с выделением гемокультуры. Это дети из сельской местности, имеющие в своем хозяйстве животных. Были случаи выкидышей среди животных, дети участвовали в уходе за животными. Употребляли молочные продукты: сметана, творог. В 25–30 % случаев заболевание протекало в тяжелой форме, в 40–50% средней тяжести с длительной лихорадкой, гепатомегалией, артритами. Диагноз поставлен с учетом клинических данных эпидемиологического анамнеза, лабораторных исследований. В 100% были положительны серологические реакции Райта и Хеддельсона. Титры реакции Райта были высокие – 1:400, 1:600 с нарастанием в динамике до 1:1200, 1:3200.

Бактериологическое подтверждение в 2010 году получено у 2 больных, в 2011 году – у 3-х. Выделена гемокультура бруцелла мелитенсис. Проводилась дезинтоксикационная терапия. Антибактериальная терапия проводилась в течение 20 дней рифампицином и доксициклином в возрастных дозировках.

Больной Т.И., 10 мес., 31.03. 2010 г., история № 1109. Госпитализирован через 2 недели от начала болезни. Заболевание началось с небольших катаральных явлений с повышением температуры тела до 39–40°C. В течении 2-х недель ребенок высоко лихорадил. В течении дня самочувствие ребенка не страдало. Температура повышалась к вечеру, применялись жаропонижающие препараты. Ночью снижение температуры тела сопровождалось обильным потоотделением. Через 2 недели у ребенка появился отек левого коленного сустава, ограничение движения, боль при пальпации. Ребенок из-за боли не вставал на ножку.

Отмечалась микрополиаденопатия, гепатоспленомегалия (печень +2,5 см, селезенка +2 см). В стационаре лихорадка ремитирующего характера в течении 5-ти суток.

Из эпиданамнеза известно, что ребенок поступил из очага бруцеллезной инфекции. К моменту госпитализации ребенка в инфекционном стационаре находились на обследовании и лечении еще 3-е родственников (2-е взрослых и девочка 4-х лет) с клинической картиной бруцеллеза. Кроме высоких титров в серологической реакции Райта выделена гемокультура *B. melitensis*. Данный ребенок находился на искусственном вскармливании, кормили парным коровьим молоком и сметаной без термической обработки. При обследовании очага выделены культуры *B. melitensis* от коровы, а также с ведер и других предметов. Отмечалась высокая обсемененность. Серологическая реакция Райта 1:400, 1:800, гемокультура *B. melitensis*.

Гемограмма при госпитализации: НВ – 91 г/л, эр – $3,36 \times 10^{12}$ /л, Цп – 0,8, л – $3,8 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с – 15%, лимф – 73%, мон – 2%, СОЭ 15 мм/ч. Урограмма при госпитализации: белок – 0,198 г/л, лейко – 12–15 в п/з. Биохимические анализы: тимоловая проба повышена до 10,0 ЕД, билирубин общий – 6,8 ммоль/л, непр – 6,8 ммоль/л, АЛТ – 0,39, глюкоза в сыворотке 4,0 ммоль/л.

Проводилась инфузионная терапия в режиме дезинтоксикации, антибактериальная терапия левомецетина сукцинат из расчета 60 мг/кг веса сутки 12 дней, десенсибилизирующие, короткий курс преднизолон, витамины В1, В6, В12 – 0,5 мл в/м.

На 6-ые сутки антибактериальной терапии температура стойко нормализовалась, уменьшился отек коленного

сустава, движение в суставе восстановилось. На 23-е сутки ребенок выписан с улучшением.

Вывод: При не соблюдении норм санитарных правил в очагах бруцеллезной инфекции не исключается возможность инфицирования и заболевание детей младшего возраста.

Айтбаева Б.Ж.

ГЕМОДИАЛИЗНАЯ ТЕРАПИЯ В СЛУЧАЕ ГЛПС У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

*ГУ «Городская инфекционная больница»
г. Уральск, Казахстан*

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – острая вирусная природно-очаговая болезнь, характеризующаяся лихорадкой, общей интоксикацией, поражением почек и развитием тромбогеморрагического синдрома.

В ноябре 2010 года отмечалась массовая вспышка данного заболевания в приграничных с РФ районах ЗКО (Бурлинский, Зеленовский, Чингирлауский районы).

Из всех заболевших пришлось проводить гемодиализную терапию двум детям и четырем взрослым пациентам. Диагностика заболевания у взрослых не вызывала особых затруднений. Однако у детей первый случай заболевания вызвал диагностические затруднения. На первый план выступали симптомы острого заболевания брюшной полости.

Больной М. 7 лет, был доставлен 07.11.2010 г. в хирургическое отделение детской больницы с жалобами на боли в животе, лихорадку в течение 2 суток. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро с высокой температуры до 38 °С в течение 2-х дней. На 3-и сутки появились боли в животе. При поступлении температура тела 37,8 °С, гиперемия зева и слизистых век. Язык сухой, обложен. Живот умеренно вздут, напряжен, болезнен во всех отделах, особенно в правой подвздошной области. Положительные симптомы раздражения брюшины. В общем клиническом анализе крови: Нв – 161 г/л, Нт – 51%; лейкоцитоз – 34,310 г/л; СОЭ – 2. Общий клинический анализ мочи: белок – 0,099, лейкоциты единичные, эритроциты – 1–2. Диагноз острого аппендицита не вызывал сомнений и ребенок был прооперирован. Однако оперативная находка не отвечала клинической картине. В брюшной полости 230 мл серозного выпота, катаральный вторично измененный отросток, множественные мелкие кровоизлияния в брыжейку, повышенная кровоточивость тканей, что явно не характерно для клиники острого аппендицита. В послеоперационном периоде – обильное промокание раны серозно-геморрагическим отделяемым, кровоточивость слизистых, носовое кровотечение, подкожные гематомы в местах инъекций. ОАК: Нв – 72 г/л; Эр. – $2,65 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $11,8 \times 10^9$ /л; Нт – 25%, тромбоциты – 23000. ВСК – 7 минут. Общий клинический анализ крови: белок – 1,98 г/л; Эр. – 3,4 г/л; был заподозрен диагноз идиопатическая тромбоцитопения. Постепенно росли симптомы острой почечной недостаточности, в виде олигурии до 300 мл, уремии. В анализах: креатинин – 0,385 ммоль/л; мочевины – 40, остаточный азот – 103, суточная потеря белка в моче – 0,4 г. На 6-е сутки состояние ребенка прогрессивно ухудшается за счет выраженного геморрагического синдрома, анемии, нарастающей

уремии, длительного преа кишечника, олигурия (50 мл/сут.). Общий клинический анализ крови: Нб – 68 г/л; Эр – $2,1 \times 10^{12}$ /л; Нт – 23%; лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л; ВСК – 5 мин, креатинин – 0,507 ммоль/л; мочевина – 68 ммоль/л; остаточный азот – 122. Учитывая место проживания ребенка, выставлен клиничко-эпидемиологический диагноз ГЛПС. В связи с нарастающей уремией больной 13.11.2010 г. на 6-е сутки после операции был взят на гемодиализ.

В ходе диализа проводились гемотрансфузия одногруппной эритроцитарной массы. Сеансы гемодиализа проводились ежедневно в течении 2-х недель, до восстановления диуреза в объеме 700 мл. Всего проведено 13 сеансов гемодиализа. Длительность олигоанурического периода заболевания объясняется усугублением общего состояния больного оперативным вмешательством, возрастом и поздним обращением за диализной помощью. Больной выписан с выздоровлением через 32 дня от момента поступления в стационар.

Айтбаева Б.Ж.

РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*Городская инфекционная больница,
г. Уральск, Республика Казахстан*

Нами проведен анализ 153 истории болезней детей с ротавирусной инфекцией за период с 12.2009 г. по 12.2010 г. 40% всех гастроэнтеритов с установленными возбудителями составляют вирусные диареи вызванные ротавирусами. Разработаны случаи заболевания подтвержденные лабораторно иммунофлюоресцентным исследованием кала. Дети до 1 года составляют 41,8%, детей от 1-2х лет – 35,6%, детей от 2-4х лет – 22,5%. 92% случаев заболевания регистрировались в декабре и январе-марте месяцах. В 82% случаях заболевание протекало в гастроэнтеритической форме с разной степенью выраженности интоксикации с повышением температуры тела до фебрильных – 39-40 °С – 63% и субфебрильных цифр 37,6-38°С – 38%. Во всех случаях заболевания детей до 1 года отмечались в разной степени выраженности катаральные явления. В 18% случаев данной группы детей заболевание протекало с obstructивным бронхитом. Жидкий стул и рвота присоединились на 2-е и 3-е сутки болезни. В связи с этим дети с диагнозом ОРВИ и бронхит лечились амбулаторно и только с появлением диареи госпитализировались в инфекционный стационар. Из числа госпитализированных дети с тяжелой формой заболевания составляют 24-27%, средней тяжести – 76-73%. Тяжесть состояния у детей была обусловлена интоксикацией, выраженной диареей, многократной рвотой сопровождавшейся эксикозом 1 степени – 60-70% и 2 степени – 25-28%. В 18% случаев отмечались микст инфекции с рино-синтициальными (РС) вирусами и аденовирусами. В 6 случаях сочетание с кишечной коли-инфекцией *E.coli* O20-K70. Поскольку взяты только лабораторно подтвержденные диагнозы, все другие случаи, когда заболевание начиналось с более выраженными и ведущими симптомами ОРВИ в начале заболевания распенить, как появление РС вирусной инфекции не можем. В количественных посевах кала на УПМ (условно патогенную микрофлору) в 72% случаев отмечается умеренное снижение *E.coli* с нормальной ферментативной активностью до 10^7 КОЕ при $N 10^{9-8}$

КОЕ. Снижение концентрации бифидобактерий и лактобактерий до 10^{6-8} при норме 10^{9-10} . В 11% случаев выделены Кандида альбиканс в концентрации 10^{4-6} при норме < 10^4 . Данные изменения в количественных посевах расценены, как проявление дисбактериоза кишечника на фоне вирусной диареи.

В 46% случаев со средней тяжестью и тяжелыми формами с токсико-эксикозом 2 степени проводилась инфузионная терапия в режиме регидратации и дезинтоксикации. Все больные получали полиферментные препараты в течение 3-4 дней, эубиотики (бифидумбактерин, лактобактерин, линекс, хилак-форте), микосист в течение 3-5 дней, поливитамины, фуразолидон или невидграмон. Больным с тяжелой формой, бронхитом, энтероколитом назначали антибиотики – гентамицин или цефалоспорины парэнтерально 4-5 дней.

Выводы. В 23% случаях ротавирусной инфекции у детей в возрасте до 1-2-х лет заболевание начиналось с преимущественным поражением верхних дыхательных путей с последующим развитием симптомов гастроэнтерита на 2-3-е сутки болезни.

Рост заболеваемости ротавирусной инфекции наблюдался в 12-м и 1-3 месяцах. Со снижением в апреле.

По нашим наблюдениям ротавирусная инфекция начиналась остро, бурно. На 4-5 сутки терапии отмечалось улучшение состояния. В случаях микст инфекции отмечалось заметное удлинение сроков выздоровления до 8-10 дней.

В 72% случаях ротавирусная инфекция сопровождалась дисбактериозом кишечника.

Алекшеева Л.Ж.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНИТОМ

г. Алматы, Республика Казахстан

Воспалительные заболевания половых органов – актуальная проблема гинекологии, нередко вызывающие нарушения репродуктивной функции и трудоспособности женщин, являюся одной из причин бесплодия. Пусковым механизмом в развитии воспалительных заболеваний половых органов является воздействие микробного фактора, который определяет формирование очага воспаления и возникновение начальных проявлений заболевания

Цель – изучить микробиоценоз влагалища и цервикального канала у женщин с бактериальным вагинитом. Под наблюдением находилось 60 женщин. Диагноз устанавливался на основании клинических, кольпоскопических, бактериологических и бактериоскопических данных. 59 женщин без нарушения микробиоценоза служили контролем. Материал забирали стерильной ложкой Фолькмана из заднего свода влагалища и цервикального канала в количестве 0,1 мл, используя метод серийных разведений производили высеив на дифференциальные питательные среды.

Анализ микрофлоры влагалища показал, что у больных по сравнению с нормой была снижена высеваемость лакто- и бифидобактерий, наблюдалось повышение частоты выделения ряда условно-патогенных микроорганизмов, таких как *E. coli* лактозонегативная (с 1,7% до 16,7%),

Proteus spp. (с 0 до 23,3%), *S. aureus* (с 18,6% до 33,3%), *G. vaginalis* (с 1,7 до 13,3%), *Streptococcus* gr. A (с 0 до 16,7%). Одновременно происходило снижение высеваемости *S. epidermidis* (с 54,2% до 10,0%) и *Streptococcus* gr. D (с 61,0% до 6,7%). Возросла также выявляемость *M. hominis*, *U. urealyticum* и *Ch. trachomatis*. Наиболее характерным изменением явились увеличение высеваемости *C. albicans* (42,4% у здоровых и 86,7% у больных). Изменения микрофлоры в цервикальном канале были практически аналогичными, однако стоит отметить увеличение содержания *M. hominis* ($0,06 \pm 0,001$ у здоровых и $0,77 \pm 0,28$ у больных), *U. urealyticum* ($0,37 \pm 0,10$ и $0,78 \pm 0,32$ соответственно). В сравнении с контрольной группой отмечается снижение количественного содержания лакто- и бифидобактерий (с $5,85 \pm 0,17$ до $2,8 \pm 0,24$, $P \leq 0,05$), концентрации *Bacteroides* spp. *Peptococcus* spp. *Peptostreptococcus* spp. изменяются незначительно. Среди аэробов имело место нарастание содержания *E. coli* как лактозопозитивных, так и лактозонегативных, а также ряда других условно-патогенных микроорганизмов, таких как *S. aureus*, *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Streptococcus* gr. A. Возросло содержание *G. vaginalis* и особенно *C. albicans*. В то же время обсемененность *S. epidermidis* и *Streptococcus* gr. D снизилась. В микрофлоре цервикального канала отмечается увеличение содержания *M. hominis* и *U. urealyticum* ($0,06 \pm 0,001$ до $0,77 \pm 0,28$, $P \leq 0,05$) и ($0,37 \pm 0,10$ до $0,78 \pm 0,32$, $P \leq 0,05$) соответственно.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют об определенной взаимосвязи микробиоценозов влагалища и цервикального канала. Патологические процессы в половых путях обуславливаются и сопровождаются сдвигами в этих микробиоценозах. Установление того факта, что основными возбудителями неспецифических воспалительных заболеваний женских половых путей являются микроорганизмы собственной флоры организма, наиболее адекватными терапевтическими методами представляются методы, направленные на восстановление микробного баланса в соответствующих биотопах, т.е. применение эубиотиков.

Алексеева Л.Ж.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАГИНАЛЬНЫХ СВЕЧЕЙ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНИТОМ

г. Алматы, Республика Казахстан

Лечение воспалительных заболеваний половых органов у женщин до настоящего времени представляет значительные трудности, обусловленные как полимикробной этиологией заболевания, так и устойчивостью микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Применение правильно выбранного метода лечения позволяет предупредить рецидивы, нарушение менструальной, половой и репродуктивной функции женщины, сохранить трудоспособность.

Целью настоящей работы является разработка адекватных методов био коррекции. Группа женщин с бактериальным вагинитом ($n=60$) была разбита на 2 подгруппы: I – служила контролем традиционного метода лечения ($n=30$), II – получила комплексное лечение с бифидумбактерином PL в виде вагинальных свечей ($n=30$).

Традиционная терапия включала санацию влагалища дезинфицирующими средствами; антибиотикотерапию с учетом чувствительности к антибиотикам выделенных возбудителей. В качестве био корректора использовался бифидумбактерин PL, разработанный на основе местного штамма *B. longum*, обладающего высокими адгезивными и коррегирующими свойствами. Эубиотик вводили *per vaginum* по 1 свече, содержащей 2 дозы по 108 микробных тел на ночь в течение 7–10 дней. Эта дозировка способствует увеличению продолжительности нахождения активной субстанции во влагалище, увеличивая тем самым возможность адаптации и усиливая антимикробную активность в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. (Патент № IDP 05027 «Свеча для нормализации микрофлоры влагалища женщин», авторы Алексеева Л.Ж., Огай Д.К., Сабирзянова Л.Г.).

В результате проведенных исследований установлено, что традиционная терапия способствовала увеличению частоты обнаружения лактобактерий (с 86,7% до 93,3%) и особенно бифидобактерий (с 63,3% до 90,0%), а также пептострептококков (с 16,7% до 23,3%), тогда как высеваемость *Bacteroides* spp. и *Peptococcus* spp. снизилась (с 33,3% до 23,3% и с 23,3% до 13,3%, соответственно). Изменения среди аэробов заключались в основном в некотором снижении частоты обнаружения условно-патогенных микроорганизмов, таких как *E. coli* как лактозопозитивной, так и лактозанегативной, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *S. aureus*, *Streptococcus* gr. A, *G. vaginalis*, а также *Diphtheroides*, тогда как высеваемость *S. epidermidis* и особенно *Streptococcus* gr. D возросла (с 10,0% до 20,0% и с 6,7% до 33,3%, соответственно). Существенно снизилась частота выявления *C. albicans* (с 86,7% до 53,3%), менее существенным оказалось снижение данного показателя в отношении *M. hominis*, *U. urealyticum* и *Ch. trachomatis*. Изменения микробного спектра под воздействием бифидумбактерина PL были гораздо более значительными как в отношении анаэробного, так и аэробного компонентов, позволившие практически достигнуть уровня здоровых лиц. Особенно обращает на себя внимание снижение высеваемости такого ключевого агента при бактериальном вагините как *C. albicans*: с 86,7% до 13,3%, у здоровых женщин частота высеваемости составила 42,4%.

Местное применение бифидумбактерина PL при вагинитах способствовало по сравнению с традиционной терапией более эффективному восстановлению микрофлоры влагалища, как в качественном, так и количественном отношении. Традиционная терапия с использованием антибактериальных препаратов не только не устраняет дисбактериоз влагалища, но и усугубляет его течение.

Алишбаева Г.У., Керимова Ю.М.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРЭНДЕМИЧНОСТИ

Медицинский университет

г. Астана, Казахстан

Одной из серьезных проблем здравоохранения Республики Казахстан является бруцеллез, заболеваемость которой за последние годы имеет стабильно высокие показатели. Отсутствие общественного животноводства и увеличение поголовья частного скота повлекло за собой

привлечение детей к уходу за домашними животными, что явилось одной из причин роста заболеваемости среди этой категории лиц.

Цель нашего исследования – оценка клинической картины острого бруцеллеза у детей в условиях гиперэндемичного региона.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 84 детей с острым бруцеллезом, получавших стационарное лечение в Жамбылской областной инфекционной больнице в 2010-2011 году. Заболевание выявлено у 30% детей в возрастной группе 1-5 лет, у 21% – в группе 6–10 лет, 49% – в группе 11–14 лет. Диагноз бруцеллеза ставился с учетом клинико-эпидемиологических данных и результатов лабораторного обследования, включающих бактериологических, серологические (реакции Райта, Хеддельсона) и общеклинические методы.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар заболевание расценено как средней (72%) и тяжелой степени (28%), дети обращались за медицинской помощью на 1-2 неделе болезни (70%), через 1 месяц (19,2%) и более 1 месяца (9,5%).

Основным и начальным признаком острого бруцеллеза была постоянная или ремитирующая лихорадка (80%) с потливостью (65%) и ознобами (60%). Отмечалась полилимфоаденопатия (60%), слабость (44%), артралгии (44,5%), гепатомегалия (74,3%), спленомегалия (26,7%). Имело место поражение опорно-двигательной системы в виде полиартралгий и артритов с вовлечением в патологический процесс одного сустава (44%), двух (24%) и более суставов (12%). Наблюдались боли в коленных (61,5%), локтевых (26,9%) и тазобедренных суставах (5,76%), бурситы (5,76%).

Патология ЦНС проявлялась слабостью (77%), быстрой утомляемостью, головной болью (50%), раздражительностью и беспричинной плаксивостью (24%), нарушением сна.

Изменения мочеполовой системы сопровождалась протеинурией (46,5%), лейкоцитурией (25%), эритроцитурией (12,5%) и цилиндрурией (6,1%), признаками реактивного пиелонефрита (23%) по данным УЗИ, орхитом (6,1%).

Диагноз бруцеллеза был верифицирован выделением гемокультуры *B. melitensis* (у 44,5% больных) и положительными результатами серологических реакций.

Сравнительный анализ антибактериальной терапии показал высокую эффективность левомицетина сульфата (96,4%), доксицилина у каждого второго пациента старше 8 лет и ципрофлоксацина у каждого третьего пациента старше 12 лет.

Заключение. Острый бруцеллез в условиях гиперэндемичности характеризуется среднетяжелым и тяжелым течением и протекает при наличии интоксикационного синдрома и очаговых воспалительных процессов как метастатического, так инфекционно-аллергического генеза.

Алишбаева Г.У., Сергалиева А.Ш.

**ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ
ПРЕПАРАТОВ БРЕНДОВОГО
И ГЕНЕРИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА**

г. Астана, Республика Казахстан

Проблема ВИЧ-инфекции на сегодняшний день остается актуальной. Прежде всего, она определяется труд-

ностями ранней диагностики, отсутствием до настоящего времени средств специфической профилактики, дорогостоящим лечением и 100% летальностью.

Самым существенным препятствием для внедрения новых методов лечения наряду с их токсичностью и сложными схемами приема является высокая стоимость комбинированной терапии, которая может достигать до 20000 \$ в год на одного пациента и не может быть широко применена в странах с низким экономическим уровнем развития.

В нашей республике, как и во многих странах СНГ, высокоэффективные антиретровирусные препараты, обеспечивающие приемлемое качество жизни, пока недоступны многим пациентам. Существенной проблемой является на сегодняшний день финансовое обеспечение лекарственной терапии ВИЧ-инфицированным. Многие брендовые антиретровирусные препараты не могут быть доступны пациентам ввиду высокой их стоимости, что требует закупки более дешевых лекарственных средств генерического производства.

Согласно казахстанскому законодательству лечение противовирусными препаратами, лиц инфицированных вирусами иммунодефицита человека, осуществляется за счет средств республиканского и местного бюджетов.

Целью настоящего исследования явилась фармакоэкономическая оценка антиретровирусных препаратов брендового и генерического производства.

Материал и методы: нами обследованы 97 больных ВИЧ-инфекцией, наблюдавшихся в центре по профилактике и борьбе со СПИД г. Астаны и Павлодарском областном центре по профилактике и борьбе со СПИД. Из них 52 пациента получала антиретровирусные препараты брендового производства и 45 пациентов – генерического производства.

Результаты и обсуждение. Мы рассчитали приблизительную стоимость высокоактивных антиретровирусных препаратов (закупочные цены СК «Фармация») с включением препаратов брендового производства на одного пациента на 1 месяц приема препаратов по 1 схеме (невирапин + комбивир) - 7870 рублей, на 12 месяцев - 94 480 рублей или (комбивир+ ставудин) – 12 260 руб. и 147 120 рублей соответственно.

Стоимость схемы терапии с включением генериков этих же групп препаратов составила на одного пациента на 1 месяц приема по 1-й схеме – 2 403 рубля и 24 480 рублей на 12 месяцев или 1800рублей и 22 120 рублей.

На основании вышеизложенного, учитывая проведенный клинико-экономический анализ, одинаковый вирусологический и иммунологический эффект этих групп препаратов у больных на I и II стадиях ВИЧ-инфекции целесообразно включать в схемы ВААРТ препараты генерического производства с целью экономии бюджетных средств местного финансирования в 3-4 раза.

Алишбаева Г.У., Утепбергенова Г.А.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ТРАНСМИССИВНЫХ
ИНФЕКЦИЙ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ**

*Медицинский Университет, МКТУ им. Х.А. Ясави;
г. Астана, г. Шымкент, Республика Казахстан*

Природно-очаговые трансмиссивные инфекции, такие как Конго-Крымская геморрагическая лихорадка

(ККГЛ) и зоонозный кожный лейшманиоз (ЗКЛ) представляют серьезную проблему для здравоохранения Южно-Казахстанской области.

Цель настоящего исследования – проанализировать заболеваемость ККГЛ и ЗКЛ в Южно-Казахстанской области (ЮКО), выявить возможные источники инфекции, механизмы передачи и изучить особенности клинического течения.

Материал и методы: Анализ многолетней заболеваемости проводился по данным Республиканской санэпидстанции и областного департамента Госсанэпиднадзора. Обработаны и проанализированы клинико-эпидемиологические и лабораторные данные 345 больных ЗКЛ и 90 пациентов с ККГЛ, зарегистрированных в Южном Казахстане.

Результаты и обсуждение. Переносчиками возбудителя ЗКЛ явились 10 видов moskitov, из них 7 – рода *Phlebotomus* и 3 вида рода *Sergentomyia* и в впервые зарегистрирован вид *P. turanicus*. Заболеваемость кожным лейшманиозом регистрировалась в осенне-зимний период (84,6%), преимущественно у мужчин (84,6%).

Заболевание чаще протекало в легкой степени тяжести (98%), без повышения температуры (98%). Кожный эффект располагался на открытых участках кожи с локализацией на верхних (30,7%) и на нижних конечностях (21,6%), а также на лице (17,7%) в виде одиночных (54%) и множественных (46%) язв. Летальных исходов от ЗКЛ по области не зарегистрировано.

С 2009 года наблюдается подъем заболеваемости ККГЛ в ЮКО, что свидетельствует об активизации природных очагов этой болезни. На отдельных территориях области индекс инфицирования клещей вирусом достигает 9,4 % от общего числа исследованных проб. Эндемичными являются 13 районов области, где основным резервуаром вируса являются *Nyalomma anatolicum*, а также иксодовые и аргасовые клещи. Несоблюдение объема и качества проводимой противоклещевой обработки площадей с обязательной обработкой скота и мест его стойлового содержания является основной причиной заболеваемости людей ККГЛ в этих регионах. При этом существует опасность возникновения семейных и внутрибольничных заражений, отмечен высокий удельный вес лиц заразившихся от больных гемоконтактным путем.

Основными клиническими признаками заболевания, которые отмечались у всех пациентов, были повышение температуры до высоких цифр (39-40 °С), слабость, головные боли, кровоизлияния в местах инъекций, носовые кровотечения, геморрагическая сыпь на теле. У каждого третьего пациента заболевание протекало по типу гастроэнтерита и сопровождалось болями в эпигастрии/животе, тошнотой, рвотой, диареей до 4-6 раз в сутки, желудочными и кишечными кровотечениями. У двух пациентов, у которых заболевание протекало в тяжелой форме с признаками гастроэнтерита с неукротимой рвотой и диареей, наблюдались нормотермия и тромбоцитоз, преобладали признаки обезвоживания, приведшие к гиповолемическому шоку. Признаки поражения почек с ОПН мы наблюдали у 5,4% больных. Летальность от ККГЛ в отдельных очагах при несвоевременном оказании медицинской помощи составила 30%.

Альшеева Н.О., Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Бейсекова М.М., Камарова А.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ПАРАЗИТОЗАМИ

*Карагандинский государственный медицинский университет
г. Караганда, Казахстан*

Стратегическим направлением работы учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора по профилактике эхинококкоза является слежение за комплексом эпидемиологически значимых объектов при условии взаимодействия и обмена данными медико-санитарной и ветеринарной служб. Для облегчения работы эпидемиологов и паразитологов разработаны электронные базы данных формата dBASE IV с возможностью автоматической обработки данных. На основании разработанных баз данных было создано их графическое представление – шейпфайлы – в программе разработки географических информационных систем (ГИС), QuantumGIS. Впервые был применен метод пространственного анализа с использованием ГИС-технологий: тематические базы данных заболеваемости эхинококкозом и впервые – интерактивные карты территориального распределения заболеваемости эхинококкозом, т.е. карты, связанные с электронными таблицами баз данных и автоматически изменяющиеся при вводе новой эпидемиологической информации. Анализ, выполненный с использованием разработанных баз данных, позволил получить ряд интересных как с точки зрения науки, так и практики результатов.

Впервые проведено районирование территории крупного промышленного региона по уровню заболеваемости населения эхинококкозом с использованием геоинформационных технологий. Установлено, что ситуация по эхинококкозу характеризуется высокими показателями заболеваемости в период с 1999 по 2010 годы как совокупного населения, так и городских жителей с выраженной тенденцией к росту заболеваемости (среднегодовой темп прироста составил 7,0%). По уровню заболеваемости территория области районирована на три зоны: высокая, средняя, низкая. Высокая зона отмечена с уровнем заболеваемости 12,0 на 100 тысяч населения, 4,2; 4,1 соответственно.

Населения этих районов в основном занято животноводством (преимущественно разведение крупного рогатого скота и овцеводство), и только небольшая часть занимается земледелием. Животноводческая отрасль этих районов характеризуется дефицитом качественных кормов в зимний период, разрушенной ирригации и отсутствием пунктов водопоя на отдаленных летних пастбищах. Высокая популяция и плотность сельскохозяйственных животных и собак относительно других районов с преимущественно промышленной ориентацией хозяйства способствуют заражению эхинококкозом людей и сельскохозяйственных животных. Тем самым, показано, что высокий уровень заболеваемости эхинококкозом в ряде районов области обусловлен наличием в них синантропных (антропоургических) очагов паразита.

Нашими исследованиями подтверждена необходимость комплексного участия специалистов системы здравоохранения и ветеринарии в разработке информационно-аналитической системы (диагностической системы).

Полученные результаты, а именно создание атрибутивных и графических баз данных эпидемиологической информации по эхинококкозу показали свою пригодность для анализа эпидемиологических данных, который был выполнен на примере крупного промышленного региона.

*Альварес Фигероа М.В., Севостьянова Т.А.,
Долгова Е.А., Леви Д.Т., Позднякова А.С.*

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ И ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

*г. Москва, Россия;
г. Минск, Беларусь*

Высокий уровень заболеваемости туберкулезом (ТБ), в т.ч. среди детей, не оставляет сомнений в необходимости вакцинопрофилактики этого заболевания, которая проводится с использованием вакцины БЦЖ. ВОЗ считает обоснованным широкий охват прививками БЦЖ детей в период новорожденности. В нашей стране вакцинация против туберкулеза является обязательной. Вакцина БЦЖ – живая, аттенуированный штамм БЦЖ обладает остаточной вирулентностью, проявляющейся в способности БЦЖ размножаться внутриклеточно, что приводит в ряде случаев к осложнениям после вакцинации. Частота, локализация и характер осложнений зависят от субштамма, из которого приготовлена вакцина, количества жизнеспособных единиц БЦЖ в прививочной дозе, техники прививки и состояния иммунитета детей, на который может влиять состояние здоровья матери во время беременности. Необходимо отметить, что осложнения после вакцинации БЦЖ, в отличие от большинства других прививок, проявляются спустя несколько недель и даже лет (встречаются случаи проявления осложнений через 2-3 года), и имеют разнообразную локализацию патологического процесса. Осложнения после вакцинации БЦЖ лечат теми же препаратами, что и ТБ, исключая из схемы лечения пиразинамид, к которому устойчива *M. bovis*, а также полученный из нее штамм *M. bovis* BCG. Необходимость проведения дифференциальной диагностики осложнений после прививок БЦЖ с другими заболеваниями, и в первую очередь с ТБ, не вызывает сомнения.

Цель работы - сравнительная оценка методов доказательной дифференциальной диагностики ТБ и осложнений после вакцинации против этого заболевания у детей.

Широко используемая проба Манту не позволяет дифференцировать сенсibilизацию организма вирулентными микобактериями ТБ и поствакцинальную аллергию. Диаскинтест является высокоспецифичным препаратом, положительная реакция на пробу с которым свидетельствует о ТБ, в то же время при осложнениях после вакцинации ответная реакция на диаскинтест всегда отрицательная. Однако при неактивном ТБ процессе ответ на пробу с диаскинтестом также, как правило, отрицательный. Метод морфологического исследования, в том числе при использовании окраски по Цилю-Нильсену, не позволяет дифференцировать представителей *M. tuberculosis* complex, и отличить вирулентный штамм от вакцинного. Более доказательным является культуральный метод с проведением комплекса тестов для дифференцирования

M. tuberculosis и *M. bovis*. Основными его недостатками являются длительность получения результатов, составляющая 6-15 недель, а также невозможность дифференцирования диких штаммов *M. bovis* и *M. bovis* BCG. Эффективность культурального исследования не превышает 50%. В то же время полимеразная цепная реакция (ПЦР) позволяет дифференцировать *M. tuberculosis*, *M. bovis* и *M. bovis* BCG. Кроме того, это высокочувствительный, специфичный и быстрый метод – его исполнение не превышает 1-2 дней.

В наших исследованиях для проведения ПЦР использовался набор реагентов «АмплиСенс МТС-diff-FL» (производства ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, РУ № ФСР 2012/13301). При клинически установленном диагнозе БЦЖ-ита у 32 детей, частота выявления *M. bovis* BCG культуральным методом составила 37,5%, методом ПЦР – 81,25%.

Комплексная диагностика с использованием ускоренных методов доказательной диагностики позволит в короткие сроки дифференцировать ТБ и БЦЖ-ит с целью назначения адекватной терапии, а также проведения соответствующих санитарно-эпидемиологических и организационных мероприятий.

Амиреев С.А., Алимханова К.Н., Бейсенбинова Ж.Б.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПАСТЕРЕЛЛЕЗА

г. Алматы, Казахстан

Пастереллез является одним из широко распространенных зоонозных инфекции в природе, вызывающих остро протекающее заболевание среди людей, сельскохозяйственных животных, грызунов и птиц. Постоянно регистрируемые эпизоотические вспышки в природных очагах создают неблагоприятную эпизоотическую ситуацию. Случаи заболевания среди людей встречается постоянно, и были отмечены довольно крупные вспышки. Полиморфизм клинических проявлений, отсутствие специфических тест систем, недостаточное внимание практикующих врачей к данной патологии снижает регистрацию этой нозологии, соответственно фактический уровень заболеваемости. В связи с этим растет значимость этой инфекции, которая определяет необходимость непрерывного наблюдения за эпидемиологической ситуацией с целью своевременной разработки соответствующих мероприятий.

Проведен ретроспективный анализ пораженности животных и птиц, заболеваемости людей пастереллезом в Республике Казахстан (РК). Анализ показал наиболее неблагоприятную ситуацию среди лошадей (7,24%) и домашних птиц (23,1%). Заболеваемость пастереллезом населения чаще проявляется в виде спорадических случаев (0,07 на 100 тыс. населения), реже вспышечной формы.

При изучении уровня распространенности пастереллеза в г. Алматы установлено, преобладанием контактного механизма передачи инфекции, реализуемого при частом и длительном прямом контакте с животными (46,5%) или опосредованном контакте с продукцией от них (28,5%). Основными клиническими формами проявления пастереллеза является кожная или кожно-бубонная форма (70%), легким степеням тяжести (64±6,8%). Выявлено достоверное различие распределения больных пастерел-

лезом по половому признаку ($P < 0,05$). Среди обследованных нами больных пастереллезом преобладали лица мужского пола (70%). Значительная часть заболевших приходится на возрастную группу 30-49 лет (70%). Часто болеющей социальной группой населения оказались разнорабочие ($48 \pm 4,2\%$) и безработные ($20 \pm 1,9\%$). Большинство (64%) были жителями села.

Лабораторные исследования проводилось с использованием усовершенствованного нами пастереллезного дигностикума и бактериологическим методом. Налажено промышленное изготовление пастереллезного эритроцитарного антигенного дигностикума с использованием ЛПС-антигена, получено регистрационное свидетельство на выпуск пастереллезных иммунореагентов. Подобраны отечественное сырье и материалы для производства пастереллезных эритроцитарных тест-систем, что позволяет снизить импорт дигностикума. Наборы для постановки реакций непрямой гемагглютинации используются в лабораториях санитарно-эпидемиологической службы РК и клиничко-диагностических лабораториях ЛПО. На основе высокочувствительных и специфичных эритроцитарных пастереллезных дигностикумов улучшена серологическая диагностика пастереллеза, что позволяет своевременно проводить корректные противоэпидемиологические мероприятия.

Впервые разработан стандартное определение случая и алгоритмы мероприятий при пастереллезе, что позволило существенно повысить чувствительность и специфичность эпидемиологического надзора. Рекомендован комплекс ветеринарно-санитарных и медико-профилактических мероприятий согласно разработанному алгоритму улучшить эпизоотолого-эпидемиологический надзор за пастереллезной инфекцией.

Амиреев С.А., Нажмеденова А.Г., Алекшеева Л.Ж., Кусаинова А.Ж., Жандосов Ш.У., Куатбаева А.М.

**«ШКОЛА ВАКЦИНОЛОГИИ» –
ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ЦЕНТР ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ И НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ**

г. Алматы, Республика Казахстан

«Школа вакцинологии» является учебным, научным и консультационным Центром в системе высшего и послевузовского образования, а также базой для повышения информированности населения по вопросам вакцинопрофилактики и разрабатывающая научно-обоснованные подходы совершенствования Национального Календаря прививок против инфекционных заболеваний. «Школа вакцинологии» открыта на базе кафедры эпидемиологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова совместно НПП СЭЭИМ КГСЭН МЗ РК. (Решение Ученого Совета от 25.02.2011 г., протокол № 6).

Цель – совершенствование профессиональных знаний и практических навыков студентов, резидентов, магистрантов, Ph докторантов медицинских Университетов РК, а также врачей и средних медицинских работников, занимающихся вопросами вакцинопрофилактики.

На базе «Школы вакцинологии» были проведены научно-практические конференции и круглый стол в рамках «Европейской недели иммунизации» «Актуальные

проблемы современной вакцинологии» (14.04.2011 г.), «Решение актуальных проблем вакцинопрофилактики в Казахстане» (03.12.2011 г.), посвященной Дню Университета с участием ППС, студентов, магистрантов КазНМУ, сотрудников НЦГиЭ им. Х. Жуматова, НПП СЭЭИМ КГСЭН, НЦФЗОЖ МЗ РК. Выполняется научно-технический проект «Образовательно-информационная подготовка медицинских работников и населения, оценка иммунологической эффективности вакцинации против папилломавирусной инфекции». Подготовлено практическое руководство «Жұқпалы және паразитарлық аурулардың стандартты анықтамалары мен іс-шаралар алгоритмдері» 2 том на казахском языке, в котором отражены вопросы профилактики папилломавирусной инфекции. Инновационность руководства заключается в применении в повседневной практике стандартизованных подходов методов ранней диагностики РШМ, проведения лечебных и профилактических мероприятий в зависимости от стадии онкологического процесса. Готовятся к изданию учебные и учебно-методические пособия на казахском и русском языках: иммунопрофилактика, рак шейки матки. Создан фильм на казахском и русском языках для трансляции на телеканалах РК. Предпринятые нами первые шаги по повышению информированности населения (фильмы, задача брошюр, буклетов, выступлений по телевидению) о реальных возможностях предупреждения возникновения РШМ показали ее рост в 5 раз. По специальной программе обучение прошли 258 студентов 4-5 курсов специальностей «Общественное здравоохранение» и «Общая медицина», проведен выездной цикл подготовки практических врачей в ЮКО «Иммунизация на практике». В рамках международного сотрудничества были приглашены ученые из Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.

«Школа вакцинологии» призвана задать новые подходы в подготовке медицинских кадров в области вакцинопрофилактики, заложить основы развития концепции непрерывного медицинского образования в соответствии с зарубежными образцами и оказать содействие в повышении доступа населения к качественной специфической профилактике инфекционных болезней и сохранению здоровья.

Амиреев С.А., Нажмеденова А.Г., Кусаинова А.Ж.

**ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ РАКА
ШЕЙКИ МАТКИ, ОБУСЛОВЛЕННОГО
ПАПИЛЛОМАВИРУСОМ ЧЕЛОВЕКА**

г. Алматы, Республика Казахстан

По уровню заболеваемости и смертности от рака шейки матки (РШМ) Казахстан занимает 4-ое место среди 53 стран Европы. В отличие от других онкопатологии РШМ хорошо поддается контролю, поскольку он имеет четкую этиологию – вирус папилломы человека (ВПЧ); длительную предраковую стадию и меньшую степень метастазирования. Европейским бюро ВОЗ определена концепция по улучшению ситуации по РШМ, в котором сформулированы три основных направлений профилактики: первичная профилактика – вакцинация и исключение возможных факторов риска; вторичная профилактика – организованный скрининг женского населения; внедрение протоколов диагностики, учета, лечения и мониторинга

за пациентами с предраковыми состояниями, инвазивным РШМ. Повышение эффективности профилактических программ РШМ можно достичь при условии одновременного проведения мероприятий в следующих направлениях: организованный охват скрининговым обследованием женщин; плановая вакцинация целевых групп женского населения; образовательно-информационная подготовка населения и повышение квалификации специалистов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В целом по РК охват скрининговым обследованием целевых групп женщин не превышает 30%, из числа осмотренных наблюдается рост «запущенных» форм РШМ (в отдельных регионах до 50%). По г. Алматы наблюдается значительное улучшение охвата цитологическим осмотром: в 1,7 раза повысилось количество выявленных случаев, а в целевых группах до 3-х раз; в 2 раза увеличилось число случаев выявленных больных РШМ в 0-стадии. Для улучшения качества скрининга необходимо повысить квалификацию врачей ПМСП и строгое соблюдение протокола проведения скрининга рака и предрака шейки матки. Вопрос плановой вакцинации женщин рассматривается в Министерстве здравоохранения РК.

К настоящему моменту под наблюдением находятся 200 студенток КазНМУ, прошедших скрининговое обследование, привитые двумя видами вакцин по: 200 студенток Церварикс (Бельгия), Гардасил (США) и контрольная группа – 200 студенток, привитых против ВГВ. Мониторинг результатов вакцинации осуществляется по рекомендованным ВОЗ индикаторным показателям. Мониторинг поствакцинальных проявлений у привитых показал следующее: у 35,1% привитых вакциной «Гардасил» и у 35,4% привитых «Церварикс» отмечены легкой и средней тяжести поствакцинальные реакции. Достоверно чаще отмечено повышение температуры тела не более 38 °С (12,3% и 3,8% соответственно привитых Гардасилом и Цервариксом) и боль на месте инъекции – чаще (23,7%) у привитых Цервариксом, чем у привитых Гардасилом (9,2%).

По разделу образовательно-информационной подготовки: в университете начато обучение студентов ОМ, ОЗ и МПФ по элективному курсу (90 часов) по вакцинологии, изданы УМКД, практическое руководство. Одновременно в рамках «Школы вакцинологии» проводятся циклы усовершенствования врачей по модульной системе, охватывающие все аспекты вакцинопрофилактики. Для повышения информированности населения подготовлены видеофильмы, набор буклетов, брошюр, выступление по радио и телевидению и система мониторинга по веб-сайту включающий on-line портал для общения всех заинтересованных стран.

Аткенов С.Б.

ЧАСТОТА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СРЕДИ ЭКЗОТИРОВАВШИХ ДЕТЕЙ

АО «Медицинский университет Астана»

г. Астана, Республика Казахстан

Частота летальных исходов от внутриутробных инфекций (ВУИ) и тяжесть множественных врожденных пороков развития (МВПР) у экзотировавших детей раннего возраста определяет актуальность изучения данной проблемы.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты генерализованных форм ВУИ и МВПР у экзотировавших детей раннего возраста.

Материалы и методы. Для выявления частоты ВУИ и МВПР у экзотировавших детей раннего возраста обработаны и проанализированы годовые статистические данные детского городского стационара №2 (ДГБ) г. Астаны за период 2009-2011 гг.

Результаты исследования. За вышеуказанный период в ДГБ №2 экзотировали всего 142 детей, в том числе в 2009 г. – 44, в 2010 г. – 41, в 2011 г. – 51 детей раннего возраста.

Основной контингент структуры детской смертности в ДГБ №2 составили дети первого года жизни (от 75% до 92,7%) с высокими показателями досуточной летальности: в 2009 г. – 14 (31,8%), в 2010 г. – 16 (39,0%) и в 2011 г. – 9 (15,8%).

Как основной клинический диагноз сочетанные и комбинированные МВПР за период 2009-2011 гг. в ДГБ №2 выявлены у 40 (28,2%) детей, тогда как отдельные врожденные пороки развития (ВПР) в виде сопутствующих заболеваний зарегистрированы у 30 (21,1%) пациентов. Именно, МВПР и ВПР у детей раннего возраста – 70 (49,3%) явились одной из основных причин летальных исходов.

За отчетный период генерализованные формы ВУИ у 12(8,4%) детей определяли исход и тяжесть состояния как основная нозология, тогда как их регистрация в виде сопутствующих заболеваний на фоне МВПР и ВПР определены у 35 (24,6%) пациентов раннего возраста.

По данным патологоанатомического вскрытия МВПР и генерализованные формы ВУИ у детей раннего возраста на фоне активации вирусно-бактериальных инфекции и полиорганности поражения внутренних органов и систем осложнялись, в первую очередь, акцидентальной инволюцией вилочковой железы, вплоть до их атрофии в 89 (62,7%), диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови в 74 (52,1%), пневмонией в 49 (34,5%), сепсисом в 48 (33,8%), синдромом полиорганной недостаточности (СПОН) в 24 (17%), гнойным перитонитом в 22 (15,5%), внутрижелудочковым кровоизлиянием (ВЖК) головного мозга в 4 (2,8%) и печеночной недостаточностью в 2 (1,4%) случаев.

Основной причиной смерти детей раннего возраста при выше указанных состояниях явились – интоксикация у 63 (44,4%), отек и набухание вещества головного мозга у 39 (27,5%), декомпенсация сердечной деятельности у 17 (12,0%), острая сердечно-сосудистая недостаточность у 12 (8,4%), легочно-сердечная недостаточность у 10 (7,0%) и у 2 (1,4%) больных проявления острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы. Высокие показатели детской смертности раннего возраста от МВПР и генерализованных форм ВУИ сопровождалась выраженным вторичным иммунодефицитным состоянием с инволюцией и атрофией вилочковой железы в 62,7% случаев, что способствовало активизации вторичных вирусно-бактериальных инфекции с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями – ДВС, СПОН, пневмонией, гнойным перитонитом и ВЖК головного мозга. Необходимо совершенствовать раннюю диагностику ВУИ и МВПР плода в неонатальном периоде плода у беременных женщин и внедрить инновационные методы лечения детей раннего возраста с коррекцией вторичного иммунодефицитного состояния.

Аткенов С.Б., Кененбаева С.С., Жанысова Г.Д.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА «АСКОРИЛ ЭКСПЕКТОРАНТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

г. Астана, Республика Казахстан

Часто болеющие дети с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) составляют группы риска по развитию острых бронхитов, бронхолитов, формированию рецидивирующих бронхитов, включая обструктивные формы и хронические бронхолегочные патологии. Самой распространенной формой заболевания, особенно среди детей в возрасте от 1 до 3 лет являются бронхиты. Заболеваемость бронхитами, по данным ряда авторов колеблется от 15% до 50%, этот процент существенно повышается (до 50-90%) у детей, часто болеющих ОРЗ.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности терапии ОРЗ, протекающих с явлениями бронхиальной гиперреактивности и кашля комплексным препаратом «Аскорил экспекторант» (Гленмарк).

Материалы и методы. Было проведено сравнительное исследование эффективности комплексного препарата «Аскорил» больным детям с ОРЗ на базе вирусного отделения городской детской инфекционной больницы г. Астана. В 2011 году использованы 30 флаконов препарата Аскорил по 100 мл. Препараты назначены 30 больным в возрасте от 3 до 6 лет – 14 детей, контрольная группа – 18 пациентов и от 6 до 12 лет – 16 больных, контрольная группа 14 детей, среди них мальчиков – 17 и девочек 13. больных. С клинически установленными диагнозами: ОРВИ, обструктивный бронхит, ДН 1 ст. – 17 больных и с ОРВИ, острый простой бронхит, ДН 0 ст. 13 больных детей. Детям контрольной группы назначалась стандартная терапия как при ОРЗ – бромгексин. Продолжительность лечения – 5-7 дней в зависимости от динамики состояния.

Результаты исследования. Эффективность кашля оценивалась на основании тяжести симптомов кашля по шкале. У 6 детей (10,9%) отмечалось тяжелое течение болезни, у 55 (90,1%), среднетяжелое течение заболевания. Возрастная структура составляла: до 1года 17 детей (27,4%) из них до 6мес 5(8,1%) и старше 6мес 12(19,3%); от 1-до 2 лет - 20 детей (32,3%); от 2 - 3лет – 18 (29%); старше 3-х лет - 6 детей (10,9%). Эффективность лечения оценивалась ежедневно родителями (субъективная оценка выраженности симптомов) и врачом (при включении в исследование через 3-5 и 7-10 дней). На каждого ребенка заполнялась индивидуальная карта. Клинические симптомы оценивались в баллах по каждому симптому: 0 – отсутствие симптомов, 1 – слабо выражены, 2 – умеренно выражены, 3 – сильно выражены. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических проявлений.

Выводы: Аскорил оказался высоко эффективен при бронхите у часто болеющих детей. Аскорил является эффективным и безопасным средством лечения длительно и часто болеющих детей с ОРЗ. Уменьшал длительность кашля, снижал проявления бронхиальной гиперреактивности и способствовал более быстрому клиническому выздоровлению.

Атыгаева С.К.

ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР: ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГККП «Городская инфекционная больница», г. Астана, Казахстан

Охрана материнства и детства является одной из самых приоритетных направлений национального здравоохранения. Особое значение имеет профилактика, раннее выявление и лечение экстрагенитальной патологии. Экстрагенитальная патология является тем неблагоприятным фоном развития беременности, на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а также усугубляются все осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродовом периоде. Экстрагенитальная патология может быть хроническим преморбидным фоном и может впервые манифестировать во время беременности на высоте напряжения адаптационных механизмов. Острая инфекционная патология чаще всего возникает впервые во время беременности, может иметь нетипичные клинические проявления и влиять на развитие акушерской патологии у женщины и перинатальной патологии у новорожденных.

В связи с монопрофильностью инфекционного стационара для качественного оказания помощи беременным и женщинам фертильного возраста организована круглосуточная консультативная помощь узкопрофильными специалистами, в стационаре функционируют клиничко-диагностическая, биохимическая, иммунологическая, бактериологическая лаборатории, кабинеты эндоскопии, ультразвуковой диагностики, рентгенодиагностики, организован и оборудован гинекологический кабинет, заключены договора с другими медорганизациями о предоставлении диагностических услуг. Все поступающие беременные осматриваются комиссионно в приемном покое заведующими профильными отделениями и врачами приемного покоя. В случаях поступления беременных с тяжелой степенью проявления инфекционного процесса, диагностически сложных случаев немедленно организуются консилиумы специалистов. Согласно имеющимся регламентирующим приказам в профильные больницы, в том числе инфекционную, госпитализируются беременные со сроком гестации до 30 недель, остальные – в родильные дома. В 2011 году в ГИБ пролечены 631 беременная (11,1% от всех пролеченных), основную долю составили беременные с острой кишечной инфекцией – 401 больная (58,0%), несколько меньше с ОРВИ – 179 беременных (25,9%), с ангинами – 34 (4,9%), реже беременные с ветряной оспой – 7 (1,0%), вирусным гепатитом А – 3 (0,4%), хроническим вирусным гепатитом В – 2 (0,3%), алиментарным гастроэнтеритом – 2 (0,3%), по 1 беременной (0,14%) с холестазом беременных, рожей и аллергическим дерматитом. Все выписанные беременные по принципу из рук в руки передаются в территориальные амбулаторно-поликлинические комплексы или женские консультации, по каждой женщине передается актив.

Таким образом, вся специализированная медицинская помощь беременным в инфекционном стационаре оказывается в полном объеме и в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Атыгаева С.К., Ким О.С.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА С ДРУГИМИ ЛЕЧЕБНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

ГККП «Городская инфекционная больница», г. Астана, Казахстан

Городская инфекционная больница (ГИБ) взаимодействует со всеми стационарами, поликлиниками и станцией скорой медицинской помощи, так как является единственным специализированным стационаром, осуществляющим круглосуточный ургент по инфекционной патологии. Из всех поступивших в стационар в 2011 году 95,8% госпитализированы по экстренным показаниям, т.е. 5452 больных, в плановом порядке госпитализировались 239 (4,2%) больных, это больные бруцеллезом, вирусными гепатитами, хроническим бруцеллезом, гельминтозами и паразитозами по направлению врачей ПМСП и с результатами обязательных лабораторных исследований. Соотношение распределения больных по направившим учреждениям на стационарное лечение в инфекционную больницу выглядит следующим образом. В 2011 году почти 60,0% больных доставлялись в ГИБ «скорой помощью» (в 2010 году – в 51,4%), участковыми поликлиниками направлены 14,8% (в 2010 году – 18,7%). Уровень госпитализированных больных, обратившихся самостоятельно, оставался на прошлогоднем уровне и составил 11,4% (в 2010 году 10,6%). Эти больные обращались в инфекционный стационар без направления, в основном при появлении симптомов инфекционного заболевания (повышение температуры, диарея, диспептические нарушения, желтуха), госпитализация в этих случаях осуществлялась по экстренным показаниям, так как отправка больного за направлением в амбулаторно-поликлиническое учреждение была чревата ухудшением его состояния или эпидемиологической опасностью для окружающих. Количество направленных больных врачами других городских учреждений была на уровне 589 (6,9%), в 2010 году их число составляло 583, т.е. 8,5%. Число больных направленных из ПМСП (СВА) уменьшилось до 161 чел (1,9%), в 2010 году – 228 (3,3%).

В 2011 году из 8581 больных, обращавшихся в приемный покой ГИБ, было отказано в госпитализации 2798 больным, что составило 32,6%. (в 2010 году процент отказов составлял 28,8%). При этом нужно отметить, что отказов по причине отсутствия мест в больнице не было. Наиболее часто было отказано больным направленным другими МО организациями города (49,4%), врачами семейно-врачебных амбулаторий (40,3%) и самостоятельно обратившимся больным (41%). При доставке бригадами ГССМП отказывалось в госпитализации 29,4% случаях. Причинами отказов были легкие формы болезни – 706 (25,2%), самостоятельные отказы составили 946 (33,8%), направлен в поликлинику из-за снятия диагноза 688 (24,6%), направлены в другие стационары – 345 (12,3%). Во всех случаях из приемного отделения передавались активы в поликлиники по месту жительства. В течение года 148 больных, т.е. 2,6% от пролеченных были переведены в другие лечебные учреждения города (их доля в 2010 году составила 2,8%, т.е. 136 больных). Переводы осуществлялись после консультации специалистов, чаще с диагнозами: острый аппендицит, ЖКБ, кишечная проходимость, паратонзиллярный абсцесс, острый панкреатит,

новообразования, почечная колика, начало родовой деятельности и другие состояния.

Таким образом, проведенный анализ выявил недостаточную ориентацию в вопросах инфекционных патологий врачей семейных врачебных амбулаторий, что требует соответствующей методической работы. Также отмечается высокая доля пациентов, обращающихся в инфекционный стационар самостоятельно, минуя амбулаторно-поликлинические учреждения, что также заставляет задуматься о качестве работы последних.

Ахмедова М.Д., Юлдашев А.М.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии. В проблеме их изучения особую актуальность на современном этапе приобретают вопросы своевременной ранней диагностики; характера клинического течения болезни; дифференциальной диагностики; развития осложнений, приводящих к неблагоприятным исходам; а также проводимой адекватной этиопатогенетической терапии. Существенной особенностью ОКИ является полиэтиологичность и широкий диапазон клинических форм – от субклинических до токсических.

Дифференциальный диагноз острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, проводится с заболеваниями, в клинической картине которых преобладают признаки общей интоксикации и симптомы поражения органов пищеварительной системы.

Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами рода *Proteus*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Pseudomonas* и другими, отличаются коротким инкубационным периодом, исчисляемым часами. Болезнь проявляется умеренно выраженными токсикозом и гастроэнтеритическим синдромом. Решающее значение в диагностике данной группы заболеваний имеют результаты бактериологического исследования испражнений, рвотных масс, промывных вод и пищевых продуктов, а также иммунологические сдвиги. Диагностическим критерием является обнаружение условно-патогенных микроорганизмов в монокультуре 10⁶ и выше в 1 г кала (> 10⁶ КОЕ/г) в начале заболевания и исчезновение возбудителей в процессе лечения. Существенное диагностическое значение придается нарастанию титра антител в реакции агглютинации с аутоштаммами в 2–4 раза и более в динамике и сравнительно высокие титры при однократном исследовании.

При тяжелом течении острых кишечных заболеваний, вызванных эшерихиями, стафилококками, протейями, клебсиеллами и другими условно-патогенными микроорганизмами, быстро нарастают признаки токсикоза и эксикоза, нарушения функции сердечно-сосудистой системы, печени и почек. У ряда больных развиваются дегидратационный или инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность и тромбгеморрагический синдром.

Дифференцировать следует с эшерихиозом, сальмонеллезом, шигеллезом, пищевыми интоксикациями стафилококковой этиологии, холерой, кишечными паразитозами.

Исключительно важно своевременно распознать острые хирургические заболевания органов брюшной полости, которые нередко протекают под клинической маской острых кишечных заболеваний: аппендицит, тромбоз сосудов брыжейки, инвагинация кишок и пр.

У ряда больных необходимо дифференцировать острые кишечные заболевания и расстройства функции органов пищеварения неврогенного, алиментарного, лекарственного и аллергического характера, энтероколитами, связанными с отравлениями солями тяжелых металлов (свинца, ртути, меди, цинка и других), а также с дисферментозами и дисбактериозами различного происхождения.

Решающее значение имеют результаты бактериологического исследования. Специфическими методами диагностики являются бактериологический и серологический.

Диагноз уточняется на основании анамнеза, эпидемиологических данных, результатов рентгеноскопии органов брюшной полости, гематологических, копроцитологических исследований и химического анализа кала и рвотных масс.

Аяшева Л.Х., Соколов Ю.Е.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В Г. АСТАНА

г. Астана, Республика Казахстан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) составляют значительную часть ежегодно регистрируемых заболеваний во многих странах мира, в том числе и в Казахстане. Так, в Республике Казахстан ежегодно регистрируется около 2 млн. кишечных инфекций различной этиологии, поэтому целью работы явилось изучение этиологической структуры ОКИ. Проведен ретроспективный анализ бактериологического исследования испражнений больных, госпитализированных в городскую инфекционную больницу г. Астана в период с 2010 по 2011 годы. За исследуемый период бактериологическим методом проведено 27463 анализа от 6483 лиц обоего пола с диагнозом ОКИ. В 2009 году от 1900 лиц было выделено 227 штаммов сальмонелл, что составило 11,9% от числа выделенных культур, и 170 изолятов шигелл, что составило 9,8% от числа выделенных штаммов. Остальные виды культур отнесены к условно патогенным микроорганизмам. В 2010 году частота выделения сальмонелл составила 10,8%, шигелл – 3,8% от общего числа наблюдений. При этом 79,2% культур пришлось на условно-патогенную флору. В 2011 году от 2669 лиц, что в 1,4 раза превышает показатели предыдущих лет, было зарегистрировано 13,6% сальмонелл и 1,4% шигелл. При этом 85% выделенных культур составили представители условно-патогенной флоры. То есть можно заключить, что в структуре ОКИ имеется тенденция к росту сальмонелл, сопряженная обильным ростом условно-патогенной флоры, что может свидетельствовать о снижении общей резистентности организма человека на фоне бессистемного и чрезмерного употребления антибиотиков и химиопрепаратов. Так проведенный анализ истории болезни показал, что 78% поступивших в ГИБ с подозрением на ОКИ, указывали на факт при-

менения таких лекарственных средств, как тетрациклин, левомицетин, ампициллин, бисептол или циплокс. Проведенный анализ выявил рост таких видов сальмонелл, как *Salmonella enteritidis* varjena, *Salmonella typhimurium* “c”, *Salmonella typhimurium* “d”. Примечателен тот факт, что впервые в 2009 году зарегистрирован рост ранее не выявляемого штамма *Salmonella thiongwе*, что, безусловно, является следствием миграции населения из других регионов в г. Астана. Что касается анализа высеваемости шигелл, то необходимо отметить общую тенденцию снижения таких ее представителей как *Shigella Flexneri* 1b, *Shigella Flexneri* 2b, *Shigella Flexneri* 3a и значительный рост *Shigella Sonnei* 1a. Таким образом, анализ дает основание заключить, что в динамике этиологической структуры ОКИ по г. Астана преобладают представители условно-патогенной флоры, на фоне общего динамического роста сальмонелл и тенденции к снижению высеваемости шигелл, что, безусловно, связано с бессистемным и чрезмерным употреблением больными антибиотиков и химиопрепаратов.

Бабаченко И.В.¹, Ровный В.Б.², Ибрагимова О.М.¹

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ПОРАЖЕНИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

¹ФГБУ НИИДИ ФМБА России,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова

г. Санкт-Петербург, Россия

Респираторно-синцициальная вирусная инфекция (РСВИ) встречается повсеместно и регистрируется круглогодично с наиболее высокими показателями заболеваемости в холодное время года. Все исследователи отмечают двухволновый подъем заболеваемости с пиком в начале зимы и весной (чаще в феврале и мае). В возрастной группе моложе 5 лет инфицируются 77 % детей, из которых у 60% поражаются нижние дыхательные пути. В семейных очагах заболевают до 45% контактных лиц.

Цель работы: дать эпидемиологическую характеристику РСВИ и выявить различия ее клинико-лабораторных проявлений у детей с поражением нижних дыхательных путей в зависимости от возраста.

В клинике респираторных (капельных) инфекций ФГБУ НИИДИ ФМБА России мы наблюдали 320 детей с симптомами поражения нижних дыхательных путей в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Исследование проводилось с апреля 2011 по март 2012. Всем детям проведено комплексное обследование на РСВИ: с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) крови выявляли специфические IgM и IgG к РСВ, антигены вируса определяли иммуноцитохимическим (ИЦХ) методом в мазках из ротоглотки и лимфовзвеси, РНК РСВ – в мазках из ротоглотки с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Установлено, что у 220 (68,7%) наблюдаемых детей диагностирована острая РСВИ на основании выявления антител класса IgM в ИФА и/или положительных результатов ПЦР или ИЦХ мазков из ротоглотки. Среди наблюдаемых детей выделены три возрастные группы: 94 человека (42,7%) – дети первого года жизни (1 группа), 46 детей (21%) – дети с 1 года до 2 лет включительно (2 группа) и 80 пациентов (36,3%) – с 2 лет до 5 лет включительно (3 группа). В 1 группе РСВИ регистрировали ежемесячно кроме

июля, максимальное количество больных было с октября по февраль (в среднем 12,6 чел.), в мае 2011 года болело 11 детей. Во 2 группе пик был с сентября по ноябрь 2011 г. (8,6 чел.) и в мае 2011г (6 пациентов). В 3 группе пик заболеваемости отмечали в мае 2011г. (13 чел.) и в сентябре-октябре (в среднем 21 чел.). Во 2 и 3 возрастных группах заболеваемость равномерно регистрировалась и в летние месяцы. Установлено, что у детей 1 группы РСВИ протекала с симптомами бронхообструкции в 63% случаев (59 чел.), причем симптомы сохранялись в среднем 6,1 день. Острый бронхит регистрировали в 19% случаев, средний отит, осложнявший течение заболевания, наблюдали у 10 больных. В 1 группе чаще выявляли бронхиолиты (у 11 детей). У пациентов 2 группы преобладали пневмония (39%), обструктивный бронхит (35%), отиты составили 28%. Бронхиолит был всего у 1 ребенка. В 3 группе острая РСВИ также протекала с развитием пневмонии у 28 больных (35%), обструктивным бронхитом в 31% случаев. Синуситы были у 6% (5 чел.). У 26% детей наблюдали 2 и более синдромов поражения респираторного тракта. Исследуемым пациентам проводили также клинический анализ крови. Во всех возрастных группах преобладал нормоцитоз (62% в 1 группе, 67% во 2-ой и 65% в 3-ей). У детей первого года жизни одинаково часто встречался лейкоцитоз с нейтрофилиезом (21%) и лимфоцитозом (17%), у пациентов второго года жизни лейкоцитоз чаще всего был обусловлен нейтрофилами (28%), в 3 группе был только нейтрофилиез (34%).

Таким образом, РСВИ характеризуется осенне-зимне-весенней сезонностью, различными нозологическими формами поражения нижних дыхательных путей и гематологическими особенностью в зависимости от возраста.

Бабаченко И.В., Скрипченко Н.В., Иванова Г.П.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

*ФГБУ НИИДИ ФМБА России
г. Санкт-Петербург, Россия*

Перспективность применения иммунотропных препаратов в терапии тяжелых форм инфекционных заболеваний обусловлена недостаточной эффективностью стандартных схем этиотропной, в том числе в связи с широким распространением вирусных заболеваний, дисфункции иммунной системы под действием факторов вирулентности патогенов, лизосомальных ферментов, свободных радикалов, медиаторов воспаления. Условием применения иммунотропных препаратов в терапии тяжелых форм инфекционных заболеваний, особенно у детей, является их безопасность, наличие четких и доказанных механизмов действия, быстрота реализации лечебного эффекта. Этим требованиям удовлетворяет разрешенный к применению у детей с первых дней жизни отечественный рекомбинантный человеческий интерлейкин-2 (ИЛ-2) (Ронколейкин®).

Целью исследования явилась оценка эффективности препарата Ронколейкин в комплексной патогенетической терапии лейкоэнцефалитов (ЛЭ) у детей.

Наблюдались 38 детей с ЛЭ в возрасте от 1 года до 17 лет. Основную группу составили 18 детей, которым кроме базовой этиопатогенетической терапии применя-

ли Ронколейкин внутривенно капельно на 0,9% NaCl в дозе 0,5 мг ежедневно в течение 3 или 5 дней в зависимости от тяжести энцефалита. Дети группы сравнения (20 больных) получали комплексную терапию без Ронколейкина. Пациенты двух групп были сопоставимы по полу, возрасту и клинико-лучевым параметрам. Всем больным проводился клинический и лучевой мониторинг, а также исследовались соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП) с n. tibialis в остром периоде, а также повторно через 3 и 6 месяцев. В этиологии преобладающее значение имели вирусы герпеса 1-2, 3, 4, 5 и 6 типов (47,6%), нередко выявляемые в виде микст-ассоциаций, реже определялись энтеровирусы – ЕСНО 6,11,30 (13,1%), вирус клещевого энцефалита (15,7%), B. burgdorferi – 10,8%. У 5 пациентов этиология была не уточнена. На момент начала терапии у 57,9% детей длительность заболевания составила от 5 до 15 суток, что соответствовало острому течению ЛЭ. В 23,7% случаев – колебалась от 2 до 4 месяцев (подострое течение), а в 18,4% случаев – от 6 до 10 месяцев (хроническое течение). Установлено, что применение Ронколейкина ускорило процессы восстановления и сокращало длительность сохранения неврологических симптомов в среднем на 7,4±2,6 суток, по сравнению с больными группы сравнения. Использование в комплексной терапии Ронколейкина позволило снизить частоту повторных рецидивов заболевания в 2,4 раза с 15% до 6,2%. 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. При этом у пациентов основной группы, по сравнению с пациентами группы сравнения, при повторном исследовании ССВП через 6 мес. наблюдались достоверно лучшие показатели скорости центрального афферентного проведения на межпиковом интервале N22-P37 (18,31±2,3 и 21,64±7,13 мс соответственно, p<0,05). В большинстве случаев препарат хорошо переносился, среди побочных эффектов отмечен подъем температуры до фебрильных цифр у 2 детей.

*Башева Д.А., Жумадилова С.К., Кенжебаева С.К.,
Сейдуллаева А.Ж., Утегенова Р.Б., Кузгубекова С.Б.*

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

г. Астана, Казахстан

Использование антибактериальных препаратов в лечении детских инфекционных болезней занимает ведущее место. В настоящее время многообразие различных антибиотиков, их форм создало проблему выбора оптимального режима лечения, отвечающим современным требованиям эффективности и безопасности больных.

Цель работы. Анализ рационального использования антибиотиков у детей в Городской детской инфекционной больнице (ГДИБ) г. Астана за 2007-2011 г.

Материалы и методы. Методом случайной выборки проводился ретроспективный анализ 5684 историй болез-

ней и антибактериальных карт детей, проходивших лечение в ГДИБ г. Астана в период с 2007 по 2011 год.

Результаты. Из числа госпитализированных в ГДИБ основную возрастную группу, получавших лечение составили дети от 0 до 3 лет (42-49%); тяжесть заболевания – средняя (64,6-74,2%) и тяжелая (25,8-35,4%). Проводили анализ следующих групп заболеваний: острые респираторно вирусные инфекции (ОРВИ), осложненные обструктивным бронхитом, пневмонией с явлениями дыхательной недостаточности различной степени тяжести 48,6-70,1%; острые кишечные инфекции (ОКИ) 23,7-45,1%; воздушно-капельные инфекции (ВКИ) 3,4-7,3%. Ретроспективный анализ истории болезней за 2007 и 2011 г.г. позволил определить ассортимент антибиотиков часто назначаемых пациентам, а также провести сравнительную оценку результатов терапии в связи с внедрением в клинику инновационных программ, созданных сотрудниками кафедры детских инфекционных болезней АО «Медицинский университет Астана» для повышения качества антибактериальной терапии. Одним из требований программы является внедрение антибактериальной карты с перечнем основных сведений антибактериального анамнеза больного ребенка, что позволяет избежать полипрагмазии, предотвратить возникновение лекарственной устойчивости микроорганизмов, привести к минимуму количество побочных эффектов, а так же снизить смертность и ускорить процесс выздоровления. В результате анализа установлено, что с 2010 г. в стационаре не использовался ряд антибиотиков с длительным применением в течение 5 лет и более, например: цефалоспорины 3 поколения цефотаксим, синтетические пенициллины и их комбинация с гентамицином. Уменьшение ассортимента антибактериальных препаратов способствовало их ротации и циклическому использованию, а также предотвращению появления резистентных штаммов микроорганизмов. В результате использования рекомендаций установлено, что в 2010 и 2011 годах по сравнению с 2007–2009 гг. этиотропная терапия проводилась посредством одного – двух антибиотиков. Параллельно с этим было отмечено снижение летальных исходов в 2010–2011 гг. по сравнению с 2007–2009 гг. (0,4‰ – в 2007 г., 0,3‰ – в 2008 г., 0,2‰ – в 2009 г., 0,06‰ – в 2010 г., 0,03‰ – в 2011 г.).

Выводы. В результате внедрения в ГДИБ г. Астана инновационной программы по повышению качества антибактериальной терапии, в стационаре вдвое снизилась летальность больных в сравнении с 2010 годом и в 13 раз в сравнении с 2007 годом. Повысилось качество этиотропной терапии, и снизилась необоснованная полипрагмазия. Налажена преемственность в использовании антибиотиков на всех этапах медицинской помощи.

Башева Д.А., Сейдуллаева А.Ж.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА У ДЕТЕЙ

г. Астана, Республика Казахстан

Широкая распространённость описторхоза, как у взрослых, так и у детей, полиморфизм клинических проявлений и недостаточная эффективность антигельминтной химиотерапии определяет актуальность изучения данной проблемы.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-лабораторных и инструментальных показателей при хроническом описторхозе у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением в детской городской поликлинике №1 г. Астана находилось 30 больных с хроническим описторхозом в возрасте от 5 до 14 лет. Диагноз у исследуемых подтверждён по основным клинико-анамнестическим и лабораторным признакам, включавшим обнаружение яиц описторхиса в кале, выявленных эфир-формалиновым методом, а также в дуоденальном содержимом. Обследование включало сбор анамнеза, исследование объективного статуса, периферической крови и мочи, биохимического состава крови, ультразвуковое исследование, фиброгастроскопию.

Результаты исследования. В клинике хронического описторхоза у детей при объективном обследовании органов брюшной полости у 20 (66,6%) отмечалась болезненность в правом подреберье. У 16 (53%) пациентов отмечалась болезненность в эпигастральной области, у 13 (43,3%) в левом подреберье. Часто обнаруживались симптомы Ортнера, Кера, несколько реже симптомы Мюсси, Менделя, у 16 (53,3%) детей отмечалось увеличение размеров печени, преимущественно за счёт левой доли. У 14 (46,6%) детей отмечались аллергические проявления в виде сыпи на коже. У 4 (13,3%) детей отмечались на коже псориазоподобные бляшки, у 3 (10%) отмечались лимфоаденопатия, изменения со стороны лёгких в виде обструктивного бронхита отмечались у 12 (40%) детей, у 18 (60%) детей отмечались изменения со стороны нервной системы, чаще всего в виде астено-вегетативного синдрома. При исследовании периферической крови у 15 (50%) детей отмечено ускоренная СОЭ, лейкоцитоз – 3 (10%), лейкопения – 2 (6,6%). Изменения со стороны почек в виде лейкоцитурии имело место у 2 (6,6%) человек, у остальных отмечалась слабо выраженная протеинурия. Диспротеинемия обнаружена у 3 (10%) детей, наличие СРБ обнаружено у 12 (40%) детей, повышение трансфераз – у 5 (16,6%) детей, реже регистрировалось повышение билирубина, холестерина, сахара в сыворотке крови. Клинически выраженное поражение гепатобилиарной системы протекало как в виде дискинезии желчевыводящей системы, так и в виде её органических поражений, а именно холециститов, гепатохолециститов, холангиохолециститов, холангиогепатитов, у 11 (36,6%) детей органические поражения гепатобилиарной системы сочеталось с дискинезией. Наряду с этими показателями проведена оценка функционального состояния сопряжённых органов, прежде всего желудочно-кишечного тракта. При проведении фиброгастроскопии нами был выявлен поверхностный гастрит у – 3 (10%), дуоденогастральный рефлюкс у – 6 (20%). При обследовании кишечника у 22 (73,3%) детей выявлен дисбактериоз. На УЗИ чаще отмечались гипокинезии желчного пузыря 19 (63,3%), реже гиперкинезии 6 (20%), неомогенное содержимое – у 22 (73,3%), у 1/3 больных – наличие перетяжек и перегородок в желчном пузыре, расширение внутрипеченочных протоков – у 6 (20%), у 11 (36,6%) – умеренная неоднородность и увеличение размеров поджелудочной железы.

Вывод: описторхоз у детей характеризуется определёнными клинико-лабораторными изменениями, свидетельствующие о вовлечении в процесс не только печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, но и других органов, что свидетельствует о системности поражения.

*Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Алишинбекова Г.К.,
Дюсембаева А.Е., Насакаева Г.Е.*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ

г. Караганда, Казахстан

Дизайн исследования. Обследование 110 детей, переносивших сочетанное поражение респираторного и желудочно-кишечного тракта в возрасте от 6 месяцев до 3 лет.

С целью выбора оптимальной схемы лечения и оценки её клинической эффективности больные были разделены на 2 группы. Первую (опытную) группу составили 55 детей, которые наряду с базисной терапией получали Анаферон детский. Вторую группу (сравнения) составили 55 детей, в лечении которых использовали только базисную терапию.

Обсуждение результатов исследования. У 36,4% детей в клинике были выражены катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей в виде: ринита, кашля, осиплости голоса, на фоне жидкого стула в виде водянистой диареи, результаты ИФА были отрицательные.

У 63,6% детей был выражен синдром энтерита или гастроэнтерита, при этом стул был водянистый, пенистый с небольшим количеством патологических примесей. Катаральные симптомы были менее выражены. При проведении иммуноферментного анализа (ИФА) у этих детей был обнаружен антиген ротавируса в фекалиях.

После начала приема Анаферона детского число детей с повышенной температурой тела составила в среднем 23,0%, в то время как в группе сравнения лихорадка в эти сроки регистрировалась соответственно в среднем у 59,0% больных ($p \leq 0,05$). Сокращалась продолжительность лихорадки у больных с ротавирусной инфекцией и ОРВИ после приема Анаферона детского соответственно до $2,5 \pm 0,31$; $2,1 \pm 0,12$ ($p \leq 0,05$) дней. Длительность лихорадки при использовании только базисной терапии равнялась соответственно $3,7 \pm 0,33$ и $3,1 \pm 0,21$ ($p \leq 0,05$) дней.

В группе больных, получавших Анаферон детский имело место более быстрая нормализация характера и кратности стула. Сокращалась длительность диареи до $2,7 \pm 0,45$ ($p \leq 0,05$) при ротавирусной инфекции и до $2,1 \pm 0,12$ ($p \leq 0,05$) дней при ОРВИ. Тогда как в группе больных, получавших только базисную терапию, длительность диареи составила соответственно $4,5 \pm 0,53$ и $3,5 \pm 0,41$ дней ($p \leq 0,05$).

При ОРВИ в группе больных, получавших Анаферон детский имело место достоверное купирование катаральных симптомов. Сокращалась соответственно: длительность гиперемии зева $2,5 \pm 0,21$, кашля $2,3 \pm 0,71$, осиплости голоса $2,7 \pm 0,35$, ринита $2,5 \pm 0,42$ ($p \leq 0,05$). Тогда как в группе больных, получавших только базисную терапию, длительность гиперемии зева, кашля, осиплости голоса, ринита составила соответственно $3,5 \pm 0,63$; $3,7 \pm 0,57$; $3,6 \pm 0,17$; $3,5 \pm 0,11$ дней ($p \leq 0,05$).

*Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Ефимова О.Н.,
Девдариани Х.Г., Изтелеуова А.М.*

СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

г. Караганда, Казахстан

Цель исследования: изучение клинических особенностей серозного менингита энтеровирусной этиологии у детей.

Дизайн исследования. Под наблюдением находилось 50 больных серозным менингитом энтеровирусной природы в период эпидемического подъема этой инфекции.

Обсуждение результатов исследования. Заболевание обычно начиналось остро с головной боли, рвоты, повышения температуры, першения в горле и заложенности носа. Температура обычно быстро (в течение 6-12 часов) поднималась до высоких цифр. Лихорадка в пределах субфебрильных цифр была зарегистрирована у 34 (68,0%) больных, выше 38°C – у 16 (32,0%).

Менингеальный синдром был стабильным у всех больных. Определялись симптомы Кернига у 19 (38,0%) детей, ригидность затылочных мышц – у 37 (74,0%), верхний и нижний Брудзинского – у 10 (20,0%). Для менингеальных симптомов были характерны нестойкость и диссоциация менингеальных знаков. Например, при выраженной ригидности мышц затылка наблюдалось отсутствие нижнего Брудзинского. Менингеальные симптомы, как правило, исчезали через 2-3 дня после проведенной люмбальной пункции.

Спинномозговая жидкость была прозрачной или слабо опалесцирующей, вытекала частыми каплями или струей. Плеоцитоз у большинства больных колебался в пределах 200-400 (в среднем составлял 248) клеток в 1 мкл и в начальном периоде болезни носил смешанный характер; через 7-10 дней клеточный состав ликвора сменялся явным преобладанием лимфоцитов. Концентрация белка в ликворе была в пределах нормативных величин и в среднем колебалась от 0,18 до 0,26 г/л. Концентрация сахара в ликворе имела некоторую тенденцию к снижению или оставались на нижней границе нормы.

Интерпретация ликворологической картины позволили трактовать данные изменения как проявления серозного воспаления мозговых оболочек.

Исход серозных менингитов во всех случаях был благоприятным. Средняя продолжительность госпитализации составляла 18 койко-дней.

*Бекиш Л. Э., Семенов В.М., Дмитраченко Т. И.,
Лавринович Д. Н.*

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПИСТОРХОЗА В ВИТЕБСКЕ И ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет»*

г. Витебск, Беларусь

Актуальность: Описторхоз - природно-очаговый биогельминтоз, протекающий остро и хронически, характеризующийся поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Витебская область не является эндемичной по описторхозу зоной, но данный гельмин-

тоз регистрируется ежегодно в виде спорадической заболеваемости.

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости описторхозом в Витебске и Витебской области.

Материалы и методы: Нами ретроспективно обследовано 48 пациентов, больных описторхозом в возрасте от 18 до 72 лет.

Результаты: Среди инвазированных лиц преобладали женщины (30 человек – $62,5 \pm 7,06\%$). Средний возраст наблюдавшихся больных составил 48,8 лет. Показаниями к обследованию являлись жалобы больных и клинические показания, только 2 инвазированных были выявлены при профилактическом осмотре.

При изучении эпидемиологического анамнеза установлено, что все пациенты употребляли рыбу либо в сыром виде, либо недостаточно термически обработанную (соленую, вяленную, сушеную, копченую). Девять инвазированных употребляли в пищу привозную рыбу из эндемических районов Российской Федерации. Остальные 39 человек употребляли рыбу, выловленную из местных водоемов.

Среди клинических форм преобладал хронический описторхоз. Острый описторхоз был выставлен лишь одному пациенту. Диагноз был подтвержден в ИФА (титр 1:800 с нарастанием через 2 недели 1:12800).

Основными клиническими проявлениями инвазии явились диспепсический и болевой синдромы: горечь во рту у 38 пациентов $80,85 \pm 5,8\%$, тошнота у 40 ($85,11 \pm 5,25\%$), рвота у 18 ($38,3 \pm 7,17\%$), вздутие живота у 38 человек $80,85 \pm 5,8\%$, неустойчивый стул имели 22 пациента ($46,81 \pm 7,36\%$). У 41 инвазированного выявлялись симптомы поражения гепатодуоденопанкреатической зоны: боли в правом подреберье у 41 ($85,42 \pm 5,15\%$) человека, увеличение печени у 36 ($87,8 \pm 5,17\%$), болезненность при пальпации в эпигастрии у 33 ($80,49 \pm 6,27\%$). Астеновегетативный синдром наблюдался у 13 пациентов ($27,66 \pm 6,6\%$). Вегетативные расстройства отмечали 8 ($17,02 \pm 5,54\%$) человек.

В гемограмме эозинофилия от 6% до 72% выявлена у 39 ($82,98 \pm 5,54\%$) инвазированных, в биохимическом анализе повышение трансаминаз у 12 ($25,53 \pm 6,43\%$) человек. При УЗИ признаки гепатита диагностированы у 8 ($17,02 \pm 5,54\%$), холецистита – у 16 ($34,04 \pm 6,99\%$), холангита – у 3 ($6,38 \pm 3,6\%$), ДЖП – у 5 ($10,64 \pm 4,55\%$) пациентов.

Диагноз хронического описторхоза подтвержден копроовоскопически в 100%, исследованием дуоденального содержимого – 23%. Определение антител (ИФА) проведено 18 ($38,3 \pm 7,17\%$) пациентам, положительный результат получен у 9 ($50 \pm 12,13\%$).

Выводы: Заболеваемость описторхозом на территории Витебска и Витебской области регистрируется ежегодно. Основным фактором передачи описторхоза является сырая, либо недостаточно обработанная термически рыба, выловленная из местных водоемов. Из клинических форм преобладает хронический описторхоз. Основными клиническими проявлениями являются болевой и диспепсический синдромы, а также поражение гепатодуоденопанкреатической зоны, сопровождающиеся эозинофилией и повышением трансаминаз. Решающую роль в диагностике хронического описторхоза имеет копроовоскопия.

Бекмухамбетов С.К.

ГРУППОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В ОБЛАСТНОМ ДЕТСКОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ САНАТОРИИ «ИВУШКА»

*ГУ «Городская инфекционная больница»,
г. Уральск, Казахстан*

С 22.07.2003 г. по 25.07.2003 г. среди детей, находившихся на санаторном лечении в Областном детском противотуберкулезном санатории (ОДПТС) «Ивушка» зарегистрировано 85 случаев пищевой токсикоинфекции, вызванной сальмонеллой энтеритедис (1 случай с летальным исходом). Все дети госпитализированы в городскую инфекционную больницу г. Уральска. Возраст детей от 4 до 13 лет, дети заболели после употребления на ужин 21.07.2003 г. мясной запеканки. Основными клиническими симптомами заболевания являлись: повышение температуры тела (от 37 до 40°C) у 100%; головная боль у 91%, боли в животе у 75%; жидкий стул 94%; рвота 51%.

Среди заболевших детей, количество пациентов с тяжелыми формами составили 27 больных – 31,7%; среднетяжелые формы заболевания у 39 больных – 46%; легкие формы у 19 – 22,3%. Большая часть больных поступила в стационар в течение первых суток. По клинике поражения желудочно-кишечного тракта больные были подразделены: гастрит – 1 (1,2%); гастроэнтерит – 28 (32,9%); энтерит – 23 (27,0%); энтероколит – 18 (21,1%); гастроэнтероколит – 15 детей (17,6%). Необходимо отметить, что значительное влияние на тяжесть течения сальмонеллеза оказало преморбидное состояние детей, а именно: очаговый и инфильтративный туберкулез легких и лимфатических узлов в различных стадиях процесса у 15 пациентов (17,6%), тубинфицированность и тубконтакт у 54 детей (63,5%), гиперергическая проба Манту у 16 (18,8%), что привело к снижению иммунологической реактивности организма.

Умершая больная в возрасте 12 лет находилась на санаторном лечении в ОДПТС с диагнозом: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в стадии рассасывания. Сальмонеллезная инфекция протекала в тяжелой форме, смерть наступила от быстро прогрессирующего инфекционно-токсического шока.

У троих детей был врожденный порок сердца, у одного ребенка язвенная болезнь желудка, у другого гипертензионно-гидроцефальный синдром. Следует отметить, что клиника ОКИ у детей развивалась очень быстро, в 1-ые сутки было госпитализировано 35 детей (41,1%).

Материалом для исследования являлись: испражнения, промывные воды, кровь моча. При бактериологическом исследовании испражнений были выделены 52 культуры. По морфологическим, культуральным, биохимическим свойствам и антигенной структуре выделенные культуры были идентифицированы как *Salmonella enteritidis* var. jena. При отрицательных бактериологических исследованиях использовался серологический метод: реакция непрямой гемагглютинации (РНГА). Материалом служили сыворотки крови больных при поступлении и через 7-10 дней. Было обследовано 50 больных, изучено 100 сывороток. В реакции использовали стандартные эритроцитарные сальмонеллезные диагностикумы группы Д (1, 3, 12). Антитела к сальмонеллам группы Д были

выявлены у 33 больных и 17 контактных (68,7%). Из 85 заболевших детей, 18 (21,2%) прошли лечение в отделение реанимации интенсивной терапии. Лечение всем больным проводилось комплексное, в зависимости от преморбидного фона. Проводилась протившоковая терапия, инфузионно-детоксикационная терапия с учетом потребности и патологических потерь, антибактериальная терапия клафоран, гентамицин, сальмонеллезный бактериофаг, симптоматическая терапия. Таким образом, при сниженной иммунологической реактивности организма (при тубинтоксикации) сальмонеллез у детей протекает часто в тяжелых формах, вплоть до развития ИТШ.

Бекмухамбетов С.К.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА И КЛИНИКА БЕШЕНСТВА ПРИ УКУСАХ РАЗНЫМИ ВИДАМИ ЖИВОТНЫХ

*ГУ «Городская инфекционная больница»
г. Уральск, Казахстан*

По-прежнему актуальным остается вопрос заболевания бешенством среди людей, так как данная инфекция всегда заканчивается летальным исходом. Бешенство является одним из разновидностей группы «раневых» инфекций, а, значит, всегда возникает угроза заболевания людей.

С 2007 по 2011 годы по Казахстану зарегистрировано 44 случая заболевания бешенством у людей. Из них детей заболело 16 (36,4%), подростков 2 (4,5%), взрослых – 26 (59,0%).

В Западно-Казахстанской области за период с 2003 по 2011 годы зарегистрировано 4 случая заболевания бешенством у людей. В 2003 году – 1 случай у жителя сельской местности (возраст 58 лет), в результате укуса лисицы в область 3-4 пальца левой кисти; в 2008 году – заболел житель города (58 лет) от укусов собаки в области кистей обеих рук; в 2009 г. – бешенство у ребенка в возрасте 6 лет, в результате укуса кошки в область указательного пальца левой кисти; в 2011 г. – заболел житель сельской местности в результате укуса собаки. Показатель заболеваемости в 2011 г. – 0,2 на 100 тыс. населения. По стационару городской инфекционной больницы прошли 3 случая заболевания бешенством людей: 2003, 2008 г. и 2009 г.

При госпитализации в городскую инфекционную больницу лечение и наблюдение за больными проводилось в отделении реанимации интенсивной терапии. Были проведены общеклинические исследования и симптоматическая терапия.

Первые признаки заболевания начинались с болей в области укусов ноющего, тянущего характера, зуда на месте укуса, недомогания.

Под влиянием какого-либо раздражителя возникали приступы гидро- и аэрофобии, которые сопровождалась спазмами мышц глотки. Одышка и страх возникали при виде воды у взрослых больных, у них же чувства агрессии сменялись светлыми промежутками.

По литературным данным инкубационный период более 200 дней встречается в 3,7%; от 100 до 200 дней – 10,4%; от 12 до 99 дней – 84%. В случае укуса собаки в области кистей обеих верхних конечностей инкубационный период составил 90 дней, больной госпитализирован на 3 день заболевания, провел в стационаре 28 часов, леталь-

ный исход наступил в стадии параличей. В случае укуса лисицы отмечается более длительный инкубационный период – более 200 дней, больной госпитализирован на 3 сутки с момента появления первых признаков заболевания и летальный исход наступил на 5 день пребывания в стационаре. Смерть также наступила в стадии параличей. При укусе кошки инкубационный период составил 139 дней, в стационаре провела 4 часа, госпитализирована на 2 день заболевания, летальный исход, возможно, наступил при переходе из стадии возбуждения в стадию параличей.

Выводы. Длительность инкубационного периода и клиника заболевания зависит от локализации укуса, а также имеет значение количество укусов; глубина поражений. Средняя длительность инкубационного периода от 30-40 до 90 дней мы наблюдаем при укусе собаки.

Бекмухамбетов С.К.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

*ГУ «Городская инфекционная больница»
г. Уральск, Казахстан*

С 2000 по 2010 годы в городской инфекционной больнице прошли лечение 140 больных ГЛПС. Из них 31 (22,2%) нуждались в интенсивной терапии и лечились в ОРИТ, т.е. 1/4-1/5 от общего количества больных. На вспышке 2005-2006 г.г. всего 83 больных, из них 15 (18%) нуждались в интенсивной терапии, при вспышке 2003-2004 г.г. – 28 больных, из них 8 (28,5%) нуждались в реанимационных мероприятиях: в другие периоды с 2000 по 2010 годы из 29 больных в ОРИТ лечились 8 (27,5%).

Больные госпитализированы в течение 2-7 дней от начала заболевания, в среднем на 4-5 день заболевания. Состояние больных оценивалось как тяжелое и очень тяжелое, и тяжесть была обусловлена ОПН (олигурический период ГЛПС).

Гипертермия до 39 °С была отмечена у 8 больных (25,8%), у 24 больных (77,4%) отмечались различные проявления геморрагического синдрома от петехиальной сыпи до подкожных кровоизлияний. Артериальная гипертензия отмечена у 11 больных (от 140/90 до 170/100 мм рт. т.). У всех больных выявлены боли в животе разной степени выраженности, боли в пояснице, положительный симптом Пастернацкого, олигурия. У 8 больных (25,8%) выявлена анурия. Уровень креатинина в сыворотке крови колебался от 176 до 1022 мкмоль/л, в среднем 413 мкмоль/л. Содержание мочевины до 22 ммоль/л, остаточный азот до 74 ммоль/л. Со стороны красной крови особых изменений не отмечалось. В среднем содержание тромбоцитов составляло $169,0 \times 10^{12}$ СОЭ на уровне 8-24 мм/час.

Учитывая, что в настоящее время не разработано специфическое лечение ГЛПС, проводилось патогенетическое и симптоматическое лечение. Детоксикационная терапия проводилась растворами глюкозы 5%, гемодеза, реополиглюкина. Регуляция водно-солевого обмена проводилась под контролем вводимой, выпитой, принятой с пищей жидкости, суточным количеством выделяемой мочи, рвотных масс и других потерь. В среднем за сутки больные получали около 2,0 л жидкости внутривенно

капельно. В олигурическом периоде энтерально получаемая жидкость давалась строго дозированно с учетом сохранения баланса вводимой и выделяемой организмом жидкости. В полиурическом периоде объем пероральной жидкости не ограничивали. Глюкокортикоиды назначали вместе с ингибиторами протеаз (контрикал, гордокс) для уменьшения каликреин-кининовой активности. Преднизолон назначали до 180 мг/сутки внутривенно, с последующим уменьшением дозы; контрикал в дозе 20 тыс. АТЕ/сутки, гордокс 200 тыс. АТЕ/сутки. Для улучшения реологических свойств крови больные получали 2,4% раствор эуфиллина, курантил, гепарин до 20000 ед/сутки, раствор реополиглюкина.

С целью стимуляции диуреза применяли лазикс до 80 мг/сутки. Для улучшения межпочечного объема и уменьшения объема свободных радикалов использовали витамины А, Е, С, кокарбоксиллазу. Для купирования болевого синдрома применяли баралгин, анальгин с димедролом, кетонал, спазмолитики. С целью профилактики вторичных инфекций всем больным назначался курс ампициллина по 0,5-1,0г 4 раза в сутки внутримышечно.

Из 31 больных находившихся в ОРИТ 8 (25,8%) вследствие нарастания симптомов ОПН, анурии были переведены в отделение гемодиализа. Пребывание больных с ГЛПС в ОРИТ составило от 2 до 9 дней, в среднем 4 дня. После улучшения состояния, ликвидации симптомов ОПН переведены в профильные отделения.

Таким образом, показанием для госпитализации или перевода в ОРИТ явились ОПН, проявившаяся анурией, высокий уровень креатинина 800-900 ммоль/л.

Бекмухамбетов С.К.

ОБ АКТИВИЗАЦИИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*ГУ «Городская инфекционная больница»
г. Уральск, Казахстан*

Неблагополучной остается эпидситуация по сибирской язве в Западно-Казахстанской области. В области имеются 156 стационарно неблагополучных пунктов по сибирской язве. В 2005, 2006, 2009 и 2011 годах зарегистрировано соответственно 5, 2, 7 и 2 случая заболевания людей сибирской язвой. Всего с 2005 по 2011 год зарегистрировано 16 случаев заболевания кожной формой сибирской язвой. Возраст больных от 23 до 66 лет, мужчины – 12 (75%), женщины 4 (25%). Причем в 2005 и 2011 годах болели люди одного и того же населенного пункта. Обследование и лечение проводилось в стационаре центральной районной больницы. Больным был выставлен диагноз: Сибирская язва, кожная форма. В 2011 г. диагноз был подтвержден выделением ДНК возбудителя сибирской язвы у одного из больных, другому больному диагноз был выставлен клинически. Оба заболевших участвовали в вынужденной прирезке животного. Лечение больным проведено по общей схеме. В случаях 2006 и 2009 года больные сибирской язвы были доставлены из 3-х очагов в городскую инфекционную больницу. В июле 2006 г. – 2 больных в возрасте 27 и 66 лет, участвовали в вынужденном забое больного бычка. Поступили в городскую инфекционную больницу – 1 с кожной локализованной формой сибирской язвы, карбункул средней трети левого предплечья, у второго больного – Сибирская язва, кож-

ная (локализованная форма) буллезная разновидность правого предплечья и карбункул 2 пальца левой кисти. У больного в возрасте 27 лет выделена культура возбудителя сибирской язвы, штамм имеет типичные свойства. Лечение проводилось с назначением антибактериальной терапии – пенициллин 24 мг в сутки, гентамицин 160 мг в сутки, цефазолин 4,0 г внутримышечно, дезинтоксикационная терапия: глюкоза 5%, гемодез, витамины В1, В6, рибоксин. Больные выписаны с выздоровлением.

В июне 2009 года госпитализированы 7 больных из 2 очагов, соответственно 4 и 3 больных. Возраст больных от 23 до 59 лет. Всем был выставлен клинический диагноз: Сибирская язва, кожная локализованная форма. Больные принимали участие в прирезке КРС, разделывали тушу. У всех 3 больных со второго очага диагноз сибирской язвы был подтвержден лабораторно; в первом очаге у 1 больного диагноз был подтвержден лабораторно, 3 больным был выставлен клинико-эпидемиологически, т.е. как вероятный случай сибирской язвы. Больным проведено лечение согласно общепринятой схеме: антибактериальная терапия, при необходимости дезинтоксикационная, витамины, симптоматическое лечение.

Выводы: Вышеописанные данные свидетельствуют об активизации очагов сибирской язвы, в результате чего отмечены случаи заболевания среди домашних животных и людей.

Бекмухамбетов С.К.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС) В ЗКО

*ГУ «Городская инфекционная больница»
г. Уральск, Казахстан*

В период с 2000 по 2010 год в городской инфекционной больнице проведено лечение 140 пациентам, заболевшим ГЛПС. Все больные, проходившие лечение, проживали в сельской местности, в северных районах ЗКО, граничащих с соседней Оренбургской областью РФ, за исключением 6 человек, которые по специфике своей работы пребывали в этих районах (вахта, командировка). В 2000 г. – 3, 2001 г. – 1, на вспышках 2003-2004 г.г. – 28, 2005-2006 г.г. – 83 и т.д.

Основную долю больных составляли мужчины – 119 (85%), женщины – 17 (12,1%), дети – 4 (2,9%). Возраст больных колебался от 6 до 55 лет. Источниками заражения явились мышевидные грызуны и продукты их жизнедеятельности (слюна, экскременты), попавшие во внешнюю среду. Заражение людей проходило в основном 3 путями: а) воздушно-пылевым (аэрогенным); б) алиментарным; в) контактным. Основная часть больных обращалась за медицинской помощью на 4 день заболевания, госпитализация на 5 день заболевания.

Острое начало отмечено у всех больных 140 (100%), подъем температуры тела до 39-39,3°C; озноб у 123 (87,8%), сильные головные боли у 135 (96,4%). Продолжительность лихорадки от 4 до 10 суток. Симптом «капюшона» отмечен у 31 человек (22%), инъекция сосудов склер и яркая гиперемия конъюнктив у всех 140 больных (100%). Временное нарушение зрения у 62 (44%). Тошнота в лихорадочном периоде у 113 (81%), рвота у 83 (59%). Боли в животе отмечались у 11 пациентов

(7,5%) и чаще боли отмечались уже при госпитализации в стационар.

Боли в пояснице выявлены у 93 (66%), положительный симптом Пастернацкого у 117 (83,6%). Мочевой синдром присутствовал у всех больных. У 92 (65,7%) с ОПН олигурия выявлена на бдень, у 41 (29,3%) на 3-4 день болезни; анурия была у 40 человек (28,6%) и в среднем появлялась на 8 день болезни. Длительность олигоанурического периода от 2 до 17 дней. Протеинурия в течение болезни была у 140 больных (100%). Максимальная протеинурия была в среднем 1,81 г/л; лейкоцитурия была у 107 (76%), гематурия у 113 (81%), цилиндрурия у 103 (74%).

Проявления геморрагического синдрома в олигоанурическом периоде наблюдались у 71 человек (50%). У 15 (11%) отмечались обильные носовые кровотечения, у 10 (7%) резкое снижение тромбоцитов.

Петехиальная геморрагическая сыпь выявлялась у 56 больных (40%), обширные кровоизлияния у 3 (2%), кровоизлияния в местах инъекций у 19 (13,6%). Синдром ДВС (диссеминированного внутрисосудистого свертывания) диагностирован у 9 больных (6,4%). Проведенный анализ показывает, что преобладали тяжелые 83 (59,3%) и среднетяжелые формы инфекции 47 (33,6%), лишь у 10 (7,1%) легкое течение болезни.

Лечение больных проводилось в условиях инфекционного стационара. Следует отметить, что 31 (22,2%) лечились в ОРИТ, т.е. 1/4-1/5 часть из общего количества больных ГЛПС, гемодиализ проведен 8 больным (5,7%), летальных исходов не отмечено (по данным литературы летальность от 0,3-3,5%).

Выводы: клиническими особенностями течения ГЛПС явились более длительный лихорадочный период до 10 суток, менее выраженные геморрагические проявления. Несмотря на преобладание тяжелых форм заболевания, не было допущено летальных исходов.

Бектимиров А.М.-Т., Юлдашев А.М.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ КИШЕЧНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА И ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

*НИИ эпидемиологии, микробиологии
и инфекционных заболеваний МЗ РУЗ
г. Ташкент, Узбекистан*

В связи с ростом заболеваний пищеварительной системы, вызванных условно патогенными микроорганизмами, которые нередко выявляются в ассоциации с признанными патогенами (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии, энтеропатогенные и энтеротоксигенные кишечные палочки), для врача возникают сложности в дифференциальной диагностике ОКИ, пищевых токсикоинфекций и дисбактериоза.

Острые кишечные инфекции, обусловленные официально признанными патогенами, требуют проведения соответствующих эпидемиологических мероприятий, тогда как дисбактериоз, вызванный высокой концентрацией условно-патогенного возбудителя, несмотря на сходство в ряде случаев клинических проявлений, в настоящее время таких мероприятий не требует. Поэтому дифференциальную диагностику необходимо проводить на основании клинических данных и подтверждать результатами микробиологических исследований.

Для острых кишечных инфекций характерно: острое начало заболевания; наличие источника заражения при выявлении путей передачи инфекции (контакт с больным ОКИ, употребление недоброкачественных пищевых продуктов, эпидемиологически подтвержденная вспышка кишечной инфекции среди родственников или в детском коллективе); выделение возбудителя (патогенного или условно-патогенного микроорганизма) в наибольшей концентрации в первые дни заболевания с последующим снижением и исчезновением в процессе этиотропной терапии; выявление этиологически значимого возбудителя, чаще патогенного микроорганизма, или условно-патогенного микроорганизма преимущественно рода *Proteus*, *Citrobacter*, *Klebsiella*; нарастание в периферической крови титра антител к возбудителю в 2-4 раза в первые 2 недели заболевания; снижение титра антител с 3-й недели после элиминации возбудителя из макроорганизма.

Повторные исследования на микрофлору фекалий в случаях необходимости дифференциации с ОКИ необходимо проводить с интервалом в 7-10 дней.

У реконвалесцентов по кишечной инфекции контрольное исследование фекалий на микрофлору (анализ кала на дисбактериоз) для выявления возможного формирования дисбиоза кишечника рекомендуется провести через месяц после окончания курса лечения.

Причиной пищевой токсикоинфекций может стать обсеменение пищевых продуктов золотистым стафилококком, энтеробактериями, клостридиями и другими микроорганизмами.

Для острых пищевых токсикоинфекций характерно: установление пищевого продукта, послужившего фактором заражения; клинические признаки острого гастрита, энтерита, колита в сочетании с симптомами общей интоксикации и обезвоживания (слабость, диарея, жажда, тошнота, сухость слизистых, боли в животе, рвота, повышение температуры, озноб, головная боль, ломота в мышцах, судороги); типичное бурное развитие и краткосрочное течение болезни; выделение из продукта и испражнений больного идентичных возбудителей пищевой токсикоинфекций; резкое (в 2-3 раза) нарастание в крови больного титра антител к выделенному штамму.

*Белая О.Ф., Паевская О.А., Юдина Ю.В.,
Зуевская С.Н., Беликов Д.В.*

МИГРАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ СЫПЬЮ НА СТАФИЛОКОККОВЫЙ ЭНТЕРОТОКСИН В И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ (ДЕРИНАТ)

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Москва, Россия*

Задачей исследования являлось изучение реактивности Т-клеток на различные дозы стафилококкового энтеротоксина В и иммуномодулирующий препарат деринат у пациентов с хроническим заболеванием, вызванным кокковой флорой (больные угревой сыпью).

Всего было обследовано 44 пациента с угревой сыпью. Для выявления МАЛ был применен скрининговый тест клеточной миграции (СТКМ) *in vitro* [Сулов А.П., 1989],

при постановке которого стафилококковый энтеротоксин В применяли в концентрациях 1×10^{-6} , 1×10^{-10} , 1×10^{-14} мг/мл и препарат деринат в разведениях от 1×10^{-5} до 1×10^{-17} мг/мл. (ЗАО «ФП «Техномедсервис», Россия), который представляет собой высокоочищенную натриевую соль природной ДНК (дезоксирибонуклеат-Na) в водном растворе натрия хлорида и обладает способностью восстанавливать дисбаланс иммунного статуса на клеточном и гуморальном уровне.

Установлено, что у пациентов угревой сыпью в первом и третьем разведении реакции ускорения МАЛ на стафилококковый энтеротоксин отмечались несколько чаще (24,4% и 26,6%, соответственно), чем реакции торможения (22,2%, и 24,4%, соответственно), а во втором разведении (1×10^{-10}) реакция ускорения МАЛ отмечалась достоверно чаще реакции торможения МАЛ (42,2% и 11,1%, соответственно, $p=0,007$).

У пациентов с угревой сыпью имела тенденция к более частому ускорению МАЛ (28,9 - 31%), чем к торможению МАЛ (11,4 - 15,9%). Лишь при концентрации дерината 1×10^{-17} мг/мл частота реакций ускорения и торможения была одинакова (11,1 и 18,2%).

Таким образом, можно говорить, что при хронической инфекции (угревой сыпи) преобладают реакции ускорения как на энтеротоксин В стафилококка, так и на деринат, что можно расценивать как свидетельство того, что в сыворотке крови больных преобладает циркуляция иммунных комплексов, сформированных в избытке антигенов и недостаточное развитие иммунных реакций. Впервые была установлена Т-клеточная реактивность на различные концентрации дерината *in vitro* у пациентов с угревой сыпью.

Беляева Н.М., Тетова В.Б.

КОРЬ – СТРАТЕГИИ УРАВЛЕНИЯ ВОЗВРАЩАЮЩЕЙСЯ ИНФЕКЦИЕЙ

г. Москва, Россия

Успехи XX столетия в профилактике многих инфекционных болезней, включая корь, в XXI веке, к сожалению, усыпили бдительность многих зарубежных и отечественных организаторов здравоохранения, что привело к эпидемии дифтерии (80-е годы XX столетия), кори (2010-2012 гг.).

В 60-е годы прошлого столетия корь была самой распространенной причиной смерти среди детей. По данным ВОЗ заболело около 30 млн. детей в год, число летальных исходов достигало 500 тысяч. Массовая вакцинация против кори с включением ее в национальный календарь прививок в большинстве стран мира позволила сократить до минимума заболеваемость корью, вплоть до ее ликвидации в ряде стран.

В СССР массовая вакцинация против кори осуществлялась с 1967 г., а к 90-м годам заболеваемость была доведена до минимума в отсутствие летальности. Снижение заболеваемости в 650 раз, с самым низким показателем в 2001 году, свидетельствовали о несомненном успехе плановой вакцинации.

Среди заявленных задач ВОЗ – ликвидация кори к 2010 г., однако именно с этого периода отмечен рост числа заболеваний корью в Африке, Америке, Европе, России и других странах. ВОЗ объявила эпидемию кори

в Европе с октября 2011 г., а к марту 2012 г. было зарегистрировано более 31 тыс. случаев кори. Сложившаяся ситуация – результат стагнации плановой иммунизации во многих регионах мира, а также следствие социально-экономических проблем и медицинских отводов.

Нами проанализировано 37 клинических случаев заболеваний корью у ранее вакцинированных лиц; среди них 12 (32,5%) взрослых пациентов и 25 – дети и подростки (67,5%). Сроки развития заболевания корью от момента первичной вакцинации варьировали от 7 до 16 лет. У большей части привитых лиц (около 70%) оценка клинического течения заболевания выявила легкие и abortивные формы, характеризующиеся стертой клинической симптоматикой, извращением, отсутствием или минимальной выраженностью как катаральных симптомов, так и кожных проявлений. У значительной части пациентов (22 человека) наблюдалось пролонгирование инкубационного периода. В 30 % случаев имел место классический вариант течения кори без тяжелых осложнений. Осложнения развивались редко; в 2-х случаях развился бронхит, затяжного течения. Представляется важным аспект своевременной и точной диагностики у пациентов с атипичным вариантом течения заболевания, с использованием при необходимости серологического подтверждения диагноза.

Заключение: предыдущие успехи вакцинопрофилактики кори и значительный прогресс 80-90 г.г. прошлого столетия в решении проблем распространения вируса, а также сокращения заболеваемости, осложнений и летальности среди населения диктует необходимость пересмотра стратегии контроля коревой инфекции на современном этапе.

Для достижения цели управления корью целесообразно добавление повторной дозы коревой вакцины (ревакцинация), с включением в обычный график в регионах с хорошо функционирующими программами или в рамках целевых программ.

Бердалиева Ф.А.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРУЦЕЛЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ

г. Шымкент, Казахстан

Цель исследования: оценка эффективности используемых в клинической практике противобруцеллезных антибиотиков *in vitro* с учетом их внутриклеточной активности.

Материалы и Методы: эффективность противобруцеллезных антибиотиков определялась на первом этапе в Е-тесте, на втором в культуре клеток.

1. Для изучения были использованы взятые из банка клинических источников 126 штаммов *Brucella melitensis*, выделенных на территории Южно-Казахстанской области, в период с 2004 по 2010 г. При биотипировании и оценке антибиотикочувствительности контрольным служил референтный штамм *B. melitensis* 16М из коллекции Казахского научного центра карантинных и зоонозных инфекций. Для оценки чувствительности к антибиотикам был выбран Е-тест, на бруцелл-агаре с добавлением 5 % овечьей сыворотки, с оценкой результатов через 48 часов инкубации на воздухе, при температуре 37°C. Идентификация выделенных культур проводилась определением

потребности углекислого газа для роста, продукцией уреазы и сероводорода, реакцией с фуксином и тионином. В результате определялась минимальная ингибирующая концентрация (МИК) доксициклина, рифампицина, гентамицина, ципрофлоксацина в комбинации с сульфаниламидами (ТМП/СМ).

2. Для исследования были использованы человеческие моноциты как соответствующие по своим характеристикам макрофагам больного человека. В качестве модельной культуры был использован типовой штамм *Brucella melitensis* 1251, поскольку в Казахстане преобладает бруцеллез козье-овечьего типа. Инфицированная культура клеток была пролечена 8, 4, 1 и 0,25 × минимальными ингибирующими концентрациями (МИК) каждого из препаратов.

Результаты исследования: Внутриклеточной эрадикации бруцелл удалось достичь лишь при использовании 8 МИК гентамицина и стрептомицина, поскольку эти антибиотики практически не проникали внутрь клеток. Рифампицин и тетрациклины успешно снижали число внутриклеточных бактерий уже при 0,25 МИК. Доксицилин 0,07 мг/мл; ципрофлоксацин – при 0,098 мг/мл; ТМП/СМ 0,198 мг/мл).

Заключение. Наиболее эффективными противобруцеллезными препаратами *in vitro* по данным Е-теста являются доксицилин и ципрофлоксацин. Отмечается тенденция к нарастанию резистентности по отношению к рифампицину у клинических изолятов бруцелл, выделенных в Южно-Казахстанской области. Сульфаниламид (ТМП/СМ) перспективен в лечении неосложненных форм бруцеллеза. Относительно низкая эффективность гентамицина против бруцелл, его высокая ототоксичность предполагает пересмотр частого включения препарата в схему этиотропной терапии бруцеллеза у детей.

Бердыкулова М.М., Есентаева А.А., Абуова Ж.Ж., Парманкулова Ш.Ш., Тураров Е.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ

г. Шымкент, Казахстан

Корь относится к высококонтагиозному заболеванию вирусной природы, передающаяся воздушно-капельным путем, протекающая с лихорадкой, выраженным катаральным синдромом, поражением дыхательных путей, нарастающим синдромом интоксикации и частыми осложнениями преимущественно со стороны органов дыхания. Случаи заболевания кори регистрируются как среди непривитых, так и привитых детей.

Цель исследования: целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения кори у детей 1-го года жизни на современном этапе на примере городской инфекционной больницы г. Шымкента.

Материалы и методы: нами был проведен анализ историй болезни пациентов в возрасте до 1-го года, госпитализированных в городскую инфекционную больницу в течение 6 месяцев за период с октября 2011 года по март 2012 года. За этот период из числа 280 больных, переболевших корью, взрослый контингент составил 44,6%, дети – 55,4%, из них - 47 детей до 1-го года жизни (30,3%). Из проанализированных случаев кори у детей до 1-го года жизни, дети от 3 до 6 месяцев составили – 24,4%, от

6 до 12 месяцев – 75,6%. У 22,3% корь протекала в среднетяжелой форме, у 73,3% – в тяжелой форме. Средняя длительность госпитализации составила 7-8 дней. Лабораторная верификация диагноза проводилась у 100% пациентов. Диагноз корь был подтвержден методом иммуноферментного анализа на 6-7 день от момента появления сыпи.

Результаты исследования: большинство детей (60%) имели контакт с больными корью в городской детской больнице г.Шымкент, куда те поступали вначале с диагнозом «ОРВИ». 31,2% больных детей контактировали с больными взрослыми. У 48% детей была анемия I-II степени. Катаральный период протекал с выраженными катаральными явлениями: кашлем, насморком; у 24,4% детей отмечался конъюнктивит, у 11% больных были выявлены пятна Бельского-Филатова-Коплика, у 73% больных лихорадка удерживалась в течение 6-7 дней. Длительность катарального периода у 82% больных в среднем составила 2-3 дня. В период высыпания у всех больных отмечалась пятнисто-папулезная неяркая, необильная, этапная сыпь. Пигментация отмечалась у 8,8% детей. У 77,7% больных корь протекала в тяжелой форме. У 48,8% больных наблюдались осложнения в виде пневмонии и обструктивного синдрома. Поражение ЖКТ в виде кишечной диспепсии, рвоты отмечалась у 24,4%. У большинства больных корью, протекавших с осложнениями, в показателях крови отмечался лейкоцитоз ускоренное СОЭ.

Выводы. У детей 1-го года жизни больных корью длительность катарального периода составляет 2-3 дня, период высыпания укорочен, пигментация слабо выражена. Корь у детей 1-го года жизни часто протекает в тяжелой и среднетяжелой форме с осложнениями в виде пневмонии и бронхообструктивного синдрома. В катаральном периоде заболевания наибольшие трудности возникают в дифференцировании кори с ОРВИ, что обуславливает высокую заболеваемость корью и необходимость ранней диагностики и изоляции больных.

Бердыкулова М.М., Темирбеков Г.К., Парманкулова Ш.Ш., Абуова Ж.Ж., Шойбекова Г.О.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДВС-СИНДРОМА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИЗЕНТЕРИЕЙ

г. Шымкент, Казахстан

Дизентерия – острое инфекционное заболевание человека с энтеральным механизмом заражения, вызываемое бактериями рода шигелл и протекающее с явлениями интоксикации с преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки. Считается, что дизентерия Флекснера часто протекает в тяжелой форме и с осложнениями.

Вашему вниманию предоставляется случай развития ДВС-синдрома, ОПН и ГУС у ребенка с дизентерией тяжелой формы, вызванной *S. flexneri*.

У мальчика 1 г. 1 мес. 28.04.2012 г. появляется жидкий стул до 4-5 раз, снижение аппетита. На 2-й день болезни присоединяется рвота, и ребенка госпитализируют в ГИБ г. Кентау. Ребенок обследован: в анализе крови – анемия 2 степени, склонность к тромбоцитопении, лейкоцитоз.

При бактериологическом исследовании кала выделена *S. flexneri*. Во время пребывания в стационаре состояние больного продолжало ухудшаться: нарастали симптомы интоксикации и признаки диарейного синдрома. Стул участился до 10-15 раз, с примесью слизи, прожилков крови. Присоединилась ОПН. На 6-ой день болезни ребенок переведен по договоренности в ГИБ г. Шымкент. При поступлении состояние больного крайне тяжелое, сознание soporозное. Выражены симптомы ОПН в стадии анурии. Отеки на лице, верхних и нижних конечностях. Печень выступает на 5 см. В анализах крови: анемия 3 степени, гиперлейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитопения (до $46 \times 10^9/\text{л}$) дефицит факторов свертывания, гиперазотемия (креатинин – 490,1 мкмоль/л, мочевины – 16,8 ммоль/л), гипопроteinемия, декомпенсированный смешанный ацидоз. В анализах мочи: протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. Выставлен диагноз «Острая дизентерия Флекснера, типичная, тяжелая форма. Осложнения: ОПН в стадии анурии, ГУС, ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции, токсико-гипоксическая энцефалопатия, анемия 3 степени». Консилиумом врачей было принято решение провести перитонеальный диализ. Проводилась антибиотикотерапия (Меропенем) с учетом нарушенной функции почек – по 20 мг/кг, переливание СЗП и эритро-массы – однократно, посиндромная терапия. В итоге, с 8 дня проведения перитонеального диализа состояние ребенка улучшилось, исчезли отеки, стал самостоятельно кушать, нормализовались показатели крови (тромбоциты – $185 \times 10^9/\text{л}$, креатинин – 60,0 мкмоль/л, мочевины – 3,5 ммоль/л).

Выводы. Дизентерия Флекснера у детей раннего возраста может протекать в тяжелой форме, которая приводит к осложнениям в виде ОПН, ДВС-синдрома, ГУС. На всех этапах ведения больных дизентерией, в частности детей раннего возраста, врачам следует обращать пристальное внимание на показатели крови (тромбоциты, мочевины, креатинин), коагулограмму с целью ранней диагностики и лечения осложнений.

Березина Л.В.

ВЛИЯНИЕ ФОТОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА АУТОИММУННЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

г. Киев, Украина

Проблема эффективности лечения хронических вирусных инфекций остается актуальной и в настоящее время. Для многих инфекционных болезней характерно развитие постинфекционных вторичных иммунодефицитов и разных форм неадекватных реакций иммунной системы с проявлениями аутоиммунных поражений. Развитие таких синдромов требует особого подхода к выбору лечебных мероприятий, особенно, что касается подавления аутоагрессии.

Целью работы было использование фотонных технологий в лечении больных с поражением ЦНС при герпесвирусных инфекциях, в иммунограмме которых выявлен выраженный аутоиммунный компонент. Нами использован фемтосекундный лазерный комплекс с перестраиваемой длиной волны (производства ООО «Биофизика-Украина»). Спектральный диапазон действия: 350-450 нм, 510-660 нм. Мощность: 10-15 мВт/см². Методика учитывает

современные представления о иммунопатогенезе хронических вирусных инфекций. Эффекты действия обусловлены не только местным действием лазерного облучения, но и системными реакциями с включением многих функциональных систем организма.

В качестве объектов облучения нами выбрана зона проекции тимуса. Облучение зоны тимуса через *Incisura jugularis* в режиме 10-15 мВт – 10-15 мин. 1 раз в 5-7 дней (4-6 сеансов).

НИР была выполнена в ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины», научном отделе интенсивной терапии и детоксикации. Лазеротерапию использовали в лечении 41 пациента. Возраст – 18-50 лет. Из них 26 женщин и 15 мужчин. Среди пораженных ЦНС диагностировано: арахноидит – 10, энцефаломиелит – 21, РЭМ – 10. Этиология: EBV – 18, CMV -4, HSVI – 11, HHV6 -8.

Лазеротерапия использовалась вместе с этиопатогенетической терапией. Оценка эффективности использования лазерной технологии для снижения аутоагрессии у больных с герпесвирусными инфекциями проводилась по субъективным и объективным данным с учетом общего состояния пациента, функционального состояния нервной системы, показателей иммунограммы.

В иммунограмме оценивались общая выраженность аутоиммунного процесса, уровень аутоантител к суставам, сердцу, почкам, печени, щитовидной железе, поджелудочной железе, общему белку миеллина. Исследование показателей проводилось до начала, через 2 месяца после лечения.

В результате использования лазеротерапии в лечении данной группы пациентов получено снижение уровня аутоиммунного процесса в 100% случаев. Это выражалось в исчезновении аутоантител к сердцу, почкам, печени, щитовидной железе, поджелудочной железе. Уровень аутоантител к суставам и общему белку миеллина уменьшился на 40-50%.

Снижение уровня аутоагрессии напрямую коррелировало с улучшением общего состояния пациентов и функционального состояния нервной системы. Это выражалось уменьшением астенического синдрома, повышением работоспособности, восстановлением в сфере двигательных и чувствительных поражений.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности использования фотонных технологий в лечении больных с поражением ЦНС при герпесвирусных инфекциях, с развившимися аутоиммунными реакциями.

Бехтерева М.К., Железникова Г.Ф., Волохова О.А., Монахова Н.Е.

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ ДЛИТЕЛЬНОГО БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ – РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

ФГБУ «НИИ ДИ ФМБА России»

г. Санкт-Петербург, Россия

Сальмонеллезы принадлежат к зооантропонозным заболеваниям, которые имеют широкую распространенность и отличаются ростом заболеваемости во всем мире. Отмечается способность данной инфекции к хронизации и рецидивам. В последние годы значительную распространенность получило длительное реконвалесцент-

ное бактериовыделение сальмонелл, что имеет особую социально-экономическую значимость. Длительное бактериовыделение, по-видимому, обусловлено недостаточной эффективностью иммунного ответа в элиминации сальмонелл из организма.

Цель работы состояла в выявлении особенностей иммунного статуса в остром периоде сальмонеллеза у детей с длительным бактериовыделением после клинического выздоровления. По результатам исследования были сформированы 2 группы, сопоставимые по возрасту и тяжести инфекции, различающиеся сроками бактериовыделения по окончании острого периода. У реконвалесцентов 1-й группы (n=16) выделение возбудителя завершалось в течение 1 недели, 2-й (n=16) – в течение 3 недель. Иммунологическое обследование включало фенотипирование лимфоцитов, оценку ответа Т-лимфоцитов в реакции бласттрансформации лимфоцитов на митоген (ФГА-РБТЛ), а также уровня в крови цитокинов ИЛ-1 β , ФНО- α , ИФН- α , ИФН- γ , ИЛ-4, ИЛ-10 и РАИЛ. Сравнение показателей иммунного статуса в остром периоде (1-4-й день болезни) обнаружило существенные различия между двумя группами детей. Реконвалесценты с длительным выделением сальмонелл (2-я группа) в остром периоде отличались повышенным содержанием лимфоцитов с рецептором апоптоза CD95 ($29,6 \pm 2,7\%$ против $22,2 \pm 1,6$ в норме, $p < 0,05$), существенным снижением абсолютного числа CD8+Т-клеток ($0,14 \pm 0,06$ против $0,38 \pm 0,07$ в 1-й группе и $0,84 \pm 0,14$ в норме, $p < 0,05$) и ответа Т-лимфоцитов в ФГА-РБТЛ ($62,5 \pm 1,7\%$ против $75,0 \pm 1,5\%$ в норме, $p < 0,05$).

Однако наибольшие отличия выявлены в ответе системы цитокинов. Повышенные концентрации (в пг/мл) ИЛ-1 β (302 ± 129 против 152 ± 76 у детей 1-й группы), ФНО- α (99 ± 33 против 45 ± 15) и ИФН- α (44 ± 29 против $6,3 \pm 2,5$) сочетались с относительно низким уровнем цитокина Th1 – ИФН- γ (86 ± 25 против 155 ± 50) и цитокина Th2 – ИЛ-4 (44 ± 11 против 269 ± 104). При 2-м обследовании в периоде клинического выздоровления соотношения концентраций этих цитокинов сохранялись. Кроме того, у детей 2-й группы, в отличие от 1-й, перед выпиской содержание в крови противовоспалительного цитокина РАИЛ (рецепторный антагонист ИЛ-1) оставалось повышенным (669 ± 201 против 294 ± 111 в 1-й группе).

Таким образом, у детей с длительным выделением сальмонелл после перенесенного сальмонеллеза обнаружены отклонения ряда параметров иммунной защиты еще в остром периоде инфекции. Рост числа CD95+ лимфоцитов при сниженном пуле CD8+ Т-лимфоцитов и слабом ответе Т-клеток на ФГА в совокупности указывают на дефицит клеточного иммунитета у детей этой группы. Характерные особенности имеет цитокиновый статус этих детей. Недостаток цитокинов адаптивного иммунного ответа ИФН- γ и ИЛ-4 компенсируется у них усиленной продукцией провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ФНО- α , а также ИФН- α , обладающего иммунорегуляторными свойствами. Наиболее информативные показатели (концентрации в сыворотке крови цитокинов ИЛ-1 β , ФНО- α , ИФН- α , ИФН- γ и ИЛ-4) могут быть использованы для прогноза длительного бактериовыделения и коррекции терапии уже в первые дни болезни.

Бондарь С.Н., Ключарева А.А.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/СПИД

г. Минск, Республика Беларусь

Побочные эффекты высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в настоящее время – одна из наиболее значимых проблем в лечении пациентов с ВИЧ-инфекцией. Важно учитывать токсичность антиретровирусных (АРВ) препаратов и их побочные эффекты, которые оказывают влияние на приверженность пациента и качество проводимого лечения.

Цель работы: изучить побочные эффекты различных схем ВААРТ, применяемых для лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и детей, в УЗ «Солигорская ЦРБ».

Были рассмотрены 6 схем АРТ: 1. AZT+3ТС+EFV, 2. AZT+3ТС+LPV/rt, 3. AZT+3ТС+NVP, 4. ABC+3ТС+EFV, 5. ABC+ddI+LPV/rt, 6. TDF/FTC+ EFV.

Материалы и методы: побочные эффекты ВААРТ изучались у 134 пациентов с ВИЧ-инфекцией, 129 взрослых и 5 детей, получающих лечение. Среди них было 60 (44,7%) женщин и 74 (55,3%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 33,7 года (в группу были включены лица от 19 лет до 56 лет), дети – 2 девочки и 3 мальчика, средний возраст 7,4 года. Проведено добровольное анкетирование пациентов с ВИЧ-инфекцией, получающих ВААРТ, по выявлению клинических проявлений побочных эффектов терапии, изучены карты диспансерного наблюдения этих пациентов в консультативно-диспансерном кабинете районной и детской городской поликлиник УЗ «Солигорская ЦРБ».

Результаты: 79,8% пациентов, получающих ВААРТ, отмечали различные побочные эффекты принимаемых препаратов, однако, у большинства пациентов побочные эффекты были преходящими, легкими или средней степени тяжести и корригировались симптоматическим лечением.

Тяжелые побочные эффекты, требующие прекращения приема или изменение схемы ВААРТ, развились лишь в 5,2% случаев и отмечены только у взрослых пациентов. Среди тяжелых побочных эффектов зарегистрированы 4 случая тяжелой анемии, связанной с приемом AZT (средний уровень гемоглобина составил 65 г/л); 1 случай непереносимости EFV с развитием тяжелой депрессии, галлюцинаций и бессонницы; 1 тяжелая аллергическая реакция по типу генерализованной крапивницы, связанная с приемом NVP; и 1 случай тяжелых гастроинтестинальных нарушений, проявляющихся рвотой, диареей и болями в животе, связанный с приемом LPV/rt, не купирующийся симптоматическими препаратами. Побочные эффекты принимаемой ВААРТ в равной степени отмечали мужчины и женщины, включенные в исследование. Наиболее частыми побочными реакциями явились гастроинтестинальные нарушения – 33,6%, неврологические – 32,7%, психические нарушения – 17,7% и аллергические реакции – 13,1%.

Выводы: Побочные эффекты АРВ терапии при лечении пациентов с ВИЧ-инфекцией являются актуальной проблемой, снижающей качество жизни пациентов и приверженность к лечению. Выявлена высокая частота побочных эффектов ВААРТ (79,8%), однако тяжелые, требующие отмены АРВ препаратов побочные эффекты

зарегистрированы только у 5,2% пациентов. Для повышения эффективности ВААРТ необходима своевременная диагностика и коррекция побочных эффектов ВААРТ, а это возможно при условии тесного взаимодействия врача, пациента, парамедицинских и социальных служб.

Бохонов М.С., Ситников И.Г.

**ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
АМИНОТРАНСФЕРАЗ У ДЕТЕЙ
С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО НСВ-
ИНФЕКЦИИ**

г. Ярославль, Россия

Проблема вертикальной передачи гепатита С является одной из самых актуальных в современной медицине. Частота перинатального инфицирования ребенка колеблется от 3% до 10%, составляя в среднем 5%, и расценивается как низкая. В то же время недостаточно изучены механизмы и факторы риска передачи вируса, а рекомендации по ведению беременных и новорожденных весьма разноречивы.

У всех новорожденных в сыворотке крови имеются материнские анти-НСV, проникающие через плаценту. Эти антитела исчезают в течение первого года жизни, но могут обнаруживаться до 1,5 лет. НСV РНК в 90% случаев выявляется только у инфицированных детей. Стойкая вирусемия сопровождается последующей продукцией собственных анти-НСV.

Нами обследовано 30 детей в возрасте 3-х месяцев с перинатальным контактом по НСV-инфекции в условиях гепатитного отделения Инфекционной клинической больницы г. Ярославля. У всех пациентов методом ИФА выявлены общие антитела к вирусу гепатита С (анти-НСV), расцененные нами как материнские. РНК НСV методом ПЦР с диагностической точностью 100 копий в 1 мл не верифицировалась.

Все дети рождены от матерей с репликативной формой хронического гепатита С, длительность заболевания варьировала от 3 до 5 лет.

При обследовании у 24 детей (80%) отмечена активность аминотрансфераз от 45 до 75 Ед/л, причем увеличивалась в основном АСТ. Достоверного повышения уровня общего билирубина у пациентов не установлено.

Известно, что фермент АЛТ для цитолиза гепатоцитов является более показательным и специфичным по сравнению с АСТ. В нормальных физиологических условиях в печени вырабатывается больше АЛТ. При этом период полувыведения у фермента АЛТ составляет 45 часов, а у АСТ – 17 часов. Этим объясняется более быстрая нормализация уровней АСТ при острых гепатитах.

Изолированное повышение АСТ (синдром макроАСТ) связывают с образованием комплексов между молекулами АСТ и иммуноглобулинами (IgG), что приводит к увеличению периода полувыведения фермента. В данном случае это может быть обусловлено наличием материнских анти-НСV класса G.

Предполагается, что материнские антитела могут предотвращать развитие хронической НСV-инфекции у ребенка, снижая количество инфицирующих вирусных частиц. Показано также, что материнские антитела у новорожденных от матерей, имеющих НСV РНК в сыво-

ротке крови, исчезают в более поздние сроки, чем у детей, матери которых не имеют вирусемии.

В нашем исследовании по данным УЗИ органов брюшной полости у 24 детей (80%) определялась гепатомегалия, у 18 детей (60%) – увеличение внутрибрюшных лимфатических узлов и селезенки. Диффузных изменений печеночной ткани и реакции со стороны желчного пузыря выявлено не было. Это может свидетельствовать об активности иммунологических процессов в организме детей с контактом по НСV-инфекции.

Таким образом, несмотря на отсутствие репликативной активности вируса по данным ПЦР-диагностики, у детей имелись признаки ферментемии, возможно обусловленные предшествующим действием вируса или носящие транзиторный характер. Для исключения гепатита С необходимо повторное обследование детей в возрасте 12-14 месяцев, включающее ИФА, ПЦР, биохимический анализ и УЗИ органов брюшной полости.

*Бочкарева Н.М., Феклисова Л.В., Мескина Е.Р.,
Медведева Е.А.*

**ИСХОДЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ГРУДНОМ
ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ
В ТЕРАПИЮ ЛАКТАЗЭНЗИМА**

*ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
г. Москва Россия*

Коррекция синдрома мальабсорбции углеводов, который нередко сопровождает острые кишечные инфекции (ОКИ) у детей первого года жизни, может быть важной составляющей тактики патогенетического лечения, направленного на улучшение исходов заболевания. Одной из причин синдрома мальабсорбции в этом возрасте является дисахаридазная (в первую очередь лактазная) недостаточность.

Проведен анализ результатов лечения 60 пациентов первого года жизни, госпитализированных в инфекционное отделение с диагнозом ОКИ. Критериями включения пациентов в исследование являлись наличие клинического симптомокомплекса острой инфекционной диареи, дисахаридазной недостаточности и грудное вскармливание. Дети наблюдались и обследовались в остром периоде заболевания в стационаре и после выписки из него в течение 4-6 недель. Все дети получали общепринятую терапию ОКИ (регидратацию, сорбенты, пробиотики, по показаниям антибактериальную терапию – 72,3%). В комплекс лечения 30 пациентов включен лактазэнзим «Лактазар для детей» по 1 капсуле (700 МЕ фермента) с каждым кормлением. Семь пациентов прервали курс лактазара на 14 день наблюдения, а 23 ребенка продолжали его получать в течение всего периода кагамнеза. Группу сравнения составили 30 детей, не получавших лактазэнзим. Проведено определение общего уровня углеводов в фекалиях (в момент госпитализации, перед выпиской из стационара и после окончания катamnестического наблюдения).

Установлены более короткие сроки регистрации болевого синдрома ($p < 0,05$) и метеоризма ($p < 0,01$), а также тенденция к сокращению продолжительности жидкого характера фекалий ($p = 0,080$) у получавших лактазар. К 14 дню наблюдения нормализация стула у получавших

лактазар наступила в 63,3% наблюдений против 23,3% в группе сравнения. Отмечено достоверно значимое снижение общего содержания углеводов в фекалиях у получивших лактазар (от $1,1 \pm 0,1$ до $0,5 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$) в отличие от группы сравнения ($0,98 \pm 0,1$ и $0,82 \pm 0,1\%$, $p > 0,05$).

Вместе с тем, стойкая нормализация стула на протяжении всего периода катамнеза наблюдалась чаще у получивших полный курс фермента в течение 4-6 недель (43,5% против 14,3% у прервавших курс через 14 дней или 6,7% у лечившихся без него, $p < 0,05$). Ухудшение стула после нормализации чаще регистрировалось у детей, прервавших курс лактазара (57,1% против 17,4% при длительности курса 4-6 недель и 16,7% в группе сравнения, $p < 0,05$). Более частое возобновление диареи у прервавших курс лактазара связывали с резкой его отменой. Но персистирующая диарея (отсутствие нормализации стула за весь период наблюдения) регистрировалась реже как у получивших полный курс лактазара (39,1%), так и прервавших его (28,6%), в сравнении с лечившимся без использования лактазазы (76,6%, $p < 0,05$).

Таким образом, включение «Лактазара для детей» в комплексную терапию ОКИ у детей первого года жизни на грудном вскармливании и имеющих дисахаридазную недостаточность позволяет сократить продолжительность симптомокомплекса мальабсорбции олигосахаров и улучшить исходы заболевания после выписки из стационара. Целесообразно использование лактазара продолжительностью курса 4-6 недель.

Буланова А.Г., Михайлова Е.В., Дубовицкая Н.А., Кошкин А.П., Левин Д.Ю., Кашаев Б.А.

ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВИ ПРИ СРЕДНЕ - ТЯЖЕЛЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ

*ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского
Минздравоохранения России, кафедра детских
инфекционных болезней
г. Саратов, Россия*

Цель исследования: изучение гемореологических нарушений при различных формах тяжести серозных менингитов у детей.

Материалы и методы: В основную группу, методом случайной выборки, было отобрано 40 детей с серозными менингитами в возрасте от 3 месяцев до 14 лет включительно, находившихся на лечении в МУЗ «Областная детская инфекционная клиническая больница» г. Саратова. В контрольной группе было обследовано 15 практически здоровых детей. У 80% детей была подтверждена энтеровирусная природа заболевания.

Диагноз был поставлен на основании характерной клинической картины и анализа цереброспинальной жидкости. У 7,5% детей (3 человека) серозный менингит протекал в тяжелой форме, у 92,5% (37 детей) - в средне-тяжелой форме.

Исследование реологических свойств крови проводилось с использованием отечественного ротационного вискозиметра АКР-2 в диапазоне скоростей сдвига от 200 1/с до 20 1/с. Забор крови для исследования осуществлялся из локтевой вены в утренние часы, натощак, в состоянии покоя. В качестве антикоагулянта использовали

3,8% раствор цитрата натрия в соотношении 1:9. Оценивались следующие лабораторные показатели: вязкость крови на различных скоростях сдвига, индекс агрегации эритроцитов (ИАЭ), индекс деформируемости эритроцитов (ИДЭ).

Результаты: Выявлены различные варианты изменения вязкости крови, которые зависели от вида токсикоза и тяжести состояния. При среднетяжелых формах серозного менингита у детей в острый период выявлены нарушения реологических свойств крови, протекающие по типу синдрома высокой вязкости (СВВ) крови, который характеризовался повышением вязкости при различных скоростях сдвига на фоне резкого увеличения коэффициента агрегации эритроцитов (до $1,99 \pm 0,03$ усл. ед. при норме $1,26 \pm 0,04$, $p < 0,001$). Повышение вязкости крови находилось в прямой зависимости от тяжести состояния. Индекс деформируемости эритроцитов достоверно не изменялся. В острый период при тяжелых формах серозного менингита наблюдалось повышение вязкости крови, относительно нормы, в 3 раза. Индекс агрегации эритроцитов увеличивался до $1,96 \pm 0,08$ при норме $1,26 \pm 0,04$ усл. ед. Отмечалось снижение индекса деформируемости эритроцитов, что свидетельствует об изменении пластических свойств эритроцитов.

Таким образом, наиболее ранним диагностическим признаком нарушения гемореологических свойств крови при среднетяжелых формах серозного менингита является повышение вязкости крови, преимущественно в сосудах микроциркуляторного русла, повышение агрегации эритроцитов. При тяжелой форме серозных менингитов обнаружены изменения пластических свойств и деформация эритроцитов.

Бурмагина И.А., Агафонов В.М., Бурмагин Д.В., Ильина М.А.

СЕМЕЙНЫЕ ОЧАГИ КРОВОКОНТАКТНЫХ ГЕПАТИТОВ

г. Архангельск, Россия

Целью исследования был анализ заболеваемости вирусными гепатитами в семейных очагах. На базе кабинета инфекционных заболеваний городской поликлиники изучена эпидемическая обстановка у 332 больных гепатитами В и С.

При обследовании по контакту членов семей больных хроническими гепатитами В и С выявлено 7 супружеских пар, больных хроническим вирусным гепатитом С, и одна – с хроническим гепатитом В. Средний возраст пациентов составил $35 \pm 1,5$ года.

У партнеров в браке оказался один и тот же генотип, у четырех пар – третий, у двух – второй и у одной – первый генотип. Еще в одной супружеской паре у жены выявлен хронический гепатит В, а у – мужа гепатит С. Однако у мужчины были выявлены маркеры вирусного гепатита В, свидетельствующие о перенесенной инфекции.

При сборе эпиданамнеза была выяснено, что двое мужей из инфицированных семи супружеских пар с гепатитом С ранее употребляли внутривенные наркотики, на момент вступления в брак употребление наркотиков они отрицали. Период употребления наркотиков составил у них чуть больше года. Поводом к отмене явилась смерть одного из друзей наркоманов от гепатита С. Остальные

пациенты употребление наркотиков отрицали. У четырех человек в анамнезе были оперативные вмешательства. Все супружеские пары отмечали активное сексуальное поведение, практически ежедневные контакты с супругом, включая нетрадиционные формы сексуальных отношений.

Давность заболевания на момент выявления составила в среднем $2,5 \pm 1,2$ года. При первичном обращении за медицинской помощью у двух пациентов функциональные пробы печени были в норме, у шести выявлено умеренное повышение активности аминотрансфераз, у остальных – высокое. При обследовании этих пациентов вирусная нагрузка в крови колебалась в пределах 106-108 копий/мл.

При фиброэластометрии печени лишь у одного из этих пациентов степень фиброза соответствовала второй по Чайлд-Пью, у остальных – нулевой.

У всех супружеских пар имелись дети в возрасте от нескольких месяцев до пяти лет. Вирусный гепатит С был выявлен у пяти женщин из супружеских инфицированных пар во время беременности. Все женщины беременность выносили с синдромом умеренной гиперферментемии.

Дети на момент обследования не были больны гепатитом С, двое имели материнские антитела и отрицательные результаты исследования РНК вируса гепатита С.

Все супружеские пары имели высокую приверженность к противовирусной терапии.

Были выявлены два семейных очага гепатита В. В одном больными оказались мать и дочь, во втором – отец и трое детей: две девочки и мальчик. Мать и дочь посещали одного гинеколога и одного мастера по маникюру. Во второй семье выявить какие-либо особенности эпидемиологического анамнеза не удалось.

Таким образом, семейный характер распространения вирусных гепатитов с кровоконтактным механизмом передачи является реальной проблемой и требует динамического наблюдения за контактными лицами.

Валишин Д.А., Мамон А.П.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ОЧАГОВ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ

Клещевой энцефалит (КЭ), как и клещевой боррелиоз (КБ) природно-очаговые заболевания, по которым отмечается эпидемиологическое неблагополучие в России и наиболее высокие уровни заболеваемости отмечены особенно в Уральском и Сибирском регионах. Не является исключением Республика Башкортостан, где эти заболевания занимают второе место после геморрагической лихорадки с почечным синдромом. В 1996 году было зарегистрировано 212 случаев заболевания клещевым энцефалитом. В 2011 году – 48 случаев, из них 48, 2% составили дети.

В 2012 году уже в апреле месяце возросло число людей, обратившихся по поводу укуса клещами. Их число превысило 10000, при этом детей – 29%. Исследование клещей выявило их инфицированность в 5,6% случаев, в мае месяце были зарегистрированы 3 случая заболевания людей как КЭ, так и КБ. Больная 40 лет заразилась в условиях города. Ребенок 17 лет был укушен клещом при выезде на природу в лесной район и один 30-летний

житель лесного района. Заболевание во всех случаях развивалось в среднем через 7-12 дней после укуса клеща и, как правило, имело острое начало. Клиническая картина характеризовалась лихорадкой, продолжительностью 8-10 дней, ознобом, головной болью, лимфаденопатией.

В случае КБ на месте укуса клеща отмечается эритема, имеющая мигрирующий характер. У ребенка имел место КЭ тяжелого течения с поражением ЦНС в виде менингита, поражения черепно-мозговых нервов и паралича по типу Ландри (т.е. смешанная менингоэнцефалитическая очаговая форма).

На основании многочисленных наблюдений отмечается расширение нозоареала, рост заражений на территории городов, а также распространение сочетанных очагов (КЭ и КБ). Любой укус клеща нужно расценивать как потенциальную микст-инфекцию. В связи с чем, требуется активизация общественной и личной неспецифической профилактики. Приоритетное направление – широко-масштабная вакцинация населения районов с высоким риском заражения. Пострадавшим от укусов клещей невакцинированным лицам необходима экстренная профилактика на основе результатов экспресс-исследования.

*Венгеров Ю.Я., Нагибина М.В., Михалинова Е.П.,
Раздобарина С.Е., Молотилова Т.Н.,
Пархоменко Ю.Г., Мозгалева Н.В., Смирнова Т.Ю.*

ПНЕВМОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ. ПРОБЛЕМА ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

г. Москва, Россия

Пневмококковый менингит (ПМ) в связи с высокой летальностью, обусловленной особенностями возбудителя и характером патологического процесса, занимает особое место среди бактериальных менингитов. Проанализированы особенности ПМ в сравнительном плане с менингококковым менингитом (ММ). При ПМ летальность с 1970 г. снизилась с 27,6% до 17,9%, что связано с совершенствованием методов патогенетической терапии. При генерализованной менингококковой инфекции летальность снизилась с 9,8% до 4,2%, однако основной причиной смерти является ИТШ, менингит же был причиной смерти у 8-10% умерших. Летальность от ММ составила 0,5-2,0%. Больные ПМ госпитализировались через $2,9 \pm 0,4$ суток от начала болезни, ММ – через $1,5 \pm 0,3$ суток ($p < 0,05$). Глубокие нарушения сознания при ПМ отмечены у $47,5 \pm 3,2\%$, при ММ – у $14,2 \pm 1,9\%$ ($p < 0,001$). Плеоцитоз СМЖ при ПМ у 53% был менее 1000 в мкл, при ММ – у 14,2% больных. Содержание белка в СМЖ при ПМ составило $3,6 \pm 0,5$ г/л, при ММ $1,5 \pm 0,4$ г/л ($p < 0,05$), лейкоцитоз крови соответственно $14,2 \pm 0,6$ тыс./мкл и $18,4 \pm 0,7$ тыс./мкл ($p < 0,001$). Длительность антибиотикотерапии при ПМ была в 2 раза больше, чем при ММ. При ММ уровень лактата СМЖ, как основного показателя биоактивности возбудителя составила на 4-7 дни лечения $4,2 \pm 0,3$ ммоль/л, что ниже в 3,4 раза по сравнению с поступлением, а на 2-3 неделе приблизился к референсному значению ($2,1 \pm 0,2$ ммоль/л). При ПМ уровень лактата на 4-7 дни лечения сохранился на уровне $11,7 \pm 0,6$ ммоль/л, а на 2-3 неделе – $7,2 \pm 0,9$ ммоль/л, т.е. возбудитель длительно сохранял свою биоактивность. Уровень Д-димера фибрина при ММ достигал максимума на 4-7 дни лечения – $13,5 \pm 1,6$ мкг/мл и на 2-3 неделе сни-

жался до $7,9 \pm 0,7$ мкг/мл, при ПМ сохранялся в эти сроки на стабильном уровне: $11,4 \pm 1,1$ мкг/мл и $11,6 \pm 1,3$ мкг/мл, что свидетельствует о высоком содержании фибрина, в сгустках которого сохраняется пневмококк.

При ПМ также отмечалась более слабая местная реакция иммунной системы. Так, уровень ИЛ1 β при ПМ составил $32,1 \pm 5,6$ пг/мл, при ММ – $64,2 \pm 7,2$ пг/мл ($p < 0,001$), ИРИ соответственно $2,4 \pm 0,3$ и $3,4 \pm 0,4$ ($p < 0,001$). IgM (г%) – $0,196 \pm 0,026$ и $0,341 \pm 0,035$ ($p < 0,02$), IgA (г%) – $0,106 \pm 0,019$ и $0,203 \pm 0,024$ ($p < 0,01$).

Анализ причин смерти показал, что практически во всех случаях ПМ возбудитель был чувствителен к применяемым антибактериальным препаратам (цефтриаксон, меропенем, ванкомицин) и причиной летального исхода были тяжесть патологического процесса, длительное сохранение признаков воспаления особенно в случаях поздней смерти. Низкая биодоступность возбудителя свидетельствует о необходимости оптимизации тактики интенсивной терапии и разработке методов лечения, повышающих биодоступность возбудителя.

Виноград Н.А., Козак Л.П., Василюшин З.П.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ЗООАНТРОПОНОЗОВ НА ЗАПАДЕ УКРАИНЫ

г. Львов, Украина

Эндемические природно-очаговые инфекции (ПОИ) зооантропонозного генеза входят в перечень важных медико-социальных проблем Украины. Природно-климатические условия способствуют высокой численности и длительному периоду активности резервуаров и векторов возбудителей ПОИ, сохранению их в окружающей среде. Биоценоотические связи в паразитарных системах обуславливают формирование преимущественно сочетанных природных очагов в различных комбинациях возбудителей ПОИ.

С целью изучения структуры заболеваемости и распространенности ПОИ проведены исследования в формате госпитального надзора за лихорадящими больными и когортных исследований среди совокупного населения на западе Украины.

Методом ИФА установлен высокий уровень серопозитивности среди лихорадящих больных с неустановленным диагнозом к ряду возбудителей зооантропонозных ПОИ: ГЛПС в структуре сезонных лихорадочных состояний составила $24,2 \pm 1,55\%$, КЭ – $11,6 \pm 1,2\%$, а БЛ – $59,4 \pm 2,9\%$. По данным госпитального надзора, уровень заболеваемости КЭ на разных территориях колебался в пределах 2,7-25,9 на 100 тыс. населения и в среднем составил 13,2 на 100 тыс. населения; а БЛ – в среднем 34,7 на 100 тыс. населения. Случаи заболеваний ГЛПС определялись повсеместно с показателем инцидентности 24,4 на 100 тыс. населения, что значительно превышало аналогичные показатели в других регионах Украины.

Установлен специфический видовой состав резервуаров и векторов ПОИ, высокий эпидемический потенциал КЭ, БЛ, ГЛПС; мозаичность нозоареалов указанных ПОИ. Так, на основании расчета коэффициента ранговой корреляции Спирмена обнаружена обратная и достоверная взаимосвязь удельного веса больных ГЛПС и территорий с определенными ландшафтными характери-

стиками, которая снижалась от горной к равнинной местности ($r = -0,679$, $p < 0,05$). Однако при расчете аналогичных показателей для БЛ установлена обратная зависимость параметров: количество больных БЛ было выше в равнинных районах, чем в горных ($r_s = 0,986$, $r_{ng} = 0,084$, $t = 11,705$, $t_{5\%} = 2,365$). Аналогичная тенденция отмечена и при КЭ: среди больных преобладали пациенты с равнинной $35,5 \pm 1,8\%$ и предгорной $38,8 \pm 1,9\%$ территорий. Впервые было установлено наличие больных КЭ и БЛ в ряде равнинных территорий.

При проведении сероэпидемиологического мониторинга среди совокупного населения обнаружена высокая иммунная прослойка к возбудителям ПОИ: вирусу КЭ составляла в среднем $11,7 \pm 1,9\%$, боррелии – $24,3 \pm 2,2\%$. Исследования сывороток крови населения позволили выявить высокий уровень серопозитивности здорового населения к хантавирусам $13,0 \pm 0,8\%$ со снижением иммунной прослойки к хантавирусам от горной зоны к равнинной территории. Результаты тестирования повторно отобранных сывороток через год подтвердили активную циркуляцию хантавирусов на этих территориях, установлен прирост количества сероположительных образцов $4,8 \pm 0,5\%$ с более высокими показателями в горной зоне.

Таким образом, западно-украинский регион является гиперэндемичной территорией по КЭ, БЛ и ГЛПС, которые формируют сочетанный природный очаг. Низкая результативность профилактических программ в отношении ПОИ связана с недостаточной межведомственной интеграцией, неэффективностью системы эпидемиологического надзора за особо опасными болезнями.

*Вознесенский С.Л.¹, Чуланов В.П.²,
Кожевникова Г.М.¹, Голуб В.П.¹,
Половинкина Н.А.¹, Барышева И.В.¹*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОЙ НВВ-ИНФЕКЦИИ

¹ *Российский университет дружбы народов;*

² *Федеральное государственное учреждение науки*

«Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора

Москва, Россия

Целью работы являлась оценка распространенности активных форм хронического вирусного гепатита В для выявления лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении и специфической противовирусной терапии.

В ходе исследования, за период с 2004 по 2010 год, на наличие HBsAg обследовано 252 614 человек, в исследуемую группу входил широкий срез популяции (проведение профилактического осмотра, обследование при трудоустройстве, перед оперативным вмешательством, доноров и беременных, пациентов с патологией печени и других групп населения). Уровень распространенности HBsAg составил 4,1% (10 347 человек), что находится в пределах умеренной распространенности HBV-инфекции по классификации CDC. Качественный и количественный анализ выявил ДНК ВГВ у 63,3 % HBsAg-позитивных лиц, из них вирусная нагрузка 20 000 МЕ/мл и выше составляла 20,0%, причем 83,2% HBs-положительных лиц были HBeAg-негативными. Частота повышения активности АЛТ коррелировала с уровнем вирусной нагрузки:

при вирусной нагрузке < 20 000 МЕ/мл частота повышения АЛТ встречалась у 25,4% обследованных лиц, а при вирусной нагрузке ≥ 20 000 МЕ/мл – у 68,1% пациентов. В целом, по совокупным данным лабораторного обследования, 12,7 % больных от числа НВs-положительных лиц имели показания к назначению специфической противовирусной терапии. При более глубоком анализе полученных клинико-лабораторных данных выявлена группа больных (8,2%), в основном мужчин (80,6%), имеющих вирусную нагрузку меньше 20 000 МЕ/мл и уровень активности АЛТ больше 2-х норм, по стандарту не имеющих прямых показаний к назначению специфической терапии, но, по нашему мнению, требующая особо тщательного наблюдения и обследования для решения вопроса о возможном назначении специфической терапии.

В зависимости от пола и возраста выявлены следующие закономерности: нормальные значения АЛТ у мужчин и женщин с определяемой ДНК ВГВ встречались с одинаковой частотой (56,2% и 43,8% соответственно), но активность АЛТ в 2N и выше достоверно чаще встречались у мужчин (76,3%). Высокая вирусная нагрузка и активность АЛТ превышающая 2N в возрастной группе 20-29 лет выявлялась у 59,8% лиц против 69,5% в возрастной группе 30-39 лет.

Таким образом, проведенные исследования показали значительное количество больных (4,1%) впервые выявленным активным вирусным гепатитом В, подлежащих диспансерному наблюдению, 12,7% из которых имеют прямые показания к назначению специфической противовирусной терапии. Противовирусная терапия чаще необходима мужчинам в возрастной группе 30-39 лет. Вместе с тем, при выявлении НВs-положительных лиц необходимо более глубокое их обследование с целью выявления показателей, влияющих на решение вопроса о назначении противовирусной терапии.

*Габасова М.К., Нажмеденова А.Г., Амиреев С.,
Куатбаева А.М., Жаикбаев Н., Смагулова М.К.,
Турсунова Н.З.*

ОЦЕНКА ПРЕДЭЛИМИНАЦИОННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

г. Алматы, Республика Казахстан

Наличие у возбудителя кори уникального свойства – оставлять после перенесенной болезни стойкий напряженный иммунитет позволило экспертам ВОЗ поставить цель – к 2015 году элиминировать данную инфекцию в планетарном масштабе на основе показателей достижения охвата вакцинацией детей до 1 года до 95% и серологического подтверждения диагноза кори у всех подозрительных лиц на эту инфекцию. Поскольку в Казахстане и до начала элиминационного периода заболеваемость корью снижалась довольно высокими темпами органы здравоохранения при полной поддержке Правительства РК с энтузиазмом приступили к её реализации. Увеличилось финансирование (в 3 раза), пересмотрена и уточнена программа элиминации, утвержден Национальный календарь профилактических прививок с включением MMR вакцины, проведена Национальная кампания иммунизации (НКИ) против кори и краснухи MR вакциной в 2005 году, введен еженедельный эпидемиологический надзор заболеваемо-

сти корью, создана и работает национальная референс-лаборатория диагностики кори, адаптированы программы обучения студентов, врачей по иммунопрофилактике кори, налажено тесное сотрудничество с координационным центром Европейского бюро ВОЗ. С 2005 года в РК для иммунизации против кори используется тривакцина (MMR) с коревым компонентом. Проанализирована динамика годовой заболеваемости корью совокупного населения РК за предэлиминационный период (2001-2011 гг.). Анализ показал, что интенсивность эпидемического процесса кори имеет два коротких подпериода с начальными 2001-2005 и 2006-2011 годами с показателями заболеваемости корью 0,63 и 0,77 на 100 тыс. населения соответственно. Эти два подпериода коренным образом отличаются по среднегодовому уровню заболеваемости: 24,3 – для первого и 0,34 – для второго. Снижение составило 71,3 раза. Основная заболеваемость отмечалась в 2004-2005 гг. НКИ 2005 года и подчищающая вакцинация началась на фоне эпидемии кори 2005 года. Они дали быстрый положительный эффект и уже в 2006 году и в последующие годы показатель заболеваемости резко снизился до 0,71 на 100 тыс. населения и держался на довольно низком уровне (0-0,13). В 2011 году отмечено повышение заболеваемости корью с показателем 0,77 на 100 тыс. населения. Случаи кори были зарегистрированы в 10 территориях из 16. Слежение за иммунным статусом внешних и внутренних мигрантов и лиц с неизвестным прививочным анамнезом показало, что они являются «группой риска». Среди них показатель коллективного иммунитета очень низкий – от 12,2% до 31,0%. Из этой же группы у детей 3-6 лет процент серонегативных составил 48,0%. Серологическое подтверждение случая заболевания корью является важным компонентом мониторинга при вспышке этой инфекции. В 2011 году из подозрительных на корь 858 лиц в референс-лаборатории исследовано 321 проба сыворотки крови, из них диагноз кори подтвержден в 127 пробах 39,5%. Из числа заболевших подтвержденными случаями кори половина не получали прививку против этой инфекции, при этом большинство заболевших (1433) были внешними мигрантами без вакцинального статуса.

Галкина Л.А., Репина И.Б.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ОТЛИЧИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ И ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ

г. Москва, Россия

Цель: сопоставление клинико-лабораторных признаков у больных острым тонзиллитом (ОТ) и инфекционным мононуклеозом (ИМ).

Под наблюдением находилось 170 детей в возрасте от 1 года до 15 лет в специализированном ангинозном отделении ДГКБ Святого Владимира. В результате проведенного лабораторного обследования, включающего многофакторное исследование на маркеры Эпштейна-Барр вируса (ЭБВ), выделены группы больных ОТ (90) и ИМ ЭБВ этиологии (80). Среди больных ИМ отмечен высокий процент расхождения диагнозов при направлении и клинического. В 73,3% случаев пациенты с этой патологией поступали в стационар с диагнозом – ангина.

Среди больных ИМ чаще встречались дети раннего возраста (27,5% и 5,5%, $p < 0,01$), часто болеющие (37,5% и 22,2%, $p < 0,05$), а среди больных с ОТ – старше 7 лет (76,7% и 47,5%, $p < 0,01$). Пациенты с ИМ поступали в более поздние сроки от начала заболевания на $7,29 \pm 0,58$ сутки, в отличие от пациентов с ОТ – на $3,92 \pm 2,68$ день ($p < 0,05$). Симптомы интоксикации и лихорадка были более продолжительными у больных с ИМ ($4,14 \pm 0,29$ и $3,14 \pm 0,21$ дней, $p < 0,01$; $4,38 \pm 0,30$ и $3,53 \pm 0,26$ суток, $p < 0,05$, соответственно). Поражение ротоглотки у больных обеих групп характеризовалось гиперемией слизистой, увеличением размеров миндалин, налетами на них, что сопровождалось болезненностью при глотании. Достоверные различия отмечены по большей частоте выявления массивных наложений на миндалинах у больных с ИМ – 36,3% и 22,2%, $p < 0,05$, а также только у них регистрировались налеты фибринозного характера в 16,3% случаев. Кроме того, достоверно дольше сохранялись налеты на миндалинах и болезненность при глотании у больных с ИМ ($5,52 \pm 0,35$ и $3,12 \pm 0,20$ дней, $p < 0,01$; $3,39 \pm 0,26$ и $2,72 \pm 0,18$ суток, $p < 0,05$, соответственно). Течение ИМ сопровождалось полиаденопатией с увеличением размеров лимфатических узлов от 3 до 6 групп (подчелюстные, переднешейные, заднешейные, затылочные, подмышечные, паховые) в 70%, с образованием конгломерата лимфоузлов в 47,5% случаев. Увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов выявлено только у 11,2% больных ОТ. Поражение носоглотки (91,3%) в виде затруднения носового дыхания, гнусавого оттенка голоса, «храпа» во сне, увеличение размеров печени (82,5%) и селезенки (53,8%), экзантема аллергического характера (22,5%) регистрировались только у больных ИМ.

Достоверные различия выявлены в показателях периферического анализа крови. Повышение сегментоядерных элементов и ускоренная СОЭ чаще встречались у детей с ОТ (80% и 11,3%; 59% и 26%, соответственно), а атипичные мононуклеары (56,3%) обнаруживались только у пациентов с ИМ. Были исследованы показатели микрофлоры слизистой оболочки ротоглотки у больных обеих групп. Состояние микробиоценоза слизистой ротоглотки у больных ИМ по сравнению с пациентами с ОТ характеризовалось более выраженным дисбиозом. Достоверно чаще ($p < 0,05$) у них обнаруживались золотистый стафилококк (36,2% и 15,5%), грибы рода *Candida* (30% и 17%), ассоциации грамотрицательных микроорганизмов (42,5% и 25,9%), $p < 0,05$.

Таким образом, нами установлены нами клинико-лабораторные дифференциальные отличия у больных ОТ и ИМ ЭБВ этиологии, учет которых позволит снизить процент ошибочных диагнозов в более ранние сроки болезни на догоспитальном этапе и при поступлении в стационар еще до получения результатов лабораторного подтверждения.

Гиясов Х.З., Давис Н.А., Осипова С.О.

ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНЫХ ПАЗАРИТОЗОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

г. Ташкент, Узбекистан

Определенную роль в отягощении ВИЧ-инфекции могут играть сопутствующие заболевания, в том числе ки-

шечные паразитозы, особенно в эндемичных регионах, к которым относится Узбекистан.

Целью настоящего исследования было определение состояния печени у ВИЧ-инфицированных, свободных от паразитозов и с сопутствующими паразитозами.

Материалы и методы. Обследовали 15 ВИЧ-инфицированных, свободных от паразитозов, соответственно 17, 9 и 11 ВИЧ-инфицированных с сопутствующим аскаридозом, лямблиозом и бластоцистозом. У всех больных была диагностирована 2 стадия ВИЧ-инфекции. Все больные не получали АРВТ. Контрольную группу составляли 30 здоровых лиц. Паразитозы диагностировали методом трехкратной копроскопии, отрицательные случаи верифицировали дополнительным анализом с использованием метода формалин-эфирного обогащения. У всех обследованных больных исключали вирусные гепатиты, алкоголизм и наркоманию и определяли активность АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамил-транспептидазы (ГГТП), диастазы и уровень билирубина на аппарате VITROS-250 с использованием тест-систем Ortho-Clinical-Diagnostics, США. Аскаридоз лечили однократным назначением альбендазола, лямблиоз – 10 дневным курсом экидистена (20 мг ежедневно), бластоцистоз – метронидазолом (1,5 г ежедневно в течение 10 дней).

Результаты и обсуждение. В контрольной группе показатели АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП и диастазы составляли соответственно $26,7 \pm 1,3$ МЕ/л; $23,0 \pm 0,8$ МЕ/л; $48,9 \pm 4,5$ МЕ/л; $37,6 \pm 2,5$ МЕ/л и $46,8 \pm 2,9$ МЕ/л, уровень билирубина составлял $18,8 \pm 1,3$ мкмоль/л.

У ВИЧ-инфицированных без сопутствующих паразитозов наблюдалась тенденция к повышению активности всех ферментов, за исключением диастазы: соответственно $28,2 \pm 1,5$ МЕ/л; $25,2 \pm 2,7$ МЕ/л; $51,4 \pm 3,6$ МЕ/л и $40,1 \pm 3,8$ МЕ/л. Уровень билирубина был в пределах нормы: $19,7 \pm 1,8$ мкмоль/л. Незначительное повышение активности ферментов, по-видимому, объясняется дополнительной нагрузкой на печень, обусловленной, прежде всего изменениями барьерной функции кишечника, поскольку высокое содержание CD4+-клеток в лимфоидной ткани кишечника позволяет рассматривать ее как резервуар ВИЧ с первых дней заражения, а при прогрессировании инфекции число CD4+-лимфоцитов в кишечнике снижается. Присутствие вируса в CD4+-клетках уже на начальных стадиях вызывает иммунологические сдвиги, способствующие развитию дисбактериоза и изменению проницаемости слизистой.

Кишечные паразитозы обусловили такие симптомы, как непостоянные боли в животе и в правом подреберье, тошноту, диарею, сменяющуюся запорами, метеоризм, все больные отмечали усиление слабости, утомляемости и раздражительности. Все паразитозы приводили к достоверному повышению активности АлАТ, АсАТ и ЩФ по сравнению и с контрольной группой, и с ВИЧ-инфицированными без паразитозов. Наиболее выраженные изменения наблюдали при аскаридозе: АлАТ – $46,1 \pm 2,4$ МЕ/л, АсАТ – $34,7 \pm 2,2$ МЕ/л, ЩФ – $62,7 \pm 4,1$ МЕ/л. После лечения активность всех ферментов достоверно снизилась, приближаясь к уровню ВИЧ-инфицированных без сопутствующих паразитозов.

Таким образом, кишечные паразитозы ухудшают состояние гепатобилиарной системы ВИЧ-инфицированных, а их своевременная диагностика и адекватное лечение нормализуют негативные сдвиги.

Горбачева Е.В.

СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» г. Хабаровск, Россия

Вопросы рациональной этиотропной терапии ОКИ у детей были и остаются важным разделом здравоохранения. Между тем, отличия фармакотерапии кишечных инфекций, практикуемой в клинических условиях, диктует необходимость проведения региональных исследований, направленных на получение данных о реальной практике применения antimicrobных препаратов (АМП).

Целью данного исследования была оценка стартовой антибактериальной терапии (АТ), используемой при кишечных инфекциях у детей в Дальневосточном федеральном округе (ДФО). В связи с чем, был проведен ретроспективный анализ врачебных назначений АМП при ОКИ в территориях ДФО на базе инфекционных стационаров г. Хабаровска, г. Благовещенска, г. Биробиджана, г. Комсомольска-на-Амуре и инфекционного отделения МУ «Детская городская клиническая больница №2» г. Якутска за 2009-2010 годы. Объектом исследования являлись истории болезни (n=2083) детей больных кишечными инфекциями в возрасте от 1 месяца до 14 лет включительно.

Зарегистрировано, что большинство больных с ОКИ получают антибактериальные препараты, так частота их использования составляет – 76,1%. При легкой форме заболевания этиотропная терапия проводилась у 56,2% пациентов, среднетяжелой – у 74,8% и тяжелой – у 86,2%. Установлено, что у 32,3% больных, которым проводилась АТ не выявлено показаний к назначению АМП. По нашим оценкам АМП не были показаны детям в связи с диагностированием у них ротавирусной этиологии кишечной инфекции (44,4%), при секреторном варианте диареи (36,6%), при пищевой токсикоинфекции (0,3%) и в связи с легкой формой заболевания (18,7%). В качестве стартовой этиотропной терапии кишечных инфекций у детей использовалось 8 групп антибактериальных препаратов: нитрофураны – 36,3% (фуразолидон – 85,7% и нифуроксазид – 14,3%), аминогликозиды – 28,8% (амикацин – 95,8% и гентамицин – 4,2%), цефалоспорины 26,5% (цефотаксим – 64,4%, цефазолин – 23,5%, цефтриаксон – 9,4%, цефиксим – 1,4%, цефоперазон – 0,9%, цефтазидим – 0,5%), амфениколы 4,2% (хлорамфеникол), хинолоны/фторхинолоны – 1,6% (ципрофлоксацин – 74,1%, невигамоном – 25,9%), пенициллины широкого спектра – 0,2% (амоксциллин), оксихинолины – 0,1% (нитроксолин), прочие антибактериальные препараты – 2,2% (рифампицин – 91,9%, метронидазол – 8,1%).

Большинство детей получали монотерапию 97,7%, и меньшее количество комбинированную антибактериальную терапию – 2,3%. Наиболее широко комбинированная АТ практиковалась при шигеллезах, вызванных штаммами *Shigella flexneri* 2a и *Shigella flexneri* 2b (80,0%), реже при сальмонеллезах, обусловленных патогенном – *Salmonella enteritidis* (13,3%) и в единичных случаях при кишечной инфекции условно-патогенной этиологии (6,7%). Комбинированная терапия чаще всего была двухкомпонентной – 76,9% (цефотаксим + фуразолидон),

реже трехкомпонентной – 23,1% (цефотаксим + фуразолидон + невигамоном).

Таким образом, выявлено, что в инфекционных стационарах ДФО у детей при ОКИ в большинстве случаев используется антибактериальная терапия, при этом у трети больных отсутствуют показания к ее назначению. В большинстве стационарах используются малоэффективные или токсичные препараты (фуразолидон, хлорамфеникол, рифампицин, гентамицин). В целом только в 52,5% случаев стартовую антибактериальную терапию можно назвать рациональной, с учетом современных рекомендаций лечения ОКИ у детей.

Гранитов В.М., Хорошилова И.А., Бобровский Е.А., Леонова Л.Г., Танашкин С.Ф.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ

г. Барнаул, Россия

Выявляемая у больных ВИЧ-инфекция часто приводит к тяжелым и порой необратимо серьезным последствиям с различной полиорганный патологией.

Цель работы: изучить органные поражения у больных ВИЧ-инфекцией. Под наблюдением находилось 62 больных ВИЧ-инфекцией в возрасте от 21 до 54 лет, госпитализированных в 2011 году в инфекционное отделение больницы №5 г. Барнаула. За время пребывания в стационаре проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. 74,2% пациентов – неработающие. При поступлении в стационар диагноз ВИЧ-инфекции установлен в 75,8% случаев. В 58,1% случаев пациенты поступали в стационар с направлением из Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями. Из эпидемиологического анамнеза: 74,2% пациентов заразились парентерально при внутривенном употреблении наркотических препаратов, а 25,8% – половым путем. Стадии ВИЧ-инфекции следующие: 2А – у 1,7%, 2Б – у 1,7%, 2В – у 1,7%, 3 – у 27,1%, 4А – у 11,9%, 4Б – у 50,8%, 4В – у 5,1% пациентов у всех больных 4 стадии в фазе прогрессирования. Клинические проявления заболевания следующие: лихорадка – у 74,2%, головная боль – у 66,1%, тошнота – у 33,9%, боль в животе – у 45,2%, полиморфная сыпь – у 25,8%, генерализованная лимфаденопатия – у 70,9%, поражение зева – у 46,8%, кашель – у 32,3%, менингеальные проявления – у 8,1%, гепатомегалия – у 53,2%, спленомегалия – у 11,3%, жидкий стул – у 22,6%, снижение диуреза – у 11,3% больных.

В общем анализе крови имела место анемия у 20,9% пациентов, гемоглобин в пределах от 53 до 100 г/л, увеличение СОЭ – у 70,9% от 20 до 80 мм/ч, увеличение лейкоцитов – у 19,4% от 9 до 23,7×10⁹/л, палочкоядерных нейтрофилов – у 28,6%, сегментоядерных нейтрофилов – у 85,7% от лимфоцитов – у 54,8%, эозинофилов – у 12,5%, моноцитов – у 9,8%. В общем анализе мочи белок выявлен в 54,8% случаев, лейкоциты – в 45,2%, эритроциты – в 16,1%, цилиндры – в 11,3%. В биохимическом анализе крови повышение активности АсАТ и АлАТ у 41,9% больных в пределах от 40 до 5915 и от 40 до 2040 Ед/л со-

ответственно, уменьшение ПТИ – в 20,9% от 75 до 41 г/л. У 3 больных из крови высеян золотистый стафилококк. Кандидоз полости рта диагностирован у 62,9% пациентов. По УЗИ органов брюшной полости изменения гепатобилиарной системы установлены у 72,6% пациентов, ЭХОКГ – у 9,7%, компьютерная томография – у 20,9%. Уровень CD4- лимфоцитов от 75 до $500 \times 10^9/\text{л}$ выявлен у 40 пациентов. Диагностированы следующие органические поражения: острый гайморит, лимфома периферических лимфатических узлов, фолликулярная ангина, гидросальпингит – у 1 больного, туберкулез легких, пневмония – у 8, бактериальный эндокардит – у 2. Неврологическая патология (острый менингит, острая люмбалгия, церебральный токсоплазмоз, мозжечковая атаксия) выявлена у 7 пациентов.

У 6 пациентов установлена хирургическая патология (желудочно-кишечное кровотечение, плеврит, ателектазы легких) определена. Исход госпитализации следующий: улучшение – в 50% случаев, выписка из-за нарушения режима – в 27,4%, без перемен – в 1 случае, перевод в противотуберкулезный диспансер – в 17,8%, в хирургическое и реанимационное отделение – в 1 случае.

Таким образом, у больных ВИЧ-инфекцией преимущественно в 4 стадии выявляется разнообразная органическая патология, которая отягощает течение основного заболевания и требует обязательной медикаментозной коррекции.

*Гранитов В.М., Хорошилова И.А.,
Бобровский Е.А., Лубская Н.С.*

РАННЯЯ ФАЗА ОПИСТОРХОЗА В ЭНДЕМИЧНОМ ПО ОПИСТОРХОЗУ РЕГИОНЕ

г. Барнаул, Россия

Описторхоз является весьма распространенной инвазией в Алтайском крае. Показатель заболеваемости описторхозом в крае почти в 3 раза превышает средний российский – 74,1 и 26,4 на 100 тыс. населения соответственно. В регионах гиперэндемичных по описторхозной инвазии заболевание в 95-100% случаев протекает в хронической форме. Острая или ранняя фаза описторхоза встречается преимущественно у приезжего населения. Однако при определенном сочетании климатических и гидрологических условий возможно развитие ранней фазы и у местного населения. В Алтайском крае, летом и осенью 2011 года, из особенностей климата, происходило значительное обмеление водоемов, а высокая температура способствовала глубокому прогреванию воды. Все это привело к нарушению экологического равновесия и активации промежуточных хозяев и более массивного поражения рыб.

Под нашим наблюдением находилось 13 больных в возрасте от 21 до 56 лет, госпитализированных в инфекционное отделение КГБУЗ №5 г. Барнаула в октябре - ноябре 2011 года. Все пациенты местные жители. При обращении за медицинской помощью 4-м больным был поставлен диагноз вирусный гепатит, лихорадка неясного генеза – 2-м, острый описторхоз у 4-х, ОРЗ, трихинеллез, аллергический дерматит по 1 больному. У всех больных заболевание начиналось остро с повышения температуры до 38-39 °С, которая сохранялась в течение 4-7 суток, головокружения, общей слабости. Головная боль отмече-

на у 6 больных, озноб у 2-х, катаральные явления у 1, боли в правом подреберье у 4-х. Диспептические проявления характеризовались снижением аппетита, тошнотой у 4 человек, рвотой у 3. Одновременно с этим, больных беспокоили тупые ноющие боли в эпигастральной области и правом подреберье, неустойчивый стул, желтуха – у 5 пациентов. У 3 больных – уртикарное высыпание, сопровождающееся зудом. Объективно: у больных пастозность или умеренная одутловатость лица, язык обложен, при пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастрии, правом подреберье. У 5-ти больных печень выступала из-под реберной дуги на 2 - 4 см, эластичная, гладкая, слегка болезненная. Во время лихорадочного периода некоторых больных беспокоили кашель, боли в грудной клетке, однако при рентгенологическом обследовании изменений выявлено не было. Практически у всех больных во время пребывания в стационаре сохранялись слабость, недомогание, потливость.

Из эпидемиологического анамнеза выявлено, что 12 больных за 14-45 дней до заболевания употребляли речную рыбу (в основном лещ, язь). Всем больным проводилось комплексное лабораторно-инструментальное исследование. В общем анализе крови отмечено увеличение количества лейкоцитов до $15-20 \times 10^9$ и увеличение СОЭ у 8 пациентов. У всех больных имела место эозинофилия, которая достигала максимума к 15-20 дню. Средние показатели $30,7 \pm 6,2\%$. Исследование кала на яйца описторхисов были положительны у 2 больных, исследование желчи дали отрицательный результат. Положительный результат исследования парных сывороток крови на описторхоз в ИФА был у 6 больных в титре 1:100- 1:1600. Лечение больных носило симптоматический характер. Диагноз острой фазы описторхоза при выписке был выставлен 12 больным. Диагностика ранней фазы описторхоза представляет определенные трудности и в начальном периоде требует проведение дифференциального диагноза, прежде всего с другими лихорадочными заболеваниями, гепатитами, заболеваниями крови, сопровождающимися эозинофилией. Лабораторное подтверждение описторхоза с обнаружением яиц описторхисов в кале или дуоденальном содержимом возможно к концу 3-4 недели болезни.

Григорьева И.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА 2008–2010 ГГ.

г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: провести сравнительную характеристику клинической картины сезонного и пандемического гриппа АН1N1pdm09v.

Пациенты и методы. В исследование были включены 266 больных, из которых 168 больных с лабораторно подтвержденным диагнозом грипп АН1N1pdm09 и 98 больных с диагнозом сезонный грипп – А/Н1N1, А/Н3N2, В или с микст-инфекцией, в период эпидемий гриппа с 2008 г. по 2010 г. Диагноз «грипп» подтверждали методом ПЦР-диагностики морфологического материала (мазок из зева) в режиме реального времени, и РТГА. Проводился сбор эпидемиологического анамнеза, оценивалась клиническая картина заболевания, дана оценка лабораторных и инструментальных данных. Статистическая обработка данных проведена программой SPSS 17.

Результаты и обсуждение. Проанализировав истории болезни больных сезонным гриппом было установлено, что 67,2% госпитализированных составляли мужчины и 32,8% женщин. Средний возраст группы составил $32,5 \pm 19,5$ лет, и женщины были статистически значимо старше мужчин – средний возраст женщин составил 40 лет, в то время как мужчин 27 лет. Пациенты поступали болезни в среднем на $5,2 \pm 5,1$ день. Срок госпитализации коррелировал с возрастом пациентов ($\rho=0,637$, $p<0,001$). Длительность заболевания в среднем составила 16 ± 8 дней (6 – 45 дней) и отмечалась корреляция с возрастом пациентов ($\rho=0,379$, $p<0,001$). Анализируя клиническую картину, было установлено, что интоксикационный и катаральный синдромы наблюдались у большинства заболевших – у 93% больных, бронхит у 35,7% больных, пневмония у 12,2% госпитализированных, диспептический синдром развился у 6% и геморрагический у 2% больных. В структуре осложнений 1-е место занимал острый бронхит – 32,8%. У 15,6% - развивалась пневмония, обострение хронического бронхита наблюдалось у 20% больных, острый нефрит у 4% и в единичных случаях развивались синдром Гийена-Барре, ангина и острый гайморит.

Проанализировав истории болезни госпитализированных больных с подтвержденным диагнозом пандемический грипп АН1N1pdm09, было установлено, что 77,5% госпитализированных составили мужчины и 22,5% – женщины. Средний возраст группы составил 27 ± 12 лет и женщины так же, как и при сезонном гриппе были статистически значимо старше мужчин ($p=0,005$). Пациенты поступали в среднем на 3 ± 2 день болезни. Срок госпитализации коррелировал с возрастом пациентов ($\rho=0,287$, $p=0,002$). Средний койко-день составил 10 ± 6 дней. Длительность заболевания в среднем составила 12 ± 6 дней. В клинической картине, интоксикационный и катаральный синдром занимали ведущее место. Пневмония наблюдалась у 33,3% госпитализированных больных, диспептический синдром у 13,3%, острый бронхит у 9,2% больных, менингизм у 8% и геморрагический синдром у 2,5% больных. Осложнения наблюдались у 42,5% больных: пневмонии – в 76,5%, 21,5% - острый бронхит. В единичных случаях наблюдалось развитие абсцесса легкого.

Выводы. Как при сезонном, так и при пандемическом гриппе число госпитализированных мужчин превышало число женщин. В среднем мужчины поступали статистически значимо на более ранних сроках болезни, чем женщины. Сроки госпитализации коррелировали с возрастом пациентов. При пандемическом гриппе пневмонии встречались в три раза чаще, чем при сезонном гриппе, в то время как острый бронхит статистически значимо чаще отмечался у больных сезонным гриппом.

Давис Н.А., Рахматова Х.А., Бектимиров А.М.-Т., Белоцерковец В.Г., Партиева Н.Н., Осипова С.О.

КОМПЛЕКСНОЕ СЕРОЛОГИЧЕСКОЕ И МИКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

г. Ташкент, Узбекистан

Микозы встречаются у 50–70% больных туберкулезом легких (ТЛ). Ранняя диагностика микозов у больных туберкулезом легких (ТЛ) чрезвычайно важна, потому что

сопутствующие инфекции снижают эффективность противотуберкулезной терапии.

Целью настоящего исследования была оценка комплексной диагностики микозов с использованием серологического и микологического методов у больных ТЛ.

Материалы и методы. Обследовано 27 больных ТЛ. Отбор больных был обусловлен резистентностью к комплексной противотуберкулезной терапии. У 9 из них диагностирована мультирезистентность выделенных штаммов *Mycobacterium tuberculosis*. У всех больных отмечался достоверно более длительный период лихорадки с отсутствием тенденции к ее снижению, лихорадка у 11 больных была выше 38 оС. В этих случаях назначали резервные препараты: протионамид (0,25×3 в день), циклосерин (0,25×3 в день) и левофлоксацин (0,25×3 в день). Антитела (АТ) к *Aspergillus spp.* и *Candida albicans* определяли методом ИФА, тест системы ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия. Микологическое обследование включало посев крови (у 27 больных) и мокроты (у 5 больных) на среду Сабуру (Hi Media, Индия).

Результаты и обсуждение. У 18 больных определяли АТ к *Aspergillus spp.* и *Candida albicans*. У 11 были получены положительные результаты. У этих больных назначение резервных препаратов приводило к незначительному снижению лихорадки, но существенного улучшения не наблюдали. Из крови серопозитивных на *C. albicans* больных в 3 случаях были выделены культуры *C. albicans*. У них же из мокроты выделяли *C. albicans* в высокой концентрации. Назначение флуконазола за 2-3 дня приводило к исчезновению лихорадки.

Из крови серопозитивных на *Aspergillus spp.* у двух больных были выделены штаммы *A. fumigatus*. У одной из них рентгенологически была диагностирована аспергиллома, назначение вориконазола привело к значительному улучшению состояния: появлению ответа на противотуберкулезную терапию, что выражалось в снижении лихорадки, стабильно державшейся на протяжении 3 месяцев, прекращению бактериовыделения, уменьшению одышки и кашля, а также значительному уменьшению аспергилломы, выявленному рентгенологически. При повторном микологическом обследовании кровь стерильна, титр антител к *Aspergillus spp.* снизился.

Максимальная чувствительность у *Aspergillus spp.* определяется к вориконазолу, сохраняется достаточно высокий уровень чувствительности к нистатину и амфотерицину. Вориконазол экономически недоступен большинству больных, недостатком нистатина является, что он плохо всасывается, и, следовательно, неприменим при поражениях респираторного тракта. Амфотерцин В является наиболее токсичным из антимикотиков, выраженная нефро- и гепатотоксичность препарата ограничивает возможности его применения у больных ТЛ + аспергиллез, но липидный комплекс амфотерицина В, обладающий значительно меньшей гепатотоксичностью, позволяет использовать его в лечении аспергиллеза у больных ТЛ.

Таким образом, диагностика микозов у больных ТЛ, и их адекватная терапия повышает эффективность противотуберкулезной терапии. Это особенно важно при ТЛ, вызванном мультирезистентными *M. tuberculosis*.

Даниярова А.Б., Амиреев С.А.

КАК ОПЕРЕДЕЛИТЬ СЛУЧАЙ ДИФТЕРИИ?

г. Алматы, Казахстан

Эпидемический процесс дифтерийной инфекции и судьба ее возбудителя остаются предметом внимания многих специалистов, несмотря на успехи массовой иммунизации дифтерийным анатоксином.

Цель эпидемиологического надзора – разработка наиболее рациональных и эффективных мер борьбы с инфекцией.

Изучение динамики многолетней заболеваемости дифтерией населения РК выявило высокие показатели заболеваемости (36,1-115,0 на 100 тыс. населения) в допрививочный период (1950-1970 гг.), резкое снижение заболеваемости (показатель 0,5 на 100 тыс. населения) в период плановой вакцинации (1971-1990 гг.) и вновь повышение заболеваемости (до 6,68 на 100 тыс. населения) и бактерионосительства (до 6,84 на 100 тыс. населения) в период нарушений плановой вакцинации в связи с распадом Союза (1994-1997 гг.).

За период 1992 по 1995 гг. заболеваемость в Республике Казахстан увеличилась в 24 раза, достигнув максимального уровня в 1995 г., когда было зарегистрировано 1105 случаев и показатель на 100 тыс. населения составил 6,0.

Дефицит вакцин и средств на их закупку, большое количество медотводов, недостатки в плановой иммунизации населения явились причиной последовательного накопления восприимчивых к дифтерии контингентов, в том числе среди подростков и взрослых привели к стремительному росту инфекции. Ситуация усугубилась резко возросшими миграционными процессами в обществе. Слабая подготовленность врачей по диагностике дифтерии, особенно на ранних стадиях болезни, неосведомленность населения об опасности дифтерии и роли иммунизации в предупреждении инфекции, привели к регистрации тяжелых, запущенных, комбинированных форм, нередко заканчивающихся летальными исходами. Повышение заболеваемости в этот период связано со снижением показателей коллективного противодифтерийного иммунитета населения (до 74,5%) и увеличением бактерионосительства среди взрослого населения (1131 случаев с показателем 6,84 на 100 тыс. населения) и особенно детей до 14 лет (685 случаев с показателем 12,3 на 100 тыс. населения).

В этой связи в республике в 1995-1996 гг. были проведены Национальные Дни Иммунизации против дифтерии и привиты 1,5 млн. населения. Иммунологическая эффективность АДС-М вакцинации среди 17-18-летних молодых лиц составила 100%.

С этого периода началось резкое снижение заболеваемости дифтерией населения и бактерионосительства (до 0,01 на 100 тыс. населения), а в 2009-2010 гг. прекратились случаи заболевания дифтерией населения республики. Однако при изучении состояния коллективного иммунитета населения к дифтерии за последние годы установлено, что среди детей до 2-лет (n=129) серонегативные лица составили 42,3%, 3-6 лет (n=212) – 36,9%, среди детей 7-14 лет (n=504) – 42,5% и подростков 15-19 лет (n=235) – 52,3%.

Впервые разработанные стандартные определения случаев дифтерии и бактерионосительства позволило повысить чувствительность и специфичность эпидемиче-

ского надзора; разработанные алгоритмы противоэпидемических и профилактических мероприятий внедрены в повседневную работу. Внедрение стандартного определения случаев дифтерии и бактерионосительства – предположительный случай (n=236), из них вероятного [n=67 (28,4%)] и подтвержденного случаев [n=47 (19,9%)], и разработка алгоритмов противоэпидемических и профилактических мероприятий, дают возможность совершенствования эпидемиологического надзора за дифтерией.

Дарвина О.В.³, Домонова Э.А.¹, Чуланов В.П.¹, Литвинова О.Г.², Богачёва Е.А.², Коннова Ю.А.², Немилостива Е.А.³, Волчкова Е.В.³, Аленов М.Н.³

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ НА РАННИХ СРОКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПЦР И СПЕЦИФИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

¹ ФГУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора;

² Инфекционная клиническая больницы №2;

³ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, кафедра инфекционных болезней; Москва, Россия

Цель работы: изучение диагностической значимости молекулярно-биологических (ПЦР) методов исследования наличия РНК вируса краснухи (R. Virus) в различных биологических средах (плазма, клетки крови, слюна, мазки из носоглотки и ротоглотки) в сравнении со специфическими серологическими методами для подтверждения диагноза краснухи на ранних сроках заболевания.

Материалы и методы: проведено обследование 67 пациентов с клиническим диагнозом «Краснуха» с последующим лабораторным подтверждением диагноза 55 (82,1%) мужчин и 12 (17,9%) женщин, в возрасте от 14 до 29 лет. Госпитализация больных осуществлялась в 76,1% со второго по третий день заболевания. Сбор клинического материала (кровь, слюна, мазки из носо- и ротоглотки) для последующего лабораторного тестирования проводили у пациентов в первый день госпитализации. Серологические исследования выполняли методом ИФА (коммерческие тест-системы “Diagnostic systems Laboratories”, INC (США) и “Euroimmun AG” (Германия). Идентификацию РНК вируса краснухи в образцах плазмы и лейкоцитов периферической крови, слюны, мазков из носо- и ротоглотки проводили методом ОТ-ПЦР с гибридационно-флюоресцентной детекцией результатов анализа в режиме реального времени (“АмплиСенс® Rubella virus – FL”, разработанный в ФГУН “ЦНИИЭ” Роспотребнадзора (Регистрационное удостоверение № ФСР 2009/05501). Аналитическая чувствительность – 400 копий РНК вируса краснухи в мл, аналитическая специфичность – 100%.

Результаты исследования: диагноз «Краснуха» был подтвержден на основании выявления вирусоспецифических антител класса IgM 32 (47,8%) пациентам, идентификации РНК R. virus в различном клиническом материале – 65 (97%), комплексного лабораторного обследования – 66 (98,5%). Анализ частоты обнаружения вируса краснухи в различном клиническом материале при помощи ОТ-ПЦР в разные сроки заболевания показал, что наиболее информативным в первые пять дней с момента появления сыпи (период разгара заболевания) оказалось

выявление РНК *R. virus* в слюне (92,5% образцов), тогда как в плазме, лейкоцитах крови, мазках из носо- и ротоглотки – 20,9%, 16,4%, 70,1%, соответственно. Следует отметить, что с пятого дня после появления сыпи частота обнаружения РНК вируса краснухи значительно снижалась во всех типах клинического материала.

Заключение: наибольшая частота выявления РНК вируса краснухи в слюне, по сравнению с образцами плазмы и лейкоцитов крови, мазками из носо- и ротоглотки, простота забора данного биоматериала и отсутствие инвазивных медицинских манипуляций позволяет рекомендовать именно слюну как оптимальный клинический материал для исследования методом ОТ–ПЦР на РНК *R. Virus* для подтверждения диагноза на ранних сроках заболевания, что может иметь большое значение в акушерско-гинекологической практике.

Даулетбакова А.М., Жакипбаева Б.Т., Муминов Т.А., Амিরеев С.А., Бейсембаева Ш.А., Дегемерзанова Н.К.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНЫХ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА VNTR-ТИПИРОВАНИЯ ШТАММОВ M.TUBERCULOSIS

Казахский Национальный медицинский университет г. Алматы, Казахстан

Одной из главных задач эпидемиологического обследования очагов туберкулеза являются выявление источника заражения и определение круга контактных с ним. Методы молекулярной эпидемиологии позволяют получить информацию о факторах риска, влияющих на трансмиссию туберкулеза, а также об источнике заражения и путях распространения высоковирулентных штаммов *M. tuberculosis* с высокими уровнями лекарственной устойчивости, что позволит разработать и внедрить эффективные программы борьбы с данным заболеванием с учетом условий очага заболевания и местных особенностей.

Нами изучено 26 штаммов *M. tuberculosis*, выделенных от больных из 10 семейных очагов туберкулеза на территории Атырауской области с использованием метода типирования варьирующих по числу точных тандемных повторов (VNTR–типирование) по 5 локусам (ETRA, B, C, D, E) за период 2005-2007 гг.

В результате, у обследованных нами лиц в 61,5+9,5% случаев определялся генотип 42435, от 10 источников – у 8 (80±12,6%) и из 16 контактных – у 8 (50±12,5%). Генотипы 22232 обнаружены у 2 (20±12,6%) источников, и у 4 (25±10,8%) заболевших контактных. Генотипы 32332, 42434, 42432 выделены у 4 (25±10,8%) контактных.

Из 10 очагов, где больные могли иметь возможные контакты, в 7 установлена идентичность выделенных штаммов *M. tuberculosis* и идентифицированы источники заболевания. Источниками инфекции в каждом случае были мать, муж, братья, сестры. В трех очагах, где не совпали генотипы, несмотря на семейное родство и одинаковый адрес проживания дополнительное эпидемиологическое обследование позволило установить наличие других возможных источников инфекции.

В шести очагах с выделением генотипа 42435 совпадение генотипа отмечалось у 8 (72,7±13,4%) из 11 заболев-

ших и в одном очаге у 2 заболевших установлено полное тождество генетического профиля (22232).

Сравнение структуры лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза у источника и контактного в очагах с генетически идентичными и неидентичными штаммами *M. tuberculosis* показало, что сходство лекарственной чувствительности (ЛЧ) у генетически идентичных штаммов по всем препаратам в 14,2% случаев, по трем (изониазид, рифампицин, стрептомицин) – 42,8%, по двум препаратам – 14,2%, всего 71,4%. У двух штаммов выявлено различие в структуре ЛЧ, что, по-видимому, связано с развитием вторичной устойчивостью в процессе лечения. ЛЧ возбудителя в очагах с индивидуальными генотипами в 33,3% случаев имела одинаковую структуру. Следовательно, ЛЧ не может служить маркером идентичности штаммов и с достоверностью указывать на источник инфекции.

При VNTR-типировании установлено, что в 70,0±14,5% у предполагаемых источников и у заболевших контактных были идентичные генотипы, что указывает на преимущественно экзогенный механизм распространения туберкулезной инфекции в семейных очагах.

Денисюк Н.Б.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

г. Оренбург, Россия

Лечение больных с острыми кишечными инфекциями комплексное: этиотропное, патогенетическое. Выбор средств этиотропной и патогенетической терапии осуществляется с учетом типа диареи (инвазивный, осмотический, секреторный). В случаях сочетания ротавируса с бактериальными возбудителями (микст-инфекция), назначение антибактериальных препаратов усугубляет течение инфекции и удлиняет процесс выздоровления.

Цель исследования: выявить некоторые аспекты в лечении ротавирусно-бактериальных (микст) инфекций у детей.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 74 пациента в возрасте до 1 года с диагнозом ротавирусная инфекция, поступивших в инфекционный стационар Муниципальной клинической инфекционной больницы г. Оренбурга в 2011 году. Диагноз кишечной инфекции подтвержден с использованием бактериологических и серологических методов диагностики.

Полученные результаты: из 128 обследуемых детей, с диагнозом ротавирусная инфекция (моно-инфекция) поступило 46 (35,9%), с диагнозом ротавирусно-бактериальная инфекция (микст-инфекция) поступило 28 (21,9%) детей. Дети распределились по возрасту: до 1 месяца-3, от 1–6 месяцев-41, от 6-12 мес. – 30. С легкими формами заболевания больных не было, среднетяжелые формы отмечены у 49(66,2%), тяжелые формы у 25(33,8%). В отделении реанимации пролечено 9 детей. У 28 детей с подтвержденной ротавирусно-бактериальной инфекцией сочетание ротавирус + 2 бактериальных агента имели 5 человек. Наиболее часто микст-вариант РВИ протекал в сочетании с УПФ, при этом *Kl. pneumoniae* выделялась в диагностических титрах у 10 (35,7%) детей, а *P.vulgaris* у 8 (28,5%). У 3 (10,7%) детей при бактерио-

логическом исследовании фекалий в высоком титре выделена *Ps. aeruginosa*. Все дети с кишечной инфекцией получали лечение на догоспитальном этапе: препарат Смекта в возрастной дозировке (17), регидрон, цитроглюкосалан перорально (26), диетическое питание (46), антибактериальный препарат энтерофурил (9). На госпитальном этапе терапия кишечной инфекции включала: антибактериальную терапию (энтерофурил, амикацин, цефалоспорины 3-4 поколения), энтеросорбенты, пробиотики, низколактозные смеси. Инфузионная терапия проводилась поляризующей смесью, солевыми растворами, белковыми препаратами, коррекция объема жидкости для инфузионной терапии проводилась в течение суток в соответствии с физиологическими потребностями и потерями. Эффект от проводимой терапии оценивался по длительности сохранения основных синдромов: интоксикации, рвоты, диареи, абдоминального синдрома. Из 46 детей с ротавирусной инфекцией в лечении 31 ребенка не назначалась антибактериальная терапия, средняя длительность диареи составила 4-5 дней, длительность синдрома интоксикации была наименьшей и составила 3-4 дня; 15 детей с ротавирусной инфекцией получали антибактериальную терапию (длительная лихорадка, тяжелое состояние), средняя длительность диареи составила 7-8 дней, а длительность синдрома интоксикации была 4-6 дней. В лечении микст-форм всем детям назначались антибактериальные препараты, а при наличии осложнений – комбинация двух антибактериальных препаратов. Средняя длительность диареи составила 10-12 дней, а длительность синдрома интоксикации была 5-7 дней. Таким образом, назначение антибактериальных препаратов при ротавирусной инфекции и микст-инфекциях (сочетание ротавируса с УПФ) у детей раннего возраста приводит к более длительному сохранению основных клинических симптомов (особенно диареи) и удлиняет период выздоровления.

Денисюк Н.Б.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

г. Оренбург, Россия

Несмотря на достигнутые успехи в вопросах профилактики, диагностики и лечения острых кишечных инфекций, более половины регистрируемых диарей приходится на ранний детский возраст. В настоящее время доказана доминирующая роль вирусных диарей, при этом лидирующее место отводится ротавирусной инфекции (РВИ). При заражении нередко происходит одновременное инфицирование ребенка несколькими кишечными возбудителями, а выявление микст-инфекции очень важно для назначения адекватной терапии. Это и определило актуальность наших исследований.

Цель работы: выявить клинические особенности течения ротавирусно-бактериальных (микст) кишечных инфекций у детей раннего возраста для назначения адекватной терапии.

Материалы и методы: под наблюдением находились 128 детей в возрасте до 1 года с диагнозом острая кишечная инфекция, поступивших в инфекционный стационар Муниципальной клинической инфекционной больницы

г. Оренбурга в 2011 году. Диагноз кишечной инфекции подтвержден бактериологическими и серологическими методами диагностики.

Полученные результаты: с диагнозом ротавирусная инфекция поступило 46 (35,9%) детей, с диагнозом бактериальная инфекция, вызванная УПФ, поступило 17 детей (13,2%), с диагнозом микст-инфекция (ротавирус+УПФ) поступило 28 (21,9%) детей, у 37 (29%) пациентов возбудителя выделить не удалось. Распределение по возрасту: до 1 месяца – 5, от 1-6 месяцев – 41, от 6-12 месяцев – 82. С легкими формами заболевания больных не было, заболевание в среднетяжелой форме отмечено у 91 (71,1%), в тяжелой у 37 (28,9%). В отделении реанимации пролечено 12 детей. Ротавирусно-бактериальная (микст) инфекция подтверждена у 28 детей, при этом сочетание ротавирус + 2 бактериальных агента имели 5 человек. Наиболее часто микст-вариант РВИ протекал в сочетании с УПФ, при этом *Kl. pneumoniae* выделялась в диагностических титрах у 10 (35,7%) детей, а *P. vulgaris* у 8 (28,5%). У 3 (10,7%) детей при бактериологическом исследовании в высоком титре выделена *Ps. aeruginosa*. Все дети с микст-инфекцией имели неблагоприятные факторы в анамнезе: на искусственном вскармливании находилось 19 (67,8%), перенесенные в прошлом кишечные инфекции были у 7 (25%) детей, явления дисбактериоза кишечника у 8 (28,5%), хронические инфекции матери отмечены у 9 (32,1%). У всех детей с сочетанной инфекцией отмечалось острое начало болезни, при этом 60,7% детей поступили в стационар в первые двое суток от начала болезни. Синдром гастроэнтерита был ведущим и отмечен у 23 (82,1%) детей, энтероколитические проявления подтверждены у 5 детей (в копрограмме определялась слизь, кровь). Рвота у большинства детей сохранялась более 3 дней, а явления энтерита у 21 ребенка сохранялись до момента выписки из стационара. Экскрезы различной степени выраженности был отмечен у 21 (75%) детей с микст-инфекцией. У 5 детей с *Kl. pneumoniae* в клинике отмечено поражение дыхательных путей (пневмония – 2, острый бронхит – 3). Данные копрограммы при микст-инфекции характеризовались нарушением ферментативной и переваривающей функции поджелудочной железы. Таким образом, ротавирусная инфекция у детей раннего возраста в 21% случаев встречается в виде микст-инфекции (УПФ), сочетание вирусной диареи с бактериальной инфекцией оказывает неблагоприятное воздействие на течение и длительность инфекционного процесса (удлиняет длительность основных синдромов, способствует развитию осложнений).

Джурбаева Н.Б. Холматова К.Ш.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕПОТЕКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ «В» ГЕПАТИТАХ

*Научно-исследовательский институт
эпидемиологии, микробиологии и инфекционных
заболеваний*

г. Ташкент, Узбекистан

Последнее время вирусные гепатиты остаются актуальной темой и проблемой инфекционной патологии. Применение высокоэффективных гепатопротекторных препаратов, а так же в комплексе препаратов направленных на снижение печеночной энцефалопатии, показал хо-

рошие результаты. Одним из таких препаратов является «Гепотек», производимый в Корее фирмой «Union Rorea pharm. CO. LTD» Лечение хронического гепатита «В» успешно приводит к снижению риска развития цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы и печёночно-клеточной недостаточности. Однако у всех этих больных, с различной активности хронического процесса, сохраняется печёночная энцефалопатия.

Нами изучена эффективность «Гепотека» у больных с ХВГВ на фоне комплексной терапии. Под наблюдением находилось 20 больных, в возрасте от 20 до 40 лет которые получали данный препарат. У больных с ХВГВ получавшие препарат «Гепотек» определялось снижение уровня аммиака в плазме почти 70%, улучшался белковый обмен, увеличился альбумин и тенденция нормализации глобулиновых фракций.

Больные, получавшие препарат «Гепотек», с первых дней чувствовали себя намного лучше. Такие симптомы как головная боль, головокружение, общая слабость, пальмарная эритема исчезали после получения данного препарата.

Таким образом, комплексное лечение больных с ХВГВ с применением «Гепотека» способствовало: улучшению функции печени, устранению симптомов печёночной энцефалопатии и обеспечению дезинтоксикационной функции печени.

Дивоча В.А., Кобрин Т.М., Лагода О.В., Руссу А.В., Михальчук В.Н., Гоженко А.И.

РАЗБОТКА НОВОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ГРИППЕ

ГП Украинский НИИ медицины транспорта МЗУ г. Одесса, Украина

Грипп до настоящего времени остается одним из наиболее массовых заболеваний, которое приводит к госпитализации тысяч заболевших и высокой смертности, в особенности среди пожилых людей.

Важность проблемы поиска эффективных способов лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ обусловлена их массовостью, высокой чувствительностью населения к ним и значительным процентом осложнений. Ежегодно в Украине заболевает от 10 до 14 млн. человек, что составляет 25-30% общей заболеваемости населения. В настоящее время смертность от этого заболевания и его осложнений не снижается, а наоборот, отмечается стабилизация и даже увеличение этого показателя. Актуальными остаются вопросы поиска препаратов для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ, особенно на ранних этапах заболевания.

Цель работы. Выделить ингибитор трипсиноподобных протеиназ из промышленных отходов получения гамма-глобулина.

Материалы и методы. В нашей работе для выделения ингибитора трипсиноподобных протеиназ использовали отходы I-й стадии (II+III) получения гамма-глобулина из донорской крови человека, которые содержали значительное количество данного ингибитора методом ионообменной хроматографии на ДЭАЭ-53 целлюлозе (фирма Watman, США).

Разработка способа получения ингибитора в очищенном виде включала такие этапы как: экстракцию фермента, ультразвуковую дезинтеграцию клеток, ионооб-

менную хроматографию на ДЭАЭ-целлюлозе, диализ, лиофильную сушку.

Данный способ позволил получить 5 изоформ, обладающих ингибиторной активностью. Первые две изоформы, в которых было зарегистрировано высокое содержание ингибитора трипсиноподобных протеиназ, элюировали с ионообменной колонки 0,1 М фосфатным буфером pH 7,5. Следующий три изоформы, содержащие ингибитор трипсиноподобных протеиназ, элюировали градиентом NaCl разной молярности: третья изоформа – 0,1 М NaCl, четвертая изоформа – 0,2 М NaCl, пятая изоформа – 0,5 М NaCl.

Наибольшее содержание ингибитора трипсиноподобных протеиназ было зарегистрировано во фракции V-й изоформы, которая последней элюировалась с колонки 0,5 М NaCl, а наименьшее – с IV-й и III-й изо форм, которые элюировались с колонки 0,2 и 0,1 М NaCl, соответственно.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в отходах I-й стадии получения гамма-глобулина содержится, по крайней мере, пять фракций ингибитора трипсиноподобных протеиназ, которые отличаются между собой как по заряду, так и по солерастворимости. Эти отличия могут быть обусловлены различиями в аминокислотном составе множественных форм данного ингибитора.

Пятую изоформу, обладающую высокой ингибиторной активностью, в дальнейшем использовали для изучения терапевтических свойств выделенных препаратов ингибитора трипсиноподобных протеиназ при экспериментальном гриппе.

Дуго Р.Н., Бречко В.А.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ИХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ К АНТИБИОТИКАМ

г. Владивосток, Россия

Возбудители неспецифических инфекций принадлежат к разным семействам и родам микроорганизмов. Их этиологическая роль подтверждается качественно – количественными бактериологическими методами исследования повторностью выделения из биоматериалов, сочетанностью с клиническими проявлениями заболеваний.

Нами проанализированы результаты бактериологических исследований биоматериалов в одном из районов Приморского края.

Материалами исследования служили: отделяемое цервикального канала и ран, материал конъюнктивы глаза, мокрота, моча. Выделенные бактерии идентифицированы до вида, осуществлена их чувствительность к антибиотикам в соответствии с действующими методическими указаниями.

Наиболее часто из биоматериалов выделяли представители семейства – Staphylococcaceae – 60,8 % и Enterobacteriaceae – 39,2 %, соответственно. При этом, удельный вес *S. epidermidis* составлял 30,6 %, а *S. saprophyticus* – 16,1%, *S. aureus* – 14,1%. Из семейства Enterobacteriaceae (39,2 %) в качестве основного этиопатогена были *E.coli* (36,6%), остальные энтеробактерии (*P. vulgaris* и *P. inconstans*, *S marcescens*, *E. aerogenes* и *E. cloacea*, *C. freudii*, *S.enteritidis*).

Данные тестирования чувствительности позволили установить: все штаммы *S. saprophyticus* вне зависимости от биоматериала обладают резистентностью к пенициллинам, резистентным к пенициллиназам, аминопенициллинам, макролидам, аминогликозидам. Уровень резистентности при этом колебался от 43% до 100%. *S. epidermidis* – аминопенициллинам (92%), *S. aureus* – к пенициллинам широкого спектра действия (76%), аминогликозидам (68%), макролидам (100%), гликопептидам (90%), аминопенициллинам (100%). *E.coli* – к макролидам (60%), к аминопенициллинам (63%). У остальных энтеробактерий уровень резистентности близок к таковому у *E. coli*.

Из 25 штаммов *S. aureus* изолированных из мокроты больных 100% резистентность зарегистрирована к аминопенициллинам макролидам, чувствительными в 100% случаев оказались штаммы к цефалоспорином I поколения (цефалексин) и фторхинолонам (ципрофлоксацин) – 72%.

Из 10 штаммов *P.inconstans*, выделенных из мокроты, 60% оказались устойчивыми к аминопенициллинам (ампициллин). Наряду с этим в 100% отмечена чувствительность к цефалоспорином I поколения (цефазолин), фторхинолонам (офлоксацин, цiproфлоксацин).

S. aureus, выделенных от больных из конъюнктивы глаза, оказались устойчивыми к фторхинолоновым антибиотикам – офлоксацину (75%), цiproфлоксацину (100%). Штаммы *S. saprophyticus* также изолированные из конъюнктивы глаза дали идентичные показатели резистентности. И только к гликопептидам (ванкомицин) 50% штаммов были чувствительны. Уровень устойчивости и умеренной устойчивости составлял соответственно по 25%.

Таким образом, уровень резистентности основных возбудителей неспецифических инфекций не связан с локализацией патологического очага.

Дмитраченко Т.И., Крылова Е.В.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОСНОВНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЭНТЕРОПАТОГЕНОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

г. Витебск, Республика Беларусь

Одной из важных проблем при назначении антибактериальной терапии является появление антибиотикорезистентных штаммов бактерий из-за широкого использования антибактериальных препаратов.

Нами проведен сравнительный анализ чувствительности к антибактериальным препаратам 149 клинических изолятов *S. typhimurium*, 306 *S. enteritidis*, 360 изолятов *S. flexneri* и 160 изолятов *S. sonnei*, выделенных от больных острыми кишечными инфекциями, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу в период 1997-2000 гг. и 162 клинических изолятов *S. flexneri*, 69 клинических изолятов *S. sonnei*, 96 изолятов *S. typhimurium*, 237 *S. enteritidis*, выделенных от больных, находившихся на лечении в период 2005-2010 гг. Чувствительность к антибиотикам клинических изолятов сальмонелл, шигелл определяли диско-диффузионным методом с использованием дисков с антибиотиками (Becton Dickinson, США; bioMérieux, Франция).

Как показал анализ, в последние 10 лет произошли изменения чувствительности к антибактериальным препа-

ратам *S.typhimurium*. Значительно снизилась резистентность к ампициллину ($с\ 89,3\pm 2,5\%$ до $42,8\pm 4,4\%$), к клорамфениколу ($с\ 85,3\pm 2,9\%$ до $52,1\pm 5,1\%$), тетрациклину ($с\ 60,4\pm 4,0\%$ до $50,0\pm 6,7\%$). В то же время выросла чувствительность к цефалоспорином III-IV поколений ($с\ 33,5\pm 3,9\%$ до $98,6\pm 2,8\%$) и гентамицину ($с\ 43,3\pm 4,1\%$ до $82,2\pm 4,1\%$), что можно объяснить исчезновением госпитальных штаммов *S.typhimurium*. При этом появились клинические изоляты, проявляющие резистентность к амикацину ($11,1\pm 3,3\%$), выросла доля штаммов, резистентных к налидиксовой кислоте $с\ 3,7\pm 2,6\%$ до $26,9\pm 5,7\%$. В течение последних десяти лет существенно снизилась чувствительность *S.enteritidis* к ампициллину $с\ 92,1\pm 1,5\%$ до $50,6\pm 3,3\%$, к доксициклину - $с\ 83,2\pm 2,1\%$ до $42,8\pm 3,5\%$, к ко-тримоксазолу - $с\ 91,1\pm 1,6\%$ до $48,3\pm 5,2\%$, появилась и существенно выросла резистентность к налидиксовой кислоте ($22,5\pm 4,3\%$), а так же появились штаммы, нечувствительные к цефалоспорином III-IV поколений и фторхинолонам ($0,8-2,1\%$). Анализ динамики резистентности к антибактериальным препаратам *S. sonnei* показал, что за последние 10 лет произошло значительное снижение резистентности *S. sonnei* к таким препаратам, как доксициклин ($с\ 84,1\pm 1,5\%$ до $34,2\pm 6,8\%$) и ко-тримоксазол ($с\ 90,6\pm 1,2\%$ до $50,0\pm 6,5\%$), при росте резистентности к ампициллину ($с\ 9,7\pm 1,2\%$ до $68,1\pm 5,6\%$) и клорамфениколу ($с\ 7,0\pm 2,7\%$ до $37,5\pm 6,1\%$). Особое значение имеет появление нерегистрируемых ранее штаммов, резистентных к налидиксовой кислоте ($23,8\pm 6,6\%$). При определении чувствительности *S. sonnei* к амоксициллин/клавуланату, цефотаксиму, цефтазидиму, азтреонаму с использованием метода «двойных дисков» был выявлен синергизм, указывающий на продукцию бета-лактамаз расширенного спектра у 1 из исследуемых штаммов *S. sonnei*. Штаммы *S. sonnei* с подобным фенотипом резистентности выявлены в Республике Беларусь впервые. Существенных изменений в уровнях резистентности *S. flexneri* к антибактериальным препаратам за истекший десятилетний период не произошло, сохраняется высокий уровень чувствительности к цефалоспорином III-IV поколений ($94,3\pm 1,1\%$ vs $98,1\pm 1,1\%$), к налидиксовой кислоте ($94,1\pm 2,9\%$ vs $92,6\pm 2,8\%$), к цiproфлоксацину ($99,7\pm 0,3\%$ vs $96,3\pm 1,4\%$), при низкой чувствительности к клорамфениколу ($7,3\pm 1,2\%$ vs $9,8\pm 2,3\%$), к доксициклину ($16,4\pm 1,1\%$ vs $6,1\pm 1,9\%$).

Таким образом, имеет место динамическое изменение чувствительности к антибактериальным препаратам основных энтеропатогенов, что требует пересмотра тактики проведения этиотропной терапии.

Дубовицкая Н.А., Михайлова Е.В., Буланова А.Г., Кошкин А.П., Шведова Н.М., Лаврентьев Г.П., Каральский С.А.

НЕЙРОТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского

Минздравсоцразвития России, кафедра детских инфекционных болезней

г. Саратов, Россия

Целью работы явилось изучение частоты регистрации, а также разработка методов коррекции нейротоксического синдрома у детей с инфекционными заболеваниями.

Нами проведен ретроспективный анализ 480 историй болезни детей, в возрасте от 3 месяцев до 7 лет, больных бактериальными, вирусными и смешанными инфекциями, протекающими с нейротоксическим синдромом, находившихся на стационарном лечении в ОДИКБ г. Саратова с 2010 по 2011 г. Оценивались тяжесть основного заболевания, фоновая патология, кратность обращения (первичное или повторное) в различных возрастных группах. За время пребывания в стационаре всем пациентам было проведено стандартное лабораторно-инструментальное обследование, в том числе люмбальная пункция с лечебно-диагностической целью, результаты бактериологических посевов и вирусологического исследования ликвора во всех случаях были отрицательными.

В зависимости от нозологии больные были разделены на группы: 1 группа – больные острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) с нейротоксическим синдромом – 230 (48%) детей; 2 группа – больные острыми кишечными инфекциями (ОКИ) с инфекционным токсикозом 140 (29%) детей; 3 группа – больные ОРЗ и острыми кишечными инфекциями с нейротоксикозом 110 (23%) детей. Этиологически расшифровать удалось 27% случаев острых респираторных заболеваний, протекающих с нейротоксическим синдромом, из них грипп составил 25%, а парагрипп 2% случаев. Патогенные возбудители у больных ОКИ с инфекционным токсикозом подтверждены лабораторно в 156 (65%) наблюдениях – бактериальные инфекции выявлены у 68 (43,6%) пациентов (сальмонеллез у 82,35% детей, шигеллез у 17,65% детей), ротавирусная инфекция у 88 (56,4%) больных. С большей частотой нейротоксический синдром отмечался в возрасте от 3 месяцев до 1 года у 62,5% обследованных, от 1 года до 3 лет у 17,7% детей, от 3 до 5 лет у 10,3% и от 5 лет до 7 лет у 9,5% детей. Нейротоксический синдром регистрировался только при среднетяжелых и тяжелых формах заболевания у 304 (63,33%) и у 176 (36,67%) обследованных, соответственно. Клинически нейротоксикоз проявлялся оглушенностью и возбуждением в 54,1% наблюдений, сопор – комой 1 ст. в 6,45%, судорожным синдромом в 75,4%, очаговой симптоматикой в 65,1% наблюдений. По тяжести состояния обусловленного неврологическими нарушениями 6,45% детей были госпитализированы в ОРИТ. Судороги регистрировали в анамнезе в 326 (68%) случаев, впервые судороги были отмечены у 151 (31,46%) ребенка. Фоновая патология была отмечена в 229 (47,7%) наблюдениях – в виде перинатального поражения ЦНС в 178 (77,7%), объемных образований головного мозга в 5 (2,18%) гипокальциемии в 46 (20,1%) наблюдениях. Всем больным проводилось комплексное лечение в зависимости от тяжести состояния.

Таким образом, развитием нейротоксикоза сопровождались только среднетяжелые и тяжелые формы инфекционных заболеваний. С большей частотой нейротоксический синдром встречался у детей первых трех лет жизни. Предрасполагающими факторами являлась фоновая патология в виде перинатального поражения ЦНС, наличие объемных образований головного мозга, гипокальциемии. Наиболее выраженный клинический эффект отмечался у больных получавших наряду со стандартной терапией препараты обладающие антиоксидантной и нейрометаболической активностью.

*Еровиценов А.А., Потеева С.А.,
Троицкий В.И., Анохина Г.И., Малолетнева Н.В.,
Набокова Н.Ю., Колаева Н.В., Карманов М.И.,
Нечаева И.П., Шабалина О.Ю., Полуэктова В.Б.,
Каншина Н.Н., Горобченко А.Н.*

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЖИ

г. Москва, Россия

Нами проведен анализ современных клинических аспектов рожи у 1580 больных, прошедших лечение в специализированном отделении Инфекционной клинической больницы №2 г. Москвы в 2011 году. Рожа чаще наблюдалась у женщин – 891, что составило 56,4% всех госпитализированных больных. Большинство больных – 1241 (78,5%) поступило в отделение в первые четыре дня болезни.

В зависимости от возраста наблюдалось следующее распределение: до 30 лет было всего 79 больных (до 17 лет – 7), от 30 до 50 лет – 351 больной, большинство больных, прошедших лечение в отделении были старшего и пожилого возраста: от 50 лет и старше – 1150 (72,8%), больные с 70 лет и старше составили 25,3%. Практически у всех больных выявлялись предрасполагающие факторы (микозы стоп, при роже нижних конечностей); метаболический синдром (сахарный диабет, ожирение); поражение сосудов (хроническая венозная и лимфатическая недостаточность); хронические дерматозы; очаги хронической (стрептококковой) инфекции: тонзиллит, отит, синусит, кариес, парадонтоз (чаще при роже лица); остеомиелит, тромбофлебит, трофические язвы (чаще при роже нижних конечностей).

Среди поступивших больных легкое течение заболевания было диагностировано в 1,8%, тяжелое – 3% случаев, у большинства заболевание протекало в среднетяжелой форме – 1504 (95,2%) больных. Рожа верхних конечностей наблюдалась в 5,2%, лица – 15,5%, нижних конечностей – 75,8%. Необходимо отметить, что в холодное время года удельный вес больных с рожей лица возрастает, а в теплое – рожа нижних конечностей. По кратности течения заболевания превалировала первичная рожа – 58%, далее – рецидивирующая – 29,6% и повторная – 12,4%. В последние годы отмечается тенденция роста удельного веса первичных форм рожи, регистрация которых возрастает в зимние месяцы.

Эритематозная форма рожи диагностирована у 517 (32,7%) больных, эритематозно-буллезная – 86 (5,5%), эритематозно-геморрагическая – 493 (31,2%), буллезно-геморрагическая – 484 (30,6%) больных. Геморрагические формы заболевания (61,8%) продолжают составлять большую часть всех госпитализированных больных в последние десятилетия.

У 279 пациентов (17,7%) заболевание протекало на фоне сахарного диабета 2-го типа. У 30 больного сахарный диабет был выявлен впервые в жизни в остром периоде заболевания рожей.

При анализе течения различных форм рожи у пожилых больных (в соответствии с критериями ВОЗ – это люди старше 65 лет) мы не выявили достоверных отличий в длительности течения заболевания, развитии осложнений, изменений в анализах крови (уровень лейкоцитов, С реактивного белка и других показателей)

от больных до 65 лет. Нами установлено, что у пожилых больных чаще регистрировались геморрагические формы (эритематозно-геморрагическая и буллезно-геморрагическая) в 73,2±4,5%, но достоверных отличий с другими возрастными группами больных не получено. Наши данные согласуются с ранее проведенными исследованиями (О.А. Дунаевский, П.А. Постовит, 1982).

Ешмоллов С.Н., Ситников И.Г., Мельникова И.М.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

г. Ярославль, Россия

По современным представлениям (Г.И. Васильева, И.А. Иванова, С.Ю. Тюкавкина, 2001; В.П. Молочный, Е.С. Новик, Г.Т. Обухова, 2007) ведущая роль в патогенезе нейроинфекций принадлежит нарушениям иммунного гомеостаза. Цитокины отражают индивидуальную первичную реакцию на вирусный агент, позволяя оценить характер течения процесса и прогнозировать исход заболевания при многих вирусных инфекциях (Т.В. Глазнова, Л.Н. Бубнова, В.И. Мазуров, 2002), что является важным при оценке эффективности применения лекарственных средств с противовирусной и иммуномодулирующей активностью.

Целью исследования явилось изучение влияния этиотропных средств в составе базисной терапии энтеровирусных менингитов у детей на показатели цитокинового статуса и частоту развития неврологических нарушений в периоде реконвалесценции.

Под наблюдением находилось 152 пациента в возрасте от 3 до 17 лет с диагнозом энтеровирусный менингит, госпитализированных в ГУЗ ЯО ИКБ №1 г. Ярославля в 2008-2010 гг. Диагноз верифицирован на основании комплекса клинико-anamnestических и лабораторных данных, а также обнаружением РНК энтеровируса в ликворе методом ПЦР. Проведено иммунологическое исследование сыворотки крови с определением концентрации интерлейкинов 1b, 4, 8 (IL-1b, IL-4, IL-8), интерферона-гамма (INF-γ) и фактора некроза опухоли альфа (TNF-α). Выделены 3 группы больных, сопоставимых по полу, возрасту и степени тяжести заболевания: I группа (55 человек) получала традиционное патогенетическое и симптоматическое лечение; больным II группы (52 ребенка) наряду с базисной терапией назначался препарат арбидол, пациентам III группы (45 детей) – индуктор интерферона – тилорон. Длительность терапии составила 21 день. При иммунологическом исследовании сыворотки крови на остроте заболевания отмечалось существенное увеличение уровня IL-1b (221,71±4,66 пг/мл; p<0,001), IL-8 (232,82±4,83 пг/мл; p<0,001), TNF-α (229,47±4,31 пг/мл; p<0,001) и низкие концентрации IL-4 (5,49±0,21 пг/мл; p<0,001), а также INF-γ (5,24±0,29 пг/мл; p<0,001). Это свидетельствует о дисбалансе цитокинового профиля за счет усиления продукции и выброса провоспалительных и уменьшение протективной роли противовоспалительных цитокинов на фоне угнетения выработки INF-γ. На фоне проводимого лечения у пациентов группы II отмечено достоверное снижение уровня IL-1b (159,85±8,53 пг/мл; p<0,05), IL-8 (169,49±5,98 пг/мл; p<0,05) и увеличение концентрации

INF-γ (16,45±0,99 пг/мл; p<0,001). В группе III наблюдалось достоверное повышение IL-4 (14,31±0,70 пг/мл; p<0,001) и INF-γ (18,20±0,93 пг/мл; p<0,001).

Через 3 месяца после выписки при диспансерном наблюдении у 8 (14,5%) детей I группы, получавших лишь базисное лечение, наблюдались явления астенизации психики (слабость, утомляемость, повышенная сонливость в дневное время), 7 (12,7%) детей предъявляли жалобы на умеренные головные боли, в 3 (5,4%) случаях отмечены расстройства по типу гипервозбудимости с нарушением сна, кошмарными сновидениями, сомнамбулизмом и сногворением. У детей II группы в 3 (5,8%) случаях наблюдался астенический синдром и 1 ребенок предъявлял жалобы на умеренные головные боли. Среди реконвалесцентов группы III у 4 (8,9%) детей отмечены умеренные головные боли, у 3 (6,7%) – повышенная слабость и утомляемость.

Таким образом, положительный иммунологический эффект и благоприятное течение периода реконвалесценции доказывают необходимость и целесообразность включения этиотропных средств в протоколы базисной терапии энтеровирусных менингитов у детей.

Жакипбаева Б.Т., Муминов Т.А., Бейсембаева Ш.А., Амиреев С.А.

МОЛЕКУЛЯРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Казахстан

Одной из причин, затрудняющих борьбу с туберкулезом, является широкое распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), т.е. устойчивостью, по меньшей мере, к двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам первого ряда – рифампицину и изониазиду. Казахстан, как и ряд других регионов бывшего Советского Союза, по определению ВОЗ, отнесен к «горячим точкам» по распространению данной формы заболевания, а с 2006 г. эпидемиологическая ситуация по мультирезистентному туберкулезу в стране признана чрезвычайной (WHO, 2004, Назирова Н., 2006, Исмаилов Ш.Ш., 2007).

Цель исследования – оценить распределение доминирующих мутаций, ассоциирующихся с устойчивостью рифампицину и изониазиду, среди штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) различных генотипов для выяснения причин их стремительного распространения в Казахстане.

Материалы и методы исследования. Изучено 156 штаммов МБТ из трех регионов Казахстана. Генотипирование штаммов проведено методом VNTR-типирования с использованием точных тандемных повторов ETR A, B, C, D, E (Frothingham R. et al., 1998) и сполитипирования (Kamerbeek J. et al., 1997). Мутации в генах groB, katG, inhA и ahpC МБТ определены методом гибридизации на олигонуклеотидном биочипе «ТБ-биочип (MDR)» (ИМБ им. В.А.Энгельгардта, Москва).

Результаты. У исследованных штаммов МБТ с МЛУ, среди обнаруженных 10 различных типов мутаций в гене groB доминировали мутации в 531, 526 и 516 кодонах (96,5%). Преобладающей мутацией в этом гене оказа-

лась Ser531→Leu (64,5-80% в разных областях). Мутации, ассоциированные с устойчивостью к изониазиду, были обнаружены в двух генах: katG (85,1% штаммов) и inhA (5%). В гене katG доминировала мутация 315AGC→ACC (86,5%). Доля кластеризующихся штаммов во всех изученных регионах была высокой (83,9-92,6%).

Доминирующие мутации обнаружены во всех генотипических кластерах, однако частота мутаций у штаммов различных генотипов была неодинаковой. Мутантные аллели, определяющие устойчивость к рифампицину и изониазиду, достоверно чаще встречались у штаммов генотипа Beijing (77,1%), по сравнению с другими генотипами (53,3%, $p < 0,05$). Доминирующие мутации groB531TCG→TTG (Ser→Leu) и Ser315→Thr в гене katG были значимо связаны с генотипом Beijing: обнаружены у 57,5% и 84,1% штаммов, против 37,2% и 58,1% у штаммов других генотипов, соответственно ($p < 0,05$). Данные мутантные аллели также достоверно чаще встречались у штаммов наибольшего кластера генотипа Beijing с VNTR аллелем 42435 (92,5%), что позволяет рассматривать их как маркеры доминирующего в изученной популяции МБТ клона генотипа Beijing.

Выводы. Неравномерное распределение ведущих мутаций по генотипам МБТ свидетельствует об активной трансмиссии среди населения Казахстана штаммов, обладающих МЛУ, способствующей поддержанию резервуара мультирезистентного туберкулеза. Указанное обстоятельство требует улучшения стратегии эпидемиологического надзора за данной инфекцией, обеспечения своевременной диагностики больных туберкулезом с МЛУ с использованием молекулярно-генетических методов, совершенствования тактики лечения и противоэпидемических мероприятий, в том числе, по изоляции больных.

Железова Л.И., Кветная А.С., Бехтерева М.К.

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*ФГБУ «НИИ детских инфекций ФМБА России»
Санкт-Петербург, Россия*

В структуре острых кишечных инфекций ротавирусная инфекция у детей продолжает занимать одно из ведущих мест. В патогенезе развития тяжелого течения ротавирусной инфекции особая роль принадлежит нарушениям состава микрофлоры толстой кишки.

Цель исследования: изучить влияние условно патогенной микрофлоры на характер течения ротавирусной инфекции у детей.

В период 2010-2011 гг. проведено комплексное клинично-лабораторное обследование 123 детей в возрасте от 2-х месяцев до 15 лет, находившихся на лечении в отделении кишечных инфекций ФГБУ «НИИ детских инфекций ФМБА России» с верифицированным диагнозом «ротавирусная инфекция». Материалом для исследования служили пробы испражнений, сывороток крови и штаммы УПМ, выделенных от больных с ротавирусной инфекцией. Лабораторные исследования проводились в динамике заболевания на 1-3 и 7-10 дни болезни. Проведенные исследования показали, что у 38 (33,6%) детей диагностирована моно-ротавирусная инфекция, у 75 (66,4%) – вирусно-бактериальная микст-инфекция. Ротавирусы при вирусно-бактериальной микст-инфек-

ции ассоциировались с определенными представителями условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) – *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris* и *Staphylococcus aureus*, из которых *Klebsiella pneumoniae* доминировала (69,0%). Высокая адгезивная активность УПМ, обусловленная деструктивными процессами в эпителиоцитах и формированием «новых» дополнительных для УПМ рецепторов, приводит к формированию не только дисбактериоза кишечника III степени (62,8% - 71 ребенка), но и к развитию смешанных форм ОКИ вирусно-бактериальной природы. Этиологическая значимость штаммов УПМ в развитии смешанных форм ротавирусной инфекции подтверждена положительной сероконверсией регистрируемая в реакции агглютинации с аутоштаммами (при титрах 1:4 – 1:8 – 1:64-1:128). Вирусно-бактериальный процесс в острый период заболевания (первые три дня болезни) был связан с развитием в просвете толстой кишки дисбактериоза III степени, который характеризовался: в 91,3% случаев угнетением до 7 lg/г уровня *B. bifidum*, в 86,7% – снижением уровня *Lactobacillus* spp, в 65,7% – резким снижением общего количества полноценной кишечной палочки до 3-4 lg/г., в 54,8% случаев регистрировалась высокая колонизационная активность условно патогенных микроорганизмов (*K.pneumoniae*, *P.vulgaris* и *S.aureus*). Культуры УПМ, наделенные высоким уровнем колонизационной активности (с показателями адгезивной активности СПА - > 8), выраженными персистентными характеристиками (с показателями гидрофобности – 0,4- 0,6 мл, ДНК-азной активности - $\geq 2,1$ мм, антилизосимной активности - ≥ 11 мкг), наличием лизосимного фермента (у 100% штаммов) и способностью вырабатывать β -лактамазу (у 87,7% культур) расценивались как этиологически значимые ассоцианты с ротавирусами в развитии смешанной вирусно-бактериальной инфекции.

Таким образом, установлено, что в 66,4% случаев микст-ротавирусная инфекция в острый период заболевания сопряжена активной персистенцией определенных видов УПМ, развитием глубокого дисбактериоза кишечника (III степени).

*Жильцов И.В., Семенов В.М., Егоров С.К.,
Матющенко З.Т.*

ТИМОЛОВАЯ ПРОБА КАК СКРИНИНГ-ТЕСТ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

г. Витебск, Республика Беларусь

В основе скрининговой диагностики ВИЧ-инфекции лежит ИФА-анализ. У данного теста имеется ряд недостатков: для его постановки требуются дорогостоящее оборудование, квалифицированный персонал, информированное согласие пациента, и, кроме того, получение результата нередко требует длительного ожидания. В то же время, эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь уже достигла такого уровня неблагополучия, при котором целесообразно скрининговое обследование всех больных, обслуживаемых в медицинских учреждениях.

В ходе поиска других доступных и чувствительных экспресс-методов диагностики ВИЧ-инфекции было замечено, что у большинства ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете, наблюдается высокий уровень тимоловой пробы. Соответственно, целью на-

стоящего исследования явилось определение диагностической ценности тимоловой пробы в качестве доступного скрининг-теста на наличие ВИЧ-инфекции.

Для исследования был выбран дизайн «случай-контроль». В опытную группу были включены 125 пациентов, состоящих на диспансерном учёте по ВИЧ-инфекции в консультативно-диспансерном кабинете Витебской областной инфекционной клинической больницы. Контрольная группа подбиралась таким образом, чтобы быть сопоставимой с опытной по полу, возрасту и наличию хронических вирусных гепатитов. Лица с повышенными уровнями АлАТ и АсАТ исключались из исследования.

В опытной группе среднее значение показателя тимоловой пробы превышало нормальное более чем в 2,5 раза и значимо отличалось от соответствующего показателя контрольной группы (U-test, $p < 0,001$). Средний уровень тимоловой пробы в контрольной группе находится в пределах нормы. ROC-анализ показал, что уровень тимоловой пробы, превышающий 4 ЕД, соответствует ВИЧ-инфицированию; чувствительность данного теста составляет 90%, специфичность – 94%; площадь под ROC-кривой – 0,964, $p < 0,0001$. При этом наличие в опытной и контрольной группах значительного количества (по 42) больных хроническими вирусными гепатитами вне обострения не оказало заметного влияния на итоговые результаты.

Можно сделать вывод, что у ВИЧ-инфицированных средний уровень тимоловой пробы значимо выше, чем в популяции в целом. Вычисленные значения чувствительности (90%) и специфичности (94%) позволяют использовать тимоловый тест в качестве массового скрининг-теста на наличие ВИЧ-инфекции. К преимуществам метода относится его дешевизна, быстрота выполнения и простота реализации; кроме того, для проведения данного обследования не требуется согласия больного, не нужно проводить до- и послетестовое консультирование, что экономит время врача.

Жолдошев С.Т., Мурзакулова А.Б., Анарбаева Ж.А.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ВЗГЛЯД ИНФЕКТОЛОГА

*Ошская межобластная клиническая больница,
Ошский государственный университет,
Кызыл-Кийская городская больница
г. Ош, Кыргызстан*

Целью работы явилось изучение особенности течения сибирской язвы у больных с ожирением.

Материалы и методы. Нами проанализирована взаимосвязь между показателем индекса массы тела (ИМТ) и тяжестью течения сибирской язвы у 118 больных, в том числе 62 больных легкой формой болезни, 39 – средней и 17 – тяжелой. В возрасте от 15 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в южных регионах Кыргызстана с 2000 по 2011 г. Обследование включало: изучение анамнеза и анамнеза болезни, осмотр и оценку антропометрических данных (рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), коэффициент окружность талии/окружность бёдер (ОТ/ОБ)), артериального давления (АД), проведение ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ щитовидной железы, почек и надпочечников, биохимического анализа крови.

Результаты и обсуждение. Как показал анализ, среди больных сибирской язвой лишь у 14,4% больных имел место нормальный показатель индекса массы тела и у 2,5% сниженный, у 52,6% выявлено ожирение I-III степени. Для установления вероятной причины развития ожирения было проведено исследование гормонального профиля (тестостерона, кортизола, ТТГ), которое показало, что нарушения в виде умеренного превышения концентрации отдельных гормонов встречались не более чем у 29 (25,5,0%) больных. Уровень АД соответствовал возрастной норме только лишь у 20 (16,1%) больных. Оценка состояния глазного дна у больных 53 (44,3%) имели признаки поражения в виде ангиопатии сосудов сетчатки. При проведении ЭКГ у больных 62 (52,6%) случаев регистрировались в виде синусовой тахикардии или брадикардии, нарушение ре поляризации, и нарушения проводимости в виде неполных блокад ножек пучка Гиса. Обязательный критерий в сочетании с одним дополнительным (углеводный или липидный, либо АГ) имели 62 (56,6%) у больных сибирской язвой.

Заключение: Таким образом, высокий риск, недостаточной эффективности проводимой лекарственной терапии, следует проводить симптоматическую и патогенетическую терапию с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Жумагалиева Г.Д., Курмангазин М.С., Жаниязова Б.С., Рашитова А., Снежкова Т.

МЕХАНИЗМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Актобе, Республика Казахстан

Вирусные гепатиты В и С – актуальная проблема XXI века в связи с хронизацией патологического процесса с развитием цирроза печени, постепенным переходом в гепатоцеллюлярную карциному. Мультивариантность вируса С позволяет избежать иммунологического контроля со стороны макроорганизма. В тоже время наблюдается отчетливая эволюция путей передачи вируса гепатита С (Шахгильдян И.В., 2003). Уровень инфицированности вирусом гепатита В среди населения остается высоким (более 8% по данным ВОЗ). В рамках государственной программы «Саламатты Қазақстан» в РК проводится скрининговое обследование детей и подростков до 18 лет в 2011-2012 годах.

Нами изучен эпидемиологический анамнез 28 больных с ХВГ В и 25 больных с ХВГ С в возрасте от 3 до 18 лет, состоящих на диспансерном учете в гепатологическом центре г. Актобе. Диагноз ХВГ В подтвержден наличием антигенов (HBsAg+, HBe+ Ag) и антител (анти-HBcIgM, анти-HBc-total, анти-HBe) методом ИФА, а также обнаружением ДНК вируса и вирусной нагрузки в ПЦР. Диагноз ХВГ С подтвержден наличием антител (анти-HCVIgM, анти-HCV-total) методом ИФА, а также обнаружением РНК вируса и вирусной нагрузки в ПЦР.

Анализ эпидемиологического анамнеза показал, что, несмотря на наличие вакцинации против вирусного гепатита В, при определенных парентеральных вмешательствах человек заболевает ХВГ В. Наиболее часто инфицирование вирусом отмечалось во время лечения и удаления зубов (19 больных – 67,9%). В 5 случаях (17,9%)

заражались от вирусоносителей в семье: отца или матери. Инфицирование произошло после оперативного вмешательства у 2 пациентов и косметических манипуляций (пирсинга) у одного подростка. И лишь в одном случае болезнь явилась следствием переливания контаминированной крови и препаратами крови. Анализ генотипирования генома флавивируса выявил наибольшую частоту встречаемости 1 генотипа (у 20 пациентов – 80%), 3 генотип вируса регистрировался в 20% случаев. Изучение эпидемиологического анамнеза подтвердило эволюцию механизмов передачи гепатита С и согласуется с литературными данными (Чередниченко Т.В., 2006). Наиболее часто инфицирование вирусом отмечалось во время лечения и удаления зубов (15 больных – 60%), при этом данная манипуляция сочеталась у 7 мальчиков с культово-религиозным обрядом (обрезание). Ранее преобладающий гемотрансфузионный путь заражения наблюдался у 6 (24%) пациентов как последствие переливания контаминированной крови и препаратов крови. Инфицирование произошло после оперативного вмешательства у 4 больных, косметических манипуляций (пирсинга) у одного подростка, а также в одном случае после резаной раны. У одного ребенка заражение зарегистрировано вследствие частых инвазивных медицинских процедур в разных медицинских учреждениях. Лишь в 3 случаях (12%) заражались от вирусоносителей в семье: отца или матери. По показаниям назначено противовирусное лечение пегилированными интерферонами (пегинтрон с рибавирином). Таким образом, ХВГ В развивается без острой формы с минимальной и слабой активностью, причем вирусная нагрузка не отражает клиническую картину, степень активности патологического и развития фиброза. Наиболее часто регистрируется 1 генотип ХВГС среди детей и подростков на территории Актюбинской области. Преимущественным механизмом инфицирования являются медицинские и косметические манипуляции, а доля гемотрансфузионного пути передачи незначительна.

Жумагалиева Г.Д., Умарова Ж.С., Кызылбаева Р.Б.

ПРОБЛЕМА ЛЯМБЛИОЗА В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Актюбе, Республика Казахстан

Лямблиоз – одно из наиболее распространенных протозойных заболеваний у детей, вызываемое одноклеточным жгутиковым паразитом – лямблиями, в 10% случаев у практически здоровых. Встречается это заболевание абсолютно везде, во всех странах и во всех климатогеографических зонах. Актуальность проблемы связана с длительным существованием паразита в окружающей среде, наличием нескольких источников инфекции (человека, собак, морских свинок, кошек), кислотоустойчивостью возбудителя, многообразием клинических форм, сложностью диагностики и терапии.

Нами изучена распространенность лямблиоза среди людей и в водных ресурсах Актюбинской области в период с 2007 по 2011 год. Диагноз основывался на классическом методе лабораторной диагностики обнаружения лямблий в осадке фекалий и проб воды микроскопическим методом в двух стадиях развития паразита: трофозоит (клеточной формы) и цисты с применением консер-

ванта с формалин-эфирным обогащением. У подростков и взрослого населения исследовалось дуоденальное содержимое. А также обнаружением IgM, IgG и суммарных антител к антигенам лямблий в крови обследованных методом ИФА.

За последние 5 лет обследовано 116234 проб фекалий микроскопическим путем. Их них выявлены цисты лямблий у 104 больных, 2 контактных лиц, 96 направленных пациентов первичного звена здравоохранения. Анализ 1118 исследований водных ресурсов: питьевой воды, сточных вод и открытых водоемов показал, что только в незначительной мере лямблии мигрируют в воде – 4 положительные пробы.

В то же время антитела к антигенам простейшего выявляются чаще методом ИФА. Из 2833 обследованных в период с 2008 по 2011 год положительными оказались у 268 человек (9,5%). В 82 случаях (30,5%) выявлен IgM, свидетельствующий за острую фазу заболевания. Лямблии-IgG обнаружены у 147 людей. Несмотря на то, что эти антитела показывают период репарации, имеются литературные данные о продукции их в большом количестве при размножении *L. intestinalis* в кишечнике.

Терапия больных с лямблиозом очень сложна с точки зрения устойчивостью возбудителя к применяемому трихополому (в 47% случаев у детей). Большая эффективность получена при лечении макмирором (в 68% случаев). При этом, отмечая положительный клинический эффект, в периферической крови регистрировали эозинофилию до 3-5, порой до 8%. В качестве этиотропной терапии взрослых применяли секнидокс. Однако не всегда получали желаемый эффект, т.к. повторном исследовании дуоденального содержимого обнаруживали во всех фракциях присутствие лямблий. Возникает вопрос с необходимостью терапии при длительном выявлении лямблии-IgG – более 6 мес.

Таким образом, больные с лямблиозом доставляют большое беспокойство инфекционистам первичного звена здравоохранения как сложностью клинических проявлений, так трудностями интерпретации результатов фекалий (при их отсутствии в «светлом промежутке») и ИФА среди детей, не регистрируемый в СЭН и требующий лабораторного подтверждения в фекалиях или дуоденальном содержимом. Терапия лямблиоза у детей раннего возраста оставляет желать лучшего в виду с ограничением и токсичностью применяемых противопротозойных препаратов.

Жумагалиева Г.Д., Умарова Ж.С., Неталина Г.Ж., Сотникова Д.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРПЕСВИРУСОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

г. Актюбе, Республика Казахстан

В последние годы интерес вызывает проблема герпесвирусных инфекций, включая и цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВИ). В отношении ЦМВИ следует различать понятия «инфицированность» и «заболеваемость» поскольку в случае инфицирования патология развивается далеко не всегда или её формирование носит отсроченный характер. Вместе тем, ЦМВИ остаётся одной из ведущих причин мёртворождаемости, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, заболеваемости

новорожденных и младенческой смертности. Новорожденный может заразиться внутриутробно, во время родов или постнатально (Долгих Т.И. и др., 2006).

За 10 месяцев 2011 года нами было обследовано на маркеры цитомегаловируса (ЦМВ) 474, на маркеры вируса простого герпеса (ВПГ) – 176 детей в возрасте от 4 дней жизни до 3 месяцев, находившихся на стационарном лечении в городской и областной детских клинических больниц г. Актобе. Антитела IgM и IgG к антигенам ЦМВ и ВПГ определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) в центральной бактериологической лаборатории г. Актобе.

Анализ ИФА показал высокую выявляемость антител ЦМВ (98,9%) и ВПГ (94,8%) среди обследованных детей неонатального периода. Превалирующим было обнаружение ЦМВ IgG (90,7%), а ЦМВ IgM определялся лишь в 8,2% случаев. ЦМВ IgM, свидетельствующий за острую фазу заболевания, был выявлен у большинства обследованных (28 младенцев) без клинических проявлений болезни. У незначительного количества больных положительный результат ЦМВ IgM сочетался с клиникой конъюгационной желтухи (у 5), фетальным гепатитом (у 3), внутриутробной инфекцией (у одного), пневмонией (у 2 больных). И, наоборот, ЦМВ IgG, показывающий период репарации, наблюдался в сочетании с клиникой конъюгационной желтухи (у 120), неонатальной желтухи (у 8), внутриутробной пневмонии (19), фетального гепатита (у 5), церебральной ишемии (у 6), геморрагического синдрома (у одного) и другой соматической патологии (у 5 пациентов). Из числа обследованных на маркеры ВПГ-IgM обнаружен лишь у 3 пациентов без явных клинических проявлений. ВПГ-IgG вырабатываются в период реконвалесценции. Он выявлен на фоне клиники конъюгационной желтухи (33), неонатальной желтухи (2), фетального гепатита (6), церебральной ишемии (4), внутриутробного инфицирования (2), внутриутробной пневмонии (1), геморрагического синдрома (1), анемии (1) и гнойного мастита в одном случае. Результаты показывают неоднородность клинических проявлений герпесвирусных инфекций (ЦМВИ и ВПГ) и отсутствие корреляционной связи различных маркеров с развернутой клинической картиной.

Отсутствие связи обнаружения IgM и IgG к ЦМВ и ВПГ между клинической симптоматикой (поражением ЦНС, ССС, дыхательной гепатобилиарной систем) свидетельствует о трудностях диагностики врожденных герпесвирусных инфекций. Это согласуется с литературными данными, что исходы инфицирования могут быть различными: от бессимптомной формы с адекватным иммунным ответом на внедрение вируса или формирования персистирующей инфекции до тяжелых генерализованных форм и смерти.

Жуматаева С.А.

ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Кокиетау, Казахстан

Клещевой энцефалит – природноочаговое, трансмиссивное, острое инфекционное заболевание, с сезонным отличием, вызывается вирусом КЭ и передается иксодовыми клещами, характеризуется лихорадкой, интокси-

кацией и поражением нервной системы, приводящим к развитию параличей.

10.06.2010 г. в 15 ч 40 минут поступил вызов по санации из ЦРБ с. Зеренды. В инфекционное отделение поступил больной Т. 1975 г. с диагнозом: Лихорадка неясного генеза. Жалобы предъявлял на резкую слабость, головную боль, недомогание, снижение аппетита, тошноту, повышение температуры тела до 39-40 °С.

Эпидемиологический анамнез: 3-6.05.2010г. – укус клеща в области правого предплечья. Работал в лесу Зерендинского района в течение 10 дней на заготовке дров.

Анамнез заболевания: заболел через 2-3 дня после удаления клеща, т.е. 9.05.2010 г., когда появился отек и гиперемия в области укуса клеща. Через неделю отек и гиперемия правого предплечья уменьшились. Затем появился озноб, повышение температуры тела до 39-40 °С, головная боль, снижение аппетита, тошнота, выросла слабость во всем теле в течении трех недель. Дважды вызывал скорую помощь, снижали температуру тела жаропонижающими препаратами и рекомендовали обратиться к терапевту. Больной самостоятельно принимал парацетамол, цитрамон и аспирин. В течение последних пяти дней появилась рвота неоднократная, стал вялым, заторможенным, речь замедленная, выросла слабость, бессонница появилась, речь замедленная, гнусавость голоса появилась, головокружение, усилилась головная боль.

05.06.2010 г. обратился к терапевту, выставлен диагноз: острый пиелонефрит справа. 07.06.2010 г. – осмотрен невропатологом, выставлен диагноз: ОРВИ? Гайморит? Объективно: состояние среднетяжелое. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92 в 1 минуту. АД 120/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 минуту. Язык обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень из-под края реберной дуги +3,5см, плотная, безболезненная. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЦНС: в сознании, заторможенный, вялый. На вопросы отвечает замедленно, невпопад, путается в датах. Зрачки Д=S, фотореакция живая. Речь замедленная, смазанная, отмечается гнусавость голоса. Тремор пальцев рук. Пальценосовые пробы выполняет неточно, промахивается. В позе Ромберга неустойчив, шаткость походки. Ригидности затылочных мышц нет.

Учитывая: жалобы больного, анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез: укус клеща 3-6.05.2010 г.; в ОАК – нормоцитоз, ускоренное СОЭ до 23 мм/ч, длительная гипертермия до 40 °С в течение трех-четырех недель, прогрессирующая неврологическая симптоматика – нарастающая слабость, вялость, заторможенность, сильная головная боль, неоднократная рвота не приносящая облегчения, гиперестезия, замедленная речь, гнусавость голоса, слабость мышц шеи – выставлен диагноз: Клещевой энцефалит, смешанная форма (лихорадочная и менингоэнцефалитическая), средней тяжести. Подтвержден методом ИФА в референс-лаборатории г. Алматы от 14.06.10 г. обнаружены иммуноглобулины класса М – 2,392, класса G – 3,348.

Лечение: 1) 10.06.10 г. - противоклещевой иммуноглобулин 6 мл 2 раза в день в/м. 2) 11-12.06.10 г. – противоклещевой иммуноглобулин 3 мл 1 раз в день в/м. 3) преднизолон 25 мг per os по убывающей схеме. 4) контрикал по 40 тыс. ЕД на физрастворе 200 мл в/в капельно два раза в день. 5) супрастин по 1,0 мл в/м. 6) В1 и В6 по 1,0 мл в/м через день, 7) прозерин 1,0 мл в/м.

Жунусов Е.С., Кошерова Б.Н.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

г. Караганда, Казахстан

Несмотря на активное проведение специфической профилактики, вирусный гепатит В (ВГВ) по-прежнему остается одним из наиболее распространенных и опасных заболеваний человечества, представляя собой серьезную медико-социальную и экономическую проблему. Несмотря на широкое применение в настоящее время противовирусных препаратов, лечение парентеральных гепатитов остается актуальным. Это явилось основанием для изучения противовирусной эффективности комбинированной терапии больных ВГВ ламивудина, успешно применявшегося до последнего времени при лечении хронического гепатита В в комплексе с фитопрепаратами.

Целью работы явилось изучение эффективности комплексной терапии с использованием комбинации ламивудина и «Баур» при лечении ВГВ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 87 больных ВГВ средней степени тяжести в возрасте от 18 до 50 лет, находившихся на лечении в Областной инфекционной больнице г. Караганды. На основании принципов рандомизации были сформированы 3 группы больных. В I группе – 25 пациентам (28,7%) назначили базисную терапию, II группа – 28 пациентам (32,2%) с 1-го дня заболевания на фоне базисной терапии дополнительно назначили ламивудин. Схема лечения пациентов III группы – 34 человека (39,1%) включала ламивудин плюс отечественный фитопрепарат «Баур», обладающий гепатопротекторным действием. Всем больным проводили стандартное биохимическое обследование с определением печеночных проб. Верификацию диагноза осуществляли с помощью иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции. Эффективность лечения оценивали по срокам исчезновения клинических симптомов заболевания и нормализации основных биохимических параметров печени, а также сероконверсии иммунологических показателей.

Результаты и обсуждение. Анализ проведенной терапии показал, что включение в комплексную терапию вирусного гепатита В гепатопротектора «Баур» оказывает позитивное влияние на клинические проявления заболевания, нормализацию лабораторных и серологических параметров. При сравнительном анализе основной клинической симптоматики у пациентов III группы, получивших ламивудин в комплексе с фитопрепаратом «Баур», было выявлено, что длительность основных клинических синдромов (желтуха, гепатоспленомегалия, интоксикационный, диспептический и болевой синдромы) была значительно меньше по сравнению с I и II группами. Помимо этого явно прослеживалась тенденция к нормализации синдромов цитолиза, холестаза, мезенхимально-воспалительного и гепатопривного. По результатам молекулярного анализа – полимеразной цепной реакции, элиминация вируса ВГВ и исчезновение вирусной нагрузки в подавляющем большинстве наблюдалось в группе, получавшей ламивудин + Баур на фоне базисной терапии.

Таким образом, параллельное назначение на фоне базисной терапии ламивудина в сочетании с фитопрепаратом «Баур» позволяет значительно улучшить резуль-

тативность лечения пациентов хроническим вирусным гепатитом В, уменьшить возможность развития фибротического процесса (наименьший процент обнаружения антигенных маркеров, более интенсивной сероконверсии иммунологических маркеров и тенденции к снижению вирусной нагрузки).

Запрометова В.М.

СУПЕРИНФИЦИРОВАНИЕ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА ДЕЛЬТА БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

г. Уральск, Республика Казахстан

Суперинфицирование при вирусных гепатитах в инфекционной гепатологии ранее выставлялось крайне редко. Вновь возникшая волна желтухи у больного после выписки из стационара через 1-2 месяца рассматривалась чаще всего как рецидив, а не как госпитальное заражение. Чаще встречались и подробно описаны случаи суперинфицирования больных госпитализированных с вирусным гепатитом А, которым проводились различные парентеральные манипуляции в условиях длительного пребывания в стационаре. За время практики встречаются случаи суперинфекции больных с ХВГВ.

Привожу клиническое наблюдение: больной Д., 14 лет.

15 марта 2011 г. поступает в ГИБ с жалобами на слабость, тошноту, темный цвет мочи, отсутствие аппетита, рвоту, боли в суставах, кожный зуд.

Из анамнеза: больной в течении трех лет наблюдается у врача кабинета инфекционных заболеваний по месту жительства с диагнозом: хронический вирусный гепатит В, минимальной степени активности HBs Ag пол, HBe Ag отр.

Настоящее заболевание появилось около двух недель, когда повысилась температура до 38-39 °С, боли в суставах, тошнота. Обратился к врачу на третий день заболевания, выставлен диагноз: острая респираторно-вирусная инфекция. Через семь дней от начала заболевания появилась рвота, боли в правом подреберье, потемнела моча, появилась желтушность кожи и склер, зуд кожи. Повторно обращается к врачу, госпитализирован в инфекционную больницу.

В эпидемиологический анамнез; за шесть месяцев от начала заболевания больной дважды получал стационарное лечение: аппендэктомия, острый гайморит. Мама больного в течение 12 лет страдает хроническим вирусным гепатитом В.

Состояние при поступлении в инфекционную больницу средней тяжести. Сознание ясное. Вялый, динамичный. Кожа и склеры желтушной окраски, на коже следы расчесов. Печень увеличена до 3 см из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции, болезненная. Селезенка до 2 см из-под края реберной дуги, безболезненная. Отеков нет. Моча темная.

Лабораторные показатели: Уровень билирубина 60,5 мкмоль/л за счет прямой фракции, тимоловая проба 12,5 ед, АЛТ 3,86 ммоль/л, ЩФ 2092,0, общий белок 71,1 г/л, альбумин 25,5 г/л. В крови лейкопения до $2,1 \times 10^9$ /л, лимфоцитопения до 11%, Hb 120 г/л, тромбоциты $162,0 \times 10^9$ /л. УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени, спленомегалия. Больной госпитализирован в

ГИБ с диагнозом: ХВГВ умеренно выраженной степени активности.

При обследовании маркерной диагностики получены результаты: HBs Ag+. Анти HBsAg IgM+, Анти HDV IgM+. При ПЦР диагностике: HBV отр. HDV пол. (1250000 коп/мл).

На основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, а именно – Анти HDV IgM+. Дало основание диагностировать острое заболевание произошедшее в результате суперинфицирования дельта вирусом на фоне существующего хронического вирусного гепатита В.

Больной выписан удовлетворительном состоянии на 19-ый день госпитализации с диагнозом: Хронический вирусный гепатит «В» с дельта агентом, суперинфицирование.

Запрометова В.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕГИНТЕРФЕРОНА α -2а И РИБАВИРИНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» У БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

*Городская инфекционная больница
г. Уральск, Республика Казахстан*

Комбинация пегилированного интерферона – (ПЭГ-ИФН) и рибавирина в настоящее время представляет собой стандарт современного этиотропного лечения хронического гепатита С.

Привожу клиническое наблюдение: больная М, 18 лет, проживающая в городе Уральске. С февраля 2007 года страдает острым миелобластным лейкозом, М1. Проведена ПХТ по программе AML-BFM – 97 + лучевая терапия СОД 18 Гр. ПТ с ноября 2008 года. Снята с ПТ в ноябре 2009 года. В декабре 2009 года обнаружена анти-НСV инфекция, ПЦР от 08.01.2010 года обнаружен вирус гепатита С генотип 1b, количество – 2 700 000 копий РНК/мл. ОАК: эр $4,23 \times 10^{12}/л$, Нб 115 г/л, тромбоциты 172 тыс., лейкоциты $2,7 \times 10^9/л$, эоз 1%, с/я 60%, мон 6%, лимф 33%, СОЭ 20 мм/ч. Биохимическое исследование: билирубин общ. 6,8 ммоль/л, АЛТ 2,08 ммоль/л, АСТ 1,09 ммоль/л, ЩФ 318,0, общий белок 70,0 г/л. УЗДГИ от 12.01.2010 года – Портальная гипертензия, стадия компенсации.

Объективные данные: Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Признаков геморрагического, гиперпластического синдромов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненна, селезенка не увеличена.

После осмотра и обследования выставлен диагноз: Хронический вирусный гепатит «С» умеренно выраженной степени активности, фаза репликации. Сопутствующий диагноз: Острый миелобластный лейкоз, М1, ремиссия.

В феврале 2010 года была назначена противовирусная терапия (ПВТ) Пегинтрон 80 мкг подкожно 1 раз в неделю + ребетол 800 мг в сутки. При контрольном обследовании на 12 недели лечения было отсутствие вирусологического ответа, а также увеличение уровня АЛТ 3,87 ммоль/л, в связи, с чем ПВТ была отменена.

Через 6 месяцев после прекращения ПВТ было решено повторно, назначить комбинированную противовирусную терапию: Пегинтерферон альфа-2а 180мкг п/к

1 раз в неделю + рибавирин 2 таб. 2 раза в день, курс лечения 48 недель.

В контрольных анализах через 4 недели произошло снижение активности АЛТ и АСТ до нормы. Через 12 недель терапии не определялся уровень РНК. В ходе лечения отмечались нежелательные явления как астеновегетативный синдром, гриппоподобный симптом, снижение массы тела на 5%, которые купировались дополнительным приемом жидкости и таблетками парацетамола. Данные явления уменьшились на 32 недели лечения.

В последующем, спустя 18, 24 недели, а также по завершению терапии и через 6 месяцев после завершения ПВТ был получен устойчивый вирусологический ответ.

Курбанова Х.И., Захарова И.Н.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ВИФЕРОНОМ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ

*ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России
г. Москва, Россия*

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости детского населения. В литературе есть сведения о профилактическом эффекте местного применения препарата ВИФЕРОН (мазь) в отношении ОРВИ при адаптации к детским организованным коллективам и в период эпидемического подъема гриппа и других ОРВИ у детей.

Для оценки лечебного эффекта лекарственной формы «ВИФЕРОН, мазь (интерферон человеческий рекомбинантный α -2b)» при интраназальном применении у 100 больных ОРВИ в возрасте от 1 года до 6 лет мы оценивали динамику основных клинических симптомов заболевания, показатели местного иммунитета (уровни ИФНов α - и γ -, ИЛ-8, ФНО- α , IgA) и элиминацию вирусов со слизистой носа. Основную группу составили 60 детей, которые, помимо базисной терапии, получали препарат ВИФЕРОН (мазь) интраназально, группу сравнения-40 больных, которые получали плацебо. В основной группе средняя продолжительность большинства симптомов интоксикации (вялость, бледность, двигательная активность) была меньше, чем у больных из группы сравнения – $2,46 \pm 1,1$ суток против $2,97 \pm 0,9$ суток, $3,14 \pm 0,5$ суток против $3,73 \pm 1,05$ суток и $2,65 \pm 1,0$ суток против $3,22 \pm 1,15$ суток, (соответственно). Влияние терапии ВИФЕРОНОМ на среднюю продолжительность респираторного синдрома выразилось в достоверном сокращении длительности сухого кашля – $1,25 \pm 0,14$ суток в основной группе против $1,95 \pm 0,22$ суток в группе сравнения ($p < 0,05$), также достоверно быстрее отмечалась трансформация сухого кашля во влажный – $2,2 \pm 0,1$ суток против $2,98 \pm 0,15$ суток, соответственно ($p < 0,05$). Выявленная клиническая эффективность местной виферонотерапии коррелировала с изменениями местного иммунитета. Уровни α -ИФН и ИФН- γ у пациентов, получавших мазь ВИФЕРОН, увеличивались в 2,5 раза в динамике (с $4,31 \pm 0,47$ пкг/мл до $10,75 \pm 2,34$ пкг/мл) и с $4,26 \pm 1,16$ пкг/мл до $9,75 \pm 3,78$ пкг/мл ($p < 0,05$) и достоверно отличались в периоде реконвалесценции по сравнению с детьми, получавшими плацебо ($5,91 \pm 1,8$ пкг/мл и $6,79 \pm 2,58$ пкг/мл, и $2,98 \pm 0,2$ пкг/мл до $3,56 \pm 0,86$ пкг/мл соответственно ($p < 0,05$)). В динамике ОРВИ у детей, получавших мазь ВИФЕРОН, концентра-

ция ИЛ-8 в назальных смывах изменялась незначительно (с $506,13 \pm 165,7$ пкг/мл до $458,13 \pm 161,8$ пкг/мл ($p > 0,05$), тогда как на фоне плацебо она достоверно увеличивалась (с $549,9 \pm 150,3$ пкг/мл до $651,48 \pm 170,3$ пкг/мл, $p < 0,05$). Кроме этого, у детей, получавших мазь ВИФЕРОН, в динамике болезни значимо увеличивалась концентрация секреторного IgA (с $8,04 \pm 2,8$ пкг/мл до $13,2 \pm 4,17$ пкг/мл, $p < 0,05$), которая оказалась достоверно более высокой в периоде реконвалесценции по сравнению с детьми, получавшими плацебо (с $9,64 \pm 3,4$ пкг/мл до $10,29 \pm 3,79$ пкг/мл, $p > 0,05$). Влияние местной виферонотерапии на концентрацию ФНО- α в назальных смывах проявлялось в ее снижении с $25,30 \pm 6,4$ пкг/мл до $9,86 \pm 3,84$ пкг/мл, $p < 0,05$ и с $28,64 \pm 7,9$ пкг/мл до $19,8 \pm 8,95$ пкг/мл соответственно ($p > 0,05$). В основной группе элиминация вирусов была зарегистрирована в 85,2% случаев, в группе сравнения – в 37,1% случаев. Получены достоверные различия в элиминации этиологически значимых вирусов, как при варианте моно- (90,1% против 18,2%), так и при варианте микст-инфекции (76,2% против 45,8%), а в основной группе больных отмечалась полная (100%) элиминация адено- и РС-вирусов. У части детей обеих групп при исследовании смывов из носоглотки после проведенной терапии отмечено суперинфицирование. Значительно реже оно отмечалось у детей основной группы – 21,7%, нежели чем у детей группы сравнения – у 57,5%, $p < 0,05$.

Таким образом, ВИФЕРОН (мазь) обладает не только лечебной эффективностью при ОРВИ, но и протекторным действием в отношении повторной вирусной контаминации у уже заболевших, что можно использовать с целью предупреждения суперинфицирования детей в условиях стационара и в организованных коллективах.

*Зинович Я.И., Осирко А.Н., Гасич Е.Л.,
Еремич В.Ф., Ключарева А.А.*

ГЕНОТИПЫ ВИРУСА ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

г. Минск, Республика Беларусь

Описаны 10 генотипов вируса гепатита В (ВГВ): А-Ј. Влияние генотипов на течение и исход ВГВ-инфекции, а также эффективность различных схем противовирусной терапии (ПВТ) изучены недостаточно.

Цель работы: изучить распространенность генотипов ВГВ и их влияние на эффективность ПВТ хронического вирусного гепатита В (ХГВ) у детей.

Материалы и методы исследования: определение генотипа ВГВ проведено у 17 детей (9 мальчиков, 8 девочек; средний возраст – 12,6 лет (3-18 лет) с ХГВ, состоящих на учете в консультативно-диспансерном кабинете УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска. ПВТ получили 13 пациентов.

Определение генотипов ВГВ проводилось в Республиканском научно-практическом центре эпидемиологии и микробиологии с применением генетического анализатора ABI Prism 3100 Avant. Анализ полученных секвенсов проводили с использованием компьютерных программ SeqScape, BioEdit, MEGA4.1. Анализ мутаций резистентности осуществляли с использованием программы geno2pheno. Амплификацию выделенной ДНК по участку гена Р вируса проводили на амплификаторе AB2700.

Результаты и обсуждение. Генотип D выявлен у 15 детей (88,2%). Преобладал субтип D1 (7 детей), D2 обнаружен у

4 детей, D3 – также у 4). У 1 ребенка (азиатский эмигрант) определен генотип С2 и еще у одного с посттрансфузионным микст гепатитом ХГВ+ХГС – генотип А2.

Среди 17 больных с ХГВ с определенными генотипами ПВТ завершили 8 пациентов, в т.ч. 4 – с ХГВ в исходе врожденного ГВ; продолжают получать – 2, готовятся к терапии – 3, у 4 – отсутствуют показания к ПВТ. Длительность ИФН-терапии составила от 6 до 9 месяцев, терапии ламивудином – 15-18 месяцев, комбинированной терапии – 9-12 месяцев. Четверым детям (D1, C2, D3 – 2 чел.) терапия не проводилась в связи с отсутствием показаний.

Завершена терапия у 8 детей: стандартными препаратами ИФН – 3 детей, ламивудином – 2 детей, комбинированная терапия стандартными препаратами ИФН в сочетании с ламивудином – у троих детей. У 3 детей (D1 – 1 чел., D2 – 1 чел., D3 – 1 чел.) при терапии стандартными препаратами ИФН не достигнута вирусологическая ремиссия. Лечение ламивудином завершено у 2 детей (D1 – 1 чел., D3 – 1 чел.), вирусологический эффект не достигнут. Двое детей (D1, D2) в настоящее время находятся на лечении ламивудином на протяжении 6 месяцев, отмечается незначительная положительная динамика в виде снижения вирусной нагрузки на ≥ 2 log, однако сероконверсии HBeAg не достигнуто. У 2 детей с ХГВ (D2) и 1 с ХГВ генотипом А2 для лечения использовалась комбинированная терапия, в т.ч. в последнем случае – 3 повторных курса моно- и комбинированной терапии, вирусологический эффект не достигнут. У ребенка с ХГВ генотипом D3 констатирована приобретенная резистентность ВГВ к ламивудину, использованному в течение 18 мес. на фоне недостаточной приверженности пациентки, отмечено прогрессирующее течение заболевания с формированием цирроза печени.

Выводы: Выявлена преимущественная циркуляция генотипа D (88,2%) ВГВ у детей с ХГВ с преобладанием субтипа D1. Выявление генотипа C2, преобладающего в странах азиатского региона, и генотипа А2 ВГВ, циркулирующего в Северной Европе, следует связывать с процессами миграции населения. Показана низкая эффективность терапии ХГВ у детей стандартными препаратами ИФН, ламивудина и их комбинации, и, по-видимому, определена особенностями инфицирующего вируса – его генотипом.

*Ибрагимова О.М., Бабаченко И.В., Алексеева Л.А.,
Бессонова Т.В.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ГРИППЕ У ДЕТЕЙ

*ФГБУ «НИИДИ ФМБА России»
Санкт-Петербург, Россия*

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются одной из самых актуальных медицинских проблем, имеют широкое распространение с поражением всех возрастных групп и занимают до 90% от всей регистрируемой инфекционной патологии. В патогенезе гриппа одним из ведущих синдромов является синдром интоксикации, который играет определяющую роль в формировании тяжести заболевания и в выборе тактики патогенетической терапии. Для определения выраженности синдрома интоксикации используют клинические и

лабораторные данные. При оценке клинических данных учитывают нарушение самочувствия, аппетита, сна, вялость, выраженность лихорадки, учащение пульса и дыхания. Для оценки лабораторных критериев исследуют гематологические показатели, на основании которых вычисляют лейкоцитарные индексы интоксикации (ЛИИ) в различных модификациях, а также концентрацию веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ) в плазме и эритроцитах крови и их соотношения.

Цель работы: изучить взаимосвязь клинических и лабораторных показателей синдрома интоксикации у детей при гриппе.

Под наблюдением находились 35 детей в возрасте от 4 месяцев до 15 лет, больных гриппом А или В, подтвержденным полимеразной цепной реакцией мазков из ротоглотки. Все дети получали противовирусную терапию препаратом Анаферон детский, симптоматическую и дезинтоксикационную терапию. В клинической картине заболевания у всех 100% детей отмечали катаральный и интоксикационный синдромы различной степени выраженности. У 12 детей регистрировали развитие осложнений в виде катаральных отитов (n=5) и гайморитов (n=2), а также гнойного ринита (n=5).

При расчете лейкоцитарного индекса интоксикации установлено, что показатель превышал уровень нормы у 60% детей, причем в данной группе интоксикационный синдром был клинически выражен значительно. При изучении результатов исследования ВНСММ отмечено повышение их в эритроцитах в 60% случаев (n=21), хотя в этом случае клинически интоксикационный синдром был выражен значительно не у всех пациентов. Вероятно, у части пациентов вследствие высокой сорбционной способности гликокаликса эритроцитов, происходила сорбция токсинов, не позволяющая развиваться выраженному интоксикационному синдрому.

Увеличение ВНСММ и в плазме и в эритроцитах крови с соответствующим увеличением их соотношения выявлено у 43% обследованных пациентов (n=15). Увеличение уровня ВНСММ превышало «нормальные» значения в 1,5 – 3 раза и достигало 33,78 у.е. в эритроцитах (при «норме» 18-22 у.е.), и 17,43 у.е. в плазме (при «норме» 6-9 у.е.). Это свидетельствовало о снижении сорбционной емкости эритроцитов с накоплением токсических метаболитов в плазме крови и ассоциировало с развитием осложнений и длительным сохранением клинически выраженного интоксикационного синдрома, что потребовало проведения интенсивной инфузионной дезинтоксикационной терапии. В период ранней реконвалесценции отмечалось снижение или нормализация всех расчетных показателей. При легких формах гриппа обнаружена более быстрая нормализация показателей, чем в случае осложненных его форм.

Таким образом, на основании проведенного исследования показано, что лабораторные показатели являются чувствительными критериями интоксикации и позволяют с первых дней заболевания обосновывать необходимость проведения дезинтоксикационной инфузионной терапии, контролировать ее эффективность и прогнозировать течение заболевания.

Идрисова Р.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекций, Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

г. Алматы, Казахстан

Вирусный гепатит С остается чрезвычайно актуальной проблемой в мире и в нашей стране, в частности. В Казахстане официальная регистрация ведется с 1998 г. для острого гепатита С и с 2003 г. для хронического гепатита (ХГС). С 2003 по 2007 гг. в г. Алматы отмечается рост заболеваемости ХГС с 2,9 до 6,1 на 100,000 населения. Высокий уровень гепатита С был отмечен среди онкогематологических больных детей (до 30%), но в за последние годы он снизился. У большинства детей острый гепатит С протекает бессимптомно. В то же время, у детей чаще, чем у взрослых, наблюдается спонтанная сероконверсия, в среднем до 25%.

Тем не менее решение проблемы инфицированных гепатитом С детей заключается в применении современных схем терапии этой инфекции. За последние десятилетия в мире произошел существенный прогресс в изучении молекулярных особенностей вируса, что позволило разработать четкие стандарты лечения. С 2004 года в Казахстане правительством проводится целенаправленная работа по лечению гепатита С у детей. Как известно, с начала 2000-х годов в мире применяется комбинированная противовирусная терапия пегилированными интерферонами и рибавирином, окончательно эта терапия одобрена для детей от 3-х лет в 2008 г.

По нашим данным (15 детей) применение пегинтерферона-альфа 2b (60 мкг/м² в нед.) с рибавирином (10,6 мг/кг в сут.) у детей от 3 до 17 лет в течении с генотипом 1 и высокой вирусной нагрузкой (больше 60,000 МЕ/мл) в течении 48 недель имело позитивный эффект со стойкой элиминации вируса у 12 детей (80%). Возраст детей не влиял на эффективность терапии. У наблюдаемых детей более выраженный ответ наблюдался при более низком уровне виремии до начала терапии. Выраженность побочных эффектов лечения варьировала от умеренной до средней степени выраженности (температура, ломота в теле). Снижение уровня тромбоцитов от 80 до 100×10⁹/л отмечено у 4 детей (27%). В динамике при снижении дозы уровень тромбоцитов у них стал возрастать.

В целом применение комбинированной противовирусной терапии пегилированными интерферонами и рибавирином у детей от 3 лет обосновано и безопасно, но необходимо тщательный контроль уровня тромбоцитов крови.

Камытбекова К.Ж.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПРОТИВОПАРАЗИТАРНОЙ ПРИ ГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ И ЛЯМБЛИОЗНОЙ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ

г. Шымкент, Республика Казахстан

Цель исследования – оценить эффективность последовательной эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* с

последующей противопаразитарной терапией у больных с геликобактерной и лямблиозной микст-инфекцией.

Материалы и методы. Обследован 21 больной с сочетанной геликобактерной и лямблиозной инфекцией в возрасте от 17 до 50 лет (средний возраст $27,4 \pm 6,8$ лет), из них женщин – 13 (61,9%), мужчин – (38,1%). Диагностика лямблиозной инфекции проводилась с помощью иммуноферментного анализа, ПЦР и копрологическим методом.

Диагностику *Helicobacter pylori* проводили цитологическим методом с окраской по Романовскому-Гимзе, дыхательным уреазным тестом, ПЦР и ИФА. Всем больным проводилась эзофагогастродуоденоскопия с забором биоптатов из слизистой оболочки антрального отдела желудка и тела.

Использовали схему, включающую последовательное применение амоксициллина в дозе 1000 мг 2 раза в день в течение 5 дней, а затем кларитромицина в дозе 500 мг 2 раза в день на протяжении 5 дней на фоне приема рабепразола по 20 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Для последующей противопаразитарной терапии применялась схема последовательного применения орнидазола в дозе 1,5 в день в течение 7 дней, а затем фуразолидона в дозе 100 мг 2 раза на протяжении 7 дней.

Результаты. Клиническая картина лямблиозной и геликобактерной микст-инфекции характеризовалась болевым абдоминальным (100%) диспептическим (71,4%), астено-невротическим (61,9%) и аллерго-дерматологическим (19%) синдромами, встречающимися в сочетании. Клинические проявления диспептического синдрома проявлялись симптомами желудочной (71,4%) и кишечной (52,3%) диспепсии.

После проведенной терапии наблюдалось снижение частоты болевого и диспептического синдромов (76,2% и 66,7% соответственно). Симптомы желудочной диспепсии отмечались в 1,7 раза реже (71,4% и 42,9% соответственно). Кишечная диспепсия наблюдалась у 47,6% пациентов.

Изменения слизистой оболочки желудка характеризовались развитием неатрофического гастрита у 80,9% больных и атрофического – у 19,1%. Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка обнаруживались у 80,9% больных, язвы желудка – у 14,3%, луковичные язвы – у 33,3% пациентов, эрозии – у 38,1% больных.

После лечения эрозивные изменения слизистой оболочки желудка выявлялись почти в 2 раза реже (42,9%), эрозии луковицы 12 перстной кишки – 2,6 раза реже (14,3%).

Полученные данные показали, что эффективность эрадикации *Hp* у больных с микст-инфекцией составила 38,1%, эффективность противопаразитарной терапии – 47,6%.

У 33,3% больных результаты обследования на наличие лямблиозной и геликобактерной инфекции были отрицательными. Почти у половины больных (47,6%) наблюдалась сочетанная геликобактерная и лямблиозная инфекция.

Таким образом, полученные данные позволяют полагать, что лямблиозная инвазия инфекция снижает эффективность эрадикации *Hp* у больных с микст-инфекцией.

Кантемиров М.Р., Шайзадина Ф.М., Лавриненко А.И., Абуова Г.Т., Ташетова А.Б.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НЕБОЛЬШОМ ГОРОДЕ

Карагандинский государственный медицинский университет

г. Караганда, Казахстан

В Республике Казахстан для решения задач, стоящих перед государством по сохранению здоровья населения, принята Государственная Программа «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., где одним из целевых индикаторов является удержание распространенности ВИЧ-инфекции. Приоритетные направления деятельности в области профилактики ВИЧ нацелены на уязвимые группы населения (УГН): потребителей инъекционных наркотиков, работников секса и мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Республике находится в концентрированной стадии. Все регионы страны вовлечены в эпидемический процесс. Изучая эпидемиологическую ситуацию в небольшом городе нами выявлено нарастание числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицированных на конец 2011 года. При анализе путей передачи установлено, что 52,1% приходится на парентеральный путь, который реализуется при инъекционном употреблении наркотиков. Удельный вес полового пути передачи составляет 41,2%, вертикальный путь от матери к плоду – 3,1%, а не установленные – 3,6%. Однако, сравнительный анализ последних лет выявил, что наблюдается увеличение случаев передачи ВИЧ половым путем. Так если в 2009 году удельный вес парентерального пути передачи составлял 60,4% случаев, а полового – 29,5%. То в 2011 году соответственно 50,6% и 45,0%.

Среди ВИЧ-инфицированных по половому признаку преобладают мужчины, удельный вес которых составил 56,3%, женщин – 43,7%. Возрастная структура инфицированных до 25 лет – 21,7% случаев, в возрасте 25 лет – 5,8% и старше 25 лет – 72,5%. Средний возраст – 32 года.

Концентрированная стадия эпидемии предполагает сосредоточение основных профилактических усилий среди уязвимых групп населения.

Специалистами центра по профилактике и борьбе со СПИДом проводится реализация программы снижения вреда среди УГН. Для решения этих вопросов созданы и работают Координационный совет, Методический совет, Лечебно-профилактический совет, которые рассматривают выполнение программы, реализацию плана мероприятий, итоги работы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в регионе. Кроме того, постоянно проводятся семинары-тренинги с аутрич-работниками, молодежью, учащимися школ и интернатов по темам: «Профилактика ВИЧ/СПИД и принципы консультирования УГН», «Меры профилактики ВИЧ-инфекции. Тестирование на ВИЧ». Для этих целей задействовано телевидение, радио, печать. Неоднократно проводятся семинары, круглые столы, диспуты, викторины, конкурсы, конференции, дебаты, показы видеороликов в школах, интернатах, родильных домах, на встречах с представителями внутренних органов, среди журналистов, социальных педагогов и психологов, работников наркодиспансера, учащихся юридического, гуманитарного и политехнического колледжей, студентов.

Таким образом, в целях оперативного реагирования на эпидемический рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией,

с учетом мирового опыта, среди населения необходимо регулярно проводить информационно-образовательные и медико-просветительские работы по проблемам ВИЧ/СПИДа среди различных групп населения и ведомственных учреждений с использованием интерактивных методик.

Касымбекова К.Т., Ашыралиева Д.О.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И БИОЗАЩИТА ЛАБОРАТОРНЫХ ПРАКТИК В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Департамент профилактики заболеваний и экспертизы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
Бишкек, Кыргызстан*

В республике функционирует 164 микробиологических лабораторий, при этом 80 лабораторий в Кыргызстане работают с патогенными биологическими агентами (ПБА) III-IV группы патогенности (особо опасными инфекциями), из них 21% не имеют заключения режимной комиссии на работу с ПБА.

Государственное регулирование биобезопасности в микробиологических лабораториях в республике осуществляется Республиканской режимной комиссией (РПК) при Министерстве здравоохранения. Однако, согласно Постановления Правительства Кыргызской Республики от 10 февраля 2012 года № 87 «Об организационных мерах в связи с реформой органов исполнительной власти Кыргызской Республики» РПК Министерства здравоохранения Кыргызской Республики не имеет полномочий для контроля деятельности лабораторий других ведомств и других форм собственности.

В Кыргызской Республике разработано Положение о Республиканской межведомственной режимной комиссии по контролю безопасности работ с микроорганизмами I-IV группы патогенности и рекомбинантными молекулами ДНК и проект Закона о биологической безопасности, который находится на стадии обсуждения и согласования.

Разрабатываются подзаконные нормативно-правовые акты регулирующие биобезопасность в лабораториях ПЦР и ИФА анализа.

Касымбекова К.Т., Ландграф Г.О., Ашыралиева Д.О.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (НОРО-, АСТРОВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ)

*Департамент профилактики заболеваний и экспертизы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
Бишкек, Кыргызстан*

В течение 2007-2009 года нами было проведено молекулярно-генетическое обследование 1152 детей до 5 лет жизни с ОКИ, госпитализированных в инфекционные отделения г. Бишкек и г. Ош, выбранные для сравнительного изучения распространенности в различных климато-географических регионах Кыргызской Республики (северный, южный регионы).

Исследование проводилось на наиболее распространенные этиологические агенты ОКИ: норовирусы, ротавирусы, астровирусы, аденовирусы F, кампилобактерии, шигеллы, сальмонеллы. Использован метод мультиплексной полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с использованием коммерческих тест-систем производства АмплиСенс (Россия).

По результатам молекулярно-генетического обследования нами установлено, что в этиологической структуре ОКИ преобладали кишечные вирусы: ротавирусы, норовирусы и аденовирусы F, составившие 35,9%, 16,9% и 11,7% соответственно из числа положительных находок. Среди бактериальных патогенов чаще выявляли бактерии рода шигелла (11,4%). Этиологическая роль кампилобактерий и сальмонелл была существенно ниже и составляла 3,5% и 3% соответственно.

Анализ возрастной структуры свидетельствует, что чаще норовирус поражал детей 7-12, 13-23 и 4-6 месяцев жизни. Удельный вес данных возрастных групп в структуре норовирусной инфекции составил 40,5%, 28,7% и 13,8% соответственно. Существенно реже норовирусы выявляли у детей до 3 месяцев жизни, 24-35, 36-47 и 48-60 месяцев жизни (6,2%, 6,2%, 3,1% и 1,5% соответственно).

*Касымбекова К.Т.¹, Остащенко А.Н.²,
Нурматов З.Ш.¹, Раимбеков Д.Р.³, Сапарова Г.Н.¹,
Молдокматова М.Д.¹*

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЦИРКУЛЯЦИИ ВИРУСА ГРИППА В ПРИРОДЕ, ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ВРЕДНЫХ ОЧАГОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

¹ Департамент профилактики заболеваний и экспертизы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики,

² Академия наук

*³ Кыргызский аграрный университет
г. Бишкек, Кыргызстан*

В рамках проекта МНТЦ КР-1429 нами проведено изучение роли диких водоплавающих птиц в циркуляции вируса гриппа на территории Кыргызской Республики, а также оценка опасности заражения домашней птицы вирусом птичьего гриппа от диких птиц.

В период 2009-2012 годы были взяты вирусологические пробы от 3135 диких водоплавающих птиц. Всего исследовано на территории Кыргызской Республики 117 видов птиц. При этом в 52 образцах (у 17 видов) были обнаружены вирусы гриппа А, в том числе 5 вирусов гриппа А типа (H3), грипп А (H5) - 5, грипп А (H7) - 3, грипп А (H9) - 7, остальные 32 образца были не типизируемые.

Анализ частоты обнаружения птичьего гриппа от разных видов птиц и сезонности установил, что чаще всего вирус птичьего гриппа изолирован у кряквы - 16 положительных результатов (30,7%), озерной чайки - 8 (15,3%). Грипп А чаще выявляли в осенний период (40,4%) чем летом (32,7%) и весной 19,2%. В зимнее время вирус был обнаружен лишь в 7,7%.

Наиболее часто положительные на грипп пробы обнаруживали у птиц мигрирующих через Чуйскую область (40,4% положительных проб). Существенно реже положительные пробы находили от птиц в Иссык-Кульской,

Нарынской и Жалал-Абадской областях (21,2%, 13,5% и 5,7%, соответственно).

*Кветная А.С., Железова Л.И.,
Лачкова Л.В., Бехтерева М.К.*

СПОСОБ ЭФФЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ

*ФГБУ «НИИ детских инфекций ФМБА России»
Санкт-Петербург, Россия*

В настоящее время кампилобактериоз – одна из основных причин бактериальных диарей у детей. Заболевание характеризуется широким диапазоном клинических проявлений от легких кишечных дисфункций до тяжелых «дизентериеподобных» форм с возможной генерализацией инфекции. В свете современных представлений многообразии клинических форм кампилобактериоза связано не так с факторами патогенности возбудителя, как с реактивностью макроорганизма. В настоящее время существующие способы прогнозирования характера течения инфекционного процесса при кампилобактериозе, основанные только на оценке клинико-анамнестических характеристик и выраженности микрoэкологических нарушений просвета толстой кишки, отличаются трудоемкостью и длительностью проведения исследования. Учитывая вышесказанное, в НИИ детских инфекций (г. Санкт-Петербург, Россия) впервые разработан способ комплексной оценки состояния микробиоценоза кишечника, местного неспецифического иммунитета на основе изучения уровней иммуноглобулинов классов А, М и G в копрофильtrate к антигенам *Сampylobacter jejuni* и *Сampylobacter coli* в реакции непрямой иммунофлуоресценции (патент на изобретение РФ «Способ прогнозирования течения кампилобактериоза у детей» № 2282190 от 2 августа 2006 г.) и состояния специфического гуморального ответа, позволяющий в ранние сроки установить этиологию заболевания и прогнозировать характер течения инфекционного процесса. Анализ результатов комплексного клинико-лабораторного наблюдения за 156 пациентами в возрасте от 4-х месяцев до 14-ти лет с диагнозом кампилобактериоз, проходивших стационарное лечение в НИИДИ, установил у 145 (93,0%) пациентов различную степень микрoэкологических нарушений в кишечнике в зависимости от характера течения. Выявленный в начальный период заболевания дефицит бифидобактерий (менее 6 lg/g) и полноценных эшерихий (менее 4 lg/g), последующее снижение уровня лактобацилл (менее 5 lg/g) с вторичной колонизацией условно патогенной микрофлорой (более 4 lg/g), способствовал длительной колонизации кишечника возбудителем и развитию затяжного течения заболевания ($p < 0,05$). Сопоставление интенсивности образования специфических антител показал зависимость длительности персистенции кампилобактеров от уровня системного гуморального ответа ($p < 0,05$). У детей с гладким течением кампилобактериоза высокие уровни специфических антител были сопряжены с кратковременным бактериовыделением возбудителя, тогда как при затяжном бактериовыделении (более 2-х недель) уровень специфического гуморального ответа был низким ($p < 0,01$). Установлена зависимость характера течения инфекции от уровня местного неспецифического

секреторного иммуноглобулина А в копрофильтратах. Уровень неспецифического секреторного иммуноглобулина А в копрофильтратах в первые дни заболевания в группе детей с гладким течением достоверно превышал таковой в группе детей с длительным бактериовыделением, составляя соответственно $2,6 \pm 0,32$ lg, против $1,4 \pm 0,4$ lg, при $p < 0,05$.

Таким образом, длительной персистенции возбудителя и тяжелому течению заболевания сопутствуют измененный количественный и качественный состав кишечной микрофлоры, низкий уровень неспецифического секреторного иммуноглобулина А в копрофильтратах и низкие показатели системного гуморального ответа.

Ким О.С., Атыгаева С.К.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ТЯЖЕЛЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

г. Астана, Казахстан

В настоящее время изучение развития сезонных эпидемий гриппа приобретает особую актуальность. Во время эпидемий грипп становится значительным экономическим бременем, проявляющимся в увеличении расходов на больницы и другую медико-санитарную помощь и снижении производительности труда. Всемирная организация здравоохранения с целью улучшения сбора стандартной информации в регионах от амбулаторных больных с симптомами ОРВИ и госпитализированных больных с симптомами ТОРИ (тяжелыми острыми респираторными инфекциями), анализа и интерпретации эпидемиологических данных рекомендует странам использовать систему эпидемиологического надзора (ДЭН).

ДЭН – это эпидемиологический надзор за динамикой заболеваемости гриппом, ОРВИ и тяжелыми респираторными инфекциями на базе дозорных стационаров и поликлиник, который использует стандартное определение случая при отборе больных для систематического сбора образцов с целью лабораторного подтверждения диагноза.

Использование международных стандартов ДЭН позволяет сопоставлять национальные данные с данными других стран и использовать международный опыт в организации профилактических и противоэпидемических мероприятий, в том числе реагирование на эпидемию гриппа.

В Астане в системе ДЭН работают несколько организаций ПМСП по учету больных с гриппоподобными заболеваниями (ГПЗ) и два инфекционных стационара (взрослая городская инфекционная и детская инфекционная больницы) по учету больных с ТОРИ с 2009 года.

Отбор лиц, подлежащих учету и лабораторному обследованию на наличие вируса гриппа, отвечал следующим требованиям (стандартное определение случая): подъем температуры тела до $38,0$ °C и выше; кашель или боль в горле; одышка или затрудненное дыхание; длительность заболевания в течении 72 часов.

В 2009 году было обследовано 4 больных, в возрасте от 19 лет до 82 лет, методом ПЦР исследования мазков из носа и зева для определения РНК вируса гриппа и

других вирусов острых респираторных инфекций. Все пробы были отрицательные. В 2010 году были обследовано 9 больных, в возрасте от 15 лет до 68 лет. Из них у 1 больного был выделена РНК вируса гриппа типа А. В 2011 году в связи с изменением одного из критерия отбора больных для лабораторного исследования (увеличение сроков болезни до 7 суток) охват обследованных больных увеличился. Было обследовано 131 больной в возрасте от 15 лет до 58 лет. Из них у 42 больных (32%) выделен вирус гриппа типа А, у 16 больных (12%) выделен вирус типа В, и у 1 больного (0,7%) выделен вирус парагриппа.

Таким образом, с помощью системы ДЭН проводится анализ динамики заболеваемости, а также выявления начала циркуляции вирусов гриппа среди населения и появления возможных верифицированных локальных вспышек.

Ковалева Т.А., Чуйкова К.И., Ештушенко И.Д., Мухачева О.Г.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

г. Томск, Россия

Высокая заболеваемость хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) В и С среди лиц молодого, репродуктивного возраста привела к вовлечению в эпидемический процесс беременных женщин.

Цель исследования – изучить предполагаемые пути инфицирования у беременных женщин с ХВГ В и С.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 140 беременных женщин с подтвержденным диагнозом ХВГ В или С в фазе реактивации. Из них 43 женщины были с ХВГ В и 97 женщин с ХВГ С. Для верификации диагноза применялись определение маркерного спектра на вирусные гепатиты В и С, ПЦР-диагностика и генотипирование вируса гепатита С.

Средний возраст у беременных женщин составил $28,9 \pm 5,9$ лет при ХВГ В и $27,9 \pm 5,1$ лет при ХВГ С. Маркеры вирусных гепатитов были выявлены впервые во время беременности у 35 из 43 (81,4%) женщин с ХВГ В и у 85 из 97 (87,6%) беременных с ХВГ С. При генотипировании вируса гепатита С у 75 из 97 (77,3%) выявлялся 1в генотип. Состояние всех беременных женщин с ХВГ было удовлетворительным. Активных жалоб женщины не предъявляли. Проявлений интоксикационного и желтушного синдромов не отмечалось.

Большинство беременных женщин указывали на несколько возможных путей заражения, которые могли послужить причиной инфицирования вирусами гепатитов В и С. В качестве предполагаемых путей передачи беременные женщины часто (при ХВГ В – 88,3%, при ХВГ С – 91,4%) указывали на посещение парикмахерских и салонов с выполнением маникюра и педикюра, реже – татуажа, пирсинга. На возможность внутрибольничного инфицирования, связанного с оказанием медицинской помощи в условиях стационара (аппендэктомия, кесарево сечение и др.), указывали 32,5% женщин с ХВГ В и 46,4% женщин с ХВГ С. Медицинские аборт в анамнезе были у 32,5% и 48,4% женщин с ХВГ В и ХВГ С, соответственно. Инфицирование, связанное с оказанием амбулаторно-

поликлинической помощи (стоматологические вмешательства), предполагалось у 41,9% женщин с ХВГ В и у 46,4% с ХВГ С. Инфицирование, связанное с гемотранфузиями, предположено у 2,3% женщин с ХВГ В и у 4,1% женщин с ХВГ С. Являлись медработниками и считали, что инфицирование произошло при выполнении профессиональных обязанностей 7,0% женщин с ХВГ В и 4,1% женщин с ХВГ С. Половой путь заражения был выявлен у 11,6% женщин с ХВГ В и у 3,1% женщин с ХВГ С. Возможность внутрисемейной передачи (наличие ХВГ у ближайших родственников) была установлена у 9,3% женщин с ХВГ В и у 2,1% женщин с ХВГ С. На внутривенное употребление наркотиков в анамнезе 3,1% женщин с ХВГ С. Неустановленный путь заражения отмечался у 9,3% женщин с ХВГ В и у 4,1% женщин с ХВГ С.

Таким образом, хронические вирусные гепатиты В и С у беременных женщин характеризуются преимущественно латентным течением, первичным выявлением во время беременности, многофакторностью возможных путей инфицирования. Высокая частота оперативных вмешательств и медицинских абортов, наличие гемотранфузий в анамнезе у женщин с хроническими гепатитами В и С предполагает высокую вероятность инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Естественные пути заражения не имеют большого значения у беременных с хроническими гепатитами, чаще встречаются при гепатите В.

Коваленко А.Н.¹, Рахманов М.И.², Мурачѳев А.А.¹, Ратников Н.Н.¹

БРЮШНОЙ ТИФ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН: КЛИНИКА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

¹ *Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия*

² *НИИ Вирусологии Министерства Здравоохранения, Ташкент, Узбекистан*

Изучены клинические проявления и антибактериальная терапия у больных брюшным тифом в эндемичном районе Средней Азии. Все больные были молодыми здоровыми мужчинами, находящимися в одинаковых условиях службы и быта.

Первая группа (360 чел.) наблюдалась в период эпидемии брюшного тифа в Таджикистане в 1996-1999 гг., вторая (105 чел.) в Узбекистане в 2000-2004 гг. В первой группе заболевание протекало в тяжелой форме у 12,7%, средней тяжести у 65,1% и легкой у 22,2%. Во второй группе тяжелая форма брюшного тифа установлена у 26,7%, средней тяжести у 41,9% и легкая у 31,4% больных.

В Таджикистане осложнения зарегистрированы у 12,7%, рецидивы имели место у 7,8% больных. Из осложнений чаще всего наблюдались пневмония и миокардит (6,7% и 5,2%, соответственно), реже выявлены инфекционно-токсический шок и инфекционно-токсическая энцефалопатия – у 3,6% и 2,3% больных. Хирургические осложнения – перфорация брюшнотифозных язв и кишечное кровотечение встречались у 1,0% и 1,3% больных. Менингоэнцефаломелит и инфекционный психоз зарегистрированы в 0,5% соответственно. В Узбекистане осложнения были у 15,2% больных, рецидивы – у 9,5%. Миокардит и инфекционно-токсический шок отмечен у 6,7% каждый, пневмония выявлена у

3,8%, перфорация брюшнотифозных язв у 1,9%, а кишечное кровотечение у 3,2% больных. Инфекционный психоз был у 0,9% больных. Летальных исходов не было в обеих группах.

Этиотропная терапия проводилась с учетом результатов определения чувствительности возбудителя брюшного тифа к антибактериальным препаратам. В Таджикистане *S.typhi* обладала полирезистентной устойчивостью в 96,1%, а в Узбекистане – в 80,9% исследованных культур. Антибактериальная терапия в Таджикистане осуществлялась фторхинолонами (ципрофлоксацин и офлоксацин), в период разгара в виде внутривенных инфузий с последующим переходом на прием внутрь при улучшении состояния. В Узбекистане, кроме того, при тяжелом течении брюшного тифа применялся цефтриаксон. Анализ проводимой терапии свидетельствует о большей эффективности цефтриаксона, однако удобство применения и стоимость остаются на стороне фторхинолонов.

Выводы: Брюшной тиф у молодых мужчин протекает типично, со всеми присущими данному заболеванию клиническими проявлениями и осложнениями. Этиотропная терапия должна проводиться цефтриаксоном и фторхинолонами (ципрофлоксацин и офлоксацин) в максимальных дозировках.

Команцев В.Н., Скрипченко Н.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОНЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ У ДЕТЕЙ

Санкт-Петербург, Россия

Борьба с полиомиелитом в современных условиях требует агрессивного надзора за острыми вялыми параличами (ОВП) у детей. Развитие клинической картины ОВП со снижением сухожильных рефлексов, понижением мышечного тонуса, развитием слабости мышц с уменьшением мышечной массы (гипотрофии) может быть обусловлено рядом неврологических заболеваний: (1) полиомиелитом, (2) полинейропатией, (3) инфекционной миелопатией, (4) мононейропатией, включая травматическую, (5) миелитом, (6) декомпенсацией натальной краниоспинальной травмы (ДНКСТ). В основе последних 2 видов заболеваний лежит поражение центральной нервной системы, однако в острый период развитие паралича носит преимущественно вялый характер вследствие процесса диализа, и требует дифференциации с поражением периферического мотонейрона. «Золотым стандартом» диагностики ОВП является метод электромиографии (ЭМГ), опыт использования которого в ФГБУ НИИ детских инфекций ФМБА России насчитывает 15 лет. При полиомиелите при сохранной моторной скорости проведения импульса (СПИ) выявляется грубое асимметричное снижение амплитуды поверхностной ЭМГ, моторных ответов (на 80-90%) преимущественно проксимальных отделов пораженных мышц нижних конечностей. Для дифференциальной диагностики полиомиелита и полинейропатии (ПНП) значимым является исследование амплитуд сенсорных ответов и сенсорной СПИ, которые остаются в пределах нормативных значений при переднероговом процессе (полиомиелите) и значительно сни-

жаются, до отсутствия, при невральном (ПНП). ЭМГ показатели при острой инфекционной миелопатии имеют аналогичную полиомиелиту структуру нарушений. Отличия проявляются меньшей степенью снижения амплитуд моторных ответов паретичных мышц (на 30-40%) и дополнительным снижением проксимально-дистального коэффициента невральной проводимости ($<1,0$), а также снижением аксональной возбудимости на ток малой длительности (0,1 мс) (на 30-40%) при сохранной возбудимости – на ток большой длительности (0,5 мс). Снижение проксимально-дистального коэффициента обусловлено страданием при острой инфекционной миелопатии не только тела периферического мотонейрона (передних рогов спинного мозга), но и двигательных корешков. При мононейропатии (чаще малоберцового, седалищного нерва) выявляются изолированные (для одного нерва) нарушения проводимости в виде снижения как моторной, так и сенсорной СПИ, повышение терминальной латентности, развития блоков проведения. Аксональный характер нейропатии подтверждается снижением амплитуд моторных и сенсорных ответов, демиелинизирующий – снижением СПИ. При поперечном миелите, несмотря на клиническое проявления пареза конечностей, амплитуды моторных и сенсорных ответов, а также СПИ остаются в норме, однако резко снижается проводимость по сенсорным спинальным трактам (повышение времени центрального проведения) по данным соматосенсорных вызванных потенциалов на стимуляцию большеберцовых нервов. ДНКСТ, развивающаяся чаще на фоне ОРИ, проявляется снижением амплитуды поверхностной ЭМГ при сохранности скоростных и амплитудных значений потенциалов на стимуляцию моторных и сенсорных волокон нервов паретичной конечности. Кроме того, в поверхностной ЭМГ выявляется повышение миотатического рефлекса мышц голени, что обусловлено активацией фазического компонента мышечного тонуса вследствие церебральной локализации поражения.

*Кочкина С.С., Ситникова Е.П., Скалева М.А.,
Влащенко И.В., Косыгина М.В.*

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Ярославль, Россия

Европейским региональным бюро ВОЗ цитомегаловирусная инфекция отнесена в группу болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии. Клинические проявления заболевания на современном этапе изучены недостаточно, что нередко приводит к поздней диагностике и лечению.

Цель исследования: выявить клинические особенности цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у детей на современном этапе. Исследование проводилось на базе Инфекционной больницы г. Ярославля и амбулаторно. Под наблюдением находились 110 детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Диагноз ЦМВИ устанавливался на основании клинико-анамнестических и лабораторных данных: обнаружения ДНК CMV в сыворотке крови, в слюне, моче методом ПЦР; anti-CMV-IgM, anti-CMV-IgG в сыворотке крови методом ИФА. Проводилось УЗИ внутренних органов, головного мозга. Все наблюдаемые дети были осмотрены специалистами: неврологом, оку-

листом, эндокринологом, кардиологом и нефрологом. На основании проведенного обследования врожденная ЦМВИ диагностирована у 35 детей, из них на первом году жизни – у 12 (34,3%) пациентов, у 13 (37,1%) – на втором году, в возрасте 3-5 лет – у 10 (28,6%) человек. У 75 больных имела место приобретенная ЦМВИ, которая протекала в виде инфекционного мононуклеоза и сиалоаденита. У 10 (28,6%) детей врожденная инфекция носила характер «скрытого» ЦМВ-синдром: отсутствовали клинические проявления заболевания при рождении, больные росли и развивались соответственно возрасту и относились к группе условно здоровых. И только при диспансерном осмотре специалистами в возрасте 2–5 лет у них выявлены пороки развития внутренних органов. У 10 (28,6%) детей с врожденной ЦМВИ установлена патология почек: гидронефроз, врожденные сосудистые аномалии, гипоплазия почки. У 20 (57,1%) детей отмечались поражения глаз в виде очагового хориоретинита. У 16 (45,7%) человек выявлены пороки развития сердца: малые аномалии, стеноз аорты, дефект межпредсердной перегородки. 11 пациентов имели сочетанную патологию. Диагноз врожденной генерализованной ЦМВИ был выставлен в родильном доме только 2 детям. У них клиническая симптоматика развивалась с первых суток жизни, в процесс были вовлечены многие органы и системы. Отмечались нарушения дыхания и сердечной деятельности, выявлялась желтуха, которая имела волнообразный характер, геморрагический синдром, связанный с тромбоцитопенией и наблюдалось развитие ЦМВ – энцефалита. У одного ребенка в возрасте 7 месяцев эндокринологом выявлена гипоплазия щитовидной железы, которая сочеталась с врожденным пороком сердца – стеноз аорты и дефект межжелудочковой перегородки на фоне синдрома Вильямса. У 40% детей имела место хроническая патология печени.

Таким образом, цитомегаловирусная инфекция является актуальной проблемой детского возраста. Её проявления разнообразны, имеют клинические «маски», что может привести к поздней диагностике. Врожденная инфекция может иметь характер «скрытого» ЦМВ-синдрома и проявляться в возрасте до 5 лет. Поэтому детей с врожденными пороками развития почек, сердца, ЦНС, глаз, поражением печени, щитовидной железы необходимо обследовать на цитомегаловирус, при необходимости своевременно назначать адекватную терапию.

*Кошерова Б.Н., Досмагамбетова Р.С.,
Балтынова Р.З., Култанов Б.Ж., Данбаева С.М.,
Тимченко Н.В.*

ВЛИЯНИЕ АСКАРИДОЗА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

г. Караганда, Республика Казахстан

Проблемы бесплодия, как показателя репродуктивного здоровья, остаются актуальной проблемой медицины. Частота бесплодного брака в мире значительна – до 10-15%, а в Казахстане достигает 16%. Зачастую причинами бесплодия являются нарушения эндокринного гомеостаза и иммунного статуса организма. Известно, что при паразитарных инвазиях в результате системного действия на организм и эндокринную систему наблюдаются

нарушения репродуктивной функции. В последние годы также установлено мутагенное влияние гельминтов на генетический аппарат клетки.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния клинико-лабораторной данных при аскаридозе у женщин репродуктивного возраста.

По данным Областной инфекционной больницы г. Караганды и студенческого оздоровительного центра КГМУ с 2010 по 2012 год под наблюдением находилось 45 женщин репродуктивного возраста, у которых на основании результатов микроскопического исследования был установлен диагноз «Аскаридоз, хроническое течение, период обострения».

Из эпиданамнеза было установлено, что причиной обследования на гельминтозы явились, прежде всего, отрицательные результаты на внутриутробные инфекции, хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы в стадии ремиссии и отсутствие сопутствующей эндокринной патологии. У обследованных пациентов периодически при обследовании были обнаружены яйца аскарид в течение 10 лет у 44,4%, с 11-15 лет у 42,2% и более 15 лет у 13,4%. Все женщины неоднократно получали этиотропную антигельминтную терапию. При тщательном сборе анамнеза установлено, что у 25 (55,6%) обследованных женщин беременность завершилась преждевременными родами на разных сроках, у 6 (13,4%) внематочной беременностью, у 11 (24,4%) самопроизвольным выкидышем и у 3 (6,6%) «замершей» беременностью.

В клинической картине у данных пациентов в течение ряда лет отмечались снижение массы тела (66,6%), повышенный аппетит (87,4%), раздражительность (44,4%), аллергические высыпания (33,3%), быстрая утомляемость (42,2%), нарушение менструального цикла (88,9%).

Показатели иммунного статуса у обследованных характеризовались снижением количества Т-лимфоцитов популяций с фенотипом CD3, CD4 и CD8, что является реакцией организма на воздействие токсина аскарид одновременно диагностировано повышение иммуноглобулинов класса IgE, IgA и IgG.

Таким образом, хроническая интоксикация, обусловленная аскаридозом проявляется не только клиническими проявлениями, общетоксического синдрома, иммунологическими изменениями в организме, но так же влиянием на репродуктивную функцию женщин.

*Кравченко А.В.¹, Попова А.А.¹, Зимица В.Н.²,
Деулина М.О.¹*

ПРИМЕНЕНИЕ РАЛТЕГРАВИРА В СХЕМАХ АРВТ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*¹ ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии
Роспотребнадзора*

*² ГУ Центральный НИИ туберкулеза РАМН
г. Москва, Россия*

Вследствие развития нежелательных явлений у больных, получавших одновременно противотуберкулезную терапию (ПТТ) и АРВТ, достаточно часто приходится корректировать стартовый режим ПТТ и/или АРВТ (56,3% и 29,1%, соответственно). В связи с этим необходимо более тщательно подбирать препараты как для схемы АРВТ, так и ПТТ.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность схемы АРВТ, включавшей ингибитор интегразы ВИЧ (ралтегравир), у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, получавших ПТТ.

Пациенты и методы: в исследование было включено 10 пациентов с ВИЧ-инфекцией, получающих ПТТ по поводу активного туберкулезного процесса (6 пациентов - туберкулез органов дыхания, 2 – туберкулез множественных локализаций, 2 – туберкулез периферических лимфоузлов шейной группы). В состав схемы ПТТ у всех пациентов включали рифабутин (0,3 г в сутки per os). Оценивали эффективность и безопасность АРВТ на фоне противотуберкулезной терапии на сроках 4, 12, 24 и 48 недель. Были исследованы следующие показатели: гемоглобин, тромбоциты, лейкоциты и лейкоцитарная формула, параметры биохимического анализа крови (креатинин, АЛТ, АСТ, γ -ГТ), относительное и абсолютное содержание CD4-лимфоцитов, а также уровень РНК ВИЧ в крови. Всем пациентам была назначена следующая схема АРВТ: ралтегравир + абакавир/ламивудин (кивекса). До начала АРВТ всем пациентам был проведен тест на HLA B5701 – результат отрицательный.

Результаты: В настоящий момент исследование продолжается. На 01.06.12 все пациенты завершили 24 недели АРВТ. До лечения уровень CD4-лимфоцитов составил $17,7 \pm 9,46\%$ ($M \pm SD$) и $215,9 \pm 95,8$ клеток/мм³. На фоне комплексной терапии на 24 неделе уровень CD4-лимфоцитов составил $19,5 \pm 6,85\%$ и $283 \pm 137,6$ клеток/мм³, а прирост их по медиане составил 3,5% и 59,5 клеток/мм³, соответственно. До лечения уровень РНК ВИЧ по медиане составил $5,12 \log_{10}$ с разбросом значений от $3,13 \log_{10}$ до $7,0 \log_{10}$. На фоне комплексной терапии у всех пациентов кроме одного значение уровня РНК ВИЧ было ниже $1,6 \log_{10}$. У одного пациента на 24-ой неделе было появление детектируемого уровня РНК ВИЧ (410 копий/мл), что связано было с плохой приверженностью вследствие злоупотребления алкоголем. У этого же пациента было отмечено и клинически значимое увеличение уровня γ -ГТ. Клинически значимые изменения показателей анализа периферической крови во время АРВТ+ПТТ были связаны с токсическим действием противотуберкулезных препаратов у 2-х пациентов, вследствие чего схема ПТТ у них была изменена.

Заключение: применяемая схема АРВТ хорошо переносится пациентами, получающими терапию по поводу активного туберкулезного процесса. Возникшие нежелательные явления были связаны с токсическим действием ПТТ и не требовали отмены антиретровирусных препаратов. Хорошая переносимость АРВТ на фоне противотуберкулезной терапии способствовала хорошей приверженности как к АРВТ, так и к ПТТ, что, несомненно, положительно сказывалось на результатах лечения.

Кривошеенко Е.М., Скрипченко Н.В., Комацев В.Н.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ПОСТУПАЮЩИХ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ ДГКБ № 5 ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2010 ГГ.)

ДГКБ №5, ФГБУ «НИИ детских инфекций

ФМБА России»

Санкт-Петербург, Россия

Судорожный синдром (СС) у детей является одним из факторов, осложняющих течение инфекционных заболеваний, нередко приводящих к летальному исходу, что является основанием для углубленного их изучения. Целью данного исследования явилась оценка клинико-этиологической характеристики детей с судорожным синдромом, госпитализированных в ДГКБ №5 с подозрением на инфекционное заболевание.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 490 детей с СС, развившимся на фоне острого инфекционного процесса, в возрасте от 0 до 17 лет.

Результаты. При анализе причин развития судорог установлена гетерогенность СС: до 5% составили нейроинфекции (НИ), манифестирующие СС, до 3% генерализованные инфекции (ГИ), до 8% эпилепсия (Э), до 85% дети с фебрильными судорогами (ФС).

На основании проведенных исследований было выявлено, что в возрастной структуре пациентов с ФС преобладали дети в возрасте от 1 до 5 лет – 98%, при НИ и ГИ преобладали дети от 0 до 6 месяцев – 61 и 75% соответственно, при эпилепсии возрастных особенностей не выявлено.

Основным этиологическим фактором при ФС среди расшифрованных форм явился вирус герпеса 6 типа – 70%, на долю других вирусных и бактериальных инфекций пришлось 1 до 3%. У 15% детей с ФС выявлена отягощенная наследственность – наличие у одного из родителей ФС в анамнезе.

У пациентов с НИ при расшифровке этиологического агента пневмококк и гемофильная инфекции составили 22%. При вирусных поражениях ЦНС, сопровождавшихся судорогами на долю вируса герпеса 1-2 типа пришлось 12%.

У детей с ГИ, осложнением которой явился СС, обращает на себя внимание этиологический полиморфизм: выявлено участие цитомегаловируса, токсоплазменной инфекции, стафилококковой, стрептококковой гемофильной инфекции.

При оценке характера видов судорог во всех группах преобладали генерализованные тонико-клонические приступы от 60 до 94%.

Выводы. У детей с инфекционной патологией в 2% случаев заболевание манифестирует судорожным синдромом. Тяжесть судорожного синдрома определяется особенностями течения инфекционного процесса и преморбидным фоном. Тактика ведения пациентов с судорожным синдромом основывается на учете особенностей клинических проявлений и выраженности нарушений биоэлектрической активности головного мозга, отражающей различные патогенетические варианты течения интракратального процесса.

Кривицына Э.В., Крюкова О.С.

К ВОПРОСУ О ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА

г. Новосибирск, Россия

Проблема бруцеллеза в течение нескольких десятков лет остается одной из наиболее значимых как в медицине, так и в ветеринарии.

Длительность инкубационного периода, неоднозначность иммунного ответа при генерализации процесса и, особенно, при хроническом течении бруцеллеза создают необходимость применения нескольких диагностических тестов для верификации диагноза.

Особенно остро эта проблема возникает при обследовании больных, страдающих хроническим бруцеллезом несколько лет, которым для получения социальных пособий требуется ежегодно подтверждать инвалидность, где положительный тест на бруцеллез является основополагающим.

Анализ данных показал, что на практике для лабораторного подтверждения диагноза, в основном, используются реакции Райта и Хеддельсона, однако при хроническом течении заболевания эти методы менее чувствительны, чем ИФА. Но даже в тех учреждениях, где ИФА является доминирующим, не в полной мере используются его возможности: кровь тестируют на наличие специфических IgG, реже IgM, и крайне редко на IgA.

В течение 3-х лет мы исследовали образцы сывороток крови двух групп пациентов: от 213 больных, страдающих разными формами бруцеллеза и от 273 пациентов с другими инфекциями или соматическими заболеваниями. У всех пациентов диагноз был ранее подтвержден клинико-эпидемиологически и лабораторно. Каждый образец тестировали в реакции Райта и иммуноферментным методом на наличие специфических антител классов А, G и М.

Цель исследования. Сравнить чувствительность и специфичность реакции Райта и ИФА метода. Доказать важность определения в ИФА всей группы маркеров.

Результаты. В ИФА в первой группе пациентов (213 чел) антитела классов А и/или G и/или М были выявлены у 180 больных бруцеллезом. В реакции Райта как положительные расценены 88 образцов. Таким образом, чувствительность ИФА составила 84,5%, р. Райта – 41,3%. При совместном использовании обоих тестов чувствительность составила 87,3% (186 чел). Из всей группы больных, страдающих бруцеллезом, в 14,0% случаев был выявлен один единственный маркер – специфический IgA.

Специфичность реакции Райта составила – 92,6%, ИФА по IgA – 97,0%, по IgG – 95,9%, по IgM – 99,2%.

Выводы. При сопоставимой специфичности, ИФА по чувствительности превосходит р. Райта в 2 раза. В целях повышения эффективности диагностики бруцеллеза необходимо тестировать в ИФА образцы крови на наличие всей группы маркеров: IgA, IgG и IgM и, по возможности, использовать не менее 2-х методов диагностики.

Кузгубекова А.Б., Кабиева С.М., Кенжебаева К.А.

ЛЯМБЛИОЗ У ДЕТЕЙ

г. Караганда, Республика Казахстан

Наиболее распространенным заболеванием в детском возрасте, сопровождающимся поражением кишечника, является лямблиоз. Лямблиоз это инфекционное паразитарное заболевание, которое гораздо чаще встречается среди детей и отличается более тяжелым течением, чем у взрослых, при этом заболевание проявляется разнообразными симптомами, похожими на симптомы других заболеваний, что затрудняет своевременность диагностики и выбор правильной тактики лечения.

Известно, что успешное лечение лямблиоза во многом зависит от эффективности механизмов клеточного и гуморального иммунитета. Учитывая характерные черты иммунитета у детей, особенно у дошкольников в виде относительной незрелости макрофагально-фагоцитарного звена, склонности к незавершенному фагоцитозу, сниженной продукции интерлейкинов и интерферонов, низкой цитотоксической активности CD8+лимфоцитов и естественных киллеров, ослабленных процессов активации системы комплемента, низкого уровня IgA – нами для лечения лямблиоза с целью иммуномодуляции выбран препарат Генферон Лайт.

Под наблюдением находились 57 детей в возрасте от 2 до 16 лет, из них 45 - с подтвержденной лямблиозной инвазией. Контрольная группа включала 12 детей сопоставимых по возрасту, полу и основному диагнозу. У детей младшего возраста лямблиоз чаще проявлялся изменением стула, чередованием запора и поноса. У детей старшего возраста заболевание протекало с клинической картиной пищевого отравления или острого энтерита. У всех обследованных детей констатированы изменения эмоционального портрета, а также чаще регистрировались кожные проявления «грязноватого оттенка», первичные элементы поражения кожи, у подростков отмечалось усиление проявлений угревой юношеской сыпи.

86% больных детей поступали в стационар с основным клиническим диагнозом: хронический гастроэнтерит. Значительная часть детей (60%) имели сопутствующие заболевания. Морфологическое исследование слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки выявило специфические признаки лямблиозной инфекции.

Лечение детей включало стандартную терапию с учетом подготовительного, собственно противопаразитарного и восстановительного этапов. Наряду с антимикробными препаратами, на 2 этапе детям назначался иммуномодулирующий препарат Генферон Лайт. В нашем исследовании препарат применялся по схеме: по 1 суппозиторию в возрастной дозировке, ректально, 2 раза в сутки в течение 5-7 дней. С целью создания выраженного иммуномодулирующего эффекта (особенно в случаях хронической инфекции или у иммунокомпроментированных лиц), применение препарата было продолжено: по 1 суппозиторию в возрастной дозировке, ректально, 1 раз в сутки (на ночь), через день, в течение 1 месяца. Сравнительный анализ сроков исчезновения синдрома интоксикации, гастроинтестинального и др. показал уменьшение клинических проявлений со стороны желудочно-кишечного тракта более чем у 95% детей и стойкое уменьшение аллергических проявлений (кож-

ных, респираторных и т. д.) более чем у 80% детей, как главных показателей выздоровления, уже на 7-10 дней.

Таким образом, применение препарата Генферон Лайт позволило повысить эффективность стандартных противопротозойных схем терапии, сократить сроки заболевания на фоне укрепления иммунитета.

Кузнецов А.Н., Сыздыков М.С., Казаков С.В., Сьтник И.И., Садовская В.П., Садыкова С.С.

АДАПТАЦИЯ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ БАКТЕРИАЛОГИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЁННЫХ СЛУЧАЕВ БРУЦЕЛЛЁЗА

г. Алматы, Казахстан

Хотя географические информационные системы (ГИС) являются хорошо известным и зарекомендовавшим себя инструментом для проведения исследований в области здравоохранения в развитых странах, их применение в странах СНГ, включая Казахстан, остаётся всё ещё ограниченным. Адаптация ГИС технологий к нуждам эпидемиологического надзора за бруцеллёзом позволит облегчить пространственный анализ эпидемиологических данных с выявлением факторов риска.

Цель исследования: выявление закономерностей территориального распределения заболеваемости людей впервые диагностированным бруцеллёзом с применением элементов ГИС-технологии.

Методы. В настоящей работе мы рассматривали бактериологически подтверждённые случаи бруцеллёза. Исследование проводилось методом сплошной выборки: изучались все случаи выделения культур бруцелл от людей на территории Республики Казахстан в течение 2011 года. Информацию о возрасте, поле, месяце и месте выделения культуры получали из паспорта хранящегося штамма. В зависимости от места проживания больных случаи учитывали как «городские» и «сельские».

В нашей работе электронной картографической основой для обзора данных послужила свободная ГИС-программа Quantum GIS версии 0.9.1 (Ganymede).

Результаты и их обсуждение. В течение 2011 года на хранение в лабораторию бруцеллёза Казахского научного центра карантинных и зоонозных инфекций поступило 796 культур бруцелл из всех областей Республики Казахстан, за исключением Мангистауской. Все изоляты относились к виду *B. melitensis*, за исключением 1 штамма *B. abortus*, полученного из Акжайского района Западно-Казахстанской области. В 777 случаев культура *B. melitensis* была идентифицирована до биовара. К 1 биовару относились 290 (37,32%) штаммов, ко 2–26 (3,35%) и к 3 — 461 (59,33%).

Из числа учтённых случаев бруцеллёза человека 135 были отнесены к «городским», а 661 — к «сельским». Число пациентов мужчин было 627, женщин — 169. Мужчины преобладали как среди пациентов, проживающих в городе (88,9%, хи-квадрат = 24,07, df = 1, p < 0,001), так и в сельской местности (81,36, хи-квадрат 243,27, df = 1, p < 0,001).

Случаи бруцеллёза наблюдались во всех возрастных категориях. В группе «городских» случаев преобладали пациенты работоспособного возраста (30-39 лет): 41 случай из 135 (30,37%). Такое же по возрасту распределение

наблюдалось и в «сельской» группе. В областях южного региона наблюдается максимальные числа заболевших бруцеллёзом среди сельского населения. Все собранные данные заносились в базы данных формата dBASE IV, на основе которых были созданы шейпфайлы, читаемые как в свободных, так и коммерческих ГИС системах.

Использованный подход позволил провести ранжирование областей по отношению к среднемноголетнему показателю Республики Казахстан и установить территории риска по бруцеллёзу.

Кулагина О.И., Краснов А.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПЕГИНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА И РИБАВИРИНОМ

*ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
г. Кемерово, РФ*

В настоящее время хронический гепатит С (ХГС) ассоциирован с высокой распространенностью, возможностью развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Главной задачей терапии при ХГС является достижение устойчивого вирусологического ответа (УВО) с элиминацией циркулирующего вируса после отмены лечения и прекращения прогрессирования заболевания. Наиболее результативной комбинированная противовирусная терапия ХГС является у пациентов со 2 и 3 генотипами вируса, при которых частота УВО достигает 90%, в то же время УВО у пациентов с генотипом вируса 1 составляет около 50%. Однако, частота рецидива после терапии пегилированными ИФН и рибавирином составляет 15-25% и варьирует в зависимости от того, когда РНК вируса перестает определяться в течение курса терапии. Вероятность достижения УВО после повторного лечения составляет 32-53.

Целью работы явилось изучение эффективности повторного курса терапии пегинтерфероном- α и рибавирином у пациентов, не ответивших на стандартную противовирусную терапию или с рецидивом заболевания, возникшим после завершения лечения.

Исследуемую группу составили 23 человека в возрасте от 28-61 года с ХГС (женщины – 10 (43,5%)). ХГС диагностировали при определении anti-HCV (ИФА), вирусной нагрузки, генотипа вируса (ПЦР), УЗИ и эластометрии печени. На фиброэластометрии у 9 (39,1%) пациентов не выявлен фиброз печени, ранние стадии фиброза (F1 – F2) были диагностированы у 12 (52,2%) пациентов и поздние стадии фиброза (F3) – у 2 (8,7%) больных. Пациенты получали пегинтерферон α -2a (Пегасис) 180 мкг/нед. или пегинтерферон α -2b (ПегИнtron) 1,5 мкг/кг/нед. с рибавирином 800-1200 мг/сут в зависимости от веса в течение 24-48 недель. Критерием эффективности был устойчивый вирусологический ответ (УВО) – авиремия через 24 недели после завершения лечения.

На фоне терапии у 7 (30,4%) пациентов отмечался быстрый вирусологический ответ (преимущественно с исходно низкой виремией), ранний вирусологический ответ – у 14 (60,9%). У 9 (39,1%) пациентов через 24 недели лечения сохранялась вирусная нагрузка более 200 тыс. МЕ/мл и терапия была прекращена из-за отсутствия эффекта. Восемь из этих пациентов были с 1в

генотипом вируса, высокой вирусной нагрузкой (более 2000000 МЕ/мл) и фиброзом печени F2-3. УВО наблюдался у 14 (60,9%) больных, в том числе у 10 (43,5%) пациентов с рецидивом заболевания. В ходе лечения отмечались временные нежелательные явления: гипертермия на каждую инъекцию ИФН (8,7%); похудание (65,2%); сухость кожи (56,5%); кашель (21,7%); анемия (26,1%) и лейкопения (30,4%) не требующие коррекции.

Таким образом, применение повторного курса противовирусной терапии пегилированными интерферонами и рибавирином у пациентов, не ответивших на стандартную противовирусную терапию или с рецидивом заболевания (ХГС) позволило получить устойчивый вирусологический ответ у 60,9% пациентов.

Вероятность достижения УВО при повторном лечении пегилированными интерферонами и рибавирином выше у пациентов с рецидивом заболевания, в сравнении с пациентами, не ответившими на предыдущий курс лечения.

Кутдусова А.М., Мурзабаева Р.Т.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕНЫМ СИНДРОМОМ

г. Уфа, Россия

Цель: изучить гормональные параметры при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) у женщин климактерического периода в зависимости от форм тяжести.

Методы исследования. Гормональный статус определялся у 29 женщин климактерического периода. Статистическую значимость различий определяли при помощи метода Манна-Уитни и величины коэффициента r . Для определения содержания в сыворотке крови гормонов (тестостерон, эстрадиол, лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), прогестерон) использовался метод радиоиммунного анализа. В качестве контроля использовались гормональные параметры практически здоровых женщин (20 чел.) соответствующего возраста.

Результаты. При изучении содержания ФСГ в сыворотке крови у женщин во II периоде ГЛПС среднетяжелой формы выявлено снижение уровня гормона, в фазу полиурии отмечалась явная тенденция к восстановлению значений гормона, однако в IV периоде содержание ФСГ в сыворотке крови оставалось достоверно низким по сравнению с контрольной группой ($p=0,002$). При тяжелой форме ГЛПС у исследуемых женщин во все периоды болезни отмечались те же закономерности, отличие заключалось в более глубоком угнетении синтеза ФСГ. При среднетяжелой форме ГЛПС регистрировалась повышенная концентрация ЛГ при сравнении с контролем ($p=0,005$). В III фазу содержание гормона в крови еще больше повышалось ($p=0,0001$), а к IV периоду постепенно снижалось. При тяжелой форме показатели к периоду реконвалесценции оставались статистически значимо повышенными ($p=0,001$). При исследовании концентрации прогестерона в сыворотке крови у женщин выявлено повышение уровня прогестерона в разгар болезни ($Me=3,4$; $P25=2,9$; $P75=4,01$; $p=0,0001$) и в периоде полиурии ($p=0,001$), однако к стадии выздоровления показате-

ли несколько снижались, но оставались повышенными ($p=0,046$). При тяжелой форме ГЛПС наблюдалась та же тенденция, что и при среднетяжелом течении, но к периоду реконвалесценции концентрация гормона в крови оставалась повышенной, $p=0,0001$. При изучении содержания эстрадиола при среднетяжелой форме ГЛПС его уровень также был повышенным в II периоде болезни с последующим восстановлением показателей гормона в III периоде ($p=0,192$). При тяжелом течении заболевания концентрация сывороточного эстрадиола была низкой и достигла значений контрольной группы только к периоду реконвалесценции ($Me=22,7$; $P25=19,5$; $P75=25,9$), $p=0,135$. При определении содержания тестостерона в сыворотке крови регистрировалась тенденция к повышению уровня гормона в разгар болезни, как при среднетяжелом, так и при тяжелом течении. В дальнейшем отмечалось постепенное приближение их значений к показателям контрольных групп, но у пациенток при тяжелом течении болезни уровень тестостерона в IV периоде оставался повышенным. Таким образом, изучение состояния гормональной системы у женщин климактерического периода при ГЛПС позволяет выделить изменения показателей эндокринного фона в зависимости от периода, степени тяжести болезни, связанные с воздействием вируса, а так же возрастной принадлежностью.

*Кутманова А.З.¹, Буранчиева А.А.¹,
Абдыкадырова А.А.¹, Тойгомбаева В.С.²*

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ХЛАМИДИОЗА ЗООНОЗНОЙ ПРИРОДЫ

¹ *Кыргызская государственная медицинская академия*

² *Кыргызско-Российский Славянский Университет*

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Хламидийные инфекции зоонозной природы (ГХЗП), вызываемые *Cl. psittaci* характеризуются широким повсеместным распространением в животном мире, персистирующим течением и тяжестью патологии у людей, высокой стоимостью затрат на проведение противоэпидемических мероприятий.

Проведено наблюдение за 140 больными, инфицированными *Cl. psittaci*, госпитализированными в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (г. Бишкек) за период с 2002 по 2009 гг. Верификация диагноза проводилась с помощью ИФА, определением IgM и IgG к антигену *Cl. psittaci* в сыворотке крови и ПЦР – экспресс-индикация *Cl. psittaci*. По месту проживания инфицированных лиц *Cl. psittaci* выявлено наличие случаев заболевания ГХЗП во всех регионах Кыргызской Республики. Нами установлено среди жителей сельской местности распространенность ГХЗП превышала в 1,8 раза. Отмечена наибольшая инфицированность *Cl. psittaci* лиц трудоспособного возраста 21-40 лет, связанная с основным видом деятельности, включающий высокий риск заражения при контакте с животными или продуктами животного происхождения. Определением коэффициента детерминации (R) отмечено превалирование контактно-алиментарного пути инфицирования (R=64%), определенную роль в развитии заболевания играл также алиментарный путь заражения (R=36%). По срокам первичного проявления заболевания характерной сезонности не выявлено. ГХЗП ха-

рактируется полиморфизмом клинических проявлений, однако характерными для него являются: острое начало болезни, длительная лихорадочная реакция, вовлечение в патологический процесс органов РЭС, костно-суставного аппарата и периферической нервной системы. Также встречаются явления конъюнктивита, синдром поражения мочеполовых органов, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. Нами обнаружено неэффективность фагоцитарной системы, представленной нейтрофилами, проявляющаяся уменьшением фагоцитарного показателя ($43,4 \pm 3,2\%$, при контроле $57,5 \pm 2,9\%$, $p < 0,001$), фагоцитарного числа ($1,67 \pm 3,2$, при контроле $3,3 \pm 0,7$, $p < 0,05$) и интегрального фагоцитарного индекса нейтрофилов ($0,77 \pm 0,13$, при контроле $2,3 \pm 0,02$, $p < 0,01$) является слабым звеном в иммунной системе у больных ГХЗП. Недостаточность Т-клеточного звена иммунитета, сопровождающееся снижением CD3+ ($39,4 \pm 1,7\%$, при контроле $52,1 \pm 1,4\%$, $p < 0,001$), уменьшением относительного числа CD8+ ($p < 0,01$) по мере удлинения длительности заболевания, достоверным превышением относительного числа CD16+ ($p < 0,001$) обуславливают диссеминацию и длительную персистенцию возбудителя, что является основой для развития хронизации патологического процесса.

Таким образом, территория Кыргызской Республики является гиперэндемичным регионом по зоонозному хламидиозу. По данным Республиканского Департамента ветеринарии частота инфицированности животных *Cl.psittaci* составляет 44%, а выявляемость серопозитивных случаев регистрируется повсеместно, с преимущественным распространением среди крупного рогатого скота (24,5%). ГХЗП у людей встречается с высокой частотой (61,4%) с характерными эпидемиологическими чертами зоонозной инфекции. Недостаточность фагоцитоза нейтрофилов и Т-клеточного звена иммунитета обуславливает диссеминацию и длительную персистенцию возбудителя, требующее коррекции с использованием антибактериальной и иммуномодулирующей терапии.

Кутманова А.З., Джумагулова А.Ш.

УСТОЙЧИВОСТЬ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кыргызская государственная медицинская академия г. Бишкек, Кыргызская Республика

Группа кишечных инфекций в структуре инфекционной заболеваемости Кыргызской Республики занимает значительное место (21%). Причем, в последние годы растет частота острых кишечных инфекций неустановленной природы, превышая в 1,5–2 раза в сравнении с кишечными инфекциями установленной этиологии. Данный факт вызывает большие затруднения в проведении эффективной терапии больных. Исследований по анализу антибиотикорезистентности возбудителей острых кишечных инфекций не проводилось, что и определило актуальность представленной темы.

По нашим данным этиологическая структура микробиологически подтвержденной ОКИ свидетельствует о доминировании условно-патогенной флоры и представлена *Citrobacter* (44,8%), *Escherichia* (22,9%), *Proteus* spp (8,4%), *Edwardsiella* (2,4%), *Shigella* (2,9%), *Salmonella*

(1,9%), *Klebsiella* (1,2%), *P. aeruginosa* (0,8%). Поэтому знание современного спектра чувствительности к определенным антибиотикам возбудителей ОКИ к наиболее используемым в практике химиопрепаратам, безусловно, необходимые составляющие современной терапевтической тактики. В наших исследованиях мы убедились, что сохраняется чувствительность *Salmonella* spp (160 штаммов) к широкому спектру антибактериальных препаратов. Единичная резистентность в пределах 2% *S. typhimurium* выявлена к цефалоспорином. У большинства тестированных штаммов *Shigella* spp. (175 штаммов) наметилась тенденция к формированию резистентности к полусинтетическим пенициллинам (RR – соотношение рисков развития резистентности сосавило 1,3; $p > 0,05$). Для микроорганизмов группы *E. coli* (1932 штамма) и *Citrobacter* (4751 штамма) установлена множественная устойчивость к противомикробным препаратам (AMP, DOX, CHL, FRZ, первому поколению цефалоспоринов). Штаммы рода *Klebsiella* (90 культур) и *P. aeruginosa* (99 культур) сохраняют чувствительность практически ко всем антибактериальным препаратам.

Таким образом, анализ современной клинико-эпидемиологической ситуации подтвердил доминирование шигелл и сальмонелл в качестве основной этиологической причины так называемых «кровянистых» или инвазивных диарей у детей на сегодняшний день. Вопреки бытующему мнению о значительном росте резистентности классических возбудителей кишечных инфекций к основным антимикробным препаратам, наши данные показывают, что такого рода тенденция не наблюдается в отечественной практике: по-прежнему шигеллы и сальмонеллы, вызвавшие внебольничную дизентерию или сальмонеллез, чувствительны к антибиотикам основных групп лекарственных препаратов. С очевидностью лишь можно утверждать, что полусинтетические пенициллины не могут являться препаратами стартовой терапии из-за достаточно высокого уровня резистентности к ним изучаемых микробов. Препаратами выбора по-прежнему остаются цефалоспорины II и III поколений и аминогликозиды. К числу препаратов, которые могут быть также рекомендованы для лечения детей с бактериальными ОКИ с полным основанием может быть отнесен ко-тримоксазол.

Кыраубаев К., Шапиева Ж., Утегенова Э., Егембердиева Р., Усенов У.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Казахстан

Цель: Определить эпидемиологические особенности Конго-Крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ) в Казахстане.

Материал и методы: оперативная информация территориальных департаментов Госсанэпиднадзора, мониторинга заболеваемости, карты эпидрасследований очагов.

Результат и обсуждение. ККГЛ – острое вирусное природно-очаговое заболевание человека с высокой степенью летальности. На территории Казахстана активные природные очаги ККГЛ расположены в южном регионе: Жамбылская, Южно-Казахстанская и Кызылординская области.

Возможность образования природных очагов ККГЛ не исключена в Карагандинской, Атырауской, Алматинской, Атырауской, Мангистауской областях, что обусловлено наличием на их территории переносчиков инфекции, а также положительными находками вируса ККГЛ в клещах. В рамках проведенных научно-практических исследований было показано, что вирусы ККГЛ, клещевого энцефалита и хантавируса циркулируют во многих частях страны; имеется доказательство сероконверсии у населения к этим возбудителям.

В 2007-2011 годах в целом по республике было зарегистрировано 84 случая ККГЛ с показателем заболеваемости 0,04-0,16 на 100 тысяч населения. Наибольшая заболеваемость отмечена в Южно-Казахстанской области (64 случая или 76,2% от общей суммы случаев).

Последние годы отмечается постепенное распространение ареала природного очага ККГЛ из пустынной в степную зону, в южном направлении. Образованию новых очагов способствует увеличение численности клещей (*H. asiaticum*, *H. anatolicum*, *D. niveus*, *D. marginatus*) в связи с развитым животноводством в южном регионе. В 2011 году индекс инфицирования клещей вирусом ККГЛ составил 4,8-6,8%. Кроме того, в населенных пунктах, в результате заноса клещей из природных биотопов, возникли и укоренились локальные популяции, способные к самостоятельному существованию и поддержанию внутрипоселковых очагов ККГЛ.

Многолетнее наблюдение за заболеваемостью ККГЛ показало ее четкую сезонность и периодичность. Наибольшее количество укусов клещей и, соответственно, регистрация больных ККГЛ приходится на 17-21 недели. Случаи заражения людей происходили в основном при непосредственном укусе инфицированным клещом и при контакте с кровью клеща, а также при контакте с выделениями больного. В 2007-2011 годах, при проведении эпидемиологического расследования в очагах установлено, что от 17,6 до 60% больных ККГЛ связывали свое заболевание с укусами клещей. Находились на неблагополучных территориях и не отмечали непосредственного укуса клещей 29,4-42,1% больных.

Заключение. Образование очагов ККГЛ внутри населенных пунктов может привести к ухудшению эпидситуации по этому заболеванию. В 2012-2013 годах запланировано проведение научно-исследовательских работ по эпидемиологии клещевых инфекций, в том числе ККГЛ в Казахстане, которые позволят совершенствовать знания о возбудителе и переносчиках заболевания, уточнить ареал распространения ККГЛ, внедрить систему географического анализа.

Лайман Е.Ф., Шаркова В.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН

ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Лесозаводский филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае» г. Владивосток, Россия

В последние годы наблюдается рост частоты инфекционных осложнений ран, что объясняется выросшим объе-

мом оперативных вмешательств, появление возбудителей, резистентных к антимикробным препаратам, увеличением пациентов с иммунодефицитными состояниями и сопутствующими заболеваниями, влиянием госпитальной среды, рядом других факторов. Оценке микробного фактора в развитии раневой инфекции всегда уделялось большое внимание. Несомненно, вид и количество микроорганизмов и их патогенные свойства играют существенную роль в возникновении и развитии гнойно-воспалительных осложнений и во многом определяют характер их течения.

Целью нашей работы явилось микробиологическое исследование отделяемого операционных ран на пятые сутки после операции для своевременного обнаружения этиологического фактора возможного послеоперационного осложнения.

Исследовано отделяемое 67 послеоперационных ран с обнаружением 46 микроорганизмов в 57% проб. Анализ суммарной этиологической значимости отдельных микробных видов в послеоперационной ране показал, что основное значение имели представители кокковой микрофлоры, а именно стафилококки, в совокупности составив $67,4 \pm 6,9\%$. Среди стафилококков лидирующее место занимал *S. epidermidis* $26,1 \pm 6,5$ (12 штаммов) Прочие стафилококки были представлены *S. haemolyticus* $13,0 \pm 4,9\%$, *S. saprophyticus* $10,9 \pm 4,6\%$, *S. aureus* $8,7 \pm 4,1\%$, *S. cohnii* spp. *cohnii* и *S. caritidis* по $2,2 \pm 2,2\%$.

Второе место после стафилококков в этиологии послеоперационной раны занимали энтеробактерии – $17,4 \pm 5,6\%$ и их представитель *E. coli* ($8,7 \pm 4,1\%$). Неферментирующие грамотрицательные бактерии составили $10,9 \pm 4,6\%$ с удельным весом *P. aeruginosa* $4,3 \pm 3,0\%$. На микрококки пришлось $4,3 \pm 3,0\%$. В виде единичных штаммов изолированы 26% микроорганизмов. Анализируя зависимость микробного состава от класса чистоты операции было установлено, что удельный вес преобладающей микрофлоры (стафилококков) по мере усиления загрязнения ран от первого класса к четвертому имел динамику в сторону снижения частоты (с $87,5 \pm 12,5\%$ при операциях I класса до $36,3 \pm 15,2\%$ – IV класса) за исключением *S. intermedius* и *S. aureus*, удельный вес которых в общей структуре микроорганизмов операционных ран наоборот повышался с увеличением класса с $4,5 \pm 4,5\%$ до $18,2 \pm 12,2\%$, причем в I и II классах *S. aureus* и *S. intermedius* не встречались. Удельный вес *E. coli* с нарастанием степени загрязнения ран также возрастал от $9,1 \pm 6,3\%$ до $18,2 \pm 12\%$. Количество микрококков в классах ран было различным. При этом, с нарастанием класса ран прослеживалась тенденция к уменьшению удельного веса рода *Micrococcus* с $4,5 \pm 4,5\%$ до $9,1 \pm 9,1\%$ (I и IV класс соответственно). Неферментирующие грамотрицательные бактерии (*P. aeruginosa* и *A. lwoffii*, *C. Johnson*, *P. pseudoalcaligenes*) были обнаружены только в III, IV классе ран и определялись с удельным весом от $9,1 \pm 6,3\%$ до $27,3 \pm 14,1\%$.

Таким образом, микрофлора послеоперационной раны была представлена 18 видами и 9 родами с лидирующим положением стафилококков, в том числе патогенных по мере загрязнения ран. Обнаружение микроорганизмов в ране на послеоперационном этапе позволяет предположить возможные инфекционные осложнения ран и необходимо для их ранней профилактики, способствует принятию мер эффективной химиотерапии. Требуется дальнейшее изучение изолятов в части их патогенности.

*Леви Д.Т., Александрова Н.В., Волокова Р.А.,
Подлипаева И.В., Эльберт Е.В. Рухамина М.Л.*

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРИЙ ПОСЕВНОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ВАКЦИН БЦЖ

г. Москва, Россия

Для приготовления вакцины БЦЖ с 1960 года во всем мире используется принятая по рекомендации ВОЗ система посевного материала, который готовят на длительный срок в виде серии субштамма БЦЖ, лиофильно высушенного и охарактеризованного. За время производства лиофилизированной вакцины БЦЖ в нашей стране использовали 6 серий посевного материала *Mycobacterium bovis* BCG-I (Russia): 352 «ч» 1963 г., 359 «ш» 1966 г., 374 «а» 1971 г., 367 «щ» 1982 г., 361 «ш» 1992 г., 368 «щ» 2006 г. Образцы всех этих серий сохранялись при температуре минус 20 °С, в лаборатории микобактериальных препаратов ГИСК им. Л.А.Тарасевича (ныне ЦЭК ФГБУ «НЦСМП»), что позволило провести их сравнительное исследование. Серии посевных материалов исследовали по всем тестам, предусмотренными международными (ВОЗ, СТД 745, 36, 1988г.) и национальными требованиями. Полученные результаты показали, что качественные и количественные характеристики серий не изменились. Показатели жизнеспособности серий были различными, они соответствовали требованиям, существовавшим на момент их изготовления. При проведении испытаний остаточной вирулентности по приживаемости у мышей, защитного действия у вакцинированных морских свинок, зараженных вирулентным штаммом *M. tuberculosis Erdman* препараты приводили к единому содержанию жизнеспособных клеток в дозе. Полученные результаты показали, что индексы поражения лимфатических узлов и внутренних органов вакцинированных морских свинок были статистически значимо ниже индекса поражения группы невакцинированных животных ($p < 0,05$). При этом уровень индуцированной вакцинацией ГЗТ к туберкулину и степень поражения туберкулезом животных вакцинированных групп находились на одном уровне, статистически значимые различия не выявлены ($p > 0,05$). Образцы трех последних серий (1982, 1986 и 2006 г.) были подвергнуты анализу молекулярно-биологическим методом с использованием амплификации ДНК с 13 праймерами (mPCR), рекомендованным ВОЗ. Результаты показали отсутствие мутаций при исследовании с этими праймерами. Изучение 6 серий посевного материала *M. bovis* BCG-I (Russia), использовавшихся на производствах вакцины БЦЖ в России, показало, что предложенная ВОЗ система, которая используется более 50 лет, позволяет сохранять субштамм БЦЖ в неизменном виде.

Лубская Н.С., Матрос О.И., Гранитов В.М.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НСУ-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА ВИРУСА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

г. Барнаул, Россия

Сочетанная патология гепатобилиарной системы и щитовидной железы является актуальной современной проблемой. Тиреоидные гормоны регулируют уровень базального метаболизма всех клеток, включая гепато-

циты, что отражается на функционировании печени. В свою очередь печень, метаболизируя тиреоидные гормоны, регулирует их системные эндокринные эффекты. Поэтому нарушения функции щитовидной железы могут приводить к изменениям функции печени, а при заболеваниях печени могут возникать отклонения в метаболизме тиреоидных гормонов.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности хронического вирусного гепатита С (ХГС) в зависимости от генотипа вируса на фоне патологии щитовидной железы. Под нашим наблюдением находился 51 больной с ХГС (47,1% мужчин и 52,9% женщины) в возрасте от 27 до 58 лет, средний возраст $39,6 \pm 1,75$ года. Всем больным было проведено исследование сывороточного содержания гормонов ТТГ, Т3, Т4, а также антител к тиреоглобулину (ТГ) и тиреопероксидазе (ТПО), УЗИ щитовидной железы, консультация эндокринолога. Диагноз ХГС установлен на основании общепринятых клинических, эпидемиологических и биохимических данных и подтвержден обнаружением анти-НСV (core, NS 2-5) антител, а также обнаружением РНК вируса гепатита С в сыворотке крови методом ПЦР с определением генотипа вируса. 1b генотип выявлен у 27 (52,9%) больных, 3a у 18 (35%), 2a у 4-х (7,8%), не типизируемый генотип у 2 (1,9%). Из анамнеза указаний на ранее имеющуюся патологию щитовидной железы не было.

Повышение тиреоидных гормонов отмечалось только у пациентов с 1b генотипом, в частности ТТГ до 5,26 мкМЕ/мл, Т3 - до 8,0 нмоль/л, Т4 до 181 нмоль/л. Антител к ТГ и ТПО выявлено не было. У 6 пациентов с 1b генотипом по данным УЗИ имели место диффузно-неоднородные изменения структуры щитовидной железы, с наличием кист у 3 больных, у 2 признаки ДУЗ и АИТ у 2 пациентов. У большинства больных с другими генотипами по данным УЗИ выявлены лишь диффузно-неоднородные изменения структуры щитовидной железы.

В клинической картине больных с 1b генотипом в сравнении с другими генотипами доминировал астено-вегетативный синдром (100%), диспепсический синдром присутствовал у 44,4% больных. Похудание, кожный зуд, боли в области правого подреберья, желтушный синдром и повышение температуры тела в течение 3-х дней преобладали у пациентов с 1b генотипом. При объективном обследовании телеангиоэктазии, пальмарная эритема, асцит, спленомегалия встречались только у больных с 1b генотипом. Увеличение размеров печени (до 2 см) встречалось у пациентов с 1b генотипом в 59,2% и 37,5% с другими генотипами. Средние показатели билирубинемии находились в пределах нормы. Повышение АлАТ до $116,03 \pm 13,21$ Ед/л отмечено у пациентов с 1b генотипом, с другими генотипами до $108,5 \pm 15,33$ Ед/л ($p \leq 0,5$); АсАТ до $88,43 \pm 8,82$ и $77,83 \pm 9,28$ Ед/л соответственно ($p \leq 0,5$). Показатели ГГТ составили $126,27 \pm 49,01$ Ед/л при 1b и $73,70 \pm 14,30$ Ед/л при других генотипах ($p \leq 0,5$). По данным УЗИ органов брюшной полости признаки хронического холецистита и диффузно-неоднородная структура печени выявлялись с одинаковой частотой независимо от генотипа. Гепатомегалия была у 33,3% и 29,0% соответственно, $p \leq 0,5$.

Проведенное исследование свидетельствует о более выраженных клинических, лабораторных и инструментальных изменениях у больных с 1b генотипом на фоне патологии щитовидной железы при сравнении с другими генотипами.

Ляховская Н.В., Дмитриченко Т.И.

СМЕШАННЫЕ СТАФИЛОКОККОВО-РОТАВИРУСНЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

УО «Витебский государственный медицинский университет»

г. Витебск, Беларусь

Несмотря на снижение общей заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) в Республики Беларусь, инфекционные диареи у детей не теряют своей актуальности. В структуре ОКИ у детей лидирующие позиции занимает ротавирусная инфекция (более 50%), около 10% составляют ротавирусно-бактериальные инфекции.

Цель исследования – установить особенности клинического течения смешанной стафилококково-ротавирусной кишечной инфекции у детей раннего возраста. Для достижения поставленных целей был произведен сравнительный анализ клинического течения моно- и смешанной форм ОКИ в 3-х группах детей младшего возраста – 50 детей моно-ротавирусной инфекцией (моно-РВИ), 50 – моно-стафилококковой инфекцией (моно-СИ) и 50 детей с микст-стафилококково-ротавирусной диареей (микст-СРИ). Этиология заболевания устанавливалась на основании обнаружения антигенов ротавируса методом ИФА и РНК вируса методом ПЦР в копрофильtrate больных, выявлением обильного роста *S.aureus* (до 10⁵ колоний) в бактериологических посевах кала и нарастающим титром антител в РА.

Присутствие бактериального компонента в смешанной форме ОКИ в сравнении моно-РВИ обусловило достоверно чаще встречающиеся гастроэнтероколитические формы заболевания ($58,0 \pm 7,0\%$ vs $18,0 \pm 5,5\%$), большую продолжительность диарейного синдрома (в среднем 5,46 vs 4,08 дней, $p < 0,001$). Сравнительный анализ клинического течения микст-СРИ и моно-СИ показал, что присутствие вирусного компонента в смешанных формах ОКИ обуславливает более часто встречающиеся среднетяжелые и тяжелые формы заболевания ($98,0 \pm 2,0\%$ vs $68,0 \pm 6,7\%$, $p < 0,001$), обусловленные, во-первых, более выраженной интоксикацией. Так, при микст-инфекции достоверно чаще ($p < 0,01$) регистрировалась температура выше $38,0^\circ\text{C}$ ($83,3 \pm 5,4\%$ vs $30,9 \pm 7,2\%$), хотя продолжительность лихорадки при обеих формах ОКИ достоверно не отличалась (2,82 дня при микст-СРИ vs 2,62 дня при моно-СИ). Во-вторых, более частым наличием рвоты ($82,0 \pm 5,5\%$ vs $36,0 \pm 6,9\%$), большей ее продолжительностью (в среднем 1,58 дня против 0,54, $p < 0,0001$) и кратностью. Длительность диареи в обеих сравниваемых группах не имела достоверных различий (5,46 дней при микст-СРИ vs 5,54 дня при моно-СИ). Несмотря на то, что большая кратность стула (> 10 раз) чаще встречалась при моно-СИ ($10,2 \pm 4,4\%$ vs $4,0 \pm 2,8\%$), эксикоз развивался быстрее у больных микст-инфекцией, что было обусловлено изменением характера стула и увеличением объема потерь. На это указывает и достоверно более частое повышение мочевины крови в данной группе детей ($34,0 \pm 6,8\%$ vs $8,0 \pm 3,9\%$). В результате инфузионная терапия при микст-СРИ проводилась более длительно (в среднем 2,9 дня против 1,74 при моно-СИ). На более выраженный интоксикационный синдром у детей с микст-СРИ в сравнении с моно-СИ указывали и изменения гемограммы. Так, достоверно чаще в группе

микст-инфекции встречался нейтрофилез ($70,0 \pm 6,6\%$ vs $36,0 \pm 6,9\%$).

Таким образом, микст-стафилококково-ротавирусная инфекция в сравнении с моно-ротавирусной характеризуется более продолжительным течением, развитием диареи инвазивного типа, а по сравнению с моно-стафилококковой – более частой встречаемостью рвоты и увеличением ее продолжительности и кратности, изменением характера и увеличением объема стула, более тяжелым течением за счет выраженности синдрома интоксикации и более быстрого развития эксикоза.

Ляшенко В.А., Ахматова Н.К., Амбросов И.В.,
Комарова Л.В., Матело С.К., Ахматов Э.А.,
Сухно А.С., Хоменков В.Г.*

ИНТРАНАЗАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ГЕРМАНИЙ-ОРГАНИЧЕСКОГО СОЕДИНЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ АДЬЮВАНТА НА ФУНКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ФГУП НИИ вакцин и сывороток

им. И.И. Мечникова РАМН

ООО «ВДС-Фарма»

Москва, Россия

В России, в 2007 году был синтезирован 1-герматронилцитрат (патент № 2293086), который отличается хорошей растворимостью в воде и малым размером молекулы, что позволяет обозначить его как низкомолекулярное германий органическое соединение (НГОС). Была обнаружена способность НГОС усиливать синтез антител у мышей при совместном парентеральном введении с некоторыми антигенами, в том числе – вакцинами против гриппа. Задачей данного эксперимента было исследование способности НГОС усиливать стимулирующее действие холодаадаптированного вируса (гриппозной вакцины) на различные иммунокомпетентные клетки при совместном интраназальном введении препаратов. Первый вариант – исследование экспрессии маркеров различных лимфоцитов, полученных из селезенки и лимфоузлов через 24 часа и 7 суток после введения НГОС совместно с вакциной или – одного из упомянутых препаратов.

Экспрессию оценивали цитофлуорометрическим методом. Основным показателем активации было повышение уровня экспрессии в одной из групп по сравнению с контролем (сравнивали средние в группах из 10 мышей, определяемые программным пакетом WINMDI). Показателем активности НГОС было достоверное повышение уровня экспрессии у мышей, получивших НГОС + вакцина относительно клеток мышей, получивших только вакцину. Через 7 суток после начала опыта такое превышение наблюдалось в 11 вариантах из 14 испытанных: CD3, CD4, CD5, CD8, CD19, Foxp3, NKT, $\gamma\delta\text{T}$, TLR2, TLR4, TLR9. Наиболее выразительно выглядят неравенства: CD3 - $51,8 \pm 5,5 > 17,3 \pm 1,8$; CD4 - $39,7 \pm 4,1 > 13,5 \pm 1,5$; CD19 - $75 \pm 8,4 > 4,6 \pm 0,8$; TLR9 - $44 \pm 5,1 > 14,9 \pm 1,7$. В тех же условиях опыта экспрессия показателя клеток от мышей, получивших только НГОС, была достоверно выше контрольной в 11 вариантах из 14 возможных. Учитывая срок наблюдения (7 суток), следует заключить, что НГОС реально повышает интенсивность иммунного ответа в

целом так же, как и состояние готовности иммунной системы к ответу на вакцину.

Действие препарата НГОС при интраназальном введении проявилось на 7 сутки того же опыта ещё в одном тесте: макрофаги, полученные из брюшины мышей, исходно получивших гриппозную вакцину или её комбинацию с НГОС, испытывали *in vitro* на способность поглощать меченые FITC стафилококки. Фагоцитарный индекс в % вычисляли как среднюю по каждой группе мышей (программный пакет WINMDI). Определение показателей проводилось на проточном цитометре FC-500 фирмы Beckman Coulter. Основной результат исследования – макрофаги от мышей, получивших НГОС или НГОС с вакциной обладали несколько повышенным фагоцитарным индексом (через 24 часа – показатель НГОС – $70 \pm 5,2$, контроль – $57 \pm 3,8$; через 7 суток – показатель НГОС – $72,6 \pm 7$, контроль $60,1 \pm 2,9$). Различия достоверны при $P=0,05$. Учитывая ранее отмеченную активацию лимфоцитов, следует сделать вывод о последующей, обусловленной действием цитокинов, активации макрофагов.

Проведенные наблюдения позволяют предполагать, что НГОС может быть использован в качестве адьюванта при вакцинации тем или иным видом вакцины или – дополнения к одному из традиционно используемых адьювантов, поскольку механизм его действия представляется оригинальным.

Макаренко О.А., Жирков А.В., Луцкий А.А., Жаддын З.М., Сидоренко С.В., Лобзин Ю.В.

ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ЕГО СОЧЕТАНИЯ С НЕКОТОРЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Россия остается в списке 22 стран с высокой заболеваемостью туберкулезом и на третьем по числу лекарственно устойчивых (ЛУ) форм. Лишь в 55% случаев лечение являлось эффективным. В Санкт-Петербурге в 30% первичных случаев диагностируется множественная лекарственная устойчивость, при этом частота монорезистентности к стрептомицину достигает 90%. Иммунный ответ на МБТ определяет развитие патологического процесса, при этом γ -интерферон являющийся посредником межклеточных взаимодействий, играет важную роль в развитии последнего. Целью исследования является изучение специфической реактивности лимфоцитов периферической крови у пациентов с легочными формами туберкулеза в контексте лекарственной устойчивости.

56 пациентов с первичным, активным туберкулезом легких, подтвержденным на основании клинического, рентгенологического и лабораторного обследования, получающих специфическую терапию не более 7 дней, были включены в исследование после подписания добровольного информированного согласия. У 100% наблюдались специфические изменения на рентгенограмме, у 17,3% легочный туберкулез сочетался с внелегочным. У 59,6% выделены МБТ из мокроты из них у 51,6% имела место ЛУ к одному из препаратов, у 37% резистентность более чем к одному препарату (МЛУ). Для определения специфической иммунореактивности лимфоцитов,

периферическая кровь инкубировалась с различными белками МБТ (Ag85, ESAT-6, Rv0447c, Rv2957, Rv2958c) в течение 7 дней при 370С в 5% CO₂ атмосфере. Затем концентрация γ -интерферона в супернатанте определялась методом ИФА.

Анализ частоты МЛУ показал, что она выше в группе пациентов с одним и более фактором риска МЛУ – контакт с больным МЛУ ТБ, рецидив после успешного курса терапии, история пребывания в МЛС, ВИЧ, низкий комплайнс (42% против 25% у пациентов без факторов риска), в два раза чаще МЛУ регистрировалась у пациентов с внелегочными очагами (60% против 32%) и рецидивом (67% против 29%), при этом реже у пациентов с двусторонним процессом в легких (31% и 46%) и выявлением МБТ методом микроскопии (31% против 50%).

Продукция γ -интерферона в ответ на стимуляцию белком Rv2957 была достоверно ниже ($257,2 \pm 100$ пг/мл и $61,1 \pm 19$ пг/мл; $p < 0,05$) у пациентов с БК (+), сходная тенденция наблюдалась в ответ на ESAT-6 и Rv0447c, однако статистическая достоверность была недостаточная в связи с небольшим объемом выборки. Ответ на белок ESAT-6 был достоверно ниже у пациентов с факторами риска ($66,62 \pm 29,9$ пг/мл и $14,31 \pm 8,1$ пг/мл; $p < 0,05$). Тенденция к снижению специфической иммунореактивности ко всем тестируемым белкам наблюдалась у пациентов с ЛУ/МЛУ ТБ. Однако различия также были недостоверны в связи с малым объемом выборки.

Полученные результаты позволяют заключить, что факторы риска, ассоциированные с развитием МЛУ, также ассоциированы со снижением специфической иммунореактивности к белкам МБТ, а МЛУ имеет место на фоне сниженного специфического иммунного ответа, что позволяет сделать предположение о значимой роли иммунодефицита в развитии феномена ЛУ. Требуется дальнейшие исследования с большим объемом выборки для раскрытия механизмов развития недостаточности иммунного ответа при туберкулезе.

Максимова Г.С., Амিরеев С.А., Куклиновский И.И., Курамысова Р.Т., Сейитбай Г.Н., Инкарбекова А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИСТЕРИОЗА В АЛМАТЫ

г. Алматы, Республика Казахстан

В настоящее время интерес к проблеме листериоза возрастает в связи с участвовавшими случаями этой инфекции, среди жителей крупных мегаполисов, каковым является г. Алматы.

За период 2003-2010 гг. в г. Алматы ежегодно регистрировалось от 22 до 211 случаев листериоза, всего зарегистрировано 775 случаев, в том числе детей до 15 лет – 588. Удельный вес взрослых среди заболевших составил 24,2%, детей до 15 лет – 75,8 %, т.е. заболеваемость детей в 3 раза выше, чем взрослых. Наибольшая заболеваемость среди взрослых и детей зарегистрирована в 2004 году, показатель на 100 тысяч населения составил 17,6 и 60,5 соответственно, т.е. показатель заболеваемости детей в 2-4 раза превышал аналогичный показатель взрослых. Анализ многолетней динамики заболеваемости показал ее снижение, как у взрослых, так и детей. Случаи листериоза учитывались при серологическом и бактериологическом подтверждении. Бактериологически обследовано 3450 боль-

ных, у 186 (5,39%) выделена культура *L. monocytogenes*. Серологически (РПГА) обследовано 16463 больных, у 304 (1,84%) титр антител составил 1:100. Среди 13645 беременных женщин выявлено 104 (0,76%) положительно реагирующих на листериоз. При обследовании 555 подозрительных больных и умерших у 13 умерших детей (2,3%) была выделена культура *L. monocytogenes*. При серологическом исследовании титр антител умерших составил 1:200-1:3200. Работа по ограничению численности грызунов в Алматы осуществлялась на фоне исходной суммарной численности крыс и мышей в среднем 6,9% попадаемости в ловушки. В структуре инфицированности крыс и мышей зарегистрировано 6 зоонозов: листериоз 24,5%, иерсиниоз 3,9%, лептоспироз 1,6%, сальмонеллез 3,5%, токсоплазмоз 1,6% и пастереллез 4,9%. Средний показатель зараженности грызунов составил 5,4%, с положительными антителами – 20,4%. Родентцидная эффективность составила 89,6%. Сплошная дератизация, проведенная в этот период привела к уменьшению численности грызунов и способствовала снижению заболеваемости людей вышеуказанными зоонозами, включая и листериоз.

Также в этот период проведены исследования продуктов питания, взятых с объектов общественного питания. Результаты бактериологического исследования указывают на инфицированность культурой *L. monocytogenes*. При обследовании 5719 проб продуктов питания, выделено 7 (0,12%) культур, из них 2 обнаружены в салате из овощей (28,6%), а 5 из остальных продуктов (картофель, морковь, свежий помидор, мясо, брынза). Исследования 4874 проб объектов внешней среды и 77 грызунов не дали положительных результатов. В эти же годы проводилось лабораторное исследование продуктов питания и внешней среды, взятых с очагов листериоза. Результаты лабораторных анализов показали, что чаще всего фактором заражения являлся картофель (45,5%), затем репчатый лук (18,1%), а свекла, свежие огурцы, мясо и творог представляли меньшую значимость как факторы передачи листериоза (36,4%). Исследования внешней среды не дали положительных результатов.

С целью повышения специфичности и чувствительности системы эпидемиологического надзора нами разработано стандартное определение случая листериоза. Его применение обеспечило единообразие и простоту реализации в практической работе. При этом достигается воспроизводимость и достоверность диагностики листериоза, как неотъемлемая часть доказательной медицины, также отмечается стабильность системы регистрации листериоза.

Малеев В.В., Селькова Е.П.

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЕ
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА
И ДРУГИХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ
ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

*ФГУН ЦНИИЭ, ФГУН НИИ эпидемиологии
и микробиологии им. Г.Н. Габричевского
г. Москва, Россия*

Острые респираторные вирусные инфекции занимают ведущее место в ежегодно регистрируемой заболеваемо-

сти населения, при этом грипп является основной причиной сезонных эпидемических вспышек, которые за последние 100 лет уже четыре раза приобретали характер пандемий. В настоящее время основой терапии гриппа и других ОРВИ является применение современных противовирусных препаратов, с доказанной эффективностью и безопасностью. В сезоне 2010/11 гг. проведено методом ретроспективного анализа специальное фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ. Одной из целей работы являлась оценка эффективности проводимой при данных заболеваниях противовирусной терапии. По итогам анализа 1448 историй болезни пациентов, госпитализированных с гриппом и другими ОРВИ в 26 городах Российской Федерации установлено, что этиотропная противовирусная терапия была назначена в 80% случаев. При этом наиболее часто назначаемым (60% всех пациентов) противовирусным препаратом был Арбидол. Показано, что при назначении Арбидола в первые 48 часов с момента проявления первых симптомов длительность течения гриппа (в том числе, вызванного А(Н1N1)рdм09) и других ОРВИ снижается на 2-3 суток, укорачивается продолжительность основных симптомов, отмечается резкое снижение частоты развития осложненного течения. Такие результаты были вполне ожидаемыми, поскольку эффективность Арбидола изучена методами доказательной медицины и известна врачам. Кроме того, за последние годы резко возрос интерес к препарату и за рубежом, – были выполнены и опубликованы результаты нескольких крупных международных работ по изучению противовирусной активности и механизма действия данного препарата.

Также исследование позволило выделить основные факторы риска тяжелого и осложненного течения ОРВИ - возраст более 50 лет, ожирение, хронические заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

В терапии пациентов групп, относящихся к группам риска повышенной заболеваемости, необходимо придерживаться назначения эффективных и проверенных препаратов. Показана, что ранняя госпитализация таких пациентов является одним из наиболее значимых факторов, обеспечивающих успех проводимой терапии.

Среди групп пациентов повышенного риска тяжелого течения ОРВИ важным компонентом предупреждения осложнений является проведение профилактических мер. Создать эффективную вакцину, охватывающую широкий спектр возбудителей ОРВИ, невозможно, поэтому в этом случае для профилактики с успехом могут быть применены химиопрепараты.

Среди российских препаратов доказано высоким профилактическим эффектом обладают препараты Арбидол® и Амиксин®. Как показали исследования, благодаря широкому спектру прямой противовирусной активности и иммуномодулирующему эффекту Арбидол, по сравнению с плацебо, до 4,4 раз у детей и до 3 раз у взрослых снижает заболеваемость респираторными вирусными инфекциями при сезонной профилактике в период эпидемии ОРВИ и до 7 раз при постконтактной (экстренной) профилактике. Препарат Амиксин обладает противовирусной и иммуномодулирующей активностью и, в отличие от большинства других иммуномодуляторов, способен индуцировать выработку собственных интерферонов всех трех основных классов (α , β , γ). По данным исследований более чем на 39 000 пациентов,

профилактический курс Амиксина снижает риск заболеваемости ОРВИ и гриппом в 3-4 раза. Как показано в исследованиях, универсальный механизм противовирусного действия Амиксина обуславливает его эффективность в лечении и профилактике всех ОРВИ, независимо от их этиологии. Подтверждена безопасность, лечебная и профилактическая эффективность Амиксина, как у взрослых, так и в педиатрической практике. У детей с ОРВИ Амиксин значительно сокращает сроки выздоровления, как при неосложненных, так и при осложненных формах заболевания. Применение Амиксина при ОРВИ у детей с аллергической патологией достоверно снижает риск обострения основного заболевания.

Малинникова Е.Ю., Зайцев О.В., Пономаренко Т.А., Коптюг В.Г., Землянский О.А., Михайлов М.И.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е

*ФГБУ Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН
НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»
г. Москва, г. Белгород, Россия*

Возросший интерес к гепатиту Е (ГЕ) связан с высокой частотой его распространения. По данным ВОЗ, около одной трети населения мира инфицировано вирусом ГЕ (ВГЕ). Внедрение современных диагностических методов выявления маркеров (IgM и IgG анти-ВГЕ; РНК ВГЕ) позволили описать автохтонные случаи ГЕ в Европе, Японии и Северной Америке. В России также накопился достаточный объем знаний, который определяет новый взгляд на эту проблему.

Вирус гепатита Е принадлежит к роду *Неревирус*, семейства *Неревириды* и является этиологическим агентом острого и хронического гепатита. Он имеет фекально-оральный механизм передачи, который реализуется в основном водным и пищевым путем. Обнаружено 4 генотипа ВГЕ и выявлены географические различия в их циркуляции.

Наиболее характерная и часто наблюдаемая клиническая картина ГЕ является типичной для острого гепатита. Это заболевание по своим клиническим и биохимическим проявлениям неотличимо от вызванных другими гепатотропными вирусами, такими как вирус гепатита А (ГА). В тоже время целенаправленное сравнительное изучение ГЕ и ГА, регистрируемых в России, позволило выявить некоторые особенности ГЕ: более выраженные диспептические симптомы и длительную билирубинемия (Малинникова Е.Ю. с соавт., 2011).

Как правило, ГЕ завершается выздоровлением. Вместе с тем, мы регистрировали несколько случаев фульминантной формы ГЕ, с летальным исходом, которые встречаются у больных с наличием факторов риска развития иммунодефицитных состояний. Отличительной клинико-эпидемиологической характеристикой ГЕ является высокая летальность женщин в третьем триместре беременности.

Описаны случаи с внепеченочными проявлениями ГЕ: аутоиммунными, гематологическими, неврологическими, а также острым панкреатитом. Нами наблюдались пациенты с ОГЕ с наличием неврологических симптомов, та-

ких как радикулопатия, энцефалопатия. У больных с ГЕ регистрировали обострение хронического панкреатита.

Сегодня можно считать доказанным развитие хронического ГЕ с длительной персистенцией РНК ВГЕ. В мире ХГЕ зарегистрирован у пациентов с трансплантацией печени, почек, поджелудочной железы, сердца; у пациентов с острым лимфобластным лейкозом после аллогенной трансплантации стволовых клеток, у ВИЧ-инфицированных. Вероятнее всего, развитие ХГЕ бывает крайне редко. Так, при проведении поиска случаев ХГЕ на территории России, нам пока не удалось обнаружить таких пациентов.

Таким образом, факторы, влияющие на тяжесть клинических проявлений ГЕ могут значительно варьировать. Это следует учитывать при диагностике и лечении этого заболевания.

Малинникова Е.Ю., Потемкин И.А., Зайцев О.В., Лисицина Е.В., Михайлов М.И.

ДОЛЯ ГЕПАТИТА Е НА НЕЭНДЕМИЧНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ РОССИИ

*ФГБУ Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН
г. Москва, Россия*

Открытие вируса гепатита Е (ВГЕ) (М.С. Балаян с соавт., 1980 г.) и разработка тестов для этиологической расшифровки вирусных гепатитов, позволило установить распространение этой инфекции в России. В общей структуре острых вирусных гепатитов ГЕ составлял менее 0,1%. Зафиксированные случаи острого ГЕ, как правило, были привозными из эндемичных по ГЕ регионов.

Цель настоящей работы - обобщить данные о ГЕ среди различных групп населения России.

Исследования, проведенные нашим институтом в некоторых регионах России (Свердловская, Московская и Владимирская области, г. Ростов-на-Дону, Республики Якутия и Тыва, Хабаровский край) в различных возрастных группах (по 1000 и более человек в каждом регионе), выявили наличие антител к ВГЕ от 2,5% до 7,5%. Этот показатель при отсутствии регистрируемой заболеваемости ГЕ, свидетельствует о скрытой и интенсивной циркуляции вируса на территории России.

Эпидемиологический процесс ГЕ характеризуется наличием спорадической и вспышечной заболеваемостью. В России, так же как и в Европейских странах, увеличилось количество острых автохтонных (местных) случаев ГЕ. В 2009 году в городе Коврове Владимирской области зарегистрирована групповая заболеваемость (вспышка) гепатитом Е. Диагностировано 14 случаев острого гепатита Е, подтвержденного обнаружением IgG и IgM анти-ВГЕ, РНК ВГЕ. Установлено, что этиологическим агентом этого заболевания является ВГЕ 3 генотипа. Спектр клинических проявлений колеблется от легких до тяжелых фульминантных форм этой инфекции. При мониторинге за этими лицами в течение 2-х лет, установлено сохранение антител ВГЕ класса IgG у всех переболевших, а в некоторых случаях и антител класса IgM. Случаев развития хронического ГЕ не установлено.

Интерес к проблеме ГЕ значительно возрос и в связи с увеличением числа гепатитов с неустановленной этиологией. При обследовании пациентов (г. Владимир 2005-

2009 г.), с первичными диагнозами вирусный гепатит неустановленной этиологии, выявили наличие антител к ВГЕ класса IgM и IgG у 48 пациентов, с хроническим гепатитом – у 63, а циррозом – у 11 человек. У половины из них (47,5%) обнаружены изолированные антитела класса IgM. Важен факт значительного количества случаев выявленных антител к ВГЕ, у лиц с хроническими заболеваниями печени (60% от общего числа положительных результатов). Причем, 68 человек в возрасте старше 50 лет.

Обследование пациентов соматических отделений г. Коврова с различной патологией билиарной системы. Из 179 обследованных из отделения гемодиализа, гастроэнтерологического, онкологического отделений, у 23,5% пациентов (в возрасте от 34 до 74 лет) выявлены антитела к вирусу гепатита E. Этот высокий показатель выявления антител к ВГЕ в РФ, как упоминалось выше, свидетельствует о скрытой и интенсивной циркуляции вируса на территории России, что вызывает особый интерес к изучению спорадической заболеваемости ГЕ, в частности, к изучению его клинических аспектов.

Необходимо отметить, что чаще всего гепатит E выявляется случайно, больные поступают не только в инфекционные отделения, но и в соматические, где могут у них диагностировать другие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Мамытова М.М., Тойчиев И.Т., Жолдошев С.Т., Мурзакулова А.Б.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРЮШНОГО ТИФА В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСТАНА

*Ошский государственный университет
Ошская межобластная клиническая больница
г. Ош, Кыргызстан*

Цель работы изучение особенностей клинического течения брюшного тифа.

Материалы и методы. Анализ клинических проявлений брюшного тифа был проведен на основании наблюдения за 127 больными с данной нозологией в возрасте от 15 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в период с 2000 по 2011 гг. в южных регионах Кыргызстана. Диагноз брюшного тифа им был выставлен на основании характерных клинико-эпидемиологических данных, бактериологического, серологического подтверждения и урино-копроккультуры.

Результаты и обсуждение. Нами проанализировано 127 больных, культура *S. typhi* выделена из крови у 92 (72,4%), в тоже время реакция Видаля оказалась положительной у 11 (8,6%). Анализ демографических показателей свидетельствует о том, что наиболее часто брюшным тифом, вне зависимости от эпидемиологической ситуации, болеют люди активного молодого возраста от 16 до 30 лет 55 (43,3%), дети от 8 до 15 лет 13 (10,2%) и лица зрелого возраста от 31 до 60 лет 32 (25,1%). Данные возрастные группы, в силу более активного образа жизни, больше подвержены риску инфицирования. Тяжелое течение брюшного тифа выявлено у 52 (23,9%), средней тяжести – у 57 (44,8%), легкое – у 18 (1,4%). Как свидетельствуют наши данные, острое начало болезни встречалось в 57,4 % случаев. Сроки госпитализации, на 3-й день от начала болезни у 2 (1,5%) больных, на 4-5 день – 11

(8,6%), 6-8 день – 23 (18,1%), на 9-10 день – 49 (38,5%), на 11-12 день – 27 (13,3%), и на 13-14 день и более 15 (11,8%). Среди больных преобладают лица мужского пола: дети старшего возраста (12,3% мужчин против 6,5% женщин) и в группе от 31 до 60 лет (соответственно 13,9% против 3,3%). Наблюдается и расхождение диагноза направившего лечебного учреждения, 37 больных (29,1%) поступили в стационар с различными диагнозами ОРЗ 12 (32,4), бруцеллез у 17 (45,9%), дизентерия у 3 (8,1%), вирусный гепатит у 5 (13,5%). Как показал анализ наших данных, отмечается лишь общая тенденция к преобладанию среднетяжелых и тяжелых форм брюшного тифа, являющихся отражением тенденции к более тяжелому течению брюшного тифа на современном этапе. Анализ показывает, что частота осложнений при брюшном тифе в целом не зависит от характера эпидемиологического процесса, хотя и складывается впечатление, что при эпидемической заболеваемости специфические осложнения в виде перфорации тифозных язв встречаются чаще. Однако, если учесть, что все эти случаи произошли в амбулаторных условиях и больные непосредственно поступали сразу в хирургический стационар, где и был диагностирован брюшной тиф, то следует предположить, что перфорация произошла на фоне стертого течения заболевания.

Таким образом, брюшной тиф претерпевает значительную эволюцию в сторону преобладания среднетяжелых форм болезни.

Манапова Э.Р., Фазылов В.Х., Гольц М.Л.

РАННИЙ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ И ОТСУТСТВИЕ HCV-РНК В ПЦР НА 12 НЕДЕЛЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С КАК ПРЕДИКТОРЫ СТОЙКОГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХГС

*Казанский государственный медицинский университет
РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ
г. Казань, Россия*

Цель исследования: оценка прогностического значения РВО в соотношении с ответом на 12 неделе наблюдения после ПВТ различными формами интерферона альфа и рибавирином, как предиктора получения стойкого вирусологического ответа и отсутствия рецидивов у моно- и коинфицированных ХГС/ВИЧ пациентов.

Материалы и методы: в исследование было включено 208 пациентов с ХГС (48% мужчин и 52% женщин), ранее не получавших анти-HCV и антиретровирусную терапию, со сроком инфицирования HCV до 10 лет, ВИЧ – $6,71 \pm 0,41$ лет. Пациенты были разделены на 4 группы: первая (n=81) и вторая (n=77) – HCV-моноинфицированные, третья (n=40) и четвертая (n=10) – коинфицированные ХГС/ВИЧ. Больные первой и третьей группы получали ПегИФН- α 2а (Пегасис 180 мкг/нед.) и рибавирин (доза определялась в зависимости от генотипа HCV), второй и четвертой – «короткоживущие» ИФН- α (реаферон, интерал) индукционным методом в сочетании с рибавирином (800-1200 мг/сут в зависимости от массы тела). Индукционная доза ИФН- α (5 млн. МЕ/сут) использовалась ежедневно в первые 2-3 месяца ПВТ, затем, в зависимости от побочных реакций, снижалась до 3 млн. МЕ/сут. Группы были соп-

ставимы по возрасту, ИМТ, длительности инфицирования HCV-инфекцией, уровням воспалительной активности.

У HCV-моноинфицированных вирусная нагрузка (ВН) до лечения была низкой (в ПЦР РНК-HCV <400000 МЕ/мл) – у 56% и 51%, высокой (>400000 МЕ/мл) – у 44% и 49% больных, соответственно в сравниваемых группах. Исходные показатели активности HCV-инфекции у коинфицированных определялись: высокой ВН у 68% и 30%, низкой у – 32% и 70%, соответственно в 3 и 4 группах; пациенты находились в III ст. – 66% и IVA – 34%; с низкой ВН ВИЧ-РНК в ПЦР и показателем CD4+лимфоцитов $0,642 \pm 0,03/\text{мкл}$ ($28,0 \pm 1,23\%$).

Результаты: СВО у моноинфицированных получен в 1-й группе у 88% (n=71), во 2-й – у 83% (n=53) пациентов. Эффективность лечения у пациентов 3 и 4 группы определялась достижением СВО у 71% (n=28) и 100% (n=10). У 42, 33, 30 и 10 пациентов, соответственно в 1-4 группах были определены HCV-РНК в ПЦР на сроках РВО, ВО на 48 нед., 12 нед./ наб., СВО. При оценке ответа на ПВТ HCV-инфекции достижение СВО выявлялось в группе моноинфицированных у 79% и 82%, соответственно и у 93% и 100% коинфицированных - при получении РВО, ВО (48 нед. ПВТ) и ВО (12 нед./наб. Наилучшие результаты были получены у коинфицированных при индукционном способе ПВТ, но у пациентов этой группы были все предикторы получения СВО, в том числе высокая приверженность к лечению. При наблюдении в течение $6,5 \pm 0,11$ лет больных, получивших короткоживущие ИФН- α в и $2,5 \pm 0,11$ года-ПегИФН- $\alpha 2a$, ни один из этих пациентов не дал рецидив в отдаленном периоде.

Таким образом, достижение РВО и ВО на 12 нед./наб. являются предикторами СВО у пациентов с моно- и коинфекцией ВИЧ при лечении ХГС различными формами ИФН- α и рибавирином, и что возможно позволит прогнозировать отсутствие рецидивов в отдаленные сроки наблюдения.

Махамбетов К.О., Тимченко И.В.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ НАСЕЛЕНИЯ

г. Астана, Республика Казахстан

Хронические формы HBV- и HCV- инфекции на сегодняшний день ассоциированы с их повсеместной распространенностью, а также возможностью развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, что, безусловно, предопределяет высокую частоту инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Имеющийся анализ официальной статистической информации позволяет объективно судить о демографических и экономических аспектах проблемы хронизации вирусных гепатитов и помогает определить стратегию и тактику борьбы с их последствиями.

Цель исследования – изучить возрастную структуру заболеваемости и соотношение клинических форм хронических гепатитов у лиц, состоящих на учете в консультативно-диагностическом кабинете городской инфекционной больницы.

Всего на диспансерном учете в консультативно-диагностическом кабинете городской инфекционной больницы состояло 3113 больных. Общее число стра-

дающих хроническими гепатитами В, С, D, а также микст-гепатитами (ХВГВ, ХВГВ + ХВГД, ХВГС, ХВГВ + ХВГС), составило 2477, из них детей – 153, взрослых – 2324. В структуре хронических вирусных гепатитов за 5 лет отмечался неуклонный рост ХВГС. До 2009 года отчетливо преобладали случаи ХВГВ, включая дельта-агент. Так в 2006 году под наблюдением находились 661 пациент ХВГВ и ХВГВ + ХВГД, что составило 48,2% от общего количества диспансерных больных гепатитами. В то же время больных ХВГС было лишь 550, что составило 40,1% от общего количества диспансерных больных. Уровень микст-гепатитов (ХВГВ + ХВГС) на протяжении всего указанного периода занимал в процентном отношении относительно небольшую часть с тенденцией к снижению показателя. В структуре заболеваемости вирусными гепатитами среди взрослых четко прослеживаются следующие тенденции: преобладание ХВГС среди всех форм вирусных гепатитов, отсутствие роста микст-гепатитов, а также преобладание ХВГВ над ХВГВ с дельта-агентом с постоянным снижением уровня последнего.

Структура заболеваемости вирусными гепатитами среди детского населения имеет свои особенности. За период 2006-2010 годов отмечается общий незначительный рост заболеваемости вирусными гепатитами: от 109 детей в 2006 году до 153 в 2010 году. Однако рост заболеваемости вирусными гепатитами среди взрослого населения происходил более высокими темпами, вследствие чего процент соотношения больных детей к общему числу больных постепенно снижался: от 7,7% в 2006 году до 6,1% в 2010 году. У детей преобладал ХВГВ среди всех форм хронических гепатитов. По поводу ХВГС на «Д» учете состояло только 37 детей, что составило 34,9% от общего количества диспансерных детей с хроническими вирусными гепатитами. Обращает на себя внимание практически полное отсутствие ХВГВ с дельта-агентом и микст-гепатитов.

Таким образом, выявлены следующие особенности структуры заболеваемости вирусными гепатитами среди детей: стабильное преобладание HBV-инфекции, очень низкий уровень ХВГВ с дельта-агентом и отсутствие за последние 5 лет микст-гепатитов. В целом результаты анализа заболеваемости вирусными гепатитами свидетельствуют о преобладании среди больных взрослых с высоким уровнем носительства HBV и HCV, а также хронической HCV-инфекции.

Мескина Е.Р.

СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ УГЛЕВОДОВ ПРИ ВИРУСНОЙ ДИАРЕЕ

г. Москва, Россия

Известно, что при ротавирусной инфекции диарейный синдром развивается с участием секреторного и осмотического механизмов. Последние научные данные свидетельствуют о том, что патоморфологические изменения кишечного эпителия при вирусной инфекции являются умеренными и непродолжительными. Причины длительности водянистого стула более 3-4 дней и колебаний общего содержания углеводов в фекалиях от нормального до высокого уровня при вирусной диарее были проанализированы.

Под наблюдением находилось 135 детей от 1 месяца до 9 лет, госпитализированных в инфекционный стационар с водянистой диареей. У всех пациентов подтверждена вирусная (93% - ротавирусная) этиология кишечной инфекции, все дети обследованы с методом газожидкостной хроматографии с определением спектра короткоцепочечных жирных кислот (КЖК), качественно-количественного состава микрофлоры (бактериологическим методом) и общего содержания углеводов в фекалиях. Проведено сравнение клинко-лабораторных данных в подгруппах, разделенных в зависимости от содержания углеводов в фекалиях (норма; 0,3-0,4%; 0,5-0,9% и $\geq 1\%$).

Установлено, что синдром мальабсорбции углеводов играет значимую роль в развитии симптомокомплекса вирусной диареи. При высоком содержании углеводов в фекалиях ($\geq 1\%$) продолжительность диареи была более длительной ($3,9 \pm 0,1$; $4,7 \pm 0,2$; $5,0 \pm 0,3$ и $6,6 \pm 0,3$ дня в сравниваемых группах соответственно, $p < 0,05$), но меньшей была средняя концентрация ротавирусных антигенов в фекалиях ($2,8 \pm 0,08$; $2,4 \pm 0,09$; $2,4 \pm 0,10$ и $2,2 \pm 0,07$ Ig/g, $p < 0,05$). В подгруппе детей с нормальным содержанием углеводов в фекалиях редко регистрировались ОРЗ и кишечные инфекции, перенесенные в течение 2 месяцев до госпитализации (12, 26, 96 67% соответственно, $p < 0,001$), а также кишечные дисфункции в анамнезе (35, 78, 90 и 58%, $p = 0,015$).

Была обнаружена обратная линейная корреляция дефицита состояния микробиоценоза и содержания углеводов в фекалиях. С более высоким содержанием углеводов в фекалиях ассоциировались более низкие концентрации КЖК, в том числе уксусной, пропионовой и изомасляной кислот ($R = -0,34/-0,35$, $p < 0,05-0,01$). У детей с нормальным содержанием углеводов в фекалиях отмечены признаки гиперактивации анаэробной микрофлоры с высоким содержанием КЖК (медиана 200-350% от нормы, с максимумом 850%), а у детей с уровнем углеводов $\geq 1\%$ отмечены признаки дефицита функциональной активности микрофлоры и преобладание строгих анаэробов с протеолитической ферментацией (медиана анаэробного индекса составила 100, 98, 148 и 185% от нормы, $p < 0,05$).

У детей, болевших незадолго до госпитализации, обнаружен дефицит типичных лактозопозитивных эшерихий, а у детей с кишечными дисфункциями в анамнезе и атопическим дерматитом – бифидобактерий и лактобацилл.

Таким образом, выявлено, что преморбидное состояние микрофлоры играет значимую патогенетическую роль, обуславливая выраженность синдрома мальабсорбции углеводов и осмотической диареи. Осмотическая диарея в условиях кратковременной недостаточности дисахаридаз и ускоренного кишечного транзита при вирусной кишечной инфекции развивается при функциональной недостаточности сахаролитического типа бактериальной ферментации в кишечнике.

Мирзажанова Д.Б., Гулямов Н.Г.

АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИСХОДОВ БРЮШНОГО ТИФА И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРЮШНОТИФОЗНОМ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВЕ

г. Ташкент, Узбекистан

В преобладающем большинстве спорадических случаев и эпидемических вспышек брюшного тифа источ-

ником инфекции служат хронические носители *S. typhi*. При хроническом брюшнотифозном бактерионосительстве (ХБТБ) антибактериальная терапия проявляет недостаточный или временный эффект. Высокая социальная и эпидемиологическая значимость ХБТБ настоятельно требует изучения причин и иммунологических механизмов его формирования. Устранение причин и направленное воздействие на иммунологические механизмы формирования ХБТБ - есть научно обоснованное и наиболее реальное решение проблемы предупреждения формирования и лечения этого явления. Определяющим фактором неполноценного запуска иммунологических механизмов и формирования ХБТБ является недостаточная реактивность фагоцитарного звена организма в ответ на воздействие антигена *S. typhi*. Следовательно, выявление особенностей динамики активности нейтрофилов (НФ) крови больных в процессе формирования различных исходов брюшного тифа и при ХБТБ будет иметь значение для разработки методов направленного воздействия на систему иммунитета и предупреждения формирования и лечения ХБТБ.

Активность НФ у 70 больных изучали в НСТ-тесте в динамике брюшного тифа (БТ) с различными исходами – выздоровление и формирование бактерионосительства. Все больные были мужского пола в возрасте 18-22 года. В качестве контрольной группы были обследованы 22 здоровых лица того же пола и возраста. Исходом БТ у 54 больных было выздоровление, у 16 больных – формирование реконвалесцентного бактерионосительства. Активность нейтрофилов была изучена также у 13 лиц с ХБТБ.

Результаты и обсуждение. При БТ с исходом в выздоровление изменения показателей НСТ-теста обладали периодичностью, направленностью и степенью выраженности изменений имели закономерную зависимость от периодов клинического течения заболевания. В период разгара клинических проявлений БТ показатели НСТ-теста повышались в 3,90 раза относительно показателей здоровых лиц. К периоду ранней реконвалесценции БТ динамика НСТ-теста характеризовалась снижением в 3,34 раза относительно периода разгара. В период поздней реконвалесценции в динамике НСТ-теста отмечалось дальнейшее снижение показателей до нормальных величин.

При БТ с исходом в формирование реконвалесцентного бактерионосительства динамика показателей НСТ-теста имела особенности. В период разгара клинических проявлений БТ отмечено повышение показателя НСТ-теста в 1,77 раза относительно здоровых. В период ранней реконвалесценции показатели НСТ-теста повысились в 1,42 раза относительно периода разгара и наивысшая активность НФ отмечалась в период поздней реконвалесценции БТ – показатели НСТ-теста в 2,87 раза превышали таковые у здоровых лиц. У ХБТБ показатели активности НФ в НСТ-тесте были в 1,19 раза меньше чем у здоровых лиц.

Итак, при БТ с исходом выздоровление, динамика показателей НСТ-теста свидетельствовала о максимальном повышении активности НФ крови в период разгара клинических и последующем снижении в периоды реконвалесценции БТ. У больных БТ с исходом в формирование бактерионосительства динамика активности НФ характеризовалась слабым повышением показателей НСТ-теста в период разгара и последующим стойким повышением в периоды ранней и поздней реконвалесценции. У ХБТБ активность НФ в НСТ-тесте была меньше, чем у здоровых лиц.

*Мурина Е.А., Осипова З.А., Голева О.В.,
Мукомолова А.Л.*

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ

г. Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на исчерпывающие доказательства этиологической роли респираторных вирусов в возникновении острых респираторных заболеваний (ОРЗ), вопрос о герпетических вирусах, являющихся причиной сочетанных инфекций или дающих сходную с ОРЗ картину заболевания остается нерешенным. В связи с этим предложена оптимизация лабораторной диагностики, включающая не только применение нескольких лабораторных методов, но и дополнительное обследование биологического материала от больных с острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ) на дифференциацию ряда герпес-вирусов по выявлению специфических антител и антигенов с использованием методов ИФА и ПЦР.

В общей структуре ОРВИ количество серонегативных больных в разные годы составляло от 13,5% до 21,1%. Дополнительная диагностика, направленная на обнаружение вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ), с использованием методов ИФА и ПЦР у 60 % от серонегативных, обследованных на ОРВИ пациентов, в крови выявила антитела к ВЭБ. Обнаруженная тенденция к синтезу антител (АТ) к ВЭБ у детей на фоне отсутствия АТ к ОРВИ, показала, что они переносили инфекционный мононуклеоз как моно-инфекцию. В 22,7% случаев в крови тестировались антитела IgM класса и обнаруживались ДНК вируса, что указывало на острую форму заболевания и в 31,8% случаев тестировались антитела IgG класса, то есть наблюдался период ранней реконвалесценции. При смешанной инфекции ВЭБ + ОРВИ острое течение ВЭБ диагностировалось реже (13,6%), а выявлялись антитела IgG класса, что давало основание предполагать о наложении ОРВИ на основное заболевание.

У 40% больных, поступающих с клиникой ОРЗ, где не удалось дополнительно к серологическим методам по определению вирусов ОРЗ, выявить ни антитела, ни антигены к ВЭБ проводилось обследование на цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВИ) с применением метода ИФА и ПЦР для обнаружения этиологического возбудителя заболевания. В 15% случаев в крови у данных детей обнаруживались антитела к ЦМВ классов Ig M и IgG с равной долей выявления (16,7%), на фоне отсутствия антител к ОРВИ, что указывало на наличие моно-инфекции, протекающей как первичной или, находящейся в фазе обострения хронической формы. В 45% случаев ЦМВИ протекала совместно с ОРВИ, причем в большинстве случаев (55,6%) с преобладанием антител IgG класса к этому герпес-вирусу. Вероятно, это было связано с реактивацией возбудителя ЦМВИ, первичное заражение которым произошло либо внутриутробно, либо достаточно давно.

Обнаружение ДНК вируса простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типа носило единичный характер. Установлено, что в крови и ликворе больных циркулировали антитела к этой инфекции, относящиеся к классу IgG (75%) и в меньшей степени к классу IgM (12,5%). Установление фаз инфекционного процесса по соотношению подклассов специфических антител показало, что IgG1-2 выявлялись в 25,0%, IgG3 – 12,5% а IgG4 – 62,5%. Низкие концентрации IgM

антител в крови объяснялись либо ослабленным иммунным ответом, либо тем, что ВПГ 1 и 2 типа были рецидивирующими, а выявление антител подклассов IgG1-2, и IgG4 свидетельствовало об активации хронического процесса.

Таким образом, оптимизация методов диагностики с введением нескольких лабораторных методов и дополнительное обследование биологического материала от больных с ОРВИ на дифференциацию ряда герпес-вирусов позволило обеспечить эффективность выявления инфекционного агента, дифференцировать её стадии и контролировать врачу проводимые лечебные мероприятия.

*Нагибина М.В., Венгеров Ю.Я., Тишкевич О.А.,
Пархоменко Ю.Г., Евсюков О.А., Мартынова Н.Н.*

АНАЭРОБНАЯ ГАЗОВАЯ ИНФЕКЦИЯ – НОВАЯ ПРОБЛЕМА ИНФЕКТОЛОГИИ

г. Москва, Россия

Термин «анаэробная газовая инфекция» (АГИ) имеет собирательное значение, включающее случаи газовой флегмоны, газовой гангрены, злокачественного отека и преимущественно наблюдается в военное время при огнестрельных и осколочных ранениях. В мирное время это осложнение встречается крайне редко. В современной практике инфекциониста наблюдается АГИ у наркоманов после введения внутривенно или внутримышечно психотропных веществ. В последние годы участились публикации о неклостридиальной анаэробной инфекции у ВИЧ-инфицированных наркоманов. Несмотря на характерную клиническую картину, в большинстве случаев диагноз ставится в терминальной стадии болезни или постмортально, что свидетельствует о недостаточной информированности врачей об АГИ, вследствие чего летальность составляет 67-100%.

За последние 5 лет по данным ИКБ№2 г. Москвы зарегистрировано 14 случаев анаэробной газовой инфекции, из них полинаркомания – 12 человек, ВИЧ-инфекция – 12 человек (3 и 4 стадии по 6 больных соответственно). Возраст больных - 23-42 года, мужчин – 11, женщин – 3. Больные поступили на 2-6 дни болезни. Локализация очага голень, бедро – 11 пациентов, шея – 3, ягодица – 1. Умерло – 13 больных. В 6 случаях АГИ диагностирована постмортально, в 4 – диагноз поставлен в терминальной стадии болезни. Большинство из них (50%) госпитализированы в ОРИТ по тяжести состояния.

Общие симптомы инфекционного процесса при АГИ отличаются быстрым, в течение 6-12 часов, нарастанием. Наблюдалась спутанность сознания, гипертермия, иктеричность кожи и склер, артериальная гипотензия, тахикардия, ИТШ с полиорганной недостаточностью. В периферической крови – лейкоцитоз, анемия, тромбоцитопения, билирубинемия, резкое повышение уровня КФК. Характерны боль распирающего характера в очаге поражения, быстро увеличивающийся плотный отек мягких тканей, цианотичный оттенок кожи с четкой границей, геморрагии, некрозы, буллы с геморрагическим содержимым, крепитация при пальпации, местное снижение температуры кожи, анестезия в центре очага.

Местные изменения чаще всего трактовались как постинъекционный инфильтрат, флегмона, тромбоз вен нижней конечности. Антибактериальная терапия проводилась чаще всего цефалоспоридами 3-4 поколения, в

5 случаях в сочетании с поэтапной резекцией пораженных тканей (у 4 повторно) или ампутацией конечности. Причиной летального исхода послужили ИТШ с полиорганной недостаточностью.

На аутопсии выявлялся обширный мионекроз, множественные пузырьки газа, как в мышцах, так и в других органах (печень, почки, сердце, селезенке). У 8 умерших выявлялось большое количество палочек, сходных с клостридиями (у 4 подтверждено бактериологически), неклостридиальная флора у 7 (все подтверждены бактериологически). У пятерых наркоманов был выявлен септический эндокардит митрального и трикуспидального клапанов с множественными метастатическими очагами (легкие, селезенка, почки, печень), в 10 случаях обнаруживалась кокковая флора в легких, на клапанах сердца, в почках, в оболочках головного мозга (чаще *S.aureus*).

Выводы: 1) В связи с недостаточной информированностью врачей в отношении АГИ наблюдаются диагностические ошибки и поздняя диагностика 2) Больные, употребляющие ПАВ в/в, в/м, п/к и страдающие ВИЧ-инфекцией, относятся к группе риска для развития АГИ мягких тканей. 3) Характерные клинико-лабораторные особенности позволяют дифференцировать АГИ от гнойной инфекции мягких тканей. 4). Учитывая биодоступность возбудителя в очаге, терапия АГИ должна включать немедленное радикальное оперативное вмешательство и применение антимикробных препаратов анти-анаэробной и антистафилококковой активности.

Никитина О.Е., Высочинская В.В., Эсауленко Е.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, 1b ГЕНОТИПОМ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ФИБРОЗА

г. Санкт-Петербург, Россия

Хронический гепатит С (ХГС) является наиболее распространенным заболеванием печени в мире, и причиной смерти 8-13 тысяч больных ежегодно. Более того, большинство проводимых трансплантаций печени обусловлено ХГС. Комбинированная противовирусная терапия (ПВТ) не является 100% эффективной. В частности, пациенты с ХГС, инфицированные 1b генотипом вируса, не всегда отвечают на ПВТ (40-60%) и часто развивают рецидив после ее окончания. С появлением принципиально новых препаратов прямого противовирусного действия – ингибиторов протеаз, актуальным становится вопрос о степени необходимости использования данных препаратов у российских пациентов.

Цель: оценить эффективность комбинированной противовирусной терапии (ПВТ) у больных, инфицированных 1b генотипом вируса гепатита С (ВГС) с различной степенью выраженности фиброза и обосновать необходимость использования новых противовирусных препаратов.

Материалы и методы: проведена оценка частоты достижения быстрого вирусологического ответа (БВО) – отсутствия РНК ВГС в плазме крови после прохождения 4 недель ПВТ, раннего вирусологического ответа (РВО) – отсутствия РНК ВГС в плазме крови или снижение уровня вирусной нагрузки на 2 log МЕ/мл после прохождения 12 недель ПВТ, непосредственного вирусологического ответа – отсутствия РНК ВГС в плазме крови после прохождения 48 недель (72 недель) ПВТ, устойчивого вирусологического ответа (УВО) – отсутствия РНК ВГС в плазме крови через 6 месяцев после окончания терапии, а также частоты отсутствия вирусологического ответа – наличия РНК ВГС в плазме крови после прохождения 48 недель (72) недель ПВТ, и развития вирусологического прорыва – обнаружения РНК ВГС в плазме крови на 24 неделе и 36 неделе терапии у 85 больных ХГС с 1b генотипом с различной степенью выраженности фиброза на фоне проведения противовирусной терапии пролонгированным интерфероном альфа-2 в сочетании с рибавирином. Статистическая обработка полученных данных была проведена с применением программы SPSS 17.0.

Результаты: Среди 71 больных ХГС без признаков цирроза печени УВО был достигнут в 69% случаев, при этом БВО наблюдался у 67,6% пациентов, РВО – у 91,5%. В 10,3% случаев на 24 неделе терапии результат ПЦР на РНК ВГС был положительный, и вирусная нагрузка не снизилась более чем на 2 log, по сравнению с показателем до начала ПВТ. У этих пациентов ПВТ была прекращена из-за отсутствия эффективности. Вирусологический прорыв на 24 неделе ПВТ имел место в 3,1% случаев, вирусологический прорыв по окончании ПВТ – в 3,2%. Среди 14 больных ХГС в цирротической стадии УВО был достигнут лишь в 35,7% случаев, при этом БВО наблюдался у 43% пациентов, РВО – у 43%. Отсутствие вирусологического ответа наблюдалось у 42,8% пациентов, вирусологический прорыв – у 2,5%.

Выводы: Из 85 пациентов инфицированных 1b генотипом ВГС, включая пациентов с циррозом, более чем у трети (36,5%) ПВТ оказалась не эффективной. Недостаточная эффективность комбинированной терапии пролонгированным интерфероном альфа-2 в сочетании с рибавирином у больных ХГС подтверждает необходимость использования препаратов, увеличивающих эффективность противовирусной терапии.

Николенко В.В., Фельдблюм И.В., Воробьева Н.Н.

ОЦЕНКА РЕАКТОГЕННОСТИ И ИММУНОГЕННОСТИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ ПРИ ИММУНИЗАЦИИ ВЗРОСЛЫХ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

г. Пермь, Россия

По данным зарубежных авторов уровень заболеваемости пневмококковой инфекцией у ВИЧ-позитивных лиц достаточно высок и составляет 442,9 на 100000 (Kuaw M.Y., Rose C.T. et al. 2005), в связи с чем возникает необходимость осуществления специфической профилактики у данной категории пациентов. Однако, информация о реактогенности и иммуногенности пневмококковых вакцин при иммунизации ВИЧ-инфицированных, в настоящее время остается противоречивой.

Цель: оценка реактогенности и иммуногенности при специфической профилактике пневмококковой инфекции у взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы: на базе Пермского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями проведена иммунизация полисахаридной 23-валентной пневмококковой вакциной Пнев-

мо 23 (Санофи пастер, Франция) 80 ВИЧ-инфицированных с 3 и 4А стадией заболевания. В группе сравнения наблюдалось 80 не привитых ВИЧ-позитивных пациентов, соответствующих по полу, возрасту, стадии болезни. Оценку реактогенности и иммуногенности проводили в условиях рандомизированного клинического исследования. Реактогенность вакцины оценивали по выявлению общих и местных поствакцинальных реакций, степени их выраженности и длительности (через 30 минут после введения и при активном наблюдении в течение 21 дня). Иммуногенность оценивали при определении в сыворотке крови Ig G антител к антигенам вакцины «Пневмо 23» методом иммуноферментного анализа (ИФА) до иммунизации и спустя 28 дней после введения вакцины. Исследования проводились на базе НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова РАМН.

Результаты: Оценка реактогенности вакцины Пневмо 23 позволила установить следующее: в группе наблюдения общее число случаев поствакцинальных реакций составило 5 (6,25%), включая 3 (3,75%) случая слабых местных реакций (развитие гиперемии размером 30-40 мм в месте введения вакцины, продолжительностью 2-4 дня) и 2 (2,5%) – общих реакций слабой степени выраженности, в виде субфебрильной температуры и незначительного недомогания длительностью 1-2 дня. В одном случае у пациента наблюдалась фебрильная температура в течение суток и инфильтрат до 2 см, продолжительностью 4 дня. При иммунизации ВИЧ-позитивных пациентов отсутствовали местные и общие реакции тяжелой степени, а также нежелательные явления.

Оценка содержания антител до иммунизации показала, что лиц, серонегативных к пневмококку, среди ВИЧ-инфицированных пациентов не было. Средняя геометрическая титра до прививки составляла 57,5 у.е. После вакцинации концентрация специфических антител возросла в 2,1 раза и составила 124,6 у.е., что свидетельствовало о синтезе защитных антител к пневмококковой инфекции у всех ВИЧ-инфицированных лиц.

Заключение: выявленные низкая реактогенность и высокая иммуногенность пневмококковой вакцины, свидетельствуют о целесообразности иммунизации ВИЧ-инфицированных пациентов для профилактики инфекции, вызванной *S. pneumoniae*.

*Никулина М.А., Васенева А.А., Гранитов В.М.,
Журавченко А.Е.*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

г. Барнаул, Россия

Заболевания печени занимают существенное место среди причин нетрудоспособности и смертности населения России. Особую роль в патологии гепатобилиарной системы играют вирусные гепатиты. До 60% пациентов с вирусными гепатитами имеют в анамнезе употребление алкоголя (Circiarello J., et al., 1996). По данным ВОЗ уровень потребления алкоголя более 8 литров в год на душу населения считается опасным для здоровья и жизни человека, в РФ уровень потребления алкоголя на душу населения составил 15 литров в год (Минздравсоцразвития РФ, 2011).

Изучено течение вирусных гепатитов у 45 пациентов (ОВГВ – 6, ХВГВ – 7, ОВГС – 5, ХВГС – 20, ОВГВ+ХВГС –

7). Возраст пациентов от 21 до 64 лет, из них 21 мужчина и 24 женщины. Больным, помимо стандартных обследований (общеклинических, биохимических, иммунологических) исследовали медико-психологический статус с использованием: шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, Самооценочной шкалы депрессии Зунга, Опросника качества жизни SF-36, Тестовой программы ТОБОЛ. С использованием опросника AUDIT пациенты были разделены на 2 подгруппы: «А» (22 пациента) – вероятно не злоупотребляющие алкоголем, «В» (23 пациента) – вероятно злоупотребляющие алкоголем.

Анализируя результаты исследования можно отметить, что у пациентов в подгруппах (А и В) отмечаются такие клинические признаки как слабость (95% и 100%), желтушность кожи и слизистых оболочек (82% и 96%), чувство тяжести/боли в правом подреберье (77% и 74%), диспепсические расстройства (25% и 26%), потеря веса (14% и 56,5%, $p < 0,05$), кожный зуд (18% и 30%, $p < 0,05$) и увеличение размеров печени (23% и 56,5%, $p < 0,05$), выраженные наиболее в подгруппе «В», также в этой подгруппе значительно выше был средний уровень основных биохимических показателей и более низкий средний уровень тромбоцитов, при меньшей средней продолжительности заболевания. У пациентов подгруппы «А» выявлены более высокие показатели реактивной и личностной тревожности. В подгруппе «В» преобладали типы отношения к болезни с наименьшей выраженностью социальной дизадаптации (анозогнозический – 40%, гармоничный – 33,3%, эргопатический – 13,4%, прочие – 13,3%). В подгруппе «А» у 60,7% отмечается тип реагирования на болезнь с интрапсихической направленностью, у 46,7% диффузные и смешанные типы. Качество жизни в подгруппе А: GH 50,6±4,0; PF 59,4±7,5; RP 53,3±8,5; RE 62,6±6,6; SF 37,8±3,5; BP 61,5±5,9; VT 59,2±4,4; MH 57,8±4,4; PH 47,8±1,1; MH общ. 40,1±1,8. В подгруппе В: GH 54,5±4,0; PF 74,5±6,0; RP 51,0±10,1; RE 39,1±8,2; SP 44,8±4,0; BP 52,0±4,1; VT 49,7±4,1; MH 66,0±4,4; PH 49,0±1,3; MH общ. 40,0±2,3.

Таким образом, у больных с патологией печени выявлено снижение качества жизни. У лиц высоким уровнем употребления алкоголя (опросник AUDIT) отмечаются более выраженные признаки поражения печени (по уровню билирубина, АЛТ и АСТ, с преобладанием щелочной фосфатазы и ГГТП и более низким уровнем тромбоцитов) при более коротком анамнезе болезни. Психологический профиль личности больных с сочетанной патологией (вирусной, алкогольной) характеризуется наличием менее выраженной тревожностью (как личностной, так и ситуативной), отсутствием расстройств депрессивного характера, преобладанием типов отношения к болезни с наименьшей выраженностью социальной дизадаптации на фоне заболевания и более выраженным положительным психосоматическим ответом на проводимую патогенетическую терапию. Злоупотребление алкоголем является одним из важнейших факторов, влияющих на течение патологии печени и качество жизни пациентов. Полученные данные требуют дальнейшего изучения и проведения коррекции.

Носач Е.С., Скрыль С.В., Мартынова А.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ШТАММОВ *S. PNEUMONIAE*, *C. PNEUMONIAE*, *M. PNEUMONIAE*, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Кафедра эпидемиологии и военной эпидемиологии
Владивостокский государственный медицинский
университет
г. Владивосток, Россия*

Устойчивость к антимикробным химиопрепаратам является наиболее важным аспектом, определяющим успех эмпирической рациональной антибактериальной химиотерапии внебольничной пневмонии. Даже учитывая тот факт, что *Streptococcus pneumoniae* в настоящее время является одним из наиболее изучаемых в плане устойчивости к антибиотикам микроорганизмом, такие возбудители внебольничных пневмоний как *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* являются практически неизученными в данном направлении. Основной сложностью мониторинга антибиотикорезистентности этиологически значимых возбудителей при внебольничной пневмонии, является то, что практически все они являются сложнокультивируемыми микроорганизмами, и это не позволяет проводить исследование на чувствительность к антибактериальным химиопрепаратам в рутинном порядке.

Цель: целью нашего исследования являлось провести мониторинг распространенности генетических детерминант устойчивости к основным антибактериальным химиопрепаратам штаммов пневмококков, хламидий и микоплазм, выделенных из лабораторного материала (мокроты и жбл) у пациентов с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы: идентификация микроорганизмов проводилась стандартным бактериологическим и молекулярно-генетическими методами с соответствующими праймерами.

Результаты: *S. pneumoniae* был идентифицирован в 26% (52 пациента). *H. influenzae* 9% (18 пациентов), *M. catarrhalis* 2% (4 пациента). При этом, были выделены и ассоциации микроорганизмов: *S. pneumoniae* и *S. pyogenes*, *H. influenzae* + *S. pneumoniae*, *H. influenzae* + *S. pyogenes*, *S. pneumoniae* + *Acinetobacter baumannii*, *S. pneumoniae* + *Candida spp* – всего в 6% (у 12 пациентов). При проведении ПЦР с праймерами к генам антибиотикорезистентности в ДНК идентифицированных микроорганизмов, нами было установлено, что ген, кодирующий синтез метилтрансфераз, является определяющим в развитии устойчивости к макролидам, что ухудшает, терапевтическую эффективность схем лечения микоплазменных и хламидийных пневмоний. В исследованных 25 образцах ДНК штаммов бактерий, вызвавших атипичные пневмонии у пациентов с внебольничными пневмониями, данный ген был выделен в 40% ДНК микоплазм и 50% хламидий. Это же нашло подтверждение и в ДНК штаммов, идентифицированных у носителей – у микоплазм он был выделен у 50%, у *S. pneumoniae* – в 20%. В целом, можно ожидать распространенность данной генетической детерминанты антибиотикорезистентности в $61,7 \pm 13,1\%$.

Выводы: При комплексном изучении особенностей антимикробной химиорезистентности штаммов этиоло-

гически значимых при внебольничной пневмонии микроорганизмов, нами было выявлено, что, несмотря на отдаленное родство таких микроорганизмов как пневмококки, микоплазмы и хламидии, общей тенденцией у них является формирование устойчивости к антибиотикам ряда макролидов на генетическом уровне, что, вероятно, должно потребовать коррекции региональных стандартов лечения респираторных инфекций у лиц молодого возраста.

Нурмашева А.А.

КРАТКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ОТНОСИТЕЛЬНО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

г. Шымкент, Казахстан

В настоящее время замечено у практических врачей нет должной настороженности в отношении бруцеллеза. Диагноз, как при алиментарном пути, так и при контактном пути инфицирования устанавливается поздно, несмотря на типичную клиническую картину, так как недооцениваются данные эпидемиологии. По данным статистических материалов Городской инфекционной больницы г. Шымкента за 2009 год число больных бруцеллезом составило 462 человека, за 2010 год число больных – 525 человек, за 2011 года число больных – 542 человек. На основании этих данных можно сказать, что число больных с диагнозом бруцеллез сохраняет тенденцию к росту.

Целью исследования явилось изучение особенностей эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в городе Шымкенте.

Материалы методы исследования: нами обследовано 189 больных, находящихся на стационарном лечении с диагнозом бруцеллез в ГИБ города Шымкента в 2010 году. По анализированных с диагнозом бруцеллез: мужчин – 113 человек, женщин 76 – человек, в том числе детей – 18 человек. Городских – 64 человек, сельских – 125 человек. Выявлено: заражение алиментарным путем после употребления молочных продуктов – 41 (21,69%) человек, шашлыка – 6 (3,17%) человек, контактным путем при уходе за скотом и переработкой продуктов животноводства – 142 (75,13%) человека. Среди городских жителей алиментарный путь заражения составил 36 (56,25%) человек, факторами заражения в 83,33% случаев были сырые молочные продукты, в 16,66% недостаточно термически обработанное мясо. На долю контактного пути приходится 28 (43,75%) человек, что свидетельствует о смещении эпизоотического очага из сельской местности в город и расширением контактов людей с источником инфекции. У жителей сельской местности контактный путь передачи остается основным 114 (91,2%) человек, 11 (8,8%) человек заразились алиментарным путем. По возрастным показателям, среди заболевших наибольшее число приходится на долю трудоспособного возраста (21-40 лет) 83(43,91%) человека, что определяет большой социально-экономический ущерб, наносимый бруцеллезной инфекцией. Остальные возрастные группы распределились следующим образом: 41-60 лет – 54 (28,57%) человека, 15-20 лет – 19 (10,05%), человек, дети до 14 лет – 18 (9,52%) человек, старше 60 лет – 14 (7,40%) человек.

Анализ клинических проявлений показал следующее: при контактном пути заражения заболевание в большинстве случаев начинается остро у 140 (98,59%) заболевших,

постепенное начало у 2 (1,4%). При алиментарном пути заражения преобладает, постепенное начало с выраженным лихорадочным синдромом 29 (61,70%) заболевших, острое начало – 18 (38,29%) случаев.

Данные анализа определяют необходимость решения стратегических задач по профилактике бруцеллеза среди населения, проведение мероприятий по оздоровлению больных животных как источников инфекции.

Выводы: Среди городских жителей преобладает алиментарный путь заражения, в отношении сельских жителей контактный путь остается основным. По возрастным критериям большая часть заболевших приходится на трудоспособный возраст, преимущественно мужчины. При контактном пути заражения начало заболевания наиболее острое, при алиментарном пути заражения имеет более постепенное начало.

Обидный К.Ю., Коршукова О.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ПЦР В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

г. Владивосток, Россия

Широкое внедрение в медицину метода полимеразной цепной реакции дало возможность прямого обнаружения инфекционного агента как вирусной, так и бактериальной природы.

Целью нашей работы явилось сравнительное изучение микрофлоры зубодесневой борозды у здоровых лиц и больных хроническим генерализованным пародонтитом с помощью методов микроскопического и ПЦР исследования.

Материалом для исследования явилась десневая жидкость из зубодесневой борозды 32 больных с ХГП и 12 пациентов со здоровыми тканями пародонта. Выделение ДНК микроорганизмов проводилось методом ПЦР в амплификаторе ДТ-96. Микроскопическое исследование проводилось с применением окраски микроорганизмов по Грамму.

В результате исследования в экссудатах пародонтальных карманов больных ХГП в обострении были выявлены маркеры *T. forsythensis* в 81,25±7,75%, маркеры *A. actinomycetemcomitans* в 75±7, 55%, маркеры *P. intermedia* 65,6±7,2%, *T. denticola* в 78,3±7,6% случаев. Маркеры *P. gingivalis* выявились в 100% случаев. Маркеры *Staphylococcus spp.* были выявлены в 56,3±8,7% случаев, присутствие энтеробактерий было отмечено 18,7±6,9% случаев у больных с ХГП. Маркеры *Streptococcus spp.* определялись у всех пациентов в обеих группах в 100% случаев. У пациентов со здоровыми тканями пародонта в единичных случаях были обнаружены маркеры *P. gingivalis*, *P. intermedia* и *A. actinomycetemcomitans*, ассоциации *T. forsythensis* и *T. denticola*. Маркеры *Fusobacterium spp.* и *Eubacterium spp.* отмечались в 17,5±7,31% случаев у больных с ХГП в обострении, а у пациентов со здоровыми тканями пародонта данные микроорганизмы встречались в единичном случае. При микроскопическом исследовании содержимого зубодесневой борозды при ХГП были выявлены в основном грамположительные бактерии.

Таким образом, для выявления пародонтопатогенных видов бактерий при хроническом генерализованном пародонтите преимущественное диагностическое значение имеет метод ПЦР.

Паевская О.А.¹, Белая О.Ф.¹, Юдина Ю.В.¹, Набокова Н.Ю.¹, Шуба Л.И.¹, Нечаева И.П.¹, Полуэктова В.Б.¹, Кашаева О.В.²

ХАРАКТЕРИСТИКА МИГРАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ НА СТАФИЛОКОККОВЫЙ ЭНТЕРОТОКСИН В ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ (ДЕРИНАТ)

¹ *Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова*

² *Московский государственный медико-стоматологический университет г. Москва, Россия*

Стафилококковый энтеротоксин типа В (СЭТВ) относится к суперантигенам, в сверхмалых дозах способен вызывать активацию лейкоцитов с генерацией активных форм кислорода и других клеток с выбросом биологически активных веществ. Препарат деринат обладает способностью восстанавливать дисбаланс иммунного статуса на клеточном и гуморальном уровне. Изучение его свойств интересно с точки зрения его возможного использования в качестве иммуномодулирующего препарата.

Цель работы: определить миграционную активность лейкоцитов у пациентов больных рожей, на СЭТВ и иммуномодулирующий препарат деринат.

Для выявления МАЛ был применен скрининговый тест клеточной миграции (СТКМ) [Сулов А.П., 1989] с использованием взвеси лейкоцитов периферической крови от 13 больных рожей. В реакции СТКМ *in vitro*, СЭТВ («Sigma», USA) применяли в концентрациях 1x10⁻⁶, 1x10⁻¹⁰, 1x10⁻¹⁴ мг/мл. Для изучения МАЛ при стимуляции лейкоцитов периферической крови деринат использовали в разведениях от 1x10⁻⁵ до 1x10⁻¹⁷ мг/мл. (ЗАО «ФП «Техномедсервис», Россия), который представляет собой высокоочищенную натриевую соль природной ДНК (дезоксирибонуклеат-Na) в водном растворе натрия хлорида.

Установлено, что у больных рожей реакции торможения МАЛ на все разведения энтеротоксина несколько преобладали над реакциями ускорения. Учитывая то, что торможение МАЛ возникает в случае циркуляции в крови иммунных комплексов, сформированных в условиях избытка антител. У пациентов, больных рожей преобладали реакции торможения МАЛ с достоверной разницей с частотой ускорения МАЛ при концентрации дерината 1x10⁻⁵ и 1x10⁻⁹ мг/мл (p<0,05).

Таким образом, можно говорить, что при острой инфекции идет активное образование антител (Т-клеточный иммунный ответ), на стафилококковый энтеротоксин В. Достоверное преобладание реакции торможения МАЛ у больных рожей свидетельствует о благоприятном воздействии дерината при стрептококковой инфекции.

Перадзе Х.Д., Эсауленко Е.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ НА НЕЭНДЕМИЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ

г. Санкт-Петербург, Россия

Лихорадка Денге относится к заболеваниям, характерным для стран с тропическим климатом. Санкт-Петербург, являясь мегаполисом, считается городом, относящимся к группе риска по завозу возбудителей из тропических

стран. Причин несколько: 1) миграция населения и стран с жарким климатом для работы или прохождения учебы; 2) развитие туристической индустрии или возрастающий интерес граждан к посещению «экзотических стран».

Цель: изучить случаи лихорадки денге, зарегистрированные на территории Санкт-Петербурга и охарактеризовать клиническую картину заболевания.

Пациенты и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ госпитальных историй болезней 5-ти пациентов, которые находились на лечении в КИБ им. С.П. Боткина в Санкт-Петербурге с диагнозом лихорадка денге (2010-2011 гг.).

Этиология лихорадки денге определялась обнаружением в сыворотке крови больных IgM и IgG в лаборатории ФГУ Здоровоохранения «Северо-Западной противочумной станции».

Результаты исследования: В результате было выявлено, что за 2010-2011гг. в Санкт-Петербурге с подтвержденным диагнозом лихорадка денге было госпитализировано 5 человек: 3 мужчин (60%) и 2 женщины (40%), в возрасте от 27 до 38 лет. В социальной структуре заболевших преобладали работающие лица. При изучении эпидемиологического анамнеза установлено, что все пациенты побывали в эндемичных регионах Азии: 1 – Индия, 1 – Таиланд, 1 – Индонезия, 2 – Бали.

У 80% больных отмечалась классическая форма и у 20% – геморрагическая форма лихорадки денге. Во всех случаях заболевание протекало в среднетяжелой форме. Возможная длительность инкубационного периода болезни составила от 8 до 15 дней. У всех больных отмечалось острое начало болезни с повышением температуры тела до фебрильных цифр, с последующим снижением до субфебрильных. Длительность лихорадки составила от 3 до 14 дней, в среднем $7,4 \pm 4,8$ дня. У одной больной с геморрагической лихорадкой денге наблюдалась двухволновая температурная кривая: фебрильная лихорадка продолжительностью 7 дней, период апирексии – 2 дня и период субфебрилитета – 7 дней, с дальнейшим выздоровлением пациента. Разгар болезни характеризовался интенсивной головной болью (40%), жидким стулом (40%), интоксикацией (100%).

У больной геморрагической лихорадкой денге отмечалась обильная петехиальная сыпь на лице, туловище и конечностях, с кожным зудом в течение 10 дней, кровянистые выделения из влагалища. При этом протромбиновый индекс, уровень гемоглобина и количество тромбоцитов оставались в пределах нормы.

Цитолитический синдром отмечался у всех пациентов и проявлялся повышением активности АлАТ (315 ± 264 е/л). У 60% больных отмечалось резкое повышение уровня КФК ($1371 \pm 1526,2$ е/л) и ЛДГ ($353,6 \pm 180,6$ е/л), у 80% встречалась выраженная тромбоцитопения ($122 \pm 86,8 \times 10^9$), лимфопения ($22,0 \pm 10,2\%$).

Выводы: 1. Классическая лихорадка денге характеризуется выраженной интоксикацией с подъемом температуры, синдромом цитолиза, тромбоцитопенией; 2. При геморрагической форме денге отмечается двухволновая температурная кривая, петехиальная сыпь. 3. В связи с ростом туристических поездок российских граждан в разные регионы мира, появляются случаи завозной лихорадки денге в России, что требует обследования и наблюдения приезжих из эндемичных регионов.

Петрова И.Д.¹, Кононова Ю.В.¹, Чаусов Е.В.¹, Шестопалов А.М.¹, Тишкова Ф.Х.²

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА АЗИЯ 1 ВИРУСА ККГЛ В ЮЖНОМ ТАДЖИКИСТАНЕ

¹ Федеральное бюджетное учреждение науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор»»

² Научно-исследовательский институт профилактической медицины Министерства здравоохранения Республики Таджикистан Новосибирская область, Кольцово, Россия; г. Душанбе, Таджикистан

Вирус ККГЛ имеет широкое распространение – число стран Европы, Азии и Африки, где выявлена его циркуляция, достигает четырех десятков; ареал вируса почти полностью совпадает с ареалом клещей рода *Nyalomma*. Поддержание циркуляции вируса и его распространение на эндемичной территории зависят от климата, факторов окружающей среды и антропогенной деятельности. Вспышки ККГЛ отмечаются во многих странах Европы, Азии и Африки; в странах СНГ случаи ККГЛ регистрируются на юге России, в Армении, Казахстане, Киргизии, Туркмении, Узбекистане и Таджикистане.

Данная работа посвящена исследованию зараженности клещей в эндемичных районах Таджикистана (Рудаки и Турсунзаде, где в июле 2009 г. произошла вспышка ККГЛ) и определению генотипов циркулирующих там вариантов вируса ККГЛ.

Большая часть территории Республики Таджикистан является эндемичной по ККГЛ. Согласно статистике заболеваемости по районам, с 2001 по 2008 гг. в районе Рудаки регистрировалось от 1 до 4 случаев ККГЛ в год, в 2009 г. случаев заболевания не было. В районе Турсунзаде случаи заболевания людей с 2001 по 2008 гг. не отмечались, однако в июле 2009 г. произошла вспышка ККГЛ. Большинство случаев заражения ККГЛ, относящихся к этой вспышке, были внутрибольничными и произошли из-за отсутствия надлежащей защиты. Отмечались также случаи контактного заражения среди родственников. Из 18 человек, вовлеченных в эту вспышку, ККГЛ переболело 9 человек и трое погибли. С целью выявления источника вируса ККГЛ, в различных сельских общинах районов Турсунзаде и Рудаки были собраны клещи *Nyalomma anatolicum* и обследованы на наличие вирусного антигена и вирусной РНК. По данным иммуноферментного анализа зараженность клещей *N. anatolicum* из района Рудаки составила 3,4% и для района Турсунзаде – 9,0%.

Определение нуклеотидной последовательности участка S-сегмента генома вируса ККГЛ в 287 нуклеотидов было проведено для 9 исследованных полевых образцов из района Турсунзаде и 3 – из района Рудаки. Сравнительный анализ полученных нами нуклеотидных последовательностей и выведенных аминокислотных с аналогичными для штаммов вируса ККГЛ из других регионов позволяет предполагать принадлежность образцов вируса из района Турсунзаде к генетической группе Азия 1, к которой относятся штаммы вируса ККГЛ, изолированные в Иране, Ираке, Пакистане, Омане и Афганистане, а образцов из района Рудаки – к генотипу Азия 2. Ранее было показано, что штаммы вируса ККГЛ из других районов Таджикистана, выделенные как от больных, так

и из клещей входят в группу Азия 2 вместе со штаммами вируса ККГЛ из Китая, Казахстана, Туркменистана и Узбекистана.

Установленный нами уровень вирусифорности клещей *H. anatolicum* является показателем активности природных очагов ККГЛ в районах Турсунзаде и Рудаки на момент исследования. Филогенетический анализ полученных нами полевых изолятов вируса ККГЛ показал их принадлежность к генетическим группам Азия 1 и Азия 2. Важно отметить, что вирус ККГЛ генетической группы Азия 1 обнаружен в Таджикистане впервые. В связи с этим можно констатировать факт расширения ареала генетической группы Азия 1.

Пичунова В.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА

г. Кокшетау, Казахстан

Первые описания картины герпетического энцефалита и морфологических изменений при нем, подтверждавшиеся выделением вируса *Herpes simplex*, относятся к началу 40-х годов XX века. В связи с широким распространением вируса простого герпеса (HSV-1) во всем мире среди спорадических первичных вирусных энцефалитов герпетический энцефалит занимает ведущее место. Морфологически процесс характеризуется наличием очагов клеточной инфильтрации, гибелью инфицированных нейронов с формированием очагов некроза. Вирус простого герпеса имеет тропность к лобной и височным долям в связи с особенностью проникать в мозг нейрональным путем, прежде всего через окончания *n.olfactorius*. В связи с вышеизложенным считаю целесообразным поделится собственным наблюдением случая герпетического энцефалита. Данная патология может встретиться в практической деятельности врача любой специальности.

Больная С. 13 лет. Диагноз: Герпетический энцефалит. Акинетико-ригидный синдром. Сопутствующий: невральная амиотрофия Шарко-Мари. Родилась от 1 беременности 31 неделя, из двойни с весом 1580 г. Раннее развитие без особенностей. Наследственный анамнез по заболеванию нервной системы отягощен: у отца невральная амиотрофия Шарко-Мари. У ребенка со слов нарушение походки с 5-6 лет, к врачу не обращались. Заболела остро, в течении недели отмечался субфебрилитет, катаральные явления. Лечились симптоматически дома. Госпитализирована с жалобами на температуру 39,0 °С, головную боль. Объективно при поступлении состояние тяжелое по неврологической патологии, в сознании, на вопросы отвечает, инструкции выполняет, контактна, заторможена, речь тихая, медленная. Лицо гипомимичное, полуптоз. Мышечный тонус повышен по гиперкинетическому типу, СХР снижены, D=S. Дистальная мышечная гипотрофия конечностей, симптом полых стоп, походка с элементами степпажа. Лабораторно: ликвор при поступлении слабо мутный, белок 0,86 г/л, Панди 4+, цитоз 117 клеток, сахар 2,2 г/л, хлориды 118 ммоль/л. Тубленка отрицательная. КТ головного мозга – желудочки сужены за счет диффузного отека головного мозга. В височной области справа участок пониженной плотности размером 40/60 мм негомогенной структуры с нечеткими контурами. На МРТ картина соответствует энцефалиту. ЭЭГ –

общемозговые диффузные изменения, пароксизмальной активности не выявлено.

Лихорадка сохранялась в течении недели. Клинически преобладали психоневрологические нарушения в виде заторможенности, нарушения сна, памяти (нарушения счета, чтения), плаксивость, замкнутость. На контрольной МРТ через 3 недели – отрицательная динамика в виде увеличения площади изменений в правом полушарии и появлений изменений в височно-теменной области левого полушария. Заключение МРТ – динамическая картина соответствует вирусному (герпетическому энцефалиту). Ликвор в динамике бесцветный, прозрачный, белок 0,38 г/л, Панди +, сахар 4,3, хлориды 95,4 ммоль/л, цитоз 7 клеток. Кровь на ИФА анти IgM к ВПГ – 1,47, ПЦР крови на ВПГ – положительная. Проводилось комплексное лечение, которое включало внутривенное введение ацикловира по 30 мг/кг/сут в течение 24 дней, гормоны, нейротрофические и иммуномодулирующие препараты. При МРТ через 1,5 месяца определялась атрофическая деформация в области височных долей. Больная выписана через 45 дней, осмотрена психиатром – последствия перенесенной нейроинфекции. Когнитивный дефицит. При осмотре через 3 месяца, сохранялись нарушения интеллекта.

Обсуждения и выводы: Данное клиническое наблюдение свидетельствует о тяжелом прогнозе у больных, перенесших герпетический энцефалит в связи с развитием резидуальных явлений – неврологических дефектов. Учитывая, что прогноз и исход герпетических энцефалитов связаны со сроками проведения противовирусной терапии, необходимо незамедлительное назначение ацикловира при малейшем подозрении на герпетическую природу заболевания. В случае невозможности дифференциации с первых дней назначать ацикловир до получения результатов лабораторной диагностики.

Пичунова В.В.

РОЛЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

г. Кокшетау, Казахстан

Аллергический компонент несомненно влияет на клиническое течение инфекционных заболеваний. В последние десятилетия сложилось много условий для аллергии организма – широкое применение полуфабрикатов, гетерогенных белков, бесконтрольное применение антибиотиков привело к тому, что аллергический компонент является частоопределяющим фактором в развитии заболеваний. Вышеизложенное видно на собственном клиническом наблюдении больной с атипичным течением ветряной оспы.

Больная Б. 3-х лет доставлена «03» с диагнозом – острая крапивница, с жалобами на повышение температуры до субфебрильной, аллергическую сыпь на теле, сыпь в течении 2 дней, после употребления рыбы. С рождения алергоанамнез спокоен. Эпидемиологический анамнез: контакт по ветряной оспе со старшим братом.

Состояние при поступлении тяжелое за счет интоксикации, кожно-аллергического процесса, сыпь по типу крапивницы, багрово-цианотичные бляшки на конечностях, отечность лица, конечностей. На фоне проводимой дезинтоксикационной, десенсибилизирующей, гормо-

нальной терапии состояние улучшилось, в течении 4 дней сыпь полностью угасла, температура нормальная.

На 5-е сутки на теле появились единичные элементы веряночной сыпи, больная была переведена в инфекционное отделение. В последующие дни состояние прогрессивно ухудшалось. На 4-й день высыпаний состояние очень тяжелое за счет выраженной интоксикации, гипертермии, тяжелого кожного процесса, болевого синдрома. Гиперестезия, вся поверхность тела сплошь покрыта вялыми крупными пузырями, сливающимися, диаметром до 1,5 см с мутным содержимым, на стопах с геморрагическим содержимым. Явления стоматита. Сыпь в стадии застывших пузырей в течении 5 дней. Фебрильная лихорадка в течении 14 дней (весь период высыпаний). После регрессии сыпи – эпителизация.

Проводилось комплексное лечение, которое включало: дезинтоксикацию, противовирусную терапию (ацикловир), антибактериальную (фортум), сеансы плазмафереза, УФО. На 30-й день больная выписана с выздоровлением.

Выводы: у данной больной имела место буллезная форма ветряной оспы, что встречается крайне редко, особенно у детей раннего возраста. Причиной послужила предшествующая сенсбилизация организма в результате аллергического заболевания и интенсивного лечения гормонами.

Платова Л.А., Сумливая О.Н, Каракулова Ю.В.

АЛЬФА-ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЛИКВОРЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

г. Пермь, Россия

Несмотря на 75 летний опыт изучения клещевого энцефалита (КЭ), до сих пор ранняя диагностика его различных клинических форм, тяжести течения остается нерешенной проблемой. Известно, что клинические проявления поражения головного мозга при КЭ «запаздывают» и поэтому диагностика только путем оценки неврологического статуса невозможна, а стандартные методы лабораторной диагностики не отражают тяжесть поражения ЦНС. В связи с этим для прогнозирования тяжести течения инфекционного процесса определяется концентрация цитокинов, а именно фактора некроза опухоли альфа (альфа-ФНО), который образуется в активированных макрофагах, тучных клетках, клетках нейроглии, а также, в ряде случаев, продуцируется активированными Т-хелперами первого типа. Альфа-ФНО является антагонистом интерлейкина-4 и подавляет синтез иммуноглобулинов класса Е [Thomson A.W., Lotze M.T., 2003]. Установлено, что альфа-ФНО участвует в формировании неспецифического и специфического иммунного ответа при вирусных инфекциях, а также процессах регенерации, развития фиброза и внутрисосудистого тромбоза [Pastor I.J., 2005; Бережная Н.М., 2007; Зима А.П., 2008].

Цель исследования: изучить концентрацию альфа-ФНО в сыворотке крови и ликворе больных с различными клиническими формами в острый период КЭ.

В 2011 г. проведено обследование 20 пациентов с КЭ, поступивших в первые дни заболевания в краевую клинику инфекционную больницу г. Перми. Из них 12 человек были с менингеальной, 8 – с очаговой формами. Ди-

агноз устанавливался на основании эпидемиологических (присасывание клеща или посещение леса в сроки, соответствующие инкубации), клинических (наличие интоксикационного, менингеального, очагового синдромов) и серологических данных (обнаружение специфических IgM к вирусу КЭ). Концентрация альфа-ФНО определялась твердофазным методом иммуноанализа, основанного на принципе «сэндвича» с использованием набора реагентов «альфа-ФНО-ИФА-БЕСТ».

Результаты исследования показали, что уровень альфа-ФНО (медиана и интерквартильный размах) в ликворе больных с очаговой формой составил 0,1; 0,08-0,1 пг/мл, а с менингеальной – 0,15; 0,14-0,18 пг/мл, что статистически достоверно выше ($p=0,037$).

Концентрация альфа-ФНО в сыворотках крови изменялась подобным образом. У больных с очаговой формой уровень альфа-ФНО 0,08; 0,01-0,11 пг/мл, что не отличается данную форму от концентрации в группе контроля – 0,07; 0,05-0,1 пг/мл. При менингеальной форме уровень альфа-ФНО был достоверно ($p=0,0002$) выше – 0,87; 0,24-2,01 пг/мл. При проведении корреляционного анализа по Спирмену получена обратная корреляция: при усилении степени тяжести очаговой формы КЭ снижается уровень альфа-ФНО ($r=-0,578$, $p=0,001$).

Полученные данные показывают однонаправленное изменение концентрации альфа-ФНО в разных биологических жидкостях в остром периоде КЭ. Высокие уровни альфа-ФНО при менингеальной и низкие при тяжелой очаговой формах инфекции отражают особенности патогенеза и изменение целостности гематоэнцефалического барьера. Исследование концентрации альфа-ФНО в сыворотке крови и ликворе в остром периоде КЭ может служить дополнительным критерием для ранней диагностики тяжести заболевания.

Поддубная А.И., Чемич Н.Д.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПУТЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ

г. Сумы, Украина

Сегодня ВИЧ-инфекция является одной из ведущих проблем системы здравоохранения. Согласно данным ВОЗ, Украина – лидер среди европейских государств по темпам развития эпидемии.

Цель исследования – изучить особенности клинического течения ВИЧ-инфекции у пациентов с различными путями инфицирования вирусом.

Материалы и методы. Были проанализированы случаи обращения за стационарной медицинской помощью лиц с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» в Сумскую областную инфекционную клинику им. З.И. Красовицкого (г. Сумы, Украина) за период с 2001 по 2011 года. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили потребители инъекционных наркотических средств (ПИН) с синдромом зависимости (49 человек), 2-ю – ПИН, не имеющие синдрома зависимости на момент обращения за медицинской помощью (51 человек), 3-ю – лица с вероятным половым путем передачи возбудителя (50 человек). Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты. При анализе связи пути заражения ВИЧ с временем, в течении которого пациенту стало известно об инфицировании, установлено, что каждый второй больной с половым путём передачи возбудителя был госпитализирован в течение года от момента установления ВИЧ-статуса, в то время как в 1-й и 2-й группе показатель составил 23 и 29% соответственно.

При госпитализации в клинику общее состояние у большинства больных всех исследуемых групп расценивалось как средней степени тяжести (1-а группа – 73,5%, 2-я – 73,8%, 3-я – 71,4%). Тяжёлое состояние лиц с ВИЧ достоверно чаще регистрировалось в 1-й и 3-й группе, а крайне тяжёлое – в 3-й ($p < 0,05$). У каждого 10-го пациента с половым путём передачи возбудителя имело место нарушение сознания. Также в 3-й группе чаще были зарегистрированы потеря массы тела и кахексия.

У пациентов 1-й группы поражения нервной системы наблюдались достоверно чаще по сравнению с 2-й и 3-й, но тяжёлые поражения, проявляющиеся клиникой менингита, энцефалита или менингоэнцефалита, преобладали среди ВИЧ-инфицированных с половым путём передачи возбудителя.

Патология респираторной системы была причиной обращения за медицинской помощью у 28,6-33,3% пациентов. Легочные и внелегочные формы туберкулёза диагностированы в 1-й группе у 10,2% лиц, во 2-й – у 17,7%, в 3-й – у 18,0%.

Воспалительные заболевания оболочек сердца встречались у 16,3% пациентов 1-й группы, что превышает показатели 2-й и 3-й групп ($p < 0,05$). Сепсис был диагностирован только у представителей группы ПИН с синдромом зависимости.

Поражение печени достоверно чаще встречались у пациентов с отягощённым парентеральным анамнезом. Так парентеральные вирусные гепатиты (ВГ) диагностированы у 81,6% пациентов 1-й группы, у 94,1% – 2-й и только у 46,0% – 3-й. Следует отметить, что если при ВГ В разница в пределах групп не достигает статистической значимости, то ВГ С достоверно реже болеют представители группы с половым путём передачи ВИЧ ($p < 0,01$).

Выводы. Установлены различия в клиническом течении СПИДа в зависимости от пути передачи ВИЧ. Отмечено более тяжёлое течение заболевания в когорте инфицированных половым путём, что можно объяснить поздним выявлением ВИЧ-инфекции вследствие недостаточного объёма скрининговых исследований среди данной группы лиц.

Покровская А.В., Попова А.А., Ефремова О.С.

**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Центральный НИИ эпидемиологии
Роспотребнадзора, Федеральный
научно-методический центр по профилактике
и борьбе со СПИДом;
г. Москва, Россия*

Изучение естественного течения ВИЧ-инфекции, т.е. течения болезни без этиотропной антиретровирусной терапии (АРВТ), необходимо как для прогноза раз-

вития заболевания у конкретного пациента, так и для здравоохранения в целом при планировании затрат на обследование и лечение ВИЧ-позитивных лиц. Предполагается, что естественное течение ВИЧ-инфекции может значительно отличаться не только у разных пациентов, но и в разных странах в силу социально-экономических, климатических, популяционных и других различий.

Цель: Определить продолжительность естественного течения ВИЧ-инфекции и влияющие на нее факторы в популяции ВИЧ-инфицированных в России.

Материалы и методы: Анализ 236 амбулаторных карт взрослых пациентов (39% женщины), с документально установленной датой инфицирования, состоящих на диспансерном наблюдении в ФНМЦ ПБ СПИДом с 1993 по 2011 год, по методу Каплана-Мейера, который наиболее распространен для прогнозирования течения клинических периодов заболевания. Для определения влияния потенциальных факторов (пол, возраст, путь инфицирования) применена модель Кокса. Пациенты, начавшие получать АРВТ, переводились в другие когорты исследования.

Результаты: Средний возраст пациентов при заражении ВИЧ составил 26,6 лет, медиана – 25,5 лет (16-48 лет), женщины были моложе мужчин (средний возраст 24,9 и 27,8 лет – соответственно, $p < 0,01$), потребители инъекционных наркотиков моложе лиц, инфицированных половым путем ($p = 0,03$). Половым путем заразились 76,2% пациентов (из них 2/3 – гетеросексуальным), при внутривенном потреблении наркотиков – 18,3%, при переливании крови – 2,4%, путь не установлен у 3,1%. Продолжительность жизни пациентов после инфицирования, рассчитанная по методу Каплана-Мейера, составила в среднем 11,8 лет, от заражения до диагноза СПИДа – 11,6 лет, от установления СПИДа до смерти – 1,9 месяцев. Медиана продолжительности периода от инфицирования до показаний к АРВТ (CD4-лимфоциты ≤ 350 клеток/мкл) была 4,5 года. У пациентов, заразившихся ВИЧ в возрасте старше 35 лет, снижение количества CD4-лимфоцитов и клиническое прогрессирование ВИЧ-инфекции до СПИДа происходило быстрее, чем у инфицированных в более молодом возрасте. Так медиана периода от заражения до показаний к АРВТ в группе инфицирования 16-25 лет была 79,4 месяца, в группе 26-35 лет – 48,3 месяцев, в группе старше 35 лет – 29,7 месяцев. Продолжительность клинического течения ВИЧ-инфекции была одинакова у мужчин и женщин с учетом поправки на разницу в возрасте на момент заражения. Влияния пути инфицирования ВИЧ на течение заболевания не установлено.

Закключение: В России расчетная продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных пациентов от заражения до смерти без применения АРВТ была сопоставима с продолжительностью жизни больных в экономически развитых странах Европы и США. Но был отмечен более длительный период заболевания от инфицирования до диагноза СПИДа у российских пациентов, что могло быть связано с более молодым возрастом заражения ВИЧ или с поздней диагностикой СПИД-индикаторных заболеваний.

Половьян Е.С., Чемич Н.Д.

ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКА НА СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА И МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

г. Сумы, Украина

В Украине, как и во многих странах СНГ, существуют экологические и социально-экономические предпосылки для лидирования в структуре инфекционной патологии острых кишечных инфекций (ОКИ), вызванных условно патогенными микроорганизмами (УПМ). Полирезистентность к антибактериальным препаратам у данных возбудителей требует пересмотра приоритета этиотропного лечения. При ОКИ, вызванных УПМ, в качестве альтернативы предлагаются пробиотики.

Цель работы – изучение влияния комбинированного пробиотика на состояние местного иммунитета и микробиocenоз кишечника при ОКИ, вызванных УПМ.

Обследовано 50 больных, средний возраст которых составил $(41,62 \pm 2,73)$ года. Мужчин было 27, женщин – 23. Пациенты госпитализированы на $(1,34 \pm 0,08)$ сутки от начала заболевания. В зависимости от схемы лечения, больные были разделены на две группы по 25 человек в каждой. Пациенты 1-й группы получали базисную терапию – промывание желудка и/или кишечника, диету, регидратацию, ферменты и энтеросорбенты. Больные 2-й в составе базисной терапии принимали пробиотик «Лакто» (*Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus sporogenes*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Bifidobacterium longum* по $0,325 \times 10^9$ каждого вида в 1 капсуле) по 1 капсуле трижды в день через 30 мин после еды в течение 5 дней. Кроме общеклинических обследований у всех пациентов были исследованы микробиocenоз кишечника и уровни sIg A в сыворотке крови при поступлении и на $(5,63 \pm 0,14)$ сутки с момента госпитализации. Контрольную группу составили 20 клиничко-анамнестически здоровых доноров.

При госпитализации у всех пациентов установлено нарастание в пять раз по сравнению с нормой sIgA: 1-я группа – $20,13 \pm 1,25$, 2-я – $21,92 \pm 0,82$, норма – $4,05 \pm 0,36$ мг/л; $p < 0,001$. Также было установлено, что у всех больных снижалось количество бифидобактерий: 1-я группа $5,44 \pm 0,70$, 2-я – $5,00 \pm 0,70$, норма – $7,90 \pm 0,07$ lg КОЕ/г, $p < 0,05-0,001$ и лактобацилл соответственно: $5,76 \pm 0,67$, $5,40 \pm 0,69$, $7,75 \pm 0,1$ lg КОЕ/г, $p < 0,05-0,001$ при значительном повышении уровня других представителей УПМ соответственно: $2,91 \pm 0,73$, $2,73 \pm 0,74$, $0,51 \pm 0,35$ lg КОЕ/г, $p < 0,05-0,001$.

Передвыпиской в обеих группах обследованных уровень sIg A не достигал значений контроля ($p < 0,001$): у больных 1-й не менялся ($19,06 \pm 1,71$), $p > 0,05$, а у лиц 2-й достоверно снизился по сравнению с госпитализацией и показателями первой группы ($10,79 \pm 0,61$), $p < 0,001$, что указывает на уменьшение воспалительно-деструктивных изменений в ЖКТ. При этом происходило усугубление дисбиотических изменений у лиц 1-й группы – количество бифидобактерий ($3,12 \pm 0,78$) lg КОЕ/г и лактобацилл ($3,48 \pm 0,74$) lg КОЕ/г было ниже, чем в острый период болезни ($p < 0,05$), а других УПМ осталось на уровне ($2,87 \pm 0,72$) lg КОЕ/г, $p > 0,05$. У пациентов 2-й группы, сравнительно с 1-й, происходило нарастание количества бифидобактерий ($6,92 \pm 0,43$) lg КОЕ/г и лактобацилл ($7,32 \pm 0,32$) lg КОЕ/г, $p < 0,05$, но уровень других УПМ остался стабильным – ($2,35 \pm 0,70$) lg КОЕ/г, $p > 0,05$. В исследуемых группах уровни общего

количества *E. coli* и грибов рода *Candida* в динамике не отличались от контрольной группы.

Выводы. Использование комбинированного пробиотика при ОКИ, вызванных УПМ, приводит к уменьшению воспалительно-деструктивных изменений в ЖКТ и восстановлению состава мукозной микрофлоры кишечника.

Пугин П.К., Жумагазин Ж.Д., Атыгаева С.К., Соколов Ю.Е.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

ГККП «Городская инфекционная больница»
г. Астана, Казахстан

Микробиологический мониторинг за внешней средой в больнице проводится с целью оценки качества её обеззараживания и изучения выделяемой микрофлоры. Он осуществляется путем планового ежемесячного посева воздуха из процедурных кабинетов клинических отделений, реанимационного отделения, пищеблока, а также смывов с объектов внешней среды и рук персонала отделений больницы и пищеблока. Забор проб осуществляется медсестрой кабинета инфекционного контроля, внезапно, в течение часа после проведенной влажной уборки с применением дезсредств и кварцевания помещений.

По результатам мониторинга за период 2007-2011 гг. можно сделать следующие выводы:

Во-первых, количество пролеченных в городской инфекционной больнице больных за последние 5 лет увеличилось 4304 до 5686 или на 32,1%, что связано не с ухудшением эпидемической ситуации в городе, а со стремительным ростом его населения вследствие трудовой миграции населения в столицу.

Во-вторых, в посевах воздуха выделялся только *S. aureus* в 1,19% проб, что является удовлетворительным показателем, достигнутым за счет использования бактерицидных ламп. Среди обследованного персонала ГИБ его носительство обнаружилось в 1,33%.

В-третьих, за 5 лет в ГИБ было взято 4556 смывов с объектов внешней среды больницы и рук медицинского персонала, раздатчиц пищи, работников пищеблока. Среди 60 (1,3%) положительных высевов 28 (46,7%) приходится на БГКП, 21 (35,0%) на *S. aureus* и 11 (18,3%) на УПФ. При этом доминирующим стал стафилококк, а высев БГКП значительно снизился, что является положительной тенденцией.

В-четвертых, при взятии смывов с рук медперсонала УПФ выделена в 4 случаях (2,0%). Ее высев требует внимания к качеству мытья и обеззараживания рук при достаточном количестве кожных антисептиков и разовых полотенец.

В-пятых, единичные случаи выделения УПФ имеют место во всех подразделениях больницы, так за последнее 3 года из 38 штаммов УПФ 1 был выделен в процедурной и КДЛ, 3 на пищеблоке, 4 в ОРИТ, 23 в прочих помещениях больницы. Признаков появления «оседлых» госпитальных штаммов нет.

Таким образом, удовлетворительные результаты микробиологического мониторинга за внешней средой больницы достигнуты в результате обеспечения усиленного дезинфекционного режима, методичного обучения младшего медперсонала, контроля за использованием де-

зинфицирующих средств и бактерицидных ламп, выбора наиболее эффективных и удобных препаратов для дезинфекции и химической стерилизации. За последние 3 года в ГИБ применялось 14 наименований дезсредств. При отсутствии признаков появления «госпитальных штаммов» более частая смена их нецелесообразна из-за необходимости переобучения персонала и замены инструкций.

Ражапбаева А.Ш., Тойчуев Р.М., Пазылов Б.Б.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЕРОЛОГИИ И ГЕМОКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛЮДЕЙ

*Институт медицинских проблем Южного отделения Национальной академии наук Кыргызской Республики
Ошское противочумное отделение при РЦК и ООИ
г. Ош, Кыргызстан*

Цель работы: изучить процент выявляемости бруцеллеза при помощи серореакции, гемокультуры и выявить наиболее опасные периоды года для выявления инфицированности людей бруцеллезом.

Материалы и методы. Исследованию подвергались 3330 больных, поступивших с подозрением на бруцеллез в лечебные учреждения Ошской области. Антитела бруцеллы определяли серологическим методом, ставили реакции Хеддельсона и Райта (668 больным), и для выделения культур *Brucella* из крови использовали бактериологические методы исследования (метод Кастанеда). Для проведения исследований брали по 5 мл крови. Работа выполнена по проекту МНТЦ KR-1516.

Результаты и обсуждение. Из 3330 обследованных больных наиболее высокий процент госпитализации отмечен: в мае – 458, составляя 13,78 %, в июне 438 (13,17%), в апреле 374 (1,24%), в июле 350 (10,53%), в августе 347 (10,43%), в марте, сентябре и октябре – соответственно 330 (9,93%), 286 (8,6%), 209 (6,28%). В период с ноября по февраль число обратившихся в лечебные учреждения по поводу бруцеллеза колебалось от 3,14 до 4,56%.

Из 3330 поставленных реакций Хеддельсона положительных было 668, что составило 20,06%. Из числа обследованных наиболее высокий процент положительных реакций отмечен в апреле, мае и июне, составляя от 26,5% до 34,23%, т.е. пик заболевания приходится на период окота. В остальные месяцы показатель колебался от 20,4 до 25,8%. Число обратившихся в лечебно-профилактические учреждения и высокий процент выявляемости бруцеллеза коррелировали. Из 668 обследованных с положительными результатами на реакцию Хеддельсона, реакция Райта была положительна у 534 (79,9%). Наиболее высокие значения положительных реакций были в пределах от 58,5 до 93,4%, что соответствовало проценту выявления и госпитализации. В то же время, интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения по г. Ош в 2010 году составлял 8,9, из них среди детей – 1,5. Те же показатели в 2011 году составляли 24,6 и 4,4, т.е. выросли более чем в 2 раза. В Баткенской области эти значения составили соответственно 80,9 и 39,8 (в 2010 г.), 148,0 и 66,4 (в 2011 г.); в Джалал-Абадской 124,7 и 64,9 (в 2010 г.), 135,9 и 73,8 (в 2011 г.). В Ошской области интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в 2010 г. составил 38,8 и 17,6, в 2011 г. – 47,7 и 21,4. Выделение из крови *B. melitensis* коррелировало с положительной реакцией Райта. Одной из основных причин

заражения людей бруцеллезом является несоблюдение ветеринарно-санитарных норм.

Таким образом, наиболее высокий процент заражения людей происходит в период окота больных бруцеллезом животных, т. е. источниками заражения являются больные животные. Профилактические мероприятия против бруцеллеза должны проводиться в период окота, соблюдая ветеринарно-санитарные нормы.

Ратникова Л.И.

СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

г. Челябинск, Россия

Принципы лечения заболеваний, вызванных респираторными вирусами, заключаются в использовании эффективного сочетания средств, воздействующих на возбудителей и на макроорганизм. Известно, что клиника острых респираторных инфекций характеризуется двумя основными синдромами: катаральным и интоксикационным. Интоксикация является следствием токсического воздействия вирусов и нарушения в обмене веществ при развитии инфекционного процесса. Продукты нарушенного метаболизма оказывают поражающее действие на различные системы организма. Проявлениями нарушенного метаболизма являются гипоксия тканей и дисбаланс окислительно-восстановительных процессов. Эффективное купирование интоксикации у больных респираторными инфекциями возможно при использовании фармакологических средств, влияющих на патофизиологическую основу этого состояния. Таким современным препаратом является производное янтарной кислоты – «Реамберин», активизирующий антиоксидантную систему ферментов, тормозящий процессы перекисного окисления липидов в ишемизированных органах и обладающий антигипоксическим действием.

Для купирования явлений интоксикации у 120 больных острыми респираторными инфекциями проводились внутривенные инфузии 1,5% Реамберина по 400 мл ежедневно в течение 3-5 дней (1-я гр.). Группой сравнения служили пациенты с аналогичным диагнозом, получавшие внутривенные инфузии глюкозо-солевых растворов (2-я группа). Эффективность дезинтоксикационной терапии оценивалась по срокам исчезновения лихорадки и головной боли, а также – по нормализации показателей антиоксидантной системы (по уровню супероксиддисмутазы).

На фоне лечения реамберином отмечалось улучшение общего самочувствия больных, снижались интоксикационные проявления. Продолжительность лихорадки и интенсивной головной боли сокращалась в 3 раза. Максимальный клинический эффект среди больных 1-й группы отмечался у 80% больных уже на вторые сутки введения реамберина, а во 2-й группе – после 4-го дня. Отмечена существенная положительная динамика супероксиддисмутазы под влиянием лечения реамберином, уровень которой повышался в сыворотке крови больных после завершения инфузий в 2,5 раза по сравнению с контролем.

Одним из современных противовирусных препаратов является новый отечественный лекарственный препарат Панавир, который активен в отношении различных ДНК- и РНК-содержащих вирусов. Изучена лечебная эф-

фективность по влиянию на катарально-респираторный синдром препарата «Панавир» у взрослых пациентов с ОРВИ в условиях плацебо контролируемой процедуры. Панавир назначался в виде суппозиторий ректальных - 200 мкг 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Учет основных клинических симптомов и синдромов заболевания проводился до начала лечения и в течение всего периода пребывания больного в стационаре.

Клиническую эффективность Панавира оценивали на основании частоты встречаемости и длительности основных симптомов поражения верхних дыхательных путей (кашля, насморка, осиплости голоса, гиперемии слизистых оболочек зева).

Таким образом, современная фармакотерапия острых респираторных вирусных инфекций заключается в использовании новых препаратов, эффективно купирующих основные клинические проявления.

*Ратникова Л.И., Лаврентьева Н.Н., Козочкина К.К.,
Иванькова Г.И.*

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТОКСОКАРОЗА С 2008 ПО 2011 ГОДЫ

*ГОУ ВПО «Челябинская государственная
медицинская Академия Росздрава»
Кафедра инфекционных болезней
г. Челябинск, Россия*

Токсокароз является широко распространенным паразитарным заболеванием, вызываемым миграцией личинок. *Toxosara canis*, с длительным рецидивирующим течением и полиорганными поражениями. Инвазия сопровождается разнообразными поражениями органов и систем, в основе которых лежат иммунопатологические процессы. Проблема связана с высокой численностью собак при абсолютном несоблюдении правил их содержания. А также, с отсутствием мер дезинвазии экскрементов, что приводит к загрязнению внешней среды и высокому риску инфицированности. Проведенные в последнее десятилетие исследования воздействия токсокарозной инвазии на иммунологический статус хозяина доказывают ее негативное влияние на организм человека. Многие исследования показывают также социальную значимость токсокароза.

Целью работы явился анализ особенностей клинко-лабораторной картины токсокароза в течение трех последних лет в г. Челябинске.

Методы исследования и клиническая характеристика. В период с 2008 по 2011 год в ГКБ№8 г. Челябинска поступило 64 пациента с лабораторно подтвержденным диагнозом – токсокароз. Истории болезни были разработаны ретроспективно. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0. Рассчитывалось среднее арифметическое значение \pm стандартная ошибка. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: При выяснении эпидемиологического анамнеза были получены следующие данные: 10,7% больных проживали в частном доме в пределах города, или имели загородный дом; в 55,35% случаев больные являлись владельцами собак. В 3,57% больные указывали на несоблюдение правил личной гигиены.

В остальных случаях 30,38% при сборе эпидемиологического анамнеза не выяснен источник инфицирования. При анализе клинических проявлений: в 28,54% случаев наблюдалось повышение температуры до субфебрильных цифр. Сыпь, полиморфная по характеру, наблюдалась у 51,78 % больных, с локализацией на: лице (в 28,57% случаев), нижних и верхних конечностях (в 10,71%), и на туловище (10,71%). Абдоминальный синдром был выявлен в 41,2% случаях. В 39, 28% пациенты отмечали боли в правом подреберье умеренной интенсивности, в 5,35 % случаев, сопровождающихся увеличением размеров печени. Бронхолегочный синдром был представлен: сухим кашлем, в 8,92 % случаев и одышкой в 7,14% случаев. Из анализа лабораторных показателей: при поступлении АСТ, АЛТ было достоверно увеличено, однако и после лечения наблюдался дополнительный прирост активности трансаминаз по сравнению с исходными значениями, что возможно связано с действием активно метаболизирующегося в печени метаболита альбендазола, используемого для лечения данной группы пациентов.

Выводы: Исходя из полученных нами данных по г. Челябинску, спектр клинических проявлений будет варьировать в зависимости от интенсивности заражающей дозы, а также степени иммунного ответа хозяина. В проведенном исследовании прослеживается корреляция между тяжестью клинических проявлений и титрами антител. За лицами с низкими титрами противотоксокарных антител при наличии показаний следует установить диспансерное наблюдение и при появлении клинических признаков болезни провести специфическую терапию.

*Руденко А.А., Муравская Л.В., Берестовая Т.Г.,
Пархомец Б.А., Дьяченко П.А., Андреева Е.Г.,
Сидорова Ж.П., Кругликов П.В., Луценко В.Ю.*

ЦИТОПРОТЕКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных
болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины»
г. Киев, Украина*

Герпесвирусные поражения нервной системы привлекают особое внимание в связи с глубокими нарушениями мозга в виде некроза, периваскулярных инфильтратов или демиелинизации. Это подтверждается данными магнито-резонансной томографии мозга, патоморфологическими и гистологическими исследованиями. Высокая летальность и инвалидизация переболевших требуют поиска препаратов, которые действовали бы на ключевые цепи нейродегенерации.

Таким препаратом является Цераксон (компания Nuscomed). Его действующее вещество – цитиколин (цитидина-5-дифосфохолин) – относится к группе нуклеотидов, является незаменимым предшественником фосфатидилхолина (лецитина), основного структурного компонента всех клеточных мембран, в том числе нейрональных.

Нами обследовано 88 больных с герпесвирусным поражением нервной системы, которым в комплексную терапию был включен Цераксон. Женщин было 76, мужчин – 12. По возрасту больные распределялись следующим образом: 14-18 лет – 4, 19-29 – 32, 30-44 – 38, 45-59 – 12, 60 и

старше – 2. В зависимости от поражения структур нервной системы сформулированы диагнозы: арахноэнцефалит (44), рассеянный энцефаломиелит (20), арахноидит (18), энцефалит (4), миелополирадикулоневрит (2).

Подтверждение этиологии заболевания проводили с помощью метода ПЦР для выявления ДНК вирусов семейства герпеса в ликворе, сыворотке крови и слюне, а также методом ИФА для выявления антител класса IgG и IgM в сыворотке крови, IgG в ликворе. Терапия проводилась в соответствии с современными требованиями в полном объеме и включала специфические противовирусные препараты (ацикловир и ганцикловир), иммунозаместительные средства (гамма- и иммуноглобулины), интерфероны и их индукторы.

Цераксон назначался внутривенно капельно, медленно, предварительно растворенный в 0,9% растворе NaCl в дозе 500-1000 мг одним введением в течение 10 дней, с последующим переходом на пероральный прием в дозе 200 мг 3 раза в день на протяжении еще 10-14 дней с рекомендацией после выписки из стационара принимать препарат до 3 месяцев.

Клинические проявления заболевания зависели от тяжести болезни и поражения соответствующих структур мозга.

Анализ длительности симптомов показал, что когнитивные расстройства и диэнцефальные кризы продолжались по $24,4 \pm 2,2$ дня. Следует отметить, что в процессе лечения Цераксоном у большинства больных исчезли затруднения в интеллектуальной сфере – они стали более активными, улучшился процесс мышления, память, концентрация внимания. Редкими стали диэнцефальные кризисы. Афазия и дизартрия продолжались соответственно 12 ± 0 и 18 ± 2 дня, психические расстройства – $12 \pm 2,3$ дня. Ликворно-гипертензионный синдром продолжался в среднем $16,6 \pm 6,4$ дней и при выписке из стационара не наблюдался. Пирамидные нарушения и расстройства координации длились в среднем $17,6 \pm 6,1$ и $16,2 \pm 6,5$ дней соответственно.

Выводы.

1. В процессе лечения Цераксоном отмечено уменьшение или исчезновение неврологических симптомов, таких как сенситивные и моторные нарушения, когнитивные расстройства, улучшение памяти, уменьшение эмоциональной лабильности. Также отмечается уменьшение симптомов отежных процессов в центральной нервной системе.

2. Цераксон является безопасным и эффективным патогенетическим средством и может быть включен в комплекс этиопатогенетической терапии при заболеваниях нервной системы, вызванных герпесвирусами.

Садыкова Ш.С., Курманова Г.М.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

г. Алматы, Казахстан

Цель: оценить эффективность лечения препаратами цитокинов - ИЛ-1 β , ИЛ-2+ α -ИФН у больных ХВГ С, имеющих предикторы неэффективности по ИНФ - терапии.

Из 79 пациентов были сформированы группы больных с HCV – инфекцией для оценки эффективности терапии: 1-ая группа, пролеченные рИЛ1 β (Беталейкин,

НИИОЧБ/СПб) – 37 больных; 2-я группа - получившие комбинированную терапию рИЛ-2 (Ронколейкин, Биотех) с α -ИФН (Интераль, НИИОЧБ/СПб) - 42 больных. Беталейкин получали в дозе 5-8 мг/кг, п/к через день № 10. Ронколейкин – по 500 тыс. МЕ 1 раз в 3 суток п/к; интераль по 3 млн МЕ п/к. Диагноз был верифицирован на основании результатов ПЦР, а также исследования маркеров гепатитов методом ИФА. По активности инфекционного процесса минимальная степень активности наблюдалась у 62 % (49) больных, низкая – у 30,4 % (24), умеренная у 7,6 % (6 больных). В общей группе было 10 ИНФ-резистентных больных.

У больных с ХВГ С наиболее часто выявлялся генотип 1b, который ассоциируется с резистентностью к интерферонотерапии – у 48,1%, 1a – 8,9%; 2a генотип у 19%, 3a – у 13,9% пациентов. В ряде исследований показано, что генотип 1b сочетается с более высоким уровнем вирусемии и низким ответом на лечение α -ИНФ. Распределение генотипов вирусного гепатита С у обследованных больных в целом совпадало с данными Созиной И.В. (1997) и более позднего исследования (РЦБПВИЧ/СПИД, 2006): при исследовании 192 сывороток 1b генотип был выявлен в 54%, 2a – 13,7%, 3a – 21%. В 10,5% случаев была обнаружена смесь генотипов. Высокая гетерогенность и выявление смеси генотипов свидетельствует о сложном характере эпидемического процесса HCV-инфекции в Казахстане.

При применении комбинированной терапии рИЛ 2 в сочетании с α -ИНФ у больных с ХВГ С с наличием предикторов неэффективности стандартной интерферонотерапии стойкий вирусологический ответ (СВО) был достигнут у 69,0 % (не менее 18 месяцев наблюдения), при монотерапии интерлейкином-1 β у 86,5 %.

Важно, что стойкий вирусологический ответ в результате лечения был получен у 77,8 % больных с ХВГ С, инфицированных 1b генотипом при терапии ИЛ-1 β и у 70,0% больных – при терапии рИЛ-2+ИНФ.

Исследования HCV-специфического CD4+ Т-хелперного ответа больных на разных стадиях хронической HCV-инфекции выявили прямую зависимость его активности от длительности ее течения, а также преобладание CD4+ Т-хелперов, распознающих core и NS4 антигены. Высокая иммуногенность core и NS3, NS4 и NS5 антигенов подтверждена обнаружением core- и NS-специфических CD4+ Т-хелперов в ткани печени. Цитокины Т-x1 профиля и ИЛ-1 могут стимулировать именно специфический Т-клеточный ответ против NS3, NS4 и NS5 антигенов, тем самым, преодолевая интерферонрезистентность, опосредовано через усиление иммунных механизмов элиминации вируса.

В результате ПВТ был получен вирусологический ответ у «трудных» больных с 1b генотипом, оказалось возможным преодоление ИНФ-резистентности в результате воздействия на определенные звенья иммунной системы. В сроки негативации ПЦР наблюдалось восстановление клеточного звена иммунитета: CD3+, CD4+, CD56+ CD8+, маркеров активации (CD25+, HLA-DR+).

Таким образом, цитокинотерапию можно рекомендовать при наличии противопоказаний к стандартной терапии у больных с минимальной и низкой активностью процесса, для преодоления ИНФ резистентности, у больных с предикторами неэффективности стандартной терапии.

Садыкова Ш.С., Курманова Г.М.

АНАЛИЗ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХВГ В И С

г. Алматы, Казахстан

Цель: провести анализ результатов цитокинотерапии у больных с ХВГ при отсутствии вирусологического ответа или нестойком вирусологическом ответе.

Общее количество обследованных больных с хроническими вирусными гепатитами составило 154. Из них были сформированы 2 основные группы исследования, разделенные по этиологии: 1-ю группу в количестве 75 пациентов (средний возраст $35,9 \pm 7,5$ лет, 28 женщин и 47 мужчин) составили, больные с ХВГ В, 2-ю группу сравнения - 79 больных (средний возраст $36,3 \pm 8,9$ лет, 29 женщин и 50 мужчин) с ХВГ С. Каждая из основных групп подразделены в свою очередь на подгруппы в зависимости от схем лечения: I, III группы, получившие комбинированную терапию с применением рекомбинантного интерлейкина-2 (Ронколейкин, Биотех) с α -ИНФ (Интераль/, НИИОЧБ/РФ); группы II, IV – монотерапию интерлейкином 1 β (Беталейкин, НИИОЧБ/СПб). При проведении анализа динамики иммунологических изменений (до и после противовирусной терапии) у всех больных ХВГ, вне зависимости от этиологии и проводимой терапии, при отсутствии вирусологического ответа или нестойком вирусологическом ответе не наблюдается достоверных изменений иммунологических показателей сразу по окончании курса терапии, то есть у них не происходило нормализации иммунологических показателей. У пациентов, неответивших на цитокинотерапию не отмечалось положительной динамики ни после терапии, ни при наблюдении в отдаленные сроки при мониторинговании показателей иммунологических исследований. Если у больных без нормализации иммунограммы наблюдались отрицательные результаты ПЦР в ответ на лечение, то возобновление репликации вируса у них произошло в сроках от 4-10 месяцев при С гепатите в (16,75 %), при В (9,8 %), но несмотря на возобновление репликации, клинический эффект сохранялся.

Отсутствие положительной иммунологической динамики может служить предиктором возобновления репликации вируса у пациента – то есть нестойкого вирусологического ответа, другими словами - неэффективности противовирусной терапии (ПВТ). В этом случае целесообразно менять тактику ПВТ заранее, не дожидаясь ухудшения состояния больного.

Надо отметить, что у всех неответчиков на обеих схемах лечения, нет динамики CD56+ CD16-, резко снижены активационные маркеры CD 25+ и HLA DR+, напротив, в группе с вирусологическим ответом отмечалось достоверное повышение в 2-2,5 раз маркеров активации и натуральных киллеров, помимо клеточного звена иммунитета.

Таким образом, у всех больных ХВГ при отсутствии вирусологического ответа или нестойком вирусологическом ответе не наблюдается достоверных изменений иммунологических показателей после курса противовирусной терапии или даже происходит снижение отдельных показателей (CD16+, CD25+ и HLA-DR+).

При негативации ПЦР на ДНК ВГВ и РНК ВГС проводится иммунологическое обследование для определения динамики изменений основных популяции лимфоцитов.

При получении вирусологического и иммунологического ответов (отмечается положительная динамика) необходимо наблюдение за пациентами не менее 1,5 лет (мониторинг ПЦР каждые 6 мес.). При получении вирусологического ответа (негативация ПЦР), но при отсутствии восстановления иммунного дисбаланса необходимо ежемесячно проводить мониторинг динамики ПЦР с целью раннего выявления рецидива для проведения 2-го курса ПВТ.

Таким образом, при успешном лечении и достижении вирусологического ответа наблюдается нормализация иммунной системы, что говорит о восстановлении нормального иммунного ответа на инфекцию.

Саинов Ф.С.

О ЗНАЧИМОСТИ НУКЛЕОТИДНЫХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ ГЕНОМОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МАЛЯРИИ P.FALCIPARUM И P.VIVAX

г. Ташкент, Узбекистан

В настоящее время возбудители малярии представляют особый интерес для научного сообщества. Особенно интересным и заслуживающим внимания оказался тот факт, что повторяющиеся рибосомные гены, являющиеся у других организмов продуктом согласованной эволюции, в случае малярийного плазмодия относительно малокопийны и представлены сильно отличающимися блоками, каждый из которых транскрибируется на определенной стадии жизненного цикла. Жизненный цикл малярийных паразитов тесно связан с функционированием рибосом, специфичных для каждой стадии жизненного цикла. В настоящее время известно три типа рибосомных генов, избирательно транскрибируемых на стадиях шизонта, спорозонта и оокинеты. Отличия между рибосомными генами разных типов у каждого вида плазмодиев столь существенны, что превышают таковые межвидовые различия между генами одного типа у разных видов плазмодиев. К настоящему времени практически полностью определена нуклеотидная последовательность всего генома P.falciparum, в то время как геном P.vivax изучен значительно хуже. Целый ряд публикаций посвящен изучению нуклеотидной последовательности геномов 1-14 хромосом P.falciparum на клоне 3D7, который представляет более 55% его генетической информации. При этом авторы констатируют тот факт, что определенные последовательности нуклеотидов и их мутации, происходящие под воздействием физико-химических факторов, определяют формирование устойчивости возбудителя к противомаларийным препаратам. (Laurence Florens et al., 2002; N.Hall et al., Malcolm J. Gardner et al., Richard W. Homan et al., 2005) Другие авторы, исследуя наличие генома трех видов возбудителей малярии P.falciparum, P. vivax, P. ovale, с применением метода Real-Time PCR констатируют, его большую достоверность по сравнению с рутинным методом микроскопии. (Sara Brega et al., F. Perandin et al., 2004) Существуют лишь единичные публикации посвященные P.vivax. Sara Brega с соавторами изучив 134 образца крови от инфицированных P.vivax из различных регионов, констатируют факт мутации dhfr гена P.vivax, который определяет устойчивость возбудителя к противомаларийным препаратам. При этом 100%

устойчивость определяется у *P. vivax*, выделенных из образцов крови полученных из Таиланда. В данных образцах крови, наблюдалась мутация в двух (S58R и S117N) и четырех (F58L/I, S58R, T61M и S117N) локусах генома *P. vivax*. Неожиданной для исследователей, была мутация по одному локусу (S117N) генома *P. vivax*, выделенного из образцов крови из Турции и Азербайджана, где для лечения малярии *P. vivax*, ВОЗ не рекомендует применение препарата сульфодоксин-пириметамин (Sara Brega et al., 2004). На данный момент в генетическом банке данных и литературе полностью отсутствует информация о последовательности второго транскрибируемого спейсера рДНК между генами 5.8S и 28S рДНК. Кроме того, отсутствует сравнительный анализ последовательностей первого транскрибируемого спейсера для разных штаммов *P. vivax*. Мы предполагаем, что эти генетические отличия будут иметь место у местных и завозных штаммов *P. vivax* с различной инкубацией, что в свою очередь может отразиться на клиническом течении болезни и формировании устойчивости к противомаларийным препаратам.

Гордеев М.И. с соавторами (2006г.) провели, ДНК диагностику образцов крови с клиническими проявлениями малярии в Таджикистане и Кыргызстане, выявили больных инфицированных *P. falciparum* и *P. vivax*, обнаружена вариабельность тестовой последовательности гена 18S рРНК у представителей рода *Plasmodium*, что указывает на наличие нескольких различных вариантов возбудителей в очагах малярии.

Сарсеева Н.Е., Кошерова Б.Н.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТОКСОПЛАЗМНО-ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Караганда, Казахстан

На протяжении последних двух десятилетий параллельно со снижением заболеваемости классическими инфекциями отмечается стойкая тенденция к росту процессов, возбудителями которых являются оппортунистические инфекции, такие как токсоплазмоз и хламидиоз. Ассоциированная инфекция токсоплазмоза и хламидиоза характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, формированием хронических форм заболевания, что у больных осложняет течение и прогноз заболевания и отражается на длительности лечения.

В связи с этим была разработана оптимизированная схема лечения сочетанной токсоплазмозно-хламидийной инфекции.

Материалы и методы. Всего под наблюдением находилось 29 больных в возрасте от 19-40 лет с сочетанной токсоплазмозно-хламидийной инфекцией. Среди больных женщин при ассоциированной инфекции токсоплазмоза и хламидиоза было 20, мужчин – 9. Диагноз устанавливался на основании клинико-anamnestических данных и подтверждался результатами иммуноферментного анализа – определение титров антител (IgG) в парных сыворотках в динамике с нарастанием и методом ПЦР (полимеразной цепной реакции).

Результаты и обсуждение. Обследование и лечение 29 больных с токсоплазмозно-хламидийной инфекцией проводилось на базе Областной инфекционной больницы г. Караганды и Студенческого оздоровительного центра

Карагандинского государственного медицинского университета. Ассоциированная инфекция токсоплазмоза и хламидиоза характеризовалась полиморфизмом клинических проявлений. У 75,8% больных заболевание проявилось хронической интоксикацией, длительным субфебрилитетом, лимфоаденопатия диагностирована у 51,7% больных, у 51,7% больных был выраженный астеновегетативный синдром. Изменения со стороны глаз выявлены у 31,0% больных, среди них 10,3% жаловались на снижение зрения, ангиопатия сетчатки выявлена у 6,9%, центральный хориоретинит у 13,8% больных. Бесплодие выявлено у 20,7% больных (трое из которых мужчины), невынашивание беременности у 20,7%. Наибольшая частота патологии диагностирована со стороны мочеполовой системы, которая характеризовалась у женщин клиникой хронического аднексита 20,7%, кольпита у 6,9% больных, цервицита 34,5%, нарушением менструального цикла у 6,9%, у мужчин наличием уретрита 17,3%, хронического простатита 13,8%.

В зависимости от схем лечения сформированы 3 группы. I группа лечения – ровамицин + доксициклин + циклоферон, II группа – ровамицин + офлоксацин + циклоферон, III группа – комбинированный препарат сульфадоксин + триметамин, макропен и циклоферон.

Критериями эффективности проводимого лечения были: регресс клинической симптоматики и снижение титров специфических иммуноглобулинов класса G (Anti-toxo Ig G и титры антител иммуноглобулинов класса G к *Chlamydia trachomatis*) и результаты ПЦР.

На основании клинико-лабораторных исследований процент эффективности лечения в I группе составил 72,3%, во II группе – 83,4%, в III группе – 91%.

Таким образом, комбинированное сочетание антибиотиков и иммуномодуляторов позволяет получить оптимальный результат.

Сафонов А.Д.

ЗАВОЗНОЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ

г. Омск, Россия

Приводим наблюдение случая завоза в г. Омск из Таиланда геморрагической лихорадки денге (ГЛД) в марте 2011 г.

Больной Я., 49 лет. Заболел остро 13 марта. Беспокоили общая слабость, озноб, сильная головная боль, боли в мышцах, суставах, повысилась температура тела до 39,0С, жидкий стул до 2-3 раз за сутки. Обратился за медицинской помощью 15.03 и был госпитализирован. При поступлении состояние средней тяжести. Температура – 38,1°С. Конъюнктивы гиперемированы. На коже лица, туловища, конечностях пятнисто-папулезная сыпь, сопровождающаяся зудом с первого дня заболевания. Периферические лимфоузлы мелкие, безболезненные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 120/80 мм рт. ст., пульс – 82 в 1 мин. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови (15.03): Hb 139 г/л, СОЭ 4 мм/ч, Ht 0,36, эр. 3,91·10¹²/л, л. 2,93·10⁹/л, пал. 12%, с. 52%, лимф. 31%, мон. 5%, тромб. 81,0·10⁹/л. Из эпиданамнеза установлено, что в период с 1.03 по 14.03 пациент находился на отдыхе в Таиланде, где на территории проживания отмечал зна-

чительное количество комаров. Было уточнено, что в последние годы больной неоднократно посещал Таиланд. 16 и 17 марта состояние оценивалось как среднетяжелое. В периферической крови был зарегистрирован критический уровень содержания тромбоцитов - $6,0 \cdot 10^9/\text{л}$. 18 марта на фоне умеренно выраженных симптомов общей интоксикации и нормализации температуры тела появилась петехиальная сыпь в области плечевого пояса, обеих стоп и нижней трети голени. В периферической крови (18.03) тромбоциты единичные в поле зрения. Коагулограмма (18.03): АЧТВ 52,0 сек., ТВ 16,5 сек., ПТИ 87%, фибриноген 2,4 г/л, время свертывания: нач. 4'30", через 15' кровь не свернулась'. Отсутствие у пациента признаков спонтанных кровотечений могло быть объяснено, прежде всего, кратковременностью периода выраженной тромбоцитопении при относительной сохранности их ангиотрофической функции. Сделан вывод о наличии у больного ГЛД. Начиная с 19.03, на фоне проводимой терапии у больного наблюдалась положительная динамика заболевания. Количество тромбоцитов в периферической крови существенно нарастало динамике: с $13,0 \cdot 10^9/\text{л}$ (19.03) до $253,0 \cdot 10^9/\text{л}$ (28.03). Произошла нормализация показателей коагулограммы. Больной выписан из стационара 28.03 в удовлетворительном состоянии.

Клинический диагноз: ГЛД, II степени тяжести (по классификации ВОЗ). Подтвержден в лаборатории ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» (Кольцово, Новосибирская область) методом иммунохроматографии (наличие NS1 антигена вируса денге в сыворотке больного) и методом ИФА (наличие специфических IgM в титре 1:32 и специфических IgG в титре 1:128 в сыворотке).

Заключение. Приведенное клиническое наблюдение представляет интерес в том плане, что ГЛД развивается, как правило, в эндемичных очагах у местных жителей в результате повторного инфицирования или при первичном инфицировании новорожденных, получивших антитела от матери. Вновь пребывающие в очаг заболевают в подавляющем большинстве случаев классической формой денге. Вместе с тем, в последние годы значительное число туристов ежегодно, а иногда и чаще, как в случае с нашим пациентом, отдыхают в Таиланде или других эндемичных по лихорадке денге государствах Юго-Восточной Азии, подвергая себя риску повторного инфицирования. Первичное инфицирование может закончиться бессимптомно или протекать как недифференцируемая лихорадка. Иммунологическая перестройка организма, возникающая при повторном инфицировании, существенно увеличивает риск развития ГЛД, что имело место в наблюдаемом нами случае.

*Свиридова М.Б., Волчкова Е.В., Умбетова К.Т.,
Анохина Г.И., Полуэктова В.Б., Колаева Н.В.*

**ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ ИЛ-1 β , ИЛ-6
ФНО- α У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ
ГЕПАТИТАМИ А, В, С И Д**

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Москва, Россия*

Цель исследования: изучение уровней ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α при острых вирусных гепатитах А (ОВГА), В (ОВГВ), С (ОВГС), дельта (ОВГД) в сопоставлении с тяжестью течения заболевания.

Материал исследования: сыворотка крови больных ОВГА, ОВГВ, ОВГС легкого и среднетяжелого течения и ОВГД – среднетяжелого течения, взятая на высоте интоксикации (1 период) и в периоде ранней реконвалесценции (2 период).

Методы исследования: определение уровней ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α производилось методом ИФА, тест-системами ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Контрольную группу составили 20 здоровых доноров (значения ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α были ниже 5 пг/мл).

У больных ОВГА, ОВГВ, ОВГС с легким течением заболевания уровни ИЛ-6 и ФНО- α не превышали контрольных значений. Содержание ИЛ-1 β было повышено, как в 1-м (ОВГА (n=46): $57,9 \pm 8,5 \text{ пг/мл}$; ОВГВ (n=22): $22,3 \pm 3,5 \text{ пг/мл}$; ОВГС (n=42): $34,1 \pm 9,4 \text{ пг/мл}$), так и во 2 периоде наблюдения (ОВГА: $45,9 \pm 8,1 \text{ пг/мл}$; ОВГВ: $12,5 \pm 2,8 \text{ пг/мл}$; ОВГС: $16,9 \pm 5,3 \text{ пг/мл}$).

У больных среднетяжелого течения ОВГА, ОВГВ, ОВГС было выявлено два варианта цитокинового ответа. У части больных (группа №1) содержание ИЛ-6 было повышенным. В этой группе больных на фоне сочетанного повышения уровней ИЛ-6 и ФНО- α (ОВГА (n=30): ИЛ-6 = $20,3 \pm 4,8 \text{ пг/мл}$; ФНО- α = $62,2 \pm 10,7 \text{ пг/мл}$; ОВГВ (n=37): ИЛ-6 = $37,2 \pm 4,8 \text{ пг/мл}$; ФНО- α = $30,3 \pm 3,9 \text{ пг/мл}$; ОВГС (n=12): ИЛ-6 = $9,9 \pm 3,4 \text{ пг/мл}$, ФНО- α = $161,5 \pm 56,4 \text{ пг/мл}$) на фоне умеренного повышения содержания ИЛ-1 β (ОВГА: $92,2 \pm 15,6 \text{ пг/мл}$; ОВГВ: $84,6 \pm 15,9 \text{ пг/мл}$; ОВГС: $86,0 \pm 28,5 \text{ пг/мл}$).

В группе №2 ИЛ-6 не превышал контрольных значений. В этой группе выявлены высокие уровни ИЛ-1 β (ОВГА (n=32): $270,2 \pm 35,5 \text{ пг/мл}$; ОВГВ (n=25): $228,75 \pm 34,1 \text{ пг/мл}$; ОВГС (n=41): $266,2 \pm 46,2 \text{ пг/мл}$) на фоне повышения содержания ФНО- α (ОВГА: $38,9 \pm 8,2 \text{ пг/мл}$; ОВГВ: $15,5 \pm 5,6 \text{ пг/мл}$; ОВГС: $49,5 \pm 12,1 \text{ пг/мл}$).

При сопоставлении полученных данных с биохимическими показателями крови больных установлено, что уровни АЛТ на высоте интоксикации достоверно выше в группе №2, по сравнению с группой №1 независимо от этиологии вирусного гепатита.

У больных ОВГД (n=17) отмечалось значительное повышение уровней ФНО- α ($248,1 \pm 83,8 \text{ пг/мл}$) и ИЛ-1 β ($283,6 \pm 82,9 \text{ пг/мл}$) на высоте интоксикации, при нормальных значениях ИЛ-6, так же как и у больных ОВГА, ОВГВ, ОВГС в группе №2. Уровень АЛТ в сыворотке этих больных был значительно повышен, а протромбиновый индекс – снижен.

Следовательно, высокий уровень ИЛ-1 β и ФНО- α на высоте интоксикации отражает выраженный цитолитический синдром у больных острыми вирусными гепатитами независимо от этиологии и является прогностически неблагоприятным признаком. Одновременное умеренное повышение уровня ИЛ-6, ИЛ-1 β и ФНО- α характеризует благоприятное течение заболевания и быстрое купирование цитолитического синдрома. Таким образом, комплексное исследование регуляторных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α на ранних этапах заболевания позволяет прогнозировать тяжесть течения острых вирусных гепатитов.

Сейтказы А.¹, Идрисова Ж.Р.², Идрисова Р.С.²

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ
ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА
С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

¹Республиканская Детская клиническая больница
«Аксай»

²Казахский национальный медицинский университет

³Алматинский Институт усовершенствования
врачей

г. Алматы, Казахстан

Распространенность ЦМВ инфекции варьирует в различных популяциях и ее роль в патологии детей раннего возраста велика. Под нашим наблюдением было 40 детей в возрасте от 3 до 10 мес. с персистирующей ЦМВ-инфекцией и детским церебральным параличом (ДЦП). Основным диагнозом при поступлении был ДЦП: у 12 детей (30 %) диагностирована гиперкинетическая форма ДЦП, у 15 (37,5 %) атонически-астатическая, у 13 (32,5%) спастическая. В анамнезе у 25 детей имела место затяжная желтуха новорожденных, при это у 3 был диагностирован ЦМВ (гепатит) а у остальных желтуха была расценена как конъюгационная, при этом у 5 из 22 детей уровень билирубина превышал 120 мкмоль/л. Диагноз внутриутробной ЦМВ-инфекции у всех 40 детей был подтвержден наличием вируса в моче методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в моче, из них у 15 вирус был и в крови; у 7 выявлены IgM к ЦМВ в крови; IgG к ЦМВ определялись у всех детей в высоких титрах.

Противовирусную терапию проводили всем детям, 32 ребенка (80 %) получили рекомбинантный интерферон альфа-2b человеческий (Виферон) в суппозиториях в дозе 30-50 ЕД на килограмм веса в течении 45 дней. После курса терапии у 21 детей (65,6 %) ПЦР ЦМВ был отрицательной. Семь детей получили еще и гипериммунный иммуноглобулин к ЦМВ (5 из них с вифероном, а 2 ребенка без). При сочетании виферона и иммуноглобулина у 4 из 5 вирус в ПЦР отсутствовал. Побочных реакций аллергического или других типов выявлено не было. Из 8 детей, не получивших виферон, 2-х вводился специфический иммуноглобулин, в динамике после лечения ПЦР на ЦМВ у них отрицательно, а у 6 детей сохранились положительные ПЦР на ЦМВ.

Таким образом, у 65,6 % детей противовирусная терапия Вифероном оказалась успешной (из них 19 % получили и специфический иммуноглобулин). Отрицательные результаты были у 9 из 32 детей, при этом 1 из них получил сочетанную терапии с иммуноглобулином. Все это в комплексе позволяет считать длительный курс Виферона (от 45 дней и выше) методом эффективной противовирусной терапии персистирующей перинатальной ЦМВ-инфекции.

Семенов В.М., Зенькова С.К., Кубраков К.М.,
Скворцова В.В., Веремей И.С.,
Дмитраченко Т.И., Жильцов И.В., Васильева М.А.,
Семенов С.В.

**БЕТА-ЛАКТАМАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ
СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ
С ВТОРИЧНЫМИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ
МЕНИНГИТАМИ**

УО «Витебский государственный медицинский
университет»

г. Витебск, Беларусь

Бета-лактамазная активность – способность разрушать бета-лактамно кольцо антибактериальных препаратов, приводя к их неэффективности. Увеличение бета-лактамазной активности может быть обусловлено как продукцией бета-лактамаз бактериями-возбудителями бактериальных инфекций, так и повышенным распадом бета-лактамных антибиотиков под воздействием различных факторов макроорганизма (альбумин, иммуноглобулины).

Цель исследования - оценка уровня бета-лактамазной активности спинномозговой жидкости (СМЖ) у пациентов с вторичным бактериальным менингитом, анализ ее клинической значимости.

Материалы и методы. Пробы СМЖ забирались при проведении диагностических люмбальных пункций у пациентов с тяжелой ЧМТ, опухолью головного мозга в поздний послеоперационный период при подозрении на развитие вторичного гнойного менингита. Всего было проанализировано 40 проб ликвора, взятых в начале развития осложнений и в динамике у 22 больных вторичными бактериальными менингитами, госпитализированных в нейрохирургическое отделение ВОКБ в 2011-2012 гг. Диагноз устанавливался на основании клиничко-лабораторных критериев, подтверждался культурально, методом ПЦР. При выделении чистой культуры определяли ее чувствительность к стандартному набору антибиотиков методом бумажных дисков. Для оценки бета-лактамазной активности СМЖ использовали тест-систему «Биолактан» (Сивитал, Беларусь).

Результаты. Средний уровень выявленной нами бета-лактамазной активности СМЖ составил 29,55% (95% ДИ: 21,14...37,95). Минимальный выявленный уровень активности был равен 0, максимальный – 75,9%. При этом в начале развития осложнения средний уровень бета-лактамазной активности был несколько ниже и составил в среднем 24,67% (95% ДИ: 13,73...35,62). В целом высокие уровни бета-лактамазной активности (выше 40%) при развитии вторичных бактериальных менингитов были зарегистрированы у 4 больных (18,2%). У 40% пациентов на фоне эмпирической антибактериальной терапии вторичного бактериального менингита имело место повышение бета-лактамазной активности в динамике в 1,8-8,3 раз, что сопровождалось так же и отсутствием клинического эффекта. В последствие после замены антибиотиков бета-лактаманного ряда на препараты других групп наблюдалось снижения уровня бета-лактамазной активности в 1,2-8 раз, видимо, в связи с гибелью бета-лактамаз-продуцирующих микроорганизмов. Чистую культуру возбудителей ин-

фекций ЦНС удалось получить в 22,22% случаев, и во всех случаях возбудителями являлись бактерии рода *Acinetobacter*. Сравнительный анализ показал, что при уровне бета-лактамазной активности СМЖ выше 40% *Acinetobacter* проявлял устойчивость к цефалоспорином третьего и четвертого поколения, а при уровне, превышающем 60%, - так же являлся резистентным к карбапенемам и умеренно устойчивым к ингибитор-защищенным аминопеницилинам (ампициллин/сульбактам).

Таким образом, проведенный анализ показал, что тест-система «БиоЛактам» может успешно использоваться для качественной и количественной оценки бета-лактамазной активности СМЖ. Высокая (более 40%) бета-лактамазная активность СМЖ является достоверным предиктором неудачи стартовой эмпирической терапии бета-лактамами, что требует назначения антибиотиков других групп. Результаты, получаемые при помощи тест-системы «БиоЛактам», полностью сопоставимы с данными чувствительности, получаемыми методом бумажных дисков, что подчеркивает актуальность данной тест-системы в связи ее экспрессностью (1 час vs 3-4 дня).

Семёнов В.М., Стычневская Е.В., Голубцов В.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОХИМИЧЕСКОЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

*УО «Витебский государственный медицинский
университет»
г. Витебск, Беларусь*

В исследование включены 844 пациента, которые состоят на учёте в консультативном кабинете Витебской областной клинической инфекционной больницы. Из них с ХВГС под наблюдением находятся 657 (77,8±1,43%) пациентов, с ХВГВ – 171 (20,3±1,38%), с микст гепатитами – 17 (2,01±0,48%). У всех пациентов произведена оценка биохимической активности при постановке на учёт и в динамике. Биохимическая активность оценивалась исходя из следующих критериев: превышение АЛТ в 1,5-2 раза выше нормы – минимальная активность, в 2-5 раз – слабовыраженная, в 5-10 раз – умеренная, более чем в 10 раз – выраженная.

У 217 (25,7±1,51%) пациентов при постановке на учёт АЛТ были в пределах нормы, 230 (27,0±1,53%) пациентов имели минимальную биохимическую активность. Из 447 пациентов, имеющих отсутствие признаков цитолиза или минимальную активность при постановке на учёт, только у 241 (53,9±2,36%) отсутствовало прогрессирование цитолиза при дальнейшем наблюдении в течение 5 лет. У 164 (36,7±2,28%) из 447 пациентов активность выросла до слабовыраженной, у 37 (8,5±1,3%) – до умеренной, у 5 (1,1±0,5%) – выраженной.

Биопсия печени проведена 95 пациентам. Высокая степень морфологической активности зарегистрирована у 26 (27,0±0,46%) пациентов, из них только у 1 пациентки зафиксирована высокая биохимическая активность, у 8 – умеренная, у 10 – слабовыраженная, у 4 – минимальная биохимическая активность. При высокой морфологической активности у 3 человек цитолиз отсутствовал

вообще. У 49 (51,6±5,15%) пациентов выявлена умеренная морфологическая активность, из них у 21 пациента цитолиз не определялся или был минимален, у 28 больных цитолиз был слабовыраженный или умеренный. Из 20 (21,05±4,2%) пациентов со слабой морфологической активностью только у 6 были нормальные показатели АЛТ, а у 2 фиксировалась АЛТ с превышением нормы более чем в 5 раз. Таким образом, в большинстве случаев биохимическая активность у пациентов с хроническими вирусными гепатитами не совпадает с морфологической активностью и не может служить полноценным показателем прогрессирования заболевания.

Тяжёлый фиброз выявлен у 9 (9,47±3,02%) пациентов, у 8 из них (88,9±11,1%) также регистрировалась высокая морфологическая активность. При наличии тяжелого фиброза биохимическая активность отсутствовала только в 1 случае, в 2 случаях она была минимальной, в остальных (6 случаев) – умеренной. Таким образом, высокая морфологическая активность способствует быстрому развитию фиброза.

В 45 случаях при проведении биопсии печени проводилась оценка наличия персистенции вируса простого герпеса не только по морфологическим признакам, но и методом иммуногистохимии. У 15 (33,3±7,11%) пациентов при биопсии зафиксирована персистенция вируса простого герпеса, из них у 6 (40,0±13,1%) наблюдалась высокая морфологическая активность и у 8 (53,3±13,3%) – умеренная, при этом в 12 случаях (80,0±10,7%) обнаружен слабый фиброз, в 3 случаях (20,0±10,7%) – умеренный фиброз, что может свидетельствовать о том, что вирус простого герпеса оказывает влияние на активность, но не является индуктором прогресса фиброза. Влияние на активность может указывать на необходимость проведения дополнительной противовирусной терапии, направленной на подавление репликации вируса простого герпеса.

*Сигидаев А.С., Суворова М.А., Козлов С.С.,
Захаренко С.М.*

ОСОБЕННОСТИ БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ И У ДЕТЕЙ

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург, Россия*

Среди кишечных паразитозов в настоящее время особый интерес вызывает широко распространенное протозойное заболевание – бластоцистоз, обусловленное паразитированием преимущественно в толстой кишке простейших *Blastocystis hominis*. Рост интереса ученых и практических паразитологов к этому простейшему объясняется его чрезвычайно широким распространением в мире. К настоящему времени *B. hominis* является самым часто выявляемым в человеческих фекалиях простейшим, как у больных людей, так и у здоровых. Использование молекулярно-генетических методов исследования позволило установить, что *Blastocystis* имеют несколько субтипов. Клиническое значение обнаруженных генетических различий до настоящего времени остается не изученным.

В период с 2009 по 2012 г. на базе клиники инфекционных болезней ВМедА им. С.М. Кирова, паразитологиче-

ской лаборатории при кафедре инфекционных болезней ВМедА им. С.М. Кирова и научно-исследовательской лаборатории «Диагностика» г. Санкт-Петербург нами были обследованы 1596 человек, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в различных лечебных учреждениях Санкт-Петербурга (в том числе 1273 детей в возрасте до 14 лет и 323 пациента с хроническими вирусными гепатитами).

Для обнаружения простейших, были использованы как методы традиционной паразитологической диагностики (микроскопия мазков кала), так и молекулярно-биологические методы (ПЦР).

В результате проведенных паразитологических исследований было установлено, что у 104 больных с ХВГ (32,2%) выявлена бластоцистная инвазия. Наиболее высокие показатели инвазированности данными простейшими регистрировались у пациентов с хроническими гепатитами на стадии цирроза печени (64,7%). У детей экстенсивность инвазии оказалась ниже и составила 5,9%. Существенных различий в частоте обнаружении бластоцист у мужчин и женщин обнаружено не было.

На первом этапе исследований результаты молекулярно-генетического анализа с использованием родоспецифических праймеров (*Blastocystis* 18 s ribosomal RNA gene) не совпали с результатами традиционной микроскопической диагностики. Исследование этого же материала больных с ХВГ и детей методом ПЦР позволило идентифицировать нуклеотидные последовательности генома рода *Blastocystis* в 158 и 78 пробах соответственно, что на 20,2% превысило результаты микроскопической диагностики фекалий больных с ХВГ и на 0,2% детей.

Среди больных с ХВГ (158 чел.) по результатам генотипирования бластоцист в равном соотношении в 32,9% случаев определялись Subtype 6 и Subtype 5, в 30,4% - Subtype 3 и в 15,8% - Subtype 1. В 10,1% случаев обнаруживалось одновременное выявление subtype 5 с subtype 1.

Больные с ХВГ, в кале которых были обнаружены бластоцисты, предъявляли жалобы, характерные для диспепсического синдрома: изжогу, отрыжку, метеоризм, дискомфорт в эпигастрии, тошноту. В этой группе больных у всех отмечалось расстройство стула. У подавляющего большинства встречался жидкий неоформленный кал и статистически реже мажвидный вязкий. Почти все предъявляли жалобы на боли разлитого характера по всему животу.

Самым распространенным субтипом бластоцист у детей оказался *Blastocystis species* subtype 3 (62,8%). У 23 детей (29,5%) обнаружен subtype 1, у 19 (24,4%) - subtype 2, у 3 пациентов (3,8%) subtype 7 и у 1 человека был обнаружен subtype 4.

По характеру жалоб дети были разделены на две подгруппы. Первую подгруппу составили 49 детей, у которых преобладали жалобы типичные для гастроинтестинального синдрома: послабление стула, диарея, боли в животе, потеря аппетита, тошнота, метеоризм. Вторую подгруппу составили дети без жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта (29 человек).

В группе детей с кишечными расстройствами преобладали subtype 3 (44,9%) и subtype 1 (22,4%) и в 24,5% случаев они выявлялись вместе. В этой же группе были обнаружены бластоцисты subtypes 4 и 7. В подгруппе

без гастроинтестинального синдрома чаще выявлялся subtype 2 (48,3%) или subtype 3 (34,5%). Одновременно оба субтипа обнаружены в 17,2% случаев. Другие субтипы бластоцист в этой подгруппе не выявлялись. Обнаружение *Blastocystis species* subtype 2 достоверно коррелировало с наличием у детей атопического дерматита и крапивницы.

Таким образом, проведенные паразитологические и молекулярно-биологические исследования позволили установить, что у больных ХВГ антропонозный субтип бластоцист встречался лишь в 30% случаев. Чаще всего эта группа пациентов была инвазирована бластоцистами 5-го и 6-го субтипов. Для них было характерно отсутствие бластоцистов 2, 4 и 7 субтипов. У детей в 63% случаев исследования методом ПЦР давали положительный результат на *Blastocystis species* subtype 3. При этом subtypes 5 и 6 не были обнаружены ни у одного ребенка.

Бластоцистная инвазия у больных ХВГ и у детей, вызванная subtype 1 сопровождалась различными расстройствами со стороны пищеварительной системы, а subtype 2, по крайней мере, у детей, проявлялся аллергическими реакциями.

Поскольку субтипы 5 и 6 определялись только у больных ХВГ и не выявлялись у детей, можно предположить, что хронические заболевания печени способствуют заселению кишечника определенными субтипами.

Скворцова В.В., Семенов В.М., Дмитраченко Т.И., Зенькова С.К., Кубраков К.М., Жильцов И.В., Веремей И.С., Семенов С.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

г. Витебск, Беларусь

Важное значение в лечении инфекций дыхательных путей и профилактике осложнений принадлежит антибактериальным препаратам, эффективность которых в значительной степени зависит от чувствительности к ним микроорганизмов. Широкое использование антибактериальных препаратов и эмпирический подход к лечению привели к формированию резистентности к ним респираторных патогенов и, как следствие, неэффективности традиционных схем терапии инфекций дыхательных путей. В связи с этим для выбора оптимального лекарственного средства при лечении необходима идентификация возбудителей, вызывающих инфекционные заболевания дыхательных путей, и установление их чувствительности или устойчивости к антибактериальным средствам, используемым по общепринятым схемам терапии. При использовании классических методов определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам (диффузионные и методы разведений), учитывая время необходимое для выделения чистых культур, результат можно получить только через 48-72 ч.

Целью работы явилась оценка диагностической значимости методики определения уровня бета-лактамазной активности плевральной жидкости для своевременной коррекции антибиотикотерапии при бактериальных инфекциях дыхательных путей.

Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с инфекциями дыхательных путей (абсцесс легких, эмпиема плевры, экссудативный плеврит) в возрасте от 25 до 73 лет, средний возраст составил – 51,9 лет. Бета-лактамазную активность плевральной жидкости определяли с использованием тест-системы «Биолактан» (ООО «Сивитал», Республика Беларусь).

У 12 пациентов ($48 \pm 10,2\%$) уровень бета-лактамазной активности плевральной жидкости превышал пороговый уровень (согласно инструкции фирмы-производителя $> 40\%$), у 13 ($52\% \pm 10,2\%$) пациентов – $< 40\%$. Результаты исследования показали, что у 7 из 12 пациентов ($53,3\%$) с уровнем БЛА плевральной жидкости превышающей 40% отмечалось отсутствие эффекта от проводимого лечения. При этом 4 из них получали монотерапию цефалоспорины I, III поколений, 3-е пациентов – комбинированную терапию: цефалоспорины III поколения в сочетании с фторхинолонами. В итоге проведена смена антибактериальной терапии. Были назначены такие антибактериальные препараты как цефалоспорины IV поколения и антибактериальные препараты, не относящиеся к группе бета-лактамов.

У 6 из 13 пациентов с уровнем БЛА плевральной жидкости $< 40\%$ стартовая антибактериальная терапия проводилась цефалоспорины I, III поколений, у 5 – комбинированная: цефалоспорины I, III поколений в сочетании с фторхинолонами или аминогликозидами, 2-е пациентов получали нестандартную антибактериальную терапию: в одном случае – ципрофлоксацин, в другом – комбинацию меропенема с ванкомицином. У всех пациентов на фоне проводимой терапии был достигнут клинический эффект. Смена стартовой антибактериальной терапии у пациентов с уровнем БЛА плевральной жидкости $< 40\%$ проводилась лишь у 2-х пациентов (в $15,4\%$ случаев), которые на начальном этапе заболевания получали ципрофлоксацин.

Таким образом, определение бета-лактамазной активности плевральной жидкости у пациентов с инфекциями дыхательных путей позволяет выбрать наиболее эффективную схему антибактериальной терапии или провести ее коррекцию в короткие сроки на начальных этапах госпитализации, что дает возможность значительно снизить затраты на лечение и избежать осложнений.

Соколова Т.М., Фёдорова Н.Е., Куц А.А.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КЛЕТочНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЦИТОМЕГАЛОВИРУСУ

г. Москва, Россия

Цитомегаловирус (ЦМВ) вызывает нарушения в регуляции клеточного цикла, физиологического апоптоза и системы иммунитета. Представлены результаты изучения вирус-индуцированных процессов регуляции активности генов системы интерферона (ИФН) и апоптоза при продуктивной и медленной инфекции, свидетельствующие об ассоциации резистентности к вирусу с пролиферацией и происхождением клеток. Сравнительный анализ развития ЦМВИ в синхронизированных (G0 и S-фаза) линиях диплоидных фибробластов человека (ФЧ) показал, что репликация ЦМВ (штамм AD169) в делящихся клетках, в отличие от покоящихся, происходит медленно и до низких инфекционных титров. Индуцированный клеточный апоптоз контролируется вирусом и развиваются быстрее в покоящихся ФЧ (продуктивная инфекция), приводя

к клеточной гибели. Задержка вирусной репликации в фазе синтеза ДНК ассоциирована с высокими уровнями экспрессии генов системы ИФН (альфа-ИФН, ферментов дсРНК-зависимой протеинкиназы, олигоденилат-синтазы, РНК-азы L), Fas-рецептора апоптоза и белка цитоскелета – гамма-актина. Линии ФЧ с более низкой чувствительностью к вирусу (кожа человека) имеют повышенные конститутивные уровни экспрессии антивирусных генов. ЦМВ регулирует экспрессию генов системы ИФН и апоптоза в динамике продуктивной инфекции. На ранних сроках вирус активирует транскрипцию антивирусных генов (ОАС1/РНК-азы L и дсПК), антиапоптозного гена Bcl2 и может ингибировать апоптозный ген Fas. Такая ЦМВ-регуляция ограничивает активность вирусной репликации и обеспечивает клеточную выживаемость. На поздних сроках ЦМВ, наоборот, вызывает подавление активности генов клеточной защиты (альфа-ИФН, РНК-азы L, Bcl2). Особенности ЦМВ-контроля системы ИФН и апоптоза во многом определяются происхождением клеточной линии ФЧ. Полученные данные позволяют заключить, что врожденный иммунитет к ЦМВ зависит от конститутивных уровней экспрессии генов альфа-ИФН, ОАС1 и РНК-азы L и индуцируемых уровней гамма-ИФН и дсПК.

Показано, что гибель ЦМВ-инфицированных фибробластов происходит преимущественно путем апоптоза без нарушения клеточной проницаемости и типичного межнуклеосомного разрушения клеточной ДНК на протяжении всего цикла вирусной репродукции. ЦМВ индуцирует белковые маркеры апоптоза (Bcl-2, цитохром C и каспаза 3). Антиапоптозное действие вируса проявляется либо подавлением транскрипционной активности Fas-гена, либо стимуляцией гена Bcl2. Наши данные демонстрируют два противоположных эффекта ЦМВ на активность генов Fas и Bcl2 в разных клеточных линиях ФЧ. ЦМВ-индуцированный апоптоз может быть как независимым, так и зависимым от Fas-рецептора. При ЦМВИ нарушается структура актиновых микрофиламентов и снижается активность гена гамма-актина.

Старостина В.И., Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т., Зарипова Р.М., Головин В.П.

КОНЦЕНТРАЦИЯ АТРИАЛЬНОГО НАТРИУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА 1-98 В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

г. Уфа, Российская Федерация

Цель работы: определение динамики концентрации атриального натрийуретического пропептида 1-98 (NT-проАНП1-98, нмоль/л) в плазме крови больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), а также выявление корреляционных связей пропептида 1-98 с клиническими и лабораторными показателями.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 32 пациента мужского пола в возрасте от 16 до 56 лет с тяжёлым и среднетяжёлым течением ГЛПС. Контрольная группа состояла из 12 человек и соответствовала группе наблюдения по возрасту, полу и данным анамнеза. Концентрацию NT-проАНП1-98 определяли иммуноферментным методом (EIA, Biomedica, Австрия). Статисти-

ческую обработку проводили при помощи пакета программ Statistica 7.0.

Результаты и обсуждение. У больных тяжелой формой ГЛПС наблюдается статистически достоверное повышение концентрации NT-проАНП1-98 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 в группах с тяжелым и среднетяжелым течением ГЛПС. Максимальные значения NT-проАНП1-98 зарегистрированы в полиурическом периоде болезни.

Повышение уровня NT-проАНП1-98 в течение трех периодов заболевания с максимумом в периоде полиурии, возможно, связано с патологическими изменениями в области предсердий, которые сопровождаются повышением высвобождения NT-про-АНП1-98 на фоне повреждения и гемодинамического блокирования почечных структур, отвечающих за его метаболические превращения.

В периоде олигурии значение NT-проАНП1-98 коррелирует с уровнем креатинина: $r=0,54$; $p<0,05$. Наличие положительной корреляционной связи средней силы можно предположительно объяснить следующим образом: чем более выражено поражение почек, тем выше уровень креатинина, и вместе с тем меньше метаболизируется NT-проАНП1-98, и тем выше его концентрация в крови. Кроме того, в дистальных канальцах почек из NT-проАНП1-98 образуются натрийуретические пептиды 1-30 и 31-67, а чем более нарушена почечная гемодинамика, тем меньше их синтезируется, тем более усугубляются нарушения почечной гемодинамики, уменьшается натрийурез и повышается уровень креатинина. В полиурическом и раннем реконвалесцентном периодах ГЛПС не выявлено корреляционных связей данного прогормона с клинико-лабораторными показателями.

Выводы. В олигурическом, полиурическом и раннем реконвалесцентном периодах заболевания наблюдается повышение уровня NT-проАНП1-98 в плазме крови с максимумом в полиурическом периоде. В олигурическом периоде значение NT-проАНП1-98 положительно коррелирует с уровнем креатинина, следовательно, чем выше уровень NT-проАНП1-98 в олигурическом периоде, тем более нарушена функция почек.

Сулейменова З.И.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

г. Алматы, Республика Казахстан

Печеночно-клеточная недостаточность – это снижение синтетической функции печени в результате значительного уменьшения числа полноценных гепатоцитов. Печеночно-клеточная недостаточность развивается в

результате цитолитического синдрома, осложняет течение острого и хронического вирусного гепатита, цирроза печени любой этиологии, а также встречается при токсическом гепатите, остром жировом гепатозе беременных, лекарственном гепатите и прочих заболеваниях печени, приводит к развитию печеночной энцефалопатии.

Терапия печеночной энцефалопатии включает базисные медикаментозные препараты, среди которых наиболее эффективным в плане обезвреживания аммиака и перевода его в мочевины, является «Гепа-Мерц».

Гепа-Мерц назначался 23 больным с тяжелым течением острого вирусного гепатита (11 пациентов), 6 больным с суперинфекцией острого гепатита дельта на хронический вирусный гепатит, 3 пациентам с обострением хронического вирусного гепатита и 3 больным с декомпенсированным циррозом печени. Основное число больных (87%) было в возрасте 20-39 лет, 2 – 40-49 лет и 1 из группы 15-19 лет. Препарат применялся в дозе 20 мл (10 г) 22 пациентов и в 1 случае в дозе 40 мл (20 гр.). Курс лечения составлял 7–10 дней.

Исходно низкие показатели мочевины – один из ведущих симптомов печеночно-клеточной недостаточности – имели место у 6 больных ОВГ (1,7), 1 с ХВГ (1,7), 3 с ОГД (1,7) и 1 с ЦП (1,8). Исходно низкие показатели креатинина отмечались у тех же больных ОВГ (40,4), 2 с ОГД (42,6), 1 с ХВГ (48,3) и 2 с ЦП (28,6). После курса терапии содержание мочевины (3,6; 4,4; 4,9; 3,0 соответственно) поднялось до нормы. Креатинин поднялся до нормы у больных ОВГ (54,9) и ХВГ (66,4). У пациентов с суперинфекцией ОГД на ХВГ содержание креатинина не достигло нормы (48,2), при циррозе печени, напротив еще более снизилось (13,0).

Свое влияние препарат оказал и на другие показатели синдрома цитолиза. Так, по сравнению с исходными показателями, АЛТ у больных с ОВГ снизилась в 1,4 раза, при ОГД+ХВГ в 1,2, при ХВГ в 3,8 и при ЦП в 1,3 раза. Имело место снижение показателя непрямой фракции билирубина у больных с ОВГ в 1,5 раза, при ОГД+ХВГ в 2,5, при ХВГ в 2,1 раза по сравнению с исходными величинами. У пациентов с ЦП, напротив, отмечалось увеличение содержания общего билирубина и непрямой его фракции в 1,2 раза. Исходно высокие показатели протромбинового отношения во всех группах (1,91; 1,6; 1,49; 1,8 соответственно) после курса лечения снижались до нормы, за исключением больных с ЦП.

Таким образом, применение Гепа-Мерца у лиц с заболеваниями печени, независимо от формы поражения, способствовало нормализации синтеза мочевины и креатинина, а также снижало показатели исходно высоких показателей цитолиза, за исключением больных ЦП, что является вполне ожидаемым эффектом, ввиду гибели большой массы гепатоцитов и нарушении морфологии печени.

Сумливая О.Н., Каракулова Ю.В., Воробьева Н.Н., Платова Л.А.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ В ЛИКВОРЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

г. Пермь, Россия

Высокий уровень заболеваемости клещевым энцефалитом (КЭ) в России обуславливает высокую медико-

социальную значимость инфекции (Воробьева М.С. и др., 2006; Злобин В.И., 2006). Известно, что первые дни заболевания не определяют клинической формы и степени тяжести поражения центральной нервной системы (ЦНС) при КЭ (А.П. Иерусалимский, 2006). В настоящее время одним из наиболее специфичных маркеров повреждения нейронов и, опосредованно, индикатором проницаемости гематоэнцефалического барьера, признана нейроспецифическая енолаза (НСЕ) (Беляева И.А. и др., 1995; Wu Y.C. et al., 2004).

Целью исследования явилось изучение концентрации НСЕ в ликворе у больных в остром периоде клещевого энцефалита.

Обследовано 20 пациентов с клещевым энцефалитом в первые дни заболевания, из них 12 человек с менингеальной, 8 - с очаговой формой инфекции. Диагноз устанавливался на основании эпидемиологических (присасывание клеща или посещение леса в сроки, соответствующие инкубации), клинических (наличие интоксикационного, менингеального, очагового синдромов) и серологических данных (обнаружение в сыворотке специфических IgM к вирусу клещевого энцефалита).

Концентрацию НСЕ в ликворе определяли твердофазным методом иммуноферментного анализа, основанным на принципе «сэндвича», с использованием набора реагентов «НСЕ-ИФА-Бест», исследование проводилось в строгом соответствии с инструкцией.

Результаты. Уровень НСЕ в ликворе у больных с менингеальной формой составил $0,27 \pm 0,16$ нг/мл, а при очаговых формах статистически достоверно выше – $3,93 \pm 4,52$ нг/мл ($p=0,011$).

Невысокие значения НСЕ в ликворе при менингеальной форме, по-видимому, можно объяснить повреждением единичных клеток нейроэктодермы и соответственно благоприятным клиническим прогнозом этих форм заболевания у обследуемых пациентов.

Достоверное увеличение концентрации НСЕ в ликворе у больных с паралитическими очаговыми формами свидетельствует о нарушении целостности гематоэнцефалического барьера и степени повреждения нейронов головного мозга. Обнаружение высокого уровня НСЕ в ликворе позволяет уже на раннем этапе предположить развитие более тяжелой паралитической очаговой формы клещевого энцефалита.

Установлено, что концентрация НСЕ в ликворе была значительно выше при неблагоприятном летальном исходе заболевания и составила $8,19 \pm 4,57$ нг/мл, а при благоприятном – $0,46 \pm 0,41$ нг/мл ($p=0,013$).

Таким образом, определение уровня НСЕ в ликворе может служить дополнительным критерием ранней диагностики степени повреждения нейронов и нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера. Выявление высокого уровня НСЕ в ликворе позволяет прогнозировать развитие тяжелой паралитической очаговой формы КЭ до появления клинической симптоматики, ее исход и назначить своевременную адекватную терапию.

Сундуков А.В., Мигманов Т.Э., Гагарина И.В., Аликиева Г.К., Стернин Ю.И.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

г. Москва, Российская Федерация

В России отмечается рост распространенности хронических вирусных гепатитов у ВИЧ-инфицированных больных. Терапия ХГС интерферонами и рибавирином у больных сочетанной инфекцией ХГС/ВИЧ часто бывает не эффективной и цирроз печени развивается в 3-5 раз чаще и быстрее. В настоящее время цирроз печени занимает основное место в структуре летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных. При этом пик этой патологии прогнозируется на 2018-2030 годы.

Общепринятая этиотропная терапия имеет много противопоказаний и побочных эффектов, на этом фоне часто отмечаются осложнения и обострение болезни. С другой стороны, высокая стоимость препаратов также ограничивает их широкое использование. Как результат, более 70% ВИЧ-инфицированных больных не получают этиотропное лечение, в то же время патогенетическая терапия разработана недостаточно. В связи с этим, все чаще стали использовать гепатопротективные препараты различного механизма действия.

Цель исследования: провести клинико-лабораторную оценку эффективности патогенетической терапии препаратами Ремаксол и Вобэнзим в лечении сочетанной инфекции ХГС/ВИЧ.

Материалы и методы: в исследование было включено 118 пациентов ВИЧ-инфекцией и ХГС в возрасте от 20 до 40 лет. Диагноз ВИЧ-инфекция и ХГС был подтвержден серологическими, молекулярно-генетическими и иммунологическими методами. Больные находились на III, IVA и IVB стадиях ВИЧ-инфекции. Основными причинами не назначения стандартной этиотропной терапии было злоупотребление алкоголем (59,3%), а также наркомания (20,3%). Несколько реже встречался отказ пациентов от противовирусного лечения (22%) и непереносимость или неэффективность терапии, отмеченные у 19,5% человек. Пациенты первой группы (n=56) принимали препарат системной энзимотерапии Вобэнзим по 5 драже 3 раза в день в течение от 1, 3 и 6 месяцев. Второй группе (n=12) терапия проводилась Ремаксом в течение 5-10 суток по 400 мл в день. Группа сравнения состояла из 50 человек, которые получали только базисную патогенетическую терапию. Среди включенных в исследование чаще регистрировалась смешанная форма гепатита (токсический+ХГС), так в первой группе встречалась у 44 человек (78,6%) и у 7 больных во второй группе (58,3%). Через две недели на фоне приема Вобэнзима и Ремаксола у всех больных отмечалось снижение ферментов цитолиза и билирубина. Клинически это проявлялось в уменьшении слабости, появлении аппетита, отсутствии тошноты, снижении желтухи. Выраженное улучшение биохимических показателей на этом сроке терапии, а также сокращение длительности астении, желтушного синдрома и диспепсии, регистрировалось при использовании Ремаксола. В группе пациентов, принимающих Вобэнзим в течение 1 месяца, наблюдалось сни-

жение активности печеночных ферментов, но биохимическая ремиссия была достигнута в 12,5% случаев, через 3 месяца приема препарата уже у 58,9% больных, а при полугодовом курсе терапии у 96,4% больных. У больных, получивших терапию Ремаксом, через 3 и 6 месяцев регистрировалось нарастание активности аминотрансфераз в 41,7% и 58,3%.

Выводы: Вобэнзим и Ремаксол демонстрируют высокую эффективность в лечении обострений ХГС. В комплексной терапии вышеуказанные препараты позволяют добиться клинического улучшения и нормализовать биохимические показатели, не оказывая негативного влияния на течение ВИЧ-инфекции при хорошей совместности с ВААРТ.

*Сыздыков М.С., Атишабар Б.Б., Бердалиева Ф.А.,
Кузнецов А.Н., Дуйсенова А.К., Абуова Г.Н.,
Умарова С.К.*

ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ БРУЦЕЛЛЁЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДЕЛИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ МОНОЦИТОВ МОНО МАС 6

г. Алматы, Казахстан

Цель работы: Оценить эффективность существующих схем этиотропной терапии бруцеллёза *in vitro* с учётом внутриклеточного паразитирования возбудителя.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два этапа: на первом была оценена эффективность противобруцеллёзных препаратов в Е-тесте, а на втором — в культуре клеток.

I этап исследования. Бактериальные штаммы: 126 штаммов *Bruceella melitensis*, выделенных на территории Южно-Казахстанской области из различных клинических источников (кровь, ликвор, синовиальная жидкость) в период с 2004 по 2010 годы.

Изучение чувствительности к антибактериальным препаратам: определялась минимальная ингибирующая концентрация (МИК) доксициклина, рифампицина, гентамицина, ципрофлоксацина и комбинации триметоприм-сульфаметоксазол (ТМП/СМ) с помощью Е-теста (Biometrieux, Швеция) на бруцелл-агаре (Hi-media, Индия) с добавлением 5% овечьей сыворотки с оценкой результатов через 48 часов инкубации на воздухе (вне CO₂-инкубатора) при температуре 37°C.

II этап исследования. Человеческие моноциты были использованы как наиболее полно соответствующие по своим характеристикам макрофагам больного человека. В качестве модельной культуры был использован типовой штамм *Bruceella melitensis* 1251. Инфицированная культура клеток была протечена 8, 4, 1 и 0,25 × минимальными подавляющими концентрациями (МИК) каждого из препаратов.

Полученные результаты. I этап исследования. В целом все изучавшиеся штаммы бруцелл оказались чувствительными к исследуемым антибактериальным препаратам. В соответствии с МИК90 наиболее эффективным *in vitro* в отношении бруцелл препаратом оказался доксициклин (0,07 мг/мл). Второе место по эффективности занял ципрофлоксацин (0,098 мг/мл). Несмотря на то, что рифампицин *in vitro* оказался эффективен в отношении клинических изолятов бруцелл, настаивают его относительно высокие МИК, необходимые для подавления бактериального роста.

II этап исследования. Внутриклеточной эрадикации бруцелл удалось достичь лишь при использовании 8 МИК гентамицина и стрептомицина, поскольку эти антибиотики практически не проникали внутрь клеток. Рифампицин и тетрациклины успешно снижали число внутриклеточных бактерий уже при 0,25 МИК, а ципрофлоксацин — при 1 МИК.

Таким образом, стрептомицин и гентамицин, входящие в рекомендуемые ВОЗ схемы этиотропного лечения бруцеллёза, не позволяют достичь эффективной эрадикации внутриклеточного возбудителя. Наибольшую эффективность в отношении внутриклеточных бруцелл показали тетрациклины и рифампицин.

Тастанбеков Б.Д., Мустафазаде Т.Ш.

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ

г. Алматы, Республика Казахстан

Уровень частоты неврологических нарушений у новорожденных и детей раннего возраста остается высоким, определяя во многом показатели их смертности и тяжелой инвалидизации. Возникновение неврологических нарушений у детей связывают, прежде всего, с перинатальной патологией матери и ребенка. Однако, применяемые в течение многих лет меры по уменьшению влияния факторов перинатальной патологии, нельзя считать эффективными, поскольку частота таких нарушений, как гестозы, многоводие, невынашивание, внутриутробная гипоксия, асфиксия в родах, внутричерепные кровоизлияния по-прежнему значительна и даже имеет тенденцию к росту.

По данным многих исследователей, подавляющее большинство патологических состояний беременности развиваются на фоне инфекций. Не случайно после массовых вакцинаций против гриппа, краснухи уменьшаются показатели перинатальной смертности. В то же время роль таких инфекционных патогенов, как цитомегаловирусная, герпетическая 1,2 типа, энтеровирусная (ЕСНО, Коксаки), хламидийная, микоплазменная, не только недооценивается, они не имеют репутации сколь-нибудь опасных заболеваний. И в практическом здравоохранении они не фигурируют в качестве диагнозов и причин заболеваний и, соответственно, не являются объектами ни профилактических, ни санитарно-гигиенических мер.

Между тем, отмеченные патогены имеют ряд общих свойств. Они широко распространены в популяции взрослых людей — в большинстве в виде латентно-персистирующего течения и передаются различными путями. Часто реактивируются, проявляясь гриппоподобными состояниями, особенно у женщин во время беременности. Процесс реактивации у беременных сопряжен с репликацией возбудителя, что резко повышает вероятность инфицирования плода. Вирусы цитомегалии, герпеса проявляют тропность к эпителиальным тканям, особенно к эндотелию сосудов, нервным клеткам плода и органам репродуктивной системы женщин.

По данным Л.Л. Нисевич и А.Г. Талалаева (2006), А.И. Хазанова (2009), а также результатам наших исследований (кафедра неонатологии), среди новорожденных с задержкой внутриутробного развития (диспластической и гипопластической форм) с серологическими свидетель-

ствами врожденной герпетической и цитомегаловирусной инфекциями наиболее частыми были нарушения со стороны центральной нервной системы.

При проведении нейросонографии и МРТ отмечены внутрижелудочковые кровоизлияния, порэнцефалии, кисты головного мозга и другие аномалии развития.

Таким образом, данные исследований убеждают, что снижение риска внутриутробной инфекции плода способно повлечь существенное снижение частоты неврологических расстройств у детей.

Уже принимаемые меры по выявлению женщин с высоким риском инфекционного поражения плода, предупреждению беременности с неблагоприятным исходом, и другие, бесспорно, важны. Однако радикальное решение проблемы связано с вакцинацией против герпетической и цитомегаловирусной инфекций. Перспективы вакцинации очевидны. В этой связи особое значение имеет разработка обоснованных показаний и противопоказаний к ожидаемой вакцинопрофилактике с учетом широкого спектра медицинских, биологических и организационных факторов. Разработка и реализация таких превентивных мер предусматривает интеграцию специалистов ряда профилей – неонатологов, акушеров-гинекологов, эпидемиологов и других.

Ташимова К.К.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗОЖ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

ГККП «Городская инфекционная больница»

г. Астана, Казахстан

Формирование здорового образа жизни является частью государственной политики Республики Казахстан – это государственная стратегия охраны здоровья населения.

Основными направлениями стратегии «Казахстан-2030» является Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. Формирование здорового образа жизни достигается путем комплексного подхода к профилактике заболеваний и профиликации социально-значимых заболеваний, обусловленных поведенческими факторами.

В городской инфекционной больнице работает кабинет ЗОЖ с 1997 года в штатном расписании предусмотрена 1 ставка врача и 0,5 ставки медсестры. Кабинет оснащен оргтехникой и информационными материалами. В функциональные обязанности врача входят организация, координация и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни среди стационарных больных, среди коллектива и в курируемых средних школах. Работа ЗОЖ кабинета проводится согласно комплексного плана, который составляется ежегодно утверждается главным врачом и согласовывается директором ЦФЗОЖ. В соответствии с планом работы ежемесячно проводятся тематические месячники, декадни по профилактике заболеваний и по борьбе с вредными привычками. Во время месячников по профилактике инфекционных заболеваний организуются городские семинарские занятия для медработников ПМСП, организуются «День открытых дверей».

В курируемых школах постоянно проводятся лекции, беседы, тренинги, брейн-ринги особенно в школе акцентируем внимание об усилении информированности

подростающего поколения о последствиях пассивного и активного курения, злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков, по профилактике инфекционных заболеваний. Школьники обучаются принципам правильного и рационального питания, знаниям правил дорожного движения, выработке навыков культуры поведения на дорогах и в быту.

Регулярно работаем со СМИ по освещению вопросов профилактики инфекционных заболеваний. Опубликовано в печати 25 статей, 14 выступлений по центральному телевидению и 6 по радио. За период 2009–2011 годы прочитаны 2545 лекции, проведены 10420 беседы, 214 тренинга, 38 брейн-рингов.

Таким образом в инфекционной больнице г. Астана для пропаганды здорового образа жизни организован кабинет который работает не только в стационаре и на уровне города совместно с центром ЗОЖ. Для поддержки здоровья сотрудников, для формирования в коллективе ЗОЖ необходимо профсоюзному комитету приобрести абонентские талоны для постоянного посещения спортивно-оздоровительные центры. Необходимо усиление взаимодействия государственных и общественных структур Действующей в «Школа здоровья» создать программу по профилактике заболеваний и поведенческих факторов: по профилактике особо опасных инфекций, по туберкулезу, по ВИЧ/СПИД, по борьбе с наркоманией и алкоголизмом по пропаганде здорового питания и т.д.

Необходимо в местной печати создать рубрику «ЗОЖ»

Ташипулатов Ш.А., Беляева Н.М., Бабаев Т.Б., Кузьменко Т.Н., Мухаммадиева С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА

г. Самарканд, Узбекистан; Москва, Россия

Пневмонии как одна из причин летального исхода при пищевом ботулизме в литературе отсутствуют, особенности течения данного осложнения в зависимости от степени тяжести основного процесса и выраженности дыхательной недостаточности как в период компенсации и декомпенсации. Целью настоящей работы явилось изучение особенностей течения бактериальных осложнений как пневмония при пищевом ботулизме.

Обследовано 171 больной пищевым ботулизмом в возрасте от 14 до 64 лет. В зависимости от степени выраженности общеинтоксикационного и паралитического синдромов и показателей жизненной емкости легких (ЖЕЛ), больные были разделены на легкую (52), среднетяжелую (65) и тяжелую формы ботулизма (54). Осложнения бактериального характера у наблюдаемых имели место при среднетяжелом и тяжелом течении ботулизма. У 31 из 54 больных тяжелой формой ботулизма среди бактериальных осложнений преобладают поражения бронхолегочной системы.

В зависимости от степени специфической интоксикации и дыхательной недостаточности пациенты были разделены на две группы: первая группа – без ИВЛ (15 пациентов), и вторая группа – с ИВЛ (16 пациентов). Так, у больных первой группы у 2 пациентов двухсторонняя пневмония и у 9 имела место односторонняя

пневмония, а в 4 случаях бронхит. У всех пациентов второй группы наблюдалось сочетание двухсторонней пневмонии и трахеобронхита. Пневмония у больных первой группы, которым не потребовалось проведения ИВЛ, развилась в среднем через $3,12 \pm 0,24$ суток от момента госпитализации. У 16 больных, состояние которых потребовало проведения ИВЛ, двухсторонняя пневмония развилась в среднем через $2,71 \pm 0,19$ суток от момента госпитализации. При этом следует отметить, что у 3 из 16 больных с ИВЛ пневмония была диагностирована до начала ИВЛ. У 13 больных из этой подгруппы пневмония развилась через $2,42 \pm 0,2$ суток от момента начала ИВЛ.

Особенностями течения пневмонии у описываемых больных ботулизмом явились чрезвычайно раннее возникновение, бурное прогрессирование и рефрактерность к проводимой терапии. Клиническая картина пневмонии в остальном была ярко выраженной и соответствовала классическим описаниям, данным в литературе. Присоединение пневмонии ухудшало общее состояние больных ввиду нарастания признаков неспецифической интоксикации и ОДН.

У больных с ИВЛ на вторые сутки от момента начала ИВЛ, рентгенологически отчетливо выявлялась картина очаговой нижнедолевой пневмонии. На фоне активно проводимых терапевтических и реанимационных мероприятий у всех 11 больных первой подгруппы (без ИВЛ) и у 9 из 16 больных второй подгруппы (с ИВЛ) удалось ликвидировать воспалительный процесс в легких в среднем на $7,44 \pm 0,27$ сутки и на $11,61 \pm 0,82$ сутки от момента возникновения пневмонии соответственно. В то же время у 7 из 16 больных, находившихся на ИВЛ смерть наступила от легочно-сердечной недостаточности в среднем на $7,81 \pm 1,33$ сутки от момента возникновения пневмонии. Бактериальные осложнения у больных без ИВЛ со стороны бронхолегочной системы в виде бронхита имели место у 4 из 15 пациентов в среднем на $2,74 \pm 3,25$ сутки от момента госпитализации.

Таким образом, результаты исследования показывают, что осложнения бактериального характера имеют место при среднетяжелом и тяжелом течении пищевого ботулизма со стороны бронхолегочной системы. Развитие пневмонии, которая имеет место у больных с тяжелым течением ботулизма, не зависит от применения искусственной вентиляции легких. Данное осложнение развивается уже на ранних этапах развития заболевания, и является одним из ведущих факторов, влияющих на неблагоприятные исходы пищевого ботулизма.

Ташпулатов Ш.А., Никифоров В.В., Беляева Н.М., Райхер А.И.

**ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ
АНТИТОКСИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ
В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПИЩЕВЫМ
БОТУЛИЗМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ
ПБС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВНУТРИВЕННОМ
ВВЕДЕНИИ**

*г. Самарканд, Республика Узбекистан;
г. Москва, г. Пермь, Россия*

Ранее нами сообщалось о разработке тест системы на базе ИФА для определения концентрации специ-

фических антител противоботулинической сыворотки (ПБС) в сыворотке крови у больных пищевым ботулизмом. В результате проведенного исследования было установлено, что концентрация антитоксических антител определяется до 8-10 суток от момента однократного внутривенного введения ПБС. Несмотря на многократное уменьшение объема вводимой дозы ПБС – количество аллергических осложнений остается высоким. Вопрос же о клинической эффективности однократного внутривенного применения меньших, чем одна доза ПБС, а также об аллергических осложнениях, вызываемых таким объемом сыворотки, в доступной литературе не поднимался. Учитывая вышеизложенное, естественной представляется необходимость оптимизации классических и разработка новых подходов к осуществлению специфической терапии больных пищевым ботулизмом с использованием ПБС. Под нашим наблюдением находилось 34 больных пищевым ботулизмом: с легким и со среднетяжелым течением по-12 и тяжелым – 10, которым в лечебных целях было в/в введено по 1/2 лечебной дозы ПБС однократно. Во всех случаях заболевания, было вызвано токсином типа В, ввиду чего наибольший интерес представляло изучение динамики нарастания титров антител именно этого типа токсина. Забор крови на предмет определения титров осуществлялся спустя 3, 12, 24 часа и на 2, 4, 8, 12 сутки от момента введения препарата. Концентрация антитоксических антител сыворотки крови в зависимости от тяжести основного процесса была следующей: при легком течении: $0,26 \pm 0,05 - 0,26 \pm 0,05 - 0,25 \pm 0,02 - 0,19 \pm 0,007 - 0,11 \pm 0,05 - 0,03 \pm 0,01$ МЕ\мл соответственно; при среднетяжелом течении: $0,36 \pm 0,04 - 0,32 \pm 0,07 - 0,32 \pm 0,06 - 0,21 \pm 0,05 - 0,14 \pm 0,02 - 0,07 \pm 0,01$ – МЕ\мл соответственно; при тяжелом течении: $0,14 \pm 0,04 - 0,19 \pm 0,06 - 0,27 \pm 0,06 - 0,21 \pm 0,05 - 0,18 \pm 0,07 - 0,09 \pm 0,02$ МЕ\мл соответственно.

На 12 сутки от момента введения препарата у больных ботулизмом в независимости от тяжести основного процесса уровень антитоксических антител в сыворотке не определялся. Оценка динамики титров антитоксических антител в сыворотке крови в легкой, среднетяжелой и тяжелой формами пищевого ботулизма показывает, что однократное внутривенное введение 1/2 дозы ПБС вполне удовлетворяет задаче максимального быстрого поступления антитоксических антител в кровяное русло. При этом следует отметить, максимально высокие титры антитоксических антител регистрируются в крови в независимости от тяжести основного процесса в ближайшие часы после введения, что должно способствовать практически мгновенной нейтрализации свободно циркулирующего токсина и прекращению дальнейшего его поступления в ЦНС. Следует отметить, что вне зависимости от степени тяжести основного процесса в сыворотке крови определялись свободные антитела, которые циркулировали в сыворотке крови до 8-10 дня с момента введения ПБС. Таким образом, полученные результаты показывают, что для специфической антитоксической терапии больных различной по тяжести формой пищевого ботулизма достаточно лишь 1/2 дозы ПБС, вводимой внутривенно однократно.

Тойгомбаева В.С.¹, Кутманова А.З.²

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

¹ Кыргызско-Российский Славянский Университет

² Кыргызская государственная медицинская академия
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Животноводческое направление хозяйствования в КР определяет актуальность проблем зоонозов для ветеринарной и медицинской служб. К одной из проблемных зоонозов, регистрируемых в республике, относится сибирская язва, которая сохраняет эпизоотологическое и эпидемиологическое неблагополучие и до настоящего времени, представляя угрозу здоровью человека и животных. В целом заболеваемость животных в республике в многолетней динамике за период с 1941 по 2010 годы имеет тенденцию к снижению. Однако, по данным Департамента государственной ветеринарии, эпизоотологическая ситуация в республике по сибирской язве за последние 5 лет вновь вызывает тревогу. Это связано с наличием большого числа сибиреязвенных почвенных очагов на территории республики.

В настоящее время нет точных данных о количестве сибиреязвенных почвенных очагов, а число официально зарегистрированных не достоверно. Так, по данным ветеринарной службы их числится 1223, тогда как по данным санитарно-эпидемиологической службы – 1233. Формированию и сохранению почвенных очагов сибирской язвы способствуют климатические условия и характер почвы республики. По данным Департамента государственной ветеринарии из зарегистрированных 1223 сибиреязвенных очагов только 438 ($35,8 \pm 2,4\%$) ограждены, 511 ($41,7 \pm 2,7\%$) зацементированы, 457 ($37,3 \pm 3,3\%$) имеют опознавательные знаки. Но при этом точное их расположение известно только о 532 ($43,4 \pm 2,7\%$) очагах. По официальным данным заболеваемость животных сибирской язвой всегда меньше заболеваемости людей. В республике в течение 17 лет постсоветского периода зарегистрировано 324 случаев заболевания сибирской язвой людей, что в два раза больше в сравнении с аналогичным периодом до распада союза. Необходимо отметить, что последние 6 лет отмечается выраженная тенденция роста заболеваемости среди людей. Анализ возрастной структуры больных за 2006-2010 годы свидетельствует, о том, что в основном болеют лица трудоспособного, активного возраста (20-39 лет), которые составили $76,7 \pm 7,4\%$ всех заболевших. Наблюдались случаи заболевания детей до 14 лет – $2,7 \pm 2,7\%$ и лиц старше 60 лет – $5,5 \pm 3,9\%$. Заболевание преимущественно регистрировалось среди мужчин $77,0 \pm 3,3\%$ ($p < 0,01$), что связано с забоем скота, уходом за больными животными. Анализ заболеваемости по профессиональной деятельности показал, наибольшую долю инфицирования не работающих лиц, которые привлекались для забоя скота (более $40 \pm 8,6\%$), более 23% приходилось на долю частных владельцев домашнего скота и 13% – на долю учащихся. Отмечались единичные случаи заражения служащих, ветеринарных работников и пенсионеров.

Таким образом, эпизоотологическая и эпидемиологическая ситуация по заболеваемости сибирской язвой людей и животных остается неблагополучной в Кыргызской Республике. Имеются климато-географические предпо-

сылки для формирования и сохранения сибиреязвенных почвенных очагов, связанные с животноводческим направлением хозяйствования, ограниченным доступом к ветеринарным услугам из-за платного ветеринарного сервиса, а также недостатками эпизоотического и эпидемиологического надзора за этой инфекцией и неудовлетворительной санитарно-просветительной работой среди населения.

Тойчубе Р.М.

ОСОБЕННОСТИ ВЫСЕВАНИЯ БРЮШНО- ТИФОЗНЫХ ПАЛОЧЕК ИЗ ЗАГРЯЗНЕННОЙ РАДИОНУКЛИДАМИ ВОДЫ В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА

Институт медицинских проблем Южного отделения
Национальной академии наук Кыргызской Республики
г. Ош, Кыргызстан

Цель работы. Выявить влияние загрязнения воды радионуклидами на высеваемость брюшно-тифозных палочек в разные сезоны года.

Материалы и методы. Учитывая, что среди населения, проживающего в пойме реки Майлуу-Суу (где свое время в течение 22 лет добывался уран, захороненный в 23 хвостохранилищах и 16 отвалах объемом более 4 млн. тон), заболеваемость брюшным тифом (БТ) резко возрастает в результате селевых потоков, то анализы воды из рек (Майлуу-Суу, а также Шайдан-Сай, Кара-Ункур, протекающих параллельно реки Майлуу-Суу, реки Ак-Буура, расположенной в южной части Ферганской долины) брали с учетом этих факторов. Для бактериологического посева и определения содержания радионуклидов и пестицидов в воде периодически в течение года брали пробы объемом 2 литра в стерильную стеклянную посуду. Бактериологическое исследование проводили по общепринятой методике. Для определения содержания радионуклидов (Th, U) в воде использовали масс спектрограф. Из пестицидов определяли ДДТ, ДДЕ, ДДД, ГХЦГ α , γ , β , альдрин и дильдрин на газожидкостном хроматографе. Работа выполнена по проекту МНТЦ КР-1516.

Результаты и обсуждение. Из реки Шайдан-Сай за десятилетний период из 2360 анализов воды, взятых в осеннее время, БТ палочка в выделена одном случае, что составляет 0,04%. Из реки Кара-Ункур из 3456 анализов воды (в течение 10) БТ палочка не выделена; из 8969 анализов, взятых из реки Ак-Буура, БТ палочка выделена в четырех случаях 0,044% (из Ак-Буринского канала Араванского района). В то же время, заболеваемость БТ среди населения, проживающего в пойме реки Майлуу-Суу, с 1997 до 2005 года наблюдалась в летнее и осеннее время, а с 2006 года и по настоящее время заболеваемость наблюдается в зимний и весенний сезоны. За эти годы в стационар поступило более 1200 человек с подозрением на БТ. Из реки Майлуу-Суу в зимнее время была взята 51 проба и высеяно 2 культуры брюшного тифа (3,9%), в весеннее время - из 164 проб высеяно 4 культуры брюшного тифа (2,4%), летом и осенью соответственно 3,4 % и 4,5%.

В воде были обнаружены торий (0,025- 0,045 мг/л) и уран (от 3,46 до 15,0). Пестициды в воде не были обнаружены. В иле из реки Ак-Буура, взятом по нижнему течению, выявлены ДДЕ-0,024 мг/л., ГХЦГ α -0,06 мг/л.

Тойчуев Р.М., Мамытова М.М.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА В УСЛОВИЯХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Институт медицинских проблем Южного отделения
Национальной академии наук Кыргызской Республики
г. Ош, Кыргызстан

Цель работы: Изучение распространенности брюшного тифа (БТ) в условиях юга Кыргызстана, выявление горячих точек.

Материалы и методы. Анализу подверглись 170 случаев больных с подтвержденным диагнозом на брюшной тиф за 2010 и 2011 гг. Для изучения эпидемиологии БТ рассчитали интенсивный показатель заболеваемости. Работа выполнена по проекту МНТЦ КР-1516.

Результаты и обсуждение. Юг Кыргызстана отличается климатогеографическими особенностями и расположением над уровнем моря (начиная от 400 до 7495 метров), и, кроме того, особо жаркий, местами влажный климат создает условия для роста и размножения различных микробов, в том числе, почвенных. Поэтому в условиях юга Кыргызстана выявляются все виды инфекций, в том числе БТ.

При изучении заболеваемости брюшным тифом по югу Кыргызстана за 2010 г. всего зарегистрировано 82 заболевших, из них 36 детей, что составляет 43,9% от общего числа заболевших. За 2011 г. их было 88, из них детей – 32 (36,3%). В г. Ош в 2010 г. зарегистрировано 2 случая БТ, заболеваемость на 100 тыс. населения составляла 0,8 случаев, среди детей до 14 лет – 1,5. В Баткенской области 2 случая или 0,5 и 1,4 случаев на 100 тыс. населения. По Ошской области за 2010 г. зарегистрировано 7 больных БТ. Заболеваемость составляла 0,6 и среди детей – 0,5. По Джалал-Абадской области заболевших было – 71, из них дети до 14 лет – 31; интенсивный показатель соответственно – 6,9 и 9,2, т.е. в 12-17 раз больше, чем в других регионах.

За 2011 г. интенсивный показатель заболеваемости БТ составлял 8,3, среди детей – 9,2. В городе Ош заболевших БТ не было. В Баткенской области 1 случай или 0,2 и 0,0 случаев на 100 тыс. населения. По Ошской области зарегистрирован 1 больной БТ. Заболеваемость составляла 0,1 и среди детей – 0,3. По Джалал-Абадской области заболевших было – 86, из них 31 – дети до 14 лет; интенсивный показатель соответственно – 8,3 и 9,2, т.е. в десятки раз больше, чем в других регионах.

Для выявления причин высокой заболеваемости БТ по Джалал-Абадской области была изучена заболеваемость по водным источникам. Среди населения, проживающего по пойме реки Майлуу-Суу, заболеваемость БТ за 2010 г. составляла 124,7 и 251,6 – среди детей; в 2011 г. – соответственно 130,9 и 162,5. Из 71 заболевшего БТ за 2010 г. по Джалал-Абадской области 52 проживали в пойме реки Майлуу-Суу, что составило 73,23%. Из 86 заболевших БТ в 2011 г. по Джалал-Абадской области в пойме реки Майлуу-Суу проживало 64, или – 74,45%.

Таким образом, высокий показатель заболеваемости населения БТ в целом по югу Кыргызстана объясняется санитарным неблагополучием населения, проживающего в пойме реки Майлуу-Суу, т.е. именно эта местность остается «горячей точкой» по брюшному тифу.

Токмалаев А.К., Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИЕЙ

г. Душанбе, Таджикистан

г. Москва, Россия

Заболеваемость трехдневной малярией, вызываемой *P. vivax*, составляет в настоящее время свыше 55% от общей заболеваемости всеми формами малярии за пределами тропической Африки, где распространена исключительно тропическая малярия. В Республике Таджикистан удерживается достаточно высокая заболеваемость трехдневной малярией, особенно в южных регионах, граничащих с Афганистаном. Оборот инвазии в субтропическом поясе республики достигает до 5-8 раз в год. Несмотря на доброкачественный характер течения трехдневной малярии, все же нередки тяжелые формы болезни, преимущественно, у детей раннего возраста. Как известно, именно в этой группе больных в связи со сложностями ранней диагностики и отсутствием специфического иммунитета отмечаются тяжелые формы болезни.

Целью нашего исследования явилось изучение роли цитокинов в клиническом течении трехдневной малярии у детей раннего возраста.

Исследования проводились у 20 детей в возрасте от 1 года до 3 лет в динамике инфекционного процесса.

У данной категории больных в периоде разгара и ранней реконвалесценции отмечались достоверно повышенные значения провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-1 β , IL-6) по отношению к показателям контроля (52,4 \pm 1,2 и 30,3 \pm 2,2 против 16,8 \pm 1,1 пг/мл; 39,2 \pm 1,6 и 32,8 \pm 2,1 против 17,8 \pm 2,3 пг/мл; 60,4 \pm 5,1 и 42,2 \pm 4,6 против 25,4 \pm 2,6 пг/мл, $p < 0,001$ соответственно в указанные сроки болезни), за исключением IFN- γ , концентрация которого не отличалась от контрольных величин (10,8 \pm 0,8 и 11,4 \pm 1,1 против 9,6 \pm 1,1 пг/мл, $p > 0,05$). Кроме того, выявлены повышенные концентрации IL-2 (48,4 \pm 4,3 и 38,5 \pm 3,7 пг/мл против 10,4 \pm 1,2 пг/мл, $p < 0,01$).

Начиная с периода разгара, отмечалось достоверное повышение продукции противовоспалительного IL-4 (34,2 \pm 3,5 и 218,6 \pm 14,6 пг/мл против 16,4 \pm 2,5 пг/мл в контроле, $p < 0,001$) с тенденцией к снижению значения к периоду поздней реконвалесценции, но не достигающего показателя здоровых детей (60,0 \pm 3,9 пг/мл против 16,4 \pm 2,5 пг/мл, $p < 0,001$). Выявленная динамика цитокинового статуса, свидетельствовала об изменении Th1/Th2 пути иммунного ответа у детей данной возрастной группы в пользу продукции цитокинов Th2-типа, определяющего в большей степени «негладкое» течение заболевания. Установленный дисбаланс цитокинов был непродолжительным, так как проявлялась противопаразитарная активность IL-2 и восстановление показателей провоспалительных цитокинов к периоду поздней реконвалесценции.

Таким образом, выявленный сдвиг характера иммунологического реагирования детей раннего возраста по Th2-пути иммунного ответа, определял тяжесть течения трехдневной малярии, о чем свидетельствовал высокий процент среднетяжелых и тяжелых форм болезни в данной возрастной группе. Высокие показатели провоспалительных цитокинов на фоне снижения продукции IFN- γ и раннее повышение противовоспалительного IL-4 могут быть предикторами тяжелого течения болезни.

Трякина И.П.

РЕАКТИВАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ИНСОЛЯЦИИ

г. Москва, Россия

Действие ультрафиолета (УФ) на систему иммунитета изучено достаточно хорошо. Известно, что под воздействием УФ происходит стимуляция кератиноцитов и выброс иммунных супрессивных медиаторов: ИЛ-10, ФНО-альфа, отвечающих за системную иммунную супрессию. Кроме того, УФ превращает трансурокановую кислоту в цис-урокановую, которая также оказывает иммуносупрессивное действие, угнетая представление антигенов антигенпрезентирующим клеткам, содержащимся в коже. Высокие дозы УФ вызывают апоптоз клеток, подавляют функцию естественных киллеров, ведут к нарушениям в системе комплемента. Локальные вначале изменения иммунитета кожи впоследствии приобретают системный характер, приводя к супрессивным реакциям с развитием иммунодефицита.

В качестве примера приводим историю болезни пациента Р. 30 лет, у которого заболевание развилось после месячного пребывания в Болгарии, характеризовалось лихорадкой до 39-40 °С. При амбулаторном обследовании диагноз установлен не был, и в связи с продолжающейся лихорадкой больного госпитализировали. Стационарное наблюдение продолжалось 22 дня, проводилось по стандартам обследования лихорадочных больных, при котором были исключены бактериальные инфекции, болезни соединительной ткани, лимфопролиферативные и онкологические заболевания. В гемограмме постепенно увеличилось количество лимфоцитов до 50%, появились единичные атипичные мононуклеары.

Выявление специфических антител «М» и «G» классов к капсидному антигену ВЭБ дало основание к диагнозу «Реактивация хронической ВЭБ инфекции». Лихорадочный период продолжался четыре недели с постепенной нормализацией температуры, других патологических синдромов не выявили. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

У второй пациентки 40 лет после возвращения из Египта на фоне субфебрильной температуры появились крупные и мелкие пузырьковые элементы на коже туловища и конечностей. Подсыпания пузырей продолжалось до трех недель, они лопались, сочилось обильное отделяемое. Состоявшийся консилиум дерматологов высказался в пользу диагноза пузырчатки, и больная была госпитализирована в дерматологическую клинику, где после тщательного обследования установили диагноз «Обострение герпетической ВПГ инфекции. Заживление пузырьковых элементов продолжалось более шести недель, впоследствии сохранялась небольшая пигментация кожи в местах высыпаний.

Таким образом, длительная инсоляция явилась причиной развития иммуносупрессии и активации латентной герпесвирусной инфекции.

Трякина И.П. Беляева Н.М.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ТОКСОПЛАЗМОЗНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ

г. Москва, Россия

В этиологической структуре смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа токсоплазмозный энцефалит занимает одну из ведущих позиций, опережая многие бактериальные и вирусные инфекции.

В клинической картине церебрального токсоплазмоза преобладают симптомы очагового энцефалита с поражением полушарий головного мозга. У больных наблюдаются головные боли, нарушения координации, судороги, гемипарезы, другие признаки очагового поражения мозга (афазия, атаксия, алексия). Кроме того, могут быть лихорадка, менингеальный синдром, когнитивные расстройства.

Одно из характерных проявлений заболевания – наличие при проведении МРТ множественных гиперинтенсивных очагов с четкими контурами в коре, диэнцефальной области, базальных ганглиях, количество которых может увеличиваться по мере прогрессирования процесса.

При исследовании ликвора обнаруживается лимфоцитарный плеоцитоз, методом ПЦР выявляется ДНК токсоплазм. Микроскопия окрашенного центрифугата ликвора позволяет идентифицировать токсоплазмы (трофозоиты).

В серологических реакциях у большинства больных токсоплазмозным энцефалитом выявляются высокие уровни специфических антител класса «G», иногда «M». Выявление антител в ликворе может служить дополнительным аргументом в пользу диагноза токсоплазмоз. Для церебрального токсоплазмоза в большинстве случаев характерно быстрое прогрессирование патологического процесса в течение нескольких дней от появления начальных симптомов заболевания.

В нашем случае наблюдали 25-летнюю пациентку, у которой на фоне ВИЧ-инфекции развился очаговый энцефалит. При проведении МРТ выявлены очаговые изменения в веществе мозга на фоне выраженного отека. С диагностической целью была сделана нейронавигационная биопсия головного мозга, при которой выявлена картина «некротического энцефалита». В серологических реакциях РНИФ, ИФА имели место высокие уровни специфических антител класса «M» и «G» к токсоплазмам. Диагноз токсоплазмозного энцефалита был подтвержден обнаружением в ликворе ДНК токсоплазм методом ПЦР. Успех терапии зависит от сроков назначения этиотропных средств – пириметамина, бисептола, фансидара.

Развитие церебрального токсоплазмоза у ВИЧ-пациентов в абсолютном большинстве случаев обусловлено реактивацией латентной инвазии токсоплазмами, которая развивается на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, при выраженной супрессии иммунной системы и снижении CD-4 лимфоцитов менее 100 в одном мкл. Однако, некоторые авторы, в частности, F. Bellanger, F. Derouin доказали, что реактивация латентной токсоплазмозной инвазии может происходить и на более ранних стадиях ВИЧ-инфекции, при небольшом уменьшении лимфоцитов CD-4. В связи с этим, все ВИЧ - инфицированные пациенты, имеющие специфические антитела к токсоплазме, вне зависимости от их уровней, представляют группу риска по развитию церебрального токсоплазмоза и нуждаются в лекарственной профилактике.

Умбетова К.Т.¹, Дмитриева Л.Н.¹, Алленов М.Н.¹,
Киселевский М.В.², Волчкова Е.В.¹, Пак С.Г.¹

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА АУТОИММУННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

¹ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

² ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

г. Москва, Россия

Высокая частота внепечёночных проявлений при хронических вирусных гепатитах В и С в сочетании с выявлением широкого спектра аутоантител позволяет предположить роль гепатотропных вирусов в этиологии аутоиммунных поражений печени. Несколько лет назад была выявлена особая субпопуляция Т-клеток – комплекс Т-регуляторных клеток CD4+/CD25+ (Трег.), которые проявляют гипопролиферативную активность, обладают способностью угнетать активацию и ингибировать секрецию цитокинов CD4+/CD25+ Т-хелперами и CD8+ и таким образом препятствуют развитию реакций, направленных на элиминацию чужеродного антигена. В то же время, Т-регуляторные клетки CD4+/CD25+ сдерживают активацию аутореактивных Т и В лимфоцитов (Boettler, 2005, Fu 2006), следовательно, их присутствие свидетельствует о наличии аутоиммунных реакций в органе-мишени, в данном случае в печени. В связи с вышеизложенным представляло интерес определить наличие аутоантител (ASMA, ANA, AMA) у больных хроническим вирусными гепатитами и изучить в органе-мишени (печени) морфологическую основу формирования аутоиммунных проявлений. Обследовано 144 пациента хроническими вирусными гепатитами (13 ХВГВ и 131 ХВГС). Диагноз хронического вирусного гепатита установлен на основании клинико-лабораторных данных. ASMA, AMA, ANA выявляли методом непрямой иммунофлуоресценции, anti-LKM-1 определяли методом ИФА. Всем больным выполнена пункционная биопсия печени по Менгину с последующим морфологическим исследованием биоптатов печени общепринятым методом полуколичественной оценки гистологической активности и фиброза по R. Knodell, адаптированной в отношении гепатитов В и С (K. Ishak).

Установлено, что у больных ХВГВ в сыворотке крови выявлены ASMA у 36,4%, AMA у 54,5%, ANA у 18,2% больных и у 9% – anti-LKM-1. Во всех группах больных ХВГС установлено наличие ASMA, AMA и Anti-LKM-1, причём наибольшее количество больных с ASMA (66,7%) и AMA (48,5%) было в группе с низкой степенью активности, частота Anti-LKM-1 во всех группах колебалась от 11,5% до 14,3%, наибольшая частота встречаемости ANA зарегистрирована у больных с циррозом печени (15,4%). В биоптате печени у больных ХГС и ХГВ выявлена выраженная лейкоцитарная инфильтрация печени. Нам удалось определить, что лейкоцитарные инфильтраты печени у больных ХВГВ и ХВГС представлены преимущественно следующими субпопуляциями лимфоцитов: 1) Т-лимфоцитами (CD3+), 2) NKT-клетками (CD3+CD16+CD56+), 3) НК-клетками (CD16+CD56+), 4) цитотоксическими лимфоцитами (CD8+), 5) комплексом Трег. лимфоцитов (CD4+CD25+). Комплекс Т-регуляторных клеток (CD4+CD25+) вызывает супрессию клеточного иммунного ответа при элиминации вируса и поврежденных тканей и обеспечивает развитие

персистирующей вирусной инфекции с аутоиммунным компонентом.

Следовательно, выявленные нами аутоиммунные проявления в сыворотке крови находят своё отражение и в морфологических изменениях печеночной ткани.

Выявленный в гепатобиоптате у больных хроническими вирусными гепатитами комплекс Т регуляторных лимфоцитов (CD4+CD25+) свидетельствует о наличии морфофункциональной основы для формирования аутоиммунных проявлений на фоне персистирующей вирусной инфекции у больных вирусными гепатитами.

Уразбаева Д.Ч., Калина Н.В., Бисимбаева С.К.,
Бекибаева Б.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ INTEGRAL SYSTEM YEASTS PLUS В ИДЕНТИФИКАЦИИ ДРОЖЖЕВЫХ ГРИБОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИМИКОТИКАМ

Акционерное Общество «Республиканский
диагностический центр»

г. Астана, Республика Казахстан

Наиболее часто возбудителями микозов, вызываемых условно-патогенными дрожжеподобными грибами, являются представители рода *Candida*. С целью оптимизации диагностического процесса в последние годы применяются различные тест-системы, которые позволяют идентифицировать возбудителя и определить его чувствительность к антимикотикам за более короткие сроки. В АО «Республиканский диагностический центр» (АО «РДЦ») микробиологической лабораторией при идентификации дрожжевых грибов применяется Integral system yeasts plus (производство компании «Liofilchem s.r.l.», Италия). Нами было протестировано 73 штамма дрожжевых грибов, выделенных из биоматериала пациентов, обследованных в АО «РДЦ» за 2010-2011 гг. с использованием Integral system yeasts plus (24 луночная система, содержащая высушенные биохимические и антимикотические субстраты для детекции и оценки чувствительности к антимикотикам наиболее клинически важных дрожжей).

Детекция основывается на реакциях ассимиляции сахаров, которые интерпретируются оценкой изменения цвета в лунках. Комбинация позитивных и негативных реакций позволяет сформировать цифровой код, который дает возможность идентифицировать исследуемые дрожжи с помощью прилагаемой таблицы кодов. Чувствительность к антимикотическим препаратам оценивается в соответствии с ростом или ингибцией дрожжей в среде, содержащей антимикотик и индикатор роста в лунках, по изменению цвета которого оценивалась чувствительность к препарату.

При идентификации выделенных штаммов грибов с использованием указанной тест-системы показало, что наиболее часто изолируемыми грибами были представители рода *Candida*, что составило 70,0%. Большинство выделенных изолятов составили: *C. famata*, *C. tropicalis* и *C. parapsilosis*, причём доля видов, не относящихся к *C. albicans*, доходила в среднем до 57%. Случаи выявления других родов дрожжей, таких как *Cryptococcus* и *Saccharomyces* в изучаемой популяции составили 13,2% и 10,0% соответственно. Из 73 протестированных штаммов были определены *Rodotorula rubra* (4,1%) и *Trichosporon pullulans* (1,4%).

Среди антимикотиков, тестируемых на Integral system yeasts plus, нистатин оказался резистентным в 33,3% всех случаев позитивов к грибам и результировал меньшую эффективность *in vitro*, по сравнению с амфотерицином (6,7%), иконазолом (6,6%), флуконазолом (10,0%), кетоконазолом (13,3%), тогда как более низкий процент устойчивости был обнаружен для флюцитозина, клотримазола, миконазола (по 3,3%).

Таким образом, информация, получаемая при тестировании дрожжевых грибов, может быть использована для уточнения таксономического положения микроорганизмов, а также позволяет одновременно проводить идентификацию и определение антимикотикочувствительности выделенных дрожжей, что сокращает сроки выдачи результата.

Утегенова Э.С., Нусупбаева Г.Е., Байжуманова Ж.А.

РОЛЬ ПАРВОВИРУСА В19 В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЭКЗАНТЕМНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Казахстан

Синдром экзантемы один из наиболее часто встречаемых клинических проявлений инфекционных заболеваний. Ряд инфекционных заболеваний, в число которых входит корь, краснуха, парвовирусная инфекция, инфекционная эритема и другие, для которых одним из основных симптомов является появление острой неvezиккулярной сыпи. Сходство клинической картины при данных инфекционных заболеваниях во многих случаях делает постановку диагноза затруднительной на основании только клинических данных. В настоящее время в Европейском регионе ВОЗ полностью реализуется Программа элиминации кори, краснухи и предупреждения врожденной краснушной инфекции к 2015 году. Республика Казахстан не является исключением, в сложившихся условиях установление точного диагноза в случае возникновения острых экзантемных заболеваний приобрело важное значение.

Цель. Определить роль парвовирусной инфекции в структуре экзантемных инфекционных заболеваний.

Материалы и методы. Исследования проводились в Национальной референс-лаборатории по контролю за вирусными инфекциями РГКП «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» КГСЭН МЗ РК. В качестве материала служили сыворотки крови от больных с подозрением на корь и краснуха, собранные на 4-7 день с момента высыпания. Исследования проводили методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем Anti-Rubella-Virus/IgM «Siemens», Anti-Measles-Virus/IgM «Siemens» Parvovirus B19/IgM «DRG» производства Германии. Сыворотки крови вначале тестировались на выявление специфических IgM-антител к вирусу кори и краснухи, затем сыворотки с отрицательными результатами исследовались на парвовирусную инфекцию. Всего в течение 2011-12 г.г. было исследовано 228 проб сывороток крови.

Результаты и обсуждение. Всего образцов от больных с диагнозом «корь» поступило 121, при исследовании на наличие IgM-антител к вирусу кори положительные результаты были обнаружены в 88 случаях (72,7%). Из числа 33 отрицательных образцов, в 1 пробе были выявлены IgM-антител к вирусу краснухи (3,0%), в 3 случаях были обнаружены специфические антитела к парвовирусу B19 (9,0%).

Диагноз «краснуха» лабораторно был подтвержден у 4 пациентов (3,7%) при исследовании 107 образцов. В 103 образцах с отрицательными результатами в 16 обнаружены IgM-антител к вирусу кори (15,5%) и в 21 пробе были выявлены антитела класса IgM к парвовирусу B19 (24,1%).

В общей структуре исследованных нами случаев экзантемных инфекционных заболеваний доля парвовирусной инфекции составила 10,5%, кори – 45,6%, краснухи – 2,2% и у 41,7% больных были получены отрицательные результаты.

Таким образом, подведя итоги данной работы, можно сделать вывод, что в Казахстане наряду с вирусами кори, краснухи определенное место в этиологической структуре экзантемных инфекций принадлежит парвовирусам.

Утегенова Э.С., Нусупбаева Г.Е., Тохтабакиева З.Н., Байжуманова Ж.А., Нуркаскаева А.К.

О РОЛИ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

г. Алматы, Казахстан

Надежный и достоверный результат лабораторных исследований является залогом успеха лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий. Одним из критериев повышения качества лабораторных исследований является участие лабораторий в Программе Внешней Оценки Качества (ПВОК). Это нашло отражение в Государственной Программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг., одним из основных направлений которой в части совершенствования санитарно-эпидемиологической службы является внедрение в деятельность лабораторий санитарно-эпидемиологической службы системы внешней оценки качества.

Материалы и методы. Национальная референс-лаборатория по контролю за вирусными инфекциями Научно-практического центра санэпидэкспертизы и мониторинга КГСЭН МЗ РК (НРЛ) входит в лабораторную сеть ВОЗ по полиомиелиту, кори, краснухе и гриппу. Согласно требованиям ВОЗ Национальная лаборатория в каждой стране должна обеспечивать качество лабораторных исследований путем ежегодного участия в ПВОК ВОЗ, на основании которого решается вопрос аккредитации лаборатории. НРЛ участвует в такой программе и ежегодно получает полную аккредитацию ВОЗ.

Аналогичная работа проводится на национальном уровне по энтеровирусным инфекциям, гриппу, вирусным гепатитам и краснухе. С этой целью был разработан и утвержден приказ КГСЭН МЗ РК №34 от 17.01.2011 г. «О внедрении в деятельность лабораторий санитарно-эпидемиологической службы системы внешней оценки качества». Согласно этому приказу НРЛ ежегодно проводит внешнюю оценку качества исследований территориальных вирусологических лабораторий. Данная работа включает в себя подготовку НРЛ зашифрованных панелей и отправку их в регионы; ретестирование образцов, направленных из регионов, в НРЛ и оценку специалистами НРЛ при посещении лабораторий.

При этом нами проводилась оценка основных методов исследований, применяемых на современном этапе в

вирусологических лабораториях – полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ и вирусологический метод. В качестве материала использовались сыворотка крови, носоглоточные мазки, образцы фекалий. В результате полученных данных проводится анализ, на основе которого для каждой лаборатории даются практические рекомендации для повышения качества исследования.

Результаты и обсуждение. Таким образом, проводимая ежегодно Национальная Программа по внешней оценке качества исследований вирусологическими лабораториями, позволяет выявить проблемы в каждой лаборатории и направить основные усилия для их решения. Это обеспечит высокое качество исследований, что лежит в основе надежности и достоверности результатов лабораторных исследований.

Утегенова Э.С., Нусунбаева Г.Е., Тохтабакиева З.Н., Нуркаскаева А.К.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВИРУСОВ ГРИППА В СЕЗОН 2011–2012 ГГ. В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Казахстан

Грипп и острые респираторные вирусные остаются одной из актуальных проблем здравоохранения. Особую важность имеет массовая распространенность инфекции, территориальная неравномерность, заболеваемость наиболее уязвимых групп населения, возможность тяжелых осложнений, которые ведут к летальным исходам. Одной из особенностей эпидемиологии гриппа является то, что эпидемии часто имеют смешанную этиологию с участием различных субтипов вирусов гриппа типа А: А (H1N1) и А (H3N2) и типа вируса гриппа В. Этиологическая расшифровка гриппа позволяет рекомендовать актуальные штаммы вируса гриппа в сезон вакцины следующего года.

Материалы и методы. Образцы отбирались от больных с гриппоподобными заболеваниями (ГПЗ) и с тяжелыми острыми респираторными инфекциями (ТОРИ), соответствующих стандартному определению случая. Материалы доставлялись в региональные вирусологические лаборатории. С целью внешней оценки качества все положительные образцы на грипп направлялись в Национальную референс-лабораторию (НРЛ) Научно-практического центра санэпидэкспертизы и мониторинга. Всего с октября 2011 г. по май 2012 г. исследовалось 2311 образцов. Все образцы были протестированы методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени и положительные пробы далее исследовались вирусологическим методом. В региональных лабораториях применялись наборы для выявления РНК вирусов гриппа А и гриппа В в клиническом материале методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией «АмплиСенс® influenza virus A/B-FL», для идентификации субтипов H1N1/H3N2, H1-swine-FL «АмплиСенс® influenza virus A-тип-FL», Россия.

В НРЛ использовались аналогичные наборы «АмплиСенс», Россия и наборы «QIAamp® Viral RNA Mini Kit» Германия; для проведения реакции ОТ-ПЦР и амплификации нуклеотидных последовательностей агентов применялись праймеры СДС с набором «AgPath-IDTM One-step RT-PCR Kit» Ambion, США. Идентификацию выделенных штаммов проводили с использованием диа-

гностических сывороток ВОЗ: influenza A(H1) reference antiserum, influenza A(H3) reference antiserum, influenza B sheep antiserum/Florida/4/2006 (Yamagata lineage).

Результаты исследования. Результаты молекулярно-генетического анализа свидетельствуют о значимости в эпидемическом процессе гриппа А, который выявлен в 528 случаях, вирус гриппа В был обнаружен лишь в 21 случае. Структура гриппа выглядит следующим образом: 48,3% тип А(H3N2), 46,5% тип А(H1N1), 3,8% тип В, 1,4% несубтипированный грипп А. Результаты вирусологических исследований показывают, что всего по республике было изолировано 27 штаммов гриппа в т.ч. вирус гриппа типа А(H3N2) – 21 штаммов и А(H1N1) – 6.

Территориальное распространение вирусов гриппа, циркулировавших в эпидсезон 2011-12 г.г. на территории республики, имели характерную особенность. В южных регионах республики циркулировал и вызывал вспышку вирус гриппа типа А(H1N1) – (Алматинская, Жамбылская, Южно-Казахстанская области и г. Алматы), на остальной территории заболеваемость гриппом была вызвана типом А(H3N2).

Таким образом, в эпидсезон 2011-2012 гг. отмечалась преобладающая циркуляция вируса гриппа А.

Утепбергенова Г.А., Алишинбаева Г.У., Дмитриевский А.М., Шерметова М.Б., Ивасив И.В., Айнабек Г.А.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО БЕШЕНСТВУ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

г. Шымкент, Казахстан

В Южном Казахстане резервуаром бешенства являются как волки (шакалы) так и лисы.

Цель работы – анализ заболеваемости бешенством в Южно-Казахстанской области (ЮКО) за 2006–2010 гг.

Удельный вес заболевших в ЮКО за последние пять лет составил 76,9% (30 случаев из 39) по РК. Ежегодно возникает 3–10 случаев. Наибольшая заболеваемость отмечена в 2009 г. – 0,4 на 100 тыс. населения (выше среднего в 4,4 раза). Наибольшее количество заболевших отмечено в г. Шымкент (8), Сарыагашском (6), Сайрамском (4), Махтаральском и Отырарском (по 3) районах. Наибольшее количество больных (60%) регистрируется в летне-осеннее время. У 78,5% больных были укусы (33,3% бездомных) собак. 50% заболевших были – взрослые; 36,6% – дети до 14 лет, 13,4% – 15-17 лет. 23 человека (76,6%) не обратились за медицинской помощью. У 7 (23,3%) обратившихся за медицинской помощью, 2 вакцинация не была проведена, но 3 заболевших получили антирабическую вакцину.

Инкубационный период составил 3-7 месяцев у не получивших антирабическую вакцинацию и 1-2 месяца у получивших ее. У заболевших введение антирабической вакцины и иммуноглобулина было поздним и в недостаточной дозировке. Болезнь протекала циклично с развитием периодов предвестников, разгара (возбуждения) и паралитического периода, в течении 6-12 дней. Больным проводилась дезинтоксикационная, симптоматическая, противосудорожная терапия. Был выставлен вероятный диагноз, в связи с отсутствием методов лабораторно-этиологического подтверждения.

В последние годы в ЮКО отмечается рост количества обратившихся по поводу укусов домашних и бродячих собак. Так, в 2006 г. обратилось – 7558 пострадавших, в 2007 – 11600, в 2008 – 13231, а в 2009 – 15777, в 2010 – 18158 человек. Из них мужчин было 60%, женщин – 40%, 30% пострадавших являются дети школьного возраста. В 2009 г. вакцинацию получили только 15 000 человек. По данным областной ветеринарной лаборатории за анализируемый период чаще всего вирус бешенства обнаруживался у собак (70%), КРС и лошадей (16,6%), кошек и других животных (по 6,6%).

Таким образом, ЮКО занимает первое место в РК по заболеваемости людей бешенством; которое чаще регистрируется в летне-осеннее время (60%), в г. Шымкент, Сарыагашском и Сайрамском районах. Наиболее высокий риск заражения (по Таршис) – 0,8 выявлен в Махтаральском, Сары-Агашском, Отрарском, Сайрамском, Ордабасинском районах и в г. Шымкент; умеренный риск заражения (0,2-0,3) – в Толембийском, Тулькубасском, Шардаринском и низкий риск (0,1) – в Казыгуртском районе (Жолшоринов А.Ж., 2002). Источником инфекции являются собаки (78,5%), среди которых 3,3% – бездомные; 76,6% заболевших бешенством не обращались за медицинской помощью; в 2 случаях обратившимся не был назначен курс вакцинации; кроме того болезнь развилась у 3 человек, получавших антирабическую вакцину. Необходимо разрабатывать и внедрять стандартное определение случая бешенства. В РК отсутствует лабораторно-этиологическая диагностика бешенства.

Ушкова М.К., Головина Ю.А., Кузнецов Н.И.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДЛИТЕЛЬНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЫ ГРУППЫ D ENTERITIDIS У ДЕТЕЙ

г. Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время сальмонеллезная инфекция у детей характеризуется широкой распространенностью и формированием длительного бактериовыделения. Так по данным отдела кишечных инфекций НИДИ у 47,9 % детей после острого сальмонеллеза формируется длительное бактериовыделение.

Целью проведенного исследования было изучение клинико-лабораторной эффективности комбинированного лекарственного электрофореза цинка с последующим применением электрофореза интерферона в составе комплексной терапии длительного бактериовыделения.

Под наблюдением находилось 54 ребенка с длительным выделением сальмонеллы группы D enteritidis. Методом случайной выборки все пациенты были разделены на две группы: основную (27 человек), получавшую электрофорез цинка и интерферона в комбинации с медикаментозной терапией и группу сравнения (27 человек), куда входили дети, получающие только лекарственную терапию. Обе группы пациентов были сходны по клинико-лабораторным показателям.

Методика проведения физиотерапевтической процедуры. Раздвоенный электрод (анод) располагали на передней поверхности живота в области проекции печени, желчного пузыря и поджелудочной железы. Лекарственные прокладки каждого из двух электродов смачивались 0,25% раствором сульфата цинка. Катод размещался в

нижнегрудном отделе позвоночника в зоне Th8-Th12. Лекарственная прокладка этого электрода смачивалась 1% раствором никотиновой кислоты с последующим проведением электрофореза с интерфероном. Продолжительность процедуры составляла 10-15-20 минут, на курс лечения назначалось 10-15 процедур, проводимых ежедневно. Дозирование процедуры проводилось по силе гальванического тока, которая подбиралась индивидуально с учетом площади электродов и субъективных ощущений пациента. Физиологическая плотность тока определялась экспериментально и составляет для детей 0,02-0,07 мА/см².

Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что лекарственный электрофорез с цинком и интерфероном является эффективным методом лечения длительного бактериовыделения у детей. После проведения терапии у больных основной группы значительно улучшилось общее состояние. Процент бактериовыделения в основной группе после лечения составил 14,8% (100% до лечения), а в группе сравнения – 48,1% (100% до лечения).

Заключение. Преимуществом предлагаемого метода физиотерапевтического лечения является его доступность, отсутствие побочных проявлений, хорошая переносимость, пролонгация действия препаратов, что способствует наиболее полному восстановлению микрофлоры кишечника, нормализации процессов пищеварения в кишечнике, стимуляции клеточного иммунитета, элиминации патогенной флоры и, как следствие, купированию ведущих клинических симптомов.

Фазылов В.Х., Ахиева Л.Ю.

ОБОСНОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

*Казанский государственный медицинский университет
г. Казань, Россия,*

Целью исследования явилось клинико-патогенетическое обоснование антибактериальной терапии при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) на основании мониторинга показателей системной эндотоксинемии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 110 пациентов ГЛПС в возрасте $36,5 \pm 2,5$ лет (мужчин – 75,0%, женщин – 25,0%). Клинический диагноз верифицирован результатами РНИФ и ИФА. Системная эндотоксинемия оценивалась по уровню эндотоксина (ЭТ, пг/мл) в крови модифицированным методом ЛАЛ-теста (1992) и антиэндотоксиновых антител (АЭТ-ат, log₂₁/титр) в ТИА (тонкослойный иммунный анализ, 1992). Эффективность антибактериальной терапии (цефалоспорины 3-го поколения, фторхинолоны) изучалась в 2-х сравниваемых группах, не отличающихся по возрасту, полу, формам тяжести и дням болезни: 1 – основная (26 чел.), имеющая сопутствующую эндогенную бактериальную патологию почек и сравнения (38 чел.), не имеющих сопутствующую патологию почек и мочевыводящих путей, а также другую эндогенную бактериальную инфекцию. Бактериологический анализ мочи у 89,0% пациентов основной группы характеризовался выделением E.coli в диагностическом разведении материала. Контрольную группу составили 50 здоровых доноров в возрасте $29,5 \pm 1,5$ лет.

Результаты исследования показали эффективность антибактериальной терапии у пациентов 1 группы на основании достоверного ($p < 0,001$) снижения уровня ЭТ в крови в 2 раза и нарастания АЭТ-ат – в 2,8 раза по сравнению с исходными показателями, достигнув уровня здоровых лиц 48,0% пациентов. Тогда как у пациентов 2 группы, напротив, отмечалось нарастание эндотоксинемии в 1,5 раза ($p < 0,01$) по сравнению с исходным показателем уровня ЭТ в крови, а по сравнению с контрольно – в 2 раза ($p < 0,001$). Динамика АЭТ-ат в данной группе регистрировалась у 52,0% пациентов с нарастанием в 2 раза ($p < 0,01$), а у остальных – в 1,2 раза ($p < 0,05$).

Выводы: антибактериальная терапия при ГЛПС показана пациентам с риском обострения или обострением сопутствующей эндогенной бактериальной инфекции; мониторинг маркеров системной эндотоксинемии является надежным критерием показаний к антибактериальной терапии и ее оценки при ГЛПС.

Фазылов В.Х., Гилмуллина Ф.С., Кравченко И.Э.

БРУЦЕЛЛЕЗ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

г. Казань, Российская Федерация

Показатели заболеваемости бруцеллезом в России за последние десять лет (2001–2011) находятся в пределах 0,3–0,4 на 100 тысяч населения. В Республике Татарстан эти показатели намного ниже. Например, в 2003, 2005, 2006 годах не были зарегистрированы новые случаи заболевания, в 2001, 2002, 2007, 2010 годах – по одному случаю, в 2004 году – 2 случая, а в 2008 году – 8 случаев, в 2009 году – 5 случаев, в 2011 году – 7 случаев (показатель заболеваемости 0,18).

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей, информативности разных методов диагностики бруцеллеза в Республике Татарстан.

Под наблюдением находилось 39 больных бруцеллезом, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу с 2006 по 2011 г.г., из них – 4 больных острым и 35 – хроническим бруцеллезом. Среди обследованных 54% больных были в возрасте от 41 до 60 лет, 64% женщин, 44% сельских жителей. Профессиональный путь заражения выявлен в 64% случаев с контактным путем заражения при уходе за животными, контакте с сырьем животного происхождения (ветеринары, животноводы, работники мясокомбината).

В клинической картине наблюдались поражения опорно-двигательного аппарата с преимущественным вовлечением в процесс крупных суставов (коленных, тазобедренных, плечевых, локтевых, пояснично-крестцовых): у 1 больного острой и 86% больных хронической формой. Поражение суставов нижних конечностей наблюдалось у 86% больных, позвоночника – у 66%, суставов верхних конечностей – у 46% больных. Астеновегетативный синдром наблюдался у всех больных хроническим бруцеллезом, выраженный синдром интоксикации с фебрильной лихорадкой наблюдался у 2 больных острым и у 2 больных хроническим бруцеллезом в период обострения. При рентгенографии определялись явления деформирующего артроза коленных суставов, спондилоартроза, у части больных деформирующего артроза мелких суставов кистей. С учетом результатов УЗИ органов брюшной полости выявлены

умеренно выраженный гепатолиенальный синдром у 51%, увеличение размеров печени – у 83% больных.

Клинико-эпидемиологический диагноз был подтвержден серологическими методами. При острой форме у 100% обследованных положительна реакция Хеддельсона, выявлены антитела к *Brucella abortus* класса Ig M в ИФА; у 50 % больных положительна реакция Райта. При хронической форме у 83% обследованных положительна РПГА с бруцеллезным диагностикумом, у 67% – реакция Кумбса, у 45% - реакция Хеддельсона, антитела классов Ig M и Ig G в ИФА выявлены только у 36% больных. Кожно-аллергическая проба Бюрне была положительной у 75% больных.

Таким образом, клинико-эпидемиологические особенности бруцеллеза в Республике Татарстан характеризовались преобладанием хронических форм с преимущественным поражением костно-суставной и нервной систем с контактным путем заражения, чаще профессионального характера, где диагностически более информативными оказались РПГА с бруцеллезным диагностикумом, реакция Кумбса и проба Бюрне.

*Фазылов В.Х., Ткачева С.В., Манапова Э.Р.,
Подряднова Т.В.*

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Казанский государственный медицинский университет

*Республиканская клиническая инфекционная больница
г. Казань, Россия*

Цель работы: оценить эффективность индукционного метода противовирусной терапии (ПВТ) хронического гепатита С (ХГС) отечественными препаратами.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 89 больных (53% женщин и 47% мужчин) с ХГС в возрасте $30,4 \pm 1,1$ лет, ранее не получавшие ПВТ; с длительностью инфицирования $4,7 \pm 0,49$ лет, средний ИМТ составил $24,12 \pm 0,12$ кг/м². Высокая вирусная нагрузка (РНК HCV > 400 000 МЕ/мл) определялась у 55 (62%) больных с преобладанием 1 генотипа HCV (56%). Пациенты получали ПВТ отечественными препаратами: α -ИФН2в (интераль-П, альфарон, альтевир) индукционным методом: по 5 млн. МЕ/сут в течение 12 нед., затем по 3 млн. МЕ/сут до окончания лечения в сочетании с веро-рибавирином (дозы зависели от массы тела: 800–1200 мг/сут). В исследование не включались: лица с аутоиммунными и другими хроническими декомпенсированными системными заболеваниями; пациенты с микст-гепатитами, с циррозом печени, а также имеющие степень фиброза больше F2 (по результатам пункционной биопсии печени или фиброэластометрии по шкале METAVIR), больные с алкогольной болезнью или принимающие алкоголь, психоактивные вещества (ПАВ), с нейтропенией <1500 кл/мкл, тромбоцитопенией <90 тыс. кл/мкл, низкой концентрацией гемоглобина для женщин <120 г/л, для мужчин <130 г/л, а также беременные и кормящие женщины. Длительность ПВТ составила 24 и 48 нед. в зависимости от генотипа HCV. Клинико-лабораторный мониторинг до лечения и в ходе терапии проводился всем больным по существующему стандарту.

Результаты: быстрый вирусологический ответ на 4 неделе ПВТ получен у 71 (80%) больного, ранний вирусологический ответ (на 12 неделе лечения) – у 80 (90%), стойкий вирусологический ответ (СВО) на 24 неделе диспансерного наблюдения достигнут у 63 (70,8%) пациентов: у 26 (52,9 %) больных с 1 генотипом и у 37 (95,8%) с «не 1» генотипом. Динамика биохимической активности до и во время лечения оценивалась по показателям АлАТ. До начала терапии 85,7% (n=76) больных имели повышенные показатели АлАТ (среднее значение – $68,6 \pm 7,9$ ед/л): 58,3% до 3N; 16,6% от 3 до 5N; 8,3% – свыше 5N. На 4 неделе лечения нормальные показатели АлАТ зафиксированы у 42,9%, повышенные – до 3N у 50% пациентов, у 1 – свыше 5N. К 24 неделе диспансерного наблюдения все пациенты, достигшие СВО, имели показатели АлАТ в пределах уровня здоровых лиц.

На основании вышеизложенного, противовирусная терапия ХГС стандартными α -ИФН2в индукционным методом в сочетании с рибавирином является эффективной (СВО достигнут у 70,8% пациентов); учитывая экономическую доступность отечественных препаратов, данный метод может быть рекомендован для использования в практическом здравоохранении.

Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.

ЗНАЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НВ-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

г. Душанбе, Таджикистан

Известно, что основным методом верификации диагноза и выявления активности патологического процесса при хронических заболеваниях печени остается морфологическое исследование биопсийного материала. Тем не менее, данный метод может быть проведен лишь в специализированных клиниках, трудно осуществим при обследовании детей младшего возраста, травматичен, возможны осложнения при проведении пункции печени, тем более что для оценки эффективности лечения и контроля за гистологической картиной патологии возникает необходимость повторения данной процедуры.

Вышеизложенное диктует необходимость поиска для практической педиатрии более простых, доступных, атравматичных, малозатратных, в то же время информативных методов исследования для ранней диагностики, мониторинга активности воспалительного процесса, эффективности лечения и прогнозирования исходов при хронических вирусных заболеваниях печени.

Наряду с возможностями ультразвукового исследования, обладающим в этом ключе является определение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в крови с помощью полиэтиленгликолевого теста. Показатели уровня ЦИК выражались в единицах оптической плотности (ОП) – норма до 0,200 ед.ОП. Метод прост в постановке, не требует специальной аппаратуры.

С целью оценки диагностической ценности метода нами проведен анализ результатов определения уровня ЦИК у 213 больных с хроническим гепатитом В (ХГВ). Верификация диагноза ХГВ осуществлялась на основании анамнеза, клинико-лабораторных данных, результатов морфологического и инструментального (УЗИ) ис-

следования печени и определения специфических маркеров хронической НВ-вирусной инфекции.

Анализ полученных данных показал, что уровень ЦИК у всех больных с ХГВ коррелировал с тяжестью заболевания: повышение ЦИК до 0,600 ед.ОП констатирован при минимальной активности, от 0,600 до 0,800 ед.ОП – резко выраженной активности патологического процесса в печени ($p < 0,01$).

В динамике болезни отмечалось достоверно более быстрое снижение уровня ЦИК у больных с минимальной, а в отдельных случаях и с выраженной активностью патологического процесса в печени.

Таким образом, тест с полиэтиленгликолем с учетом вышеперечисленных преимуществ может быть рекомендован практическому здравоохранению в качестве метода ранней диагностики хронической НВ-вирусной инфекции, маркера определения активности и прогноза патологического процесса в печени, учитывая важную роль иммунопатологических механизмов с участием циркулирующих иммунных комплексов в развитии тяжелых прогрессирующих заболеваний печени при хроническом гепатите В.

Хадисова М.К., Феклисова Л.В., Целипанова Е.Е., Русанова Е.В., Кудрявцева Е.Н.

ВЫЯВЛЕНИЯ M.PNEUMONIAE И ОСОБЕННОСТИ ФАГОЦИТОЗА У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования: определение частоты встречаемости возбудителя *M.pneumoniae* у больных пневмонией и изучение фагоцитарной функции нейтрофилов у пациентов микоплазменной пневмонией.

Под наблюдением находилось 170 детей, в возрасте от 1 года до 7 лет, направленных в стационар с острой респираторной патологией. Для выявления микоплазменной инфекции (*M.pneumoniae*) использовались качественный и количественный метод ИФА, ПЦР, РАГА, РПГА. Диагностически значимые маркеры, подтверждающие течение микоплазменной инфекции были обнаружены у 31,8% больных. Микоплазменная инфекция протекала в следующих клинических вариантах: ОРЗ-11,1%, острый стенозирующий ларинготрахеит-24,1%, обструктивный бронхит-44,4%, пневмония-20,4%.

У 18,2% больных диагноз микоплазменная пневмония установлен на основании обнаружения антигенов, у 27,3% – антител и у 54,5% – антигенов и антител. У 72,7% больных обнаруживались антигены, из них у 18,2% методом ПЦР из задней стенки глотки выделен ДНК возбудителя, в остальных случаях – антиген выделен из сыворотки крови в титрах 8:16. У 18,2% пациентов обнаруживались иммуноглобулины всех трех классов (IgA, IgM, IgG), у 27,2% – IgM, у 9,1% – IgA и IgG и у 27,2% – общие антитела (1:32). При повторном обследовании в динамике через 1 месяц в 60% случаев в сыворотке крови сохранялись антигены в диагностических титрах. Антитела в 30% случаев полностью отсутствовали, в 10% наблюдалось их нарастание и в 60% – снижение. При обследовании в катмнезе через 3 месяца в 16,7% случаев обнаруживались следовые антигены и антитела в титре ниже диагностических.

Выявление особенностей фагоцитоза у больных микоплазменной пневмонией проводилось в сопоставлении с больными пневмонией, имевшими отрицательные результаты обследования на микоплазменную инфекцию. У больных микоплазменной пневмонией отмечалось угнетение показателей активности фагоцитоза ($43,0 \pm 0,99$) без изменения его через 120 минут ($43,3 \pm 1,32$), в группе сравнения – $45,06 \pm 2,4$ и $46,48 \pm 1,7$, соответственно. Фагоцитарный индекс составил $3,93 \pm 0,09$, в группе сравнения он был выше – $4,25 \pm 0,17$ и через 120 минут – $4,27 \pm 0,10$ против $4,22 \pm 0,19$. Также зарегистрированы отличия и в показателях индекса переваривания, так у больных микоплазменной пневмонией он составил – $7,1 \pm 1,31$ против $2,30 \pm 3,94$, ($p < 0,05$).

Таким образом, у стационарных больных микоплазменная инфекция протекала у каждого пятого пациента в нозоформе – пневмония. У 72,7% больных микоплазменной пневмонией обнаруживался ДНК или антиген возбудителя и длительное его выделение не исключало персистирующее течение инфекции. Микоплазменная пневмония характеризовалась значительным угнетением факторов неспецифической защиты организма.

Хныков А.М., Семенов В.М., Самойлович Е.О.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ДЕЗИНФЕКТАНТА АНОЛИТА НЕЙТРАЛЬНОГО
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ
АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ
СТАЦИОНАРАХ И ОРГАНИЗОВАННЫХ
КОЛЛЕКТИВАХ**

*УО «Витебский государственный медицинский университет»
ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии»
г. Минск, г. Витебск, Беларусь*

Циркуляция аденовирусов человека имеет широкие масштабы, что подтверждает третье место после гриппа и респираторно-синцитиальной инфекции в эпидемиологической структуре острых респираторных вирусных инфекций и составляет около 9%. В отличие от эпидемий гриппа, имеющих довольно строгую сезонность, аденовирусная инфекция регистрируется на протяжении всего года с наибольшим поражением детских групп населения. Аденовирус чрезвычайно устойчив во внешней среде и может быть выделен с пластиковых и металлических поверхностей спустя более чем 30 дней после их контаминации. Достоверным методом изучения дезинфицирующих свойств ряда препаратов является метод микротитрования в зараженной изолятом аденовируса культуре клеток Нер-2с, L-20В, А549.

Целью исследования явилось изучить вирулицидное действие различных концентраций хлорсодержащих соединений кислорода в отношении аденовируса, изолированного из клинического материала, в культуре клеток Нер-2с.

Материалы и методы исследования. Изолят аденовируса был внесен в культуру клеток Нер 2С путем инокуляции носоглоточного смыва больного, получавшего стационарное лечение с диагнозом аденовирусная инфекция. Идентификация вируса была проведена с использованием ПЦР тест-системы производства Амплисенс, Россия. Инфекционный титр изолированного вируса составил $5,5 \lg$ ТЦД50/мл. Исследование активности ано-

лита нейтрального в отношении аденовируса проводили микрометодом титрования. Использовали 4 опытных раствора с концентрацией 31,5 мг/л (раствор №1), 270,4 мг/л (раствор №2), 135,2 мг/л (раствор №3), 67,6 мг/л (раствор №4) в пересчете на 16 грамм-эквивалентный кислород.

Результаты и обсуждение. Исследование растворов №1 и №2 в присутствии белковой нагрузки показало, что белковая нагрузка не влияла на токсичность дезинфектанта, но несколько снижала его противовирусную активность. Раствор №1 в присутствии белковой нагрузки не изменял инфекционный титр вируса ($5,25 \lg$ ТЦД 50/мл опыте, $5,5 \lg$ ТЦД50/мл в контроле), раствор №2 снижал титр вируса на $2,25 \lg$ ТЦД50/мл (до $3,25 \lg$ ТЦД50/мл).

Выводы. Проведенные исследования показали, что исследуемый нами дезинфектант в концентрации 270,4 мг/л обладает выраженной вирулицидной активностью в отношении аденовируса. 30-минутная обработка вируса препаратом в этой концентрации в отсутствие белковой нагрузки приводит к уменьшению инфекционного титра вируса в культуре клеток Нер 2С на $4,0 \lg$ ТЦД50/мл, в присутствии белковой нагрузки – на $2,25 \lg$ ТЦД50/мл. Использование препарата в концентрации 135,2 мг/л также приводит к подавлению инфекционного титра вируса на $4,0 \lg$ ТЦД50/мл без белковой нагрузки. Подавление активности аденовируса, выделенного из клинического материала, с использованием растворов хлорсодержащих соединений кислорода в диапазоне 135-270 мг/л указывает на возможность использования этих соединений для противоэпидемических мероприятий с целью профилактики внутрибольничной инфекции, распространения вируса в среде организованных коллективов.

Ходжаева Н.М., Ашурова Р.Ш.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

г. Душанбе, Таджикистан

Распространение эпидемии ВИЧ/СПИД по всему миру и в том числе в Республике Таджикистан является одной из глобальных проблем, влияющих не только на здоровье населения в целом, но и влекущих за собой проблемы экономического, социального и политического характера. Необходимо отметить, что в республике отмечается тенденция вовлечения в эпидемический процесс женщин фертильного возраста, в связи с чем увеличивается риск перинатального инфицирования детей. Особую актуальность приобретает высокая смертность среди детей раннего возраста от оппортунистических инфекций, в частности, от пневмоцистной пневмонии, которая констатируется в 50-64% случаев.

В связи с этим возникает необходимость ранней клинико-лабораторной диагностики ПЦП у детей с целью оптимизации проводимой терапии.

Под нашим наблюдением находилось 22 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, из них впервые выявленных по клиническим показаниям было 9 детей (41%). Диагноз ВИЧ-инфекция 17 детям до 18 месяцев был выставлен на основании двух положительных ПЦР и у 5 детей (23%) старше 18 месяцев на основании ИФА и ИБ. 2-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ (2006)

установлена у 7 (32 %) больных, при этом уровень CD4+ клеток составлял до 500 клеток в 1 мкл; 3-я клиническая стадия - у 20 (68 %) детей с количественным снижением CD4+ менее, чем 500 клеток в 1 мкл. Диагноз пневмоцистная пневмония был выставлен на основании клинико-инструментальных, иммунологических данных, а также серологического метода диагностики ПЦП (ИФА).

У наблюдаемых нами детей основными клиническими проявлениями ПЦП были: повышение температуры от 38 до 39 °С, отмеченное у 20 (91%) больных, сухой единичный кашель – 6 (27%), влажный, со скудной трудно отделяемой мокротой – 16 (73%), одышка (ДН) смешанного характера – 18 (82%), цианоз носогубного треугольника – 15 (68%) и с акроцианозом – 7 (32%) детей. Физикальные данные со стороны легких у большинства больных (68%) были скудными. При аускультации выслушивались единичные сухие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания.

В общем анализе крови выявлялась гипохромная анемия, лейкоцитоз, эозинофилия и моноцитоз. Рентгенологическая картина свидетельствовала о прикорневом снижении пневматизации легочной ткани и усилении интерстициального рисунка. У части больных (16%) отмечалась картина мелкоочаговой пневмонии. При ПЦП отмечались нарушения со стороны гуморального звена иммунитета – гипергаммаглобулинемия класса М и G.

Таким образом, основными клиническими проявлениями ПЦП у детей являются длительный, единичный сухой кашель, с трудно отделяемой мокротой и ДН, при наличии скудных физикальных и инструментальных данных. В диагностике ПЦП важную роль играет определение состояния гуморального и клеточного звеньев иммунитета (гипериммуноглобулинемия и снижение CD4+ клеток), которое может служить основанием для проведения противопневмоцистной терапии.

*Хорошева Т.С., Бехтерева М.К., Лукьянова А.М.,
Ныркова О.И., Волохова О.А.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОДУКТОВ ПРИКОРМА ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

*ФГБУ НИИДИ ФМБА России
г. Санкт-Петербург, Россия*

Острые кишечные инфекции (ОКИ) у детей остаются по-прежнему актуальными, особенно в раннем возрасте. Диетотерапия является основой патогенетической терапии ОКИ, наряду с регидратацией и энтеросорбцией. Под наблюдением находилось 105 детей в возрасте от 6 до 18 месяцев. Все дети поступали на стационарное лечение в клинику кишечных инфекций ФГБУ «НИИДИ ФМБА России» с клинической картиной острой кишечной инфекции (ОКИ) в состоянии средней степени тяжести, на 1-2 сутки от начала болезни. Тяжесть состояния детей была обусловлена выраженностью синдромов дегидратации, интоксикации, диареи, диспепсии и болевого абдоминального синдрома. В этиологической структуре преобладали дети с вирусными гастроэнтеритами – 47% (ротавирусный, норовирусный, аденовирусный); у 18,7% обследованных были выявлены бактериальные агенты (сальмонеллы, кампилобактерии, диареогенные эшерихии), а у 34,3% пациентов этиология заболевания не была установлена.

В стационаре дети получали этиотропную (при наличии показаний) противовирусные препараты или антимикробные средства) и патогенетическую (регидратацию, диетотерапию, сорбенты, пробиотики) терапию.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы: 75 детей основная группа, 30 – группа сравнения. Дети основной группы на 1-2 день от момента поступления помимо грудного молока или заменителя грудного молока начинали получать прикорм промышленного производства ОАО «ПРОГРЕСС» торговой марки «Фрутоняня» в течение 10 дней. 25 детей получали безмолочные готовые каши с фруктовым пюре (рисовую, гречневую, овсяную) на завтрак, 25 детей ели овощное пюре промышленного производства в обед, а 25 детей получали дополнительно к рациону фруктовое пюре (яблоко, груша, банан, яблоко-абрикос, ягоды). Детям группы сравнения продукты прикорма промышленного производства не давались, они питались грудным молоком или заменителями грудного молока и блюдами прикорма, приготовленными на пищеблоке стационара. Всем пациентам проводились исследования антропологических, клинических, диетологических и лабораторных показателей нутритивного статуса.

За время наблюдения детей основной группы прибавка массы тела произошла в 94% случаев, в среднем на 585 ± 155 г против 465 ± 134 г в группе сравнения. При калиперометрии и суммировании толщины кожных складок по Brook над m.biceps, m.triceps, под лопаткой и на передней брюшной стенке в начале исследования был получен результат $31,1 \text{ мм} \pm 2$ мм, в конце исследования $34,0 \text{ мм} \pm 2$ мм детей основной группы, против $30,7 \pm 2$ мм и $31,9 \pm 2$ мм соответственно в группе сравнения. Диарейный синдром купировался в основной группе на $3 \pm 0,5$ день пребывания в стационаре, в контрольной на $3,5 \pm 0,5$ день. Следует отметить, что в группе детей, получавших в качестве прикорма безмолочные каши была выявлена тенденция к более быстрому купированию диарейного синдрома. Аппетит восстанавливался на 1-2 день пребывания в стационаре у детей основной группы, против 3-4 дня в группе сравнения, нормализовался тургор тканей на $1,5 \pm 0,5$ день, купировались общие инфекционные симптомы на $2,5 \pm 0,5$ день. Ни у одного ребенка основной группы не было отмечено аллергических реакций на получаемые прикормы. Не наблюдалось отказов детьми от вводимых прикормов торговой марки «Фрутоняня». Таким образом, прикормы промышленного производства торговой марки «Фрутоняня» (ОАО «ПРОГРЕСС») хорошо переносятся детьми с ОКИ, способствуют нормализации нутритивного статуса, оказывают положительное влияние на длительность диареи, и, следовательно, могут быть включены в питание пациентов раннего возраста с инфекционными диареями.

*Хорошилова И.А., Кушкина И.Н., Гранитов В.М.,
Коростелева З.В., Сивер Н.В.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНГИН

г. Барнаул, Россия

Для оценки клинико-лабораторных особенностей ангины нами был проведен анализ 377 историй болезни пациентов, проходивших лечение в инфекционном отделении больницы №5 г. Барнаула в 2010 году.

В ходе анализа установлено, что ангинами болели лица от 15 до 77 лет. Мужчин – 175, женщин – 202. Лакунарная ангина диагностирована у 301 больного, фолликулярная – у 76. Тяжесть течения лакунарной ангины: легкая – у 164, среднетяжелая – у 137 пациентов. Тяжесть течения фолликулярной ангины: среднетяжелая – у 73, тяжелая – у 3 пациентов. Сопутствующие заболевания выявлены у 70 больных лакунарной ангины и у всех – фолликулярной. Осложнения основного заболевания имели место только при фолликулярной ангине у 22,4% пациентов преимущественно стрептококковой этиологии в 15,8% случаев. Эпидемиологический анамнез отягощен в 66,1% случаев при лакунарной ангине, и при всех – фолликулярной. Заболевание имело острый характер начала с повышения температуры тела. Боли в горле выявлены во всех случаях. Недомогание имело место у 66,8% больных лакунарной ангиной и у всех – фолликулярной. Озноб – у 63,5% больных лакунарной ангиной, у всех – фолликулярной. Головная боль – у 34,2% пациентов лакунарной ангиной и у всех – фолликулярной. Тахикардия выявлена в 69,4% и 100% случаев соответственно. Только у пациентов фолликулярной ангиной присутствовали такие симптомы как нарушение сна в 32,9% случаев, артралгии и миалгии – в 1,3%, кашель – в 3,9%.

Гипертрофия миндалин при лакунарной ангине: первой степени – у 29 больных, второй – у 259, третьей – у 11. При фолликулярной ангине диагностирована только третья степень гипертрофии миндалин у 68 человек. Увеличение подчелюстных лимфатических узлов у 287 пациентов лакунарной ангиной, у всех – фолликулярной. В общем анализе крови лейкоцитоз – у 40,5% пациентов лакунарной ангиной, у всех – фолликулярной.

Увеличение количества эозинофилов при фолликулярной ангине отмечено в 50% случаев и только у 4 больных – лакунарной ангиной. У 85,5% пациентов фолликулярной ангиной увеличено количество палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, а при лакунарной – у 3,3% и 10,3% соответственно. Содержание лимфоцитов и моноцитов повышено у всех пациентов лакунарной ангиной, а фолликулярной – у 13,2% и 23,7% соответственно. Увеличение СОЭ – 38,9% и 96,1% соответственно.

В общем анализе мочи лейкоциты выявлены у 5,7% пациентов лакунарной ангиной, 89,5% – фолликулярной. Эпителий в моче – у 2,7% и 43,4% соответственно. Белок и эритроциты в моче определяли только при фолликулярной ангине в 96,1% и 19,7% случаев соответственно.

При бактериологическом исследовании мазка из зева у пациентов лакунарной ангиной: стафилококк – в 12% случаев, стрептококк – в 23,9%, *S. pseudodiphtheriae* – в 2,9%, клебсиелла – у 3 больных, *Enterobacter* spp. – у 1, грибы рода *Candida* – у 6. При фолликулярной ангине высеив следующий: стафилококк – в 10,5% случаев, стрептококк – в 17,1%, *S. pseudodiphtheriae* – у 3 больных, грибы рода *Candida* – у 2.

Пациентам проведена антибактериальная терапия преимущественно препаратами пенициллинового ряда и дезинтоксикационная терапия. Исход лакунарной ангины – выздоровление, фолликулярной – наряду с выздоровлением имело место улучшение в 46,1% случаев.

Полученные данные свидетельствуют о распространенности ангинах среди взрослого населения с преоблада-

нием стрептококковой этиологии. При лакунарной ангине диагностированы легкие и среднетяжелые формы, при фолликулярной – среднетяжелые и тяжелые.

Хохлова З.А., Серeda Т.В., Кошкина И.А., Кириллова Ю.М., Захарова Е.В.

МНОГОУРОВНЕВОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЗГА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

г. Новокузнецк, Россия

Поражение ЦНС является редким осложнением ветряной оспы, встречается в основном у детей с нарушенным иммунитетом, проявляется мозжечковой или церебральной формой, в редких случаях возможно развитие поперечного миелита.

Мы наблюдали случай многоуровневого поражения ЦНС при ветряной оспе у взрослого пациента. Больной С., 21 г., находился в инфекционном стационаре с 14.05 по 08.06.2011 г. Диагноз: ветряная оспа, генерализованная форма, тяжелой степени. Осложнения: менингоэнцефаломиелит, бульбарный синдром, спинальный арахноидит, поражение функции тазовых органов.

Заболел 05.05.2011 г.: повышение температуры 37,5–38 °С в течение 5 дней. На 4-й день болезни появилась обильная везикулезная сыпь на волосистой части головы и лице, которая в последующем распространилась по всему телу. С 12.05.2011 г. эпизодически принимал ацикловир. Состояние ухудшилось на 9-й день болезни: повторный подъем температуры до 38–39 °С появилась слабость в ногах, онемение стоп, боли в пояснице. Госпитализирован на 10-й день болезни.

С момента поступления в течение 3-х дней на фоне обильной везикулезной сыпи и интоксикационного синдрома прогрессировала неврологическая симптоматика: повторная рвота, головокружение, нарушение сна, ригидность мышц затылка (от 1 до 6 см), гнусавый оттенок голоса, анизокория, горизонтальный мелкокрапчатый нистагм, ограничение подвижности мягкого неба, отсутствие глоточных рефлексов. В левой руке гипотония, в ногах атония, парез до 0,5-1 балла, в руках 4 балла. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, D>S, с ног снижены, D>S. С уровня Th4 аналгезия, полная анестезия в аноректальной зоне, нарушение функции тазовых органов (отсутствие самостоятельного мочеиспускания и дефекации).

При исследовании ликвора (15-й день болезни) выявлен цитоз 50 кл/мкл, лимфоцитов 77%, белок 0,132 г/л, глюкоза 4,3 ммоль/л. При МРТ грудно-поясничного отдела позвоночника от 17.05.2011 г. обнаружено патологическое изменение МР-сигнала от спинного мозга в виде очагов и зон на уровне Th7, Th9-10, Th12, L2-4 без утолщения мозга, локальное расширение центрального спинномозгового канала на протяжении конуса на уровне верхней половины тела Th12, от уровня L2 и каудальнее – «слипание» корешков вдоль дорсальной поверхности дурального мешка.

С первых суток пребывания в стационаре проводилось лечение ацикловиром внутривенно по 750 мг 3 раза в сутки 14 дней, патогенетическая и симптоматическая терапия.

С 6 дня лечения (15-й день болезни) намечилась положительная динамика, восстановление функций ЦНС:

уменьшилась слабость в ногах, начал вставать и ходить. На 11-й день лечения (20-й день болезни) восстановились рефлексы и мышечный тонус в руках, частично - в ногах, появилась чувствительность в аноректальной области. С 12 дня лечения (21-й день болезни) отсутствует ригидность мышц затылка, с 13 дня появились самостоятельные дефекация и мочеиспускание в дневные часы. На 18-й день лечения (27-й день болезни) увеличение силы в стопах и уменьшение онемения в них, голос стал звонкий. Нормализация показателей ликвора через две недели. Больной выписан на 25-й день лечения, 34-й день болезни под наблюдение невролога, так как сохранялись гипестезия стоп, ночное недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание.

Приведенное наблюдение свидетельствует о выраженной тяжести ветряной оспы у взрослых больных и распространенности поражения ЦНС.

*Целипанова Е.Е., Феклисова Л.В., Горелов А.В.,
Плоскирева А.А., Каннер Е.В., Петухова Е.В.,
Дриневский В.П.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРФЕРОНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В СУППОЗИТОРИЯХ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОРВИ

*ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского,
ФБУН ЦНИИ эпидемиологии
ФГБУ НИИ гриппа
г. Москва, г. Санкт-Петербург, Россия*

Цель: оценить клинико-лабораторную эффективность препаратов интерферона-альфа в суппозиториях – Генферон® Лайт (125 000 МЕ) и Виферон®-1 (150 000 МЕ) у детей с ОРВИ.

Материалы и методы: Наблюдались 200 стационарных больных ОРВИ в возрасте от 6 мес. до 7 лет, имевших в половине случаев обструкцию дыхательных путей. В комплексной терапии 100 пациентов (1 группа) получали препарат Генферон® Лайт, а во 2 группе – 100 детей препарат Виферон®-1 – ректально по одному суппозиторию 2 раза в сутки в течение 5 дней. В динамике (1 и 6 день) проводилось вирусологическое исследование мазков слизистой из нижних носовых ходов методом ПЦР.

Результаты: Лечение ОРВИ с применением препаратов было одинаково эффективным для купирования лихорадки, у 96% пациентов обеих групп температура тела нормализовалась. Исчезновение симптомов ОРВИ в 1 группе наблюдалось несколько чаще, чем во 2 группе. Купирование заложенности носа у больных основной группы регистрировалось достоверно чаще – у 79% пациентов по сравнению с 60% больными группы сравнения ($p < 0,01$); гиперемия задней стенки глотки полностью исчезла у 45% и 35%, а у остальных уменьшилась; отсутствие отделяемого из носа и мокроты – у 65% и 52% ($p < 0,1$) соответственно. Существенное уменьшение отечности миндалин наблюдалось в основной группе достоверно чаще – в 78%, по сравнению с группой сравнения – 60% ($p < 0,01$). Кашель к 6 дню лечения в равной степени имел тенденцию к купированию в обеих группах. После лечения элиминация возбудителей ОРВИ в группе больных, получавших Генферон® Лайт, отмечалась чаще (76%), чем в 2 группе (65%, $p < 0,1$). Аллергических и по-

бочных проявлений на препараты у детей обеих групп не обнаруживалось.

Выводы: Таким образом, включение в комплексную терапию больных ОРВИ интерфероновых препаратов в лекарственной форме – суппозитории, способствовало нормализации температуры, уменьшению катаральных проявлений заболевания и вирусологической санации.

*Цыремпилова Л.В., Горячева Л.Г., Rogozina Н.В.,
Мукомолова А.Л.*

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ

*ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА» России
г. Санкт-Петербург, Россия*

Гепатит А (ГА) и в настоящее время остается актуальной проблемой здравоохранения многих стран мира. В последние годы в России показатели заболеваемости ГА снизились с 283 в 1983 г до 6,3 в 2010 г. на 100 000 населения [Онищенко Г.Г., 2009; Шахгильдян И.В., Мукомолов С.Л., 2010], что привело к снижению настороженности врачей и поздней диагностике заболевания. Самым распространенным вирусологическим методом диагностики ГА является определение уровня ранних (IgM) и поздних (IgG) специфических антител (АТ) методом ИФА. Но только по наличию в крови IgM возможно установить диагноз ГА. Поздняя же обращаемость и быстрая смена синтеза АТ класса IgM на IgG у части больных не дает такой возможности. Высокочувствительный метод ПЦР, позволяющий выявить вирус ГА, малоприменим при позднем обращении. Поэтому разработка низкотратных экспресс-методов диагностики не только острых форм ГА, но и выявления больных, недавно перенесших заболевание, а также возможных источников ВГА в очагах инфекции является чрезвычайно актуальным.

Цель исследования: Установить значение измерения avidности антител класса Ig G к белкам вируса ГА для диагностики различных форм инфекции в эпидемиологических очагах и определить место этого теста в алгоритме комплексной лабораторной диагностики вирусного ГА у детей.

Под наблюдением находилось 130 детей, лечившихся по поводу острого ГА в стационарах г. Санкт-Петербурга с 2007-2009 г. и 103 соматически здоровых ребенка в возрасте от 1 г до 18 лет. Больные острым ГА обследовались двукратно (при поступлении и при выписке) кроме общепринятых клинико-лабораторных методов обследования: АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, протеинограмма, анти-HAV IgM и анти-HAV IgG проводилось определение avidности анти-HAV IgG в сыворотке крови методом ИФА в двух параллельных пробах с использованием буферного ФСР и раствора бМ мочевины. Соматически здоровые дети обследовались однократно на выявление анти-HAV IgG, и при выявлении антител определялся индекс avidности.

Результаты: Данное исследование показало, что заболевание протекало преимущественно в типичной желтушной форме. Показатели цитолиза и уровень билирубина превышали нормальные значения в 5-6 и более раз. То есть преобладали среднетяжелые и тяжелые формы заболевания.

У наблюдаемых больных в 98,5% случаев (у 128 ребенка) при поступлении в стационар выявлялись HAV IgM,

а к моменту выписки детей из стационара – лишь в 77,7% случаев (101 ребенок), что указывало на быстрое переключение синтеза белков с класса М на G у ряда пациентов. Именно данный характер иммунного ответа может способствовать возникновению диагностических ошибок. Измерение avidности антител в сыворотках этих больных показало, что индекс avidности у них колебался от 20 до 80%, в среднем составлял 64%.

При исследовании сывороток лиц, перенесших ГА более 1 года назад, индекс avidности оказался более 90%, а среднее значение этого показателя равнялось 98,6%. На основании этих данных был разработан «Способ диагностики вирусного гепатита А у детей».

Выводы: определение avidности антител класса анти-*HAV IgG* у детей с подозрением на ГА может использоваться в комплексной диагностике данного заболевания, что позволит выявить легкие формы заболевания на поздних сроках, проводить адекватную терапию, диспансеризацию и соответствующие санитарно-эпидемиологические мероприятия в очагах инфекции, прерывая эпидемический процесс.

Чемич Н.Д., Болецкая Т.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА

г. Сумы, Украина

Сумская область – активный природный очаг иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) в Украине с ежегодным увеличением уровня заболеваемости (в 2009 г. – 3,8 на 100 тыс. населения; 2010 – 4,0; 2011 – 5,8).

Цель – изучить клиничко-эпидемиологические особенности ИКБ в Сумской области и определить эффективность методов верификации диагноза.

Материалы и методы исследований. Проанализированы медицинские карты стационарных больных и обследовано 124 пациента, находившихся на лечении в СО-КИБ им. З.Й. Красовицкого в 1999-2011 гг.

Результаты. Присасывание иксодовых клещей в Сумской области наблюдаются с апреля по сентябрь с максимумом в июне-августе. Городские жители составили 83% (103) от госпитализированных, из них 51,5% (59) человек были инфицированы в пределах г. Сумы при посещении парков, мест отдыха и дачных участков. Среди больных преобладали женщины – 65,3% (57). Средний возраст пациентов ($45,65 \pm 14,39$) лет. Клинические проявления острого манифестного течения ИКБ характеризовались преимущественно эритемными формами – 95,7% (119) и средней степенью тяжести – 89,5% (111). Кольцевидная эритема (КЭ) располагалась в местах присасывания клещей и чаще на нижних конечностях (45,8%). Не заметили укуса клеща 12% (15) больных. Диаметр КЭ составил в среднем ($17,13 \pm 1,17$) см. Вторичная эритема была у 4,8% (6) человек. Из субъективных ощущений в области КЭ больные отмечали зуд (31%), боль (6,7%), отек тканей (7,5%) и цианоз (12,6%). Аффекты от укуса клеща в виде папул и корочек регистрировались у 11,7% лиц, регионарный лимфаденит – у 18,5%, в 1 случае – лимфангоит. Синдром общей интоксикации наблюдали у каждого второго госпитализированного, боль в суставах и мышцах у каждого десятого. Субфебрильную температуру реги-

стрировали у 33,9%, поражения нервной системы – у 21% больных (энцефалополлинейропатия, радикуло-, полинейропатия, астенический и астеноневротический синдромы). Поражение опорно-двигательного аппарата (Лайм-артрит) диагностирован у 2 больных, поражение кожи – у 1, смешанная кожно-суставная форма – у 1. Гепатомегалия выявлена – у 47,6% лиц, хронический неverifiedированный гепатит – у 9,7%. Метаболическая миокардиопатия установлена у 4,8% больных в возрасте до 50 лет, которые не имели отягощенного кардиологического анамнеза. Исследовалась кровь 69 человек на наличие антител класса *IgM* и/или *IgG* методом ИФА, из них в стадии локальной инфекции (эритемная форма) было 91,3% (63) пациентов, безэритемная форма – у 2,9% (2), стадия диссеминации – у 5,8% (4). Диагностические титры выявились в 36 (52,1%) случаев. Методом ПЦР проводилось исследование у 13 больных, во всех случаях результат отрицательный. Выраженные изменения гемограммы у большинства обследованных отсутствовали. В биохимическом анализе крови и клиническом анализе мочи значительных изменений не выявили. Гематологические показатели эндогенной интоксикации были в пределах нормы: ЛИИ в среднем составил ($1,1 \pm 0,09$), ГПИ – $1,38 \pm 0,12$, ИСЛК – $1,73 \pm 0,08$, Илимф – $0,6 \pm 0,03$.

Выводы. Заболеваемость ИКБ в Сумской области имеет тенденцию к росту, преобладают эритемные формы ИКБ. У значительного числа пациентов отмечается поражение нервной системы (21%) и печени (9,7%). Решающее значение в диагностике имеют клиничко-эпидемиологические данные. Серологические исследования остаются обязательными для верификации диагноза, особенно в случаях безэритемных форм ИКБ и при отсутствии эпидемиологического анамнеза.

Чемич Н.Д., Захлебаева В.В., Ильина Н.И.

ПРОБЛЕМА ОПИСТОРХОЗА В СЕВЕРОВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ

г. Сумы, Украина

На территории Сумской области находится самый большой в Украине эндемический очаг описторхоза. Это связано с особенностями природных факторов региона: в области много рек бассейна Днепра (Десна, Псел, Ворскла, Сейм, Сула и др.) озер, водохранилищ.

В пищевом рационе населения значительная доля принадлежит рыбе. Риск заражения населения обусловлен также высокой пораженностью окончательных, промежуточных и дополнительных хозяев паразита: инвазированный кошек составляет 32% в бассейне Днепра и 19% - Десны, заражение церкариями моллюсков – 0,3-15%, метацеркариями рыбы семейства карповых – от 3 до 18%.

Цель исследования – изучить современную эпидемиологическую ситуацию по описторхозу в Северо-Восточном регионе Украины и особенности течения хронической описторхозной инвазии в природном очаге.

Результаты исследования. В настоящее время ситуация по описторхозу на Сумщине остается сложной. Только за последние 5 лет в области выявлено 62% больных этой инвазией от общего количества зарегистрированных в Украине. Заболеваемость остается стабильно высокой и

в 22-25,6 раза превышает средние показатели в Украине, продолжая увеличиваться. Так, в начале второго тысячелетия (2000-2002 гг.) она превышала среднеукраинские показатели в 9 раз, а в 2010-2011 гг. – в 26. Ежегодная заболеваемость за этот период увеличивается с 6,9 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 32,3 в 2011 г. (в Украине этот показатель 0,7 и 1,32 соответственно).

За период 2004-2011 г.г. в лечебных учреждениях Сумской области на описторхоз обследовано более 1,5 млн. лиц, из них впервые выявлено 12871 больных. В начале 2012 г. на учете в лечебных учреждениях Сумщины находилось 1646 больных описторхозом, из них 59 детей. Описторхоз зарегистрирован в 132 населенных пунктах, из них в 6 степень пораженности населения превышает 10%. За период 2004-2011 гг. в Сумской областной инфекционной клинической больнице им. З.И. Красовицкого на лечении находился 201 больной описторхозом. Среди пациентов преобладали женщины (62,5%), что, очевидно, связано с их участием в приготовлении пищи или с работой в пищевой отрасли (принадлежность к декретированной группе).

У подавляющего большинства больных заболевание имело латентное течение. Об этом свидетельствует случайное выявление яиц описторхисов в фекалиях при обследовании декретированной группы населения (59,1%), при обращении за медицинской помощью по поводу других заболеваний (23,4%) и только у 17,5% больных были признаки манифестации болезни.

Анализ результатов обследования позволил выявить ряд синдромов, которые встречаются одинаково часто: холангиохолецистит, дискинезии желчевыводящих путей, гастроинтестинальные проявления, аллергический синдром, панкреатопатии, вегетососудистые реакции. Клиническими особенностями инвазии являются хроническое течение, что характерно для эндемического очага, и преобладание латентных форм.

Выводы. Заболеваемость описторхозом в Северо-Восточном регионе Украины высокая и имеет тенденцию к росту. Регистрируется преимущественно латентное течение болезни. Из манифестных форм у больных чаще всего выявляется холецистит (78,6%). Решающую роль в диагностике хронического описторхоза имеет копроовоскопия (100%). Группу риска составляют рыбаки и члены их семей (72,3%). Основным фактором передачи является соленая и вяленая рыба.

Чемич Н.Д., Ильина Н.И., Захлебаева В.В.

ЛЕЙШМАНИОЗ В УКРАИНЕ

г. Сумы, Украина

Лейшманиоз (Л) относится к тропическим болезням, регистрируется на четырех континентах, считается эндемичным в 88 странах, 72 из которых являются развивающимися. В связи с высокой миграцией населения в течение последних 10 лет значительно расширились эндемичные регионы Л.

Начиная с 90-х годов XX ст., в Украине регистрируются завозные случаи Л. С 1990 по 2007 гг. завезен 31 случай Л, в последние 3 года – 15, из них 8 – висцерального (ВЛ), 7 – кожного (КЛ).

В Сумской области Украины с 2001 по 2006 г. было 17 случаев КЛ, связанных с выездом в эндемичные стра-

ны работников ОАО СНПО им. М.В. Фрунзе. Заражение произошло во время пребывания в командировке в Туркмении (2001 г. – 11 случаев, 2003 – 1) и Иране (2005 г. – 3 и 2006 – 1). 10 больных (мужчины в возрасте 25-56 лет) лечились в Сумской областной клинической инфекционной больнице им. З.И. Красовицкого. У 8 пациентов, прибывших из Туркмении, диагностирован КЛ Старого света, зоонозный подтип, первичная лейшманиома. Последняя при госпитализации была на разных стадиях развития (узелок, изъязвление, рубцевание). У больных, прибывших из Ирана, выявлен КЛ Старого света, антропонозный подтип, вызванный *L. tropica*. У 3 больных процесс локализовался на кистях рук, у 4 – на ногах, у 2 – на предплечье, у 1 – на губах, предплечьях обеих рук и на бедре. Размеры язв от 1,5 до 5 см, количество 1-7. У половины больных отмечался регионарный лимфаденит. Существенных изменений в клиническом анализе крови и мочи не было. Терапия проводилась далагиллом, для местного лечения использовались мази – левомиколовая и «Лейшкунтан».

Эпидситуация в Украине по Л может осложниться возможным формированием местных очагов в АР Крым. Л – трансмиссивный паразитоз. Переносчиками возбудителя являются москиты рода *Phlebotomus*. Современная фауна АР Крым представлена 6 видами москитов этого рода. Однако возможны и другие пути передачи: парентеральный, трансплацентарный. В 2005 году в г. Львове (Украина) у 7-месячного ребенка диагностирован ВЛ. Ребенок за пределы города не выезжал, поэтому трансмиссивный путь передачи исключался. Во время беременности его мать работала в Испании. Через месяц после рождения ребенка у нее появились клинические признаки ВЛ, подтвержденного обнаружением возбудителя (*L. infantini*).

Первый случай местного Л в Украине был зарегистрирован в 2008 году в г. Киеве у 9-летнего мальчика, который в связи с несвоевременной диагностикой погиб. Из эпиданамнеза было выяснено, что за 4 месяца до заболевания он отдыхал в АР Крым вблизи г. Феодосии, проживал в палатке.

В марте 2009 года выявлен случай местного ВЛ в Сумской области у 40-летнего жителя г. Конотопа с ВИЧ-инфекцией. Больного госпитализировали в дерматологическое отделение местной больницы в тяжелом состоянии по поводу аллергического контактного дерматита с тяжелой интоксикацией, кахексией (масса тела 45 кг при росте 165 см), гепатоспленомегалией, анемией, лимфаденопатией. В пунктате костного мозга больного обнаружена *L. donovani*. В течение 1998-2007 г.г. местом жительства и работы больного был Алуштинский район АР Крым.

Таким образом, в Украине есть условия для формирования собственного эндемического очага Л в АР Крым – температурный режим, резервуар возбудителя и переносчик. ВЛ стал важной оппортунистической инфекцией при ВИЧ-инфекции/СПИДе. Не решенным в Украине остается вопрос обеспечения современными препаратами для лечения тропических паразитозов, в том числе ВЛ.

*Шайзадина Ф.М., Альшеева Н.О., Кантемиров М.Р.,
Кутышева А.Т., Мендибай С.Т.*

СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Карагандинский государственный медицинский
университет
г. Караганда, Казахстан*

В структуре внутрибольничных инфекций ведущее положение занимают гнойные осложнения, возбудителями которых зачастую являются условно-патогенные микроорганизмы. Установлено, что из 5232 оперированных пациентов по поводу острых хирургических заболеваний в брюшной полости, у 374 зарегистрировано гнойно-септические осложнения. Интенсивный показатель заболеваемости составил 7,6 от всех оперированных больных.

Выявлено, что гнойные осложнения чаще всего регистрируются после аппендэктомии, холецистэктомии, лапаротомии и ушивании повреждений полых органов брюшной полости, а также при ушивании перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (12,1; 8,7; 8,4 и 8,1 соответственно на 100 операций). Реже - при грыжесечении ущемленных грыж, интенсивный показатель которых составил – 3,3 и лапаротомии и рассечении спаек при острой кишечной недостаточности – 5,0.

Анализ структуры эпидемического процесса по основным проявлениям гнойно-септической инфекции (ГСИ) установил, что наиболее часто регистрировались нагноение раны $4,4 \pm 0,3$ (частота возникновения на 100 операций), затем расхождение краев раны и абсцессы в брюшной полости. Интенсивность эпидемического процесса, представленная этими формами, соответственно равна $1,0 \pm 0,1$ и $0,9 \pm 0,1$. Генерализованная форма отмечается у 5 больных, частота ее возникновения составила $0,1 \pm 0,04$.

По удельному весу среди всех гнойно-септических осложнений послеоперационного периода клинические формы распределились соответственно частоте их возникновения. На нагноение послеоперационной раны приходится более половины всех форм ГСИ – 57,5%. Удельный вес расхождения краев раны составил – 12,8%, абсцессов в брюшной полости – 11,2%. Удельный вес генерализованной инфекции самый низкий и составил 1,3%.

Установлено, что число оперативных вмешательств у пациентов, проживающих в городе, составило 3347, из них у 232 больных зарегистрировано ГСИ. Число операции у жителей из села равно 1553 и у 142 из них возникли гнойные осложнения. Среднемноголетний показатель заболеваемости ГСИ у жителей города составил 69,3; у жителей из села – 91,4. Критерий достоверности $t = -20,8$; $p < 0,001$. Следовательно, у пациентов-жителей села заболеваемость в 1,3 раза выше, чем у пациентов, проживающих в городе. Это объясняется поздней обращаемостью и госпитализацией больных, несвоевременным оказанием специализированной медицинской помощи. Все это способствует тому, что больные поступают в осложненной форме течения болезни, тем самым увеличивается продолжительность оперативного вмешательства и время пребывания больного на стационарном лечении.

Анализ частоты оперативных вмешательств в зависимости от вида операции установил, что экстренные операции были проведены в 4,5 раза чаще, чем плановые. Чаще всего в экстренном порядке оперируются больные

с аппендицитами, далее – по поводу повреждений органов брюшной полости, затем – ущемленных грыжах. Выявлено, что гнойные послеоперационные осложнения увеличивают продолжительность пребывания больных на стационарном лечении в 2,2 раза.

Таким образом, гнойные послеоперационные осложнения, влияя на исходы заболевания, определяя их структуру в хирургических стационарах, сдерживая полноту выздоровления и, увеличивая продолжительность пребывания пациента в больнице, приобретают все большую эпидемиологическую значимость.

*Шапиева Ж., Утегенова Э., Тастанова С.,
Зиядина Л., Усенов У.*

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЛЕЙШМАНИОЗУ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Казахстан

Лейшманиоз – широко распространенное паразитарное, трансмиссивное, природно-очаговое заболевание человека и животных. Заболевание эндемично для 99 стран мира, 200 млн. человек живут под риском заражения. Ежегодно регистрируется 0,5 млн. случаев висцерального лейшманиоза и 1,5 млн. случаев кожного лейшманиоза; летальность – 50000-60000 случаев, в основном от висцеральной формы (ВОЗ, 2009).

Лейшманиоз исторически является актуальной проблемой для Казахстана, особенно в южном регионе, который предположительно является самой северной частью распространения лейшманиоза в жарких и тропических странах Азии (Генис Д., 1985). Одним из наиболее стойких и активных очагов этой болезни в бывшем Советском Союзе считалась Кызылординская область, где в конце 80-х годов показатель заболеваемости зоонозным кожным лейшманиозом составлял 227-249 на 100 тысяч населения. Более 96% случаев регистрировалось в Жанакорганском районе. Высокими были в этой области и показатели заболеваемости висцеральной формой – 8,1 на 100 тыс. нас. (1978 г.); для сравнения: в Туркмении – 0,9, Азербайджане – 1,6, Армении – 2,3.

В настоящее время заболеваемость населения лейшманиозом регистрируется в Южно-Казахстанской области. В 2002-2011 гг. в целом зарегистрированы 232 случая лейшманиозов, в основном кожной формы (91%). В Кызылординской области случаи кожного лейшманиоза регистрировались последний раз в 2003 году; передача инвазии прекращена благодаря усилению комплекса профилактических мероприятий. Вместе с тем, в этой области наблюдается активизация очагов висцерального лейшманиоза: за последние 10 лет зарегистрировано 11 случаев, в том числе 8 случаев с летальным исходом. Основные причины летальных исходов - это позднее обращение больных за медицинской помощью, тяжесть сопутствующих заболеваний и отсутствие настороженности у специалистов к данной инвазии.

Возбудители лейшманиоза, которые встречаются на территории республики: *L.majore* (кожная форма) и *L.infantum* (висцеральная). В Европейском биобанке штаммов лейшманий Центральной Азии (г. Монпелье, Франция) имеются данные исследований, проведенных в Кызылординской области (Стрелкова М., 2003), согласно которым у белой песчанки (*Rh. opimus*) выделены

штаммы *L.gerberii*, *L.major*, *L.turanica*, среди которых преобладает последний. Эпидемиологическое значение для человека имеет только *L.major*. Возбудители *L.gerberii* и *L.turanica* – специфические паразиты большой песчанки, вызывающие у них хроническое, пожизненное течение лейшманиоза, и непатогенны для человека.

Видовой состав москитов представлен *Ph. papatasi*, *Ph. longiductus*, *Ph. smirnovi*, *Ph. mongolensis*, *S. murgabiensis*. В соответствии с проводимым энтомологическим мониторингом в последние годы наблюдаются изменения в поведении переносчиков: ранний вылет с зимовок, поздняя регистрация последних москитов, увеличение сезона активности (более 175 дней).

Актуальной задачей на сегодня является проведение прикладных исследований по изучению возбудителей и переносчиков на молекулярно-генетическом уровне. Представляет интерес исследование напряженности иммунитета населения, проживающего в эндемичной зоне. Данные исследований будут способствовать совершенствованию эпидемиологического надзора за лейшманиозом, усилению комплекса профилактических мероприятий.

Шерметова М.Б., Кузьмина А.Р., Дмитровский А.М., Егембердиева Р.А., Утепбергенова Г.А.

К ВОПРОСУ МОНИТОРИНГА ЗА УКУШЕННЫМИ КЛЕЩАМИ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

г. Шымкент, Казахстан

Одним из основных мероприятий эпидемиологического надзора за клещевыми трансмиссивными инфекциями является мониторинг за лицами, подвергшимися нападению и присасыванию клещей. С этой целью проводился анализ мониторинга в отношении конго-крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ) в Туркестанском регионе Южно-Казахстанской области (ЮКО).

Нападение клещей в ЮКО начинается в марте и достигает максимума в апреле, снижаясь в мае. Отмечена циклическая многолетняя динамика количества укусов клещей, за последние годы наибольшее количество укусов в Туркестанском регионе зарегистрировано в 2010 г. (374) с последующим снижением в 2011 (160) и в 2012 (146). Причем если в 2010 г. значительно преобладала регистрация укусов у сельских (60,9%) жителей (соответственно – 228-146), то в последующем при общем снижении имеет место относительного роста доли городского населения (в среднем на 19,0%) среди укушенных (соответственно, 2011 – 92-68; 2012 – 87-59). В настоящее время (2012 г.) регистрируется значительный (63%) процент нападения клещей на детей (92 – из общего числа укусов 146).

Наиболее уязвимыми к укусам клещей являются дети в возрасте 2-4 года, второй по уязвимости является возраст 5-7 лет, с увеличением возраста количество нападений клещей уменьшается. Взрослое население менее уязвимо к нападению и кровососанию клещей, чем население детского возраста. Наиболее уязвимый возраст у взрослого населения является возраст – 15-29 лет (в среднем – 25-27%).

Мониторинг за укушенными осуществляется в виде их регистрации и медицинского (амбулаторного) наблюдения, с измерением температуры в течение 2 недель, в случае ее повышения – госпитализации и превентивного лечения рибавирином.

Таким образом, в настоящее время нами отмечена миграция иксодовых клещей как в населенные пункты, в том числе города (на примере Туркестана), так и в новые места обитания, подобная миграция естественно связана с миграцией скота, прежде всего мелкого рогатого скота. Обработки жилых и хозяйственных помещений инсектицидами против клещей требуют достаточно долгого времени, поэтому более действенным является прежде всего – обработка скота и контроль за его перемещением.

В отношении людей, подвергшихся нападению и присасыванию клещей существующий мониторинг является недостаточным, что связано, прежде всего, с наличием большого спектра клещевых инфекций в регионах (включая кроме вирусных геморрагических лихорадок, боррелиозы и риккетсиозы), поэтому первым этапом – должно быть исследование присосавшихся клещей на весь спектр возможных в данном регионе трансмиссивных инфекций (в ИФА или ПЦР), с последующим при положительном результате контролем за динамикой антител и проведении соответствующего профилактического лечения.

Шепарев А.А.¹, Чулакова О.А.¹, Мартынова А.В.²

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

¹ Владивостокский государственный медицинский университет, кафедра эпидемиологии и военной эпидемиологии

² Дальневосточный Федеральный Университет, кафедра биохимии, микробиологии и биотехнологии г. Владивосток, Россия

Внебольничная пневмония у лиц пожилого возраста представляет собой одну из наиболее важных проблем современной медицины. Действительно, помимо всех особенностей клинического течения внебольничной пневмонии у пожилых, существуют объективно еще и трудности микробиологической диагностики, что не позволяет рационально идентифицировать на практике этиологически значимый возбудитель, что не позволяет, в свою очередь, обосновать рациональную антимикробную химиотерапию.

Целью исследования являлось охарактеризовать этиологическую структуру внебольничных пневмоний у пожилых, выявить преобладающих возбудителей с целью оценки адекватности проводимой рациональной антимикробной химиотерапии.

Материалы и методы: Основным материалом для проводимых лабораторных исследований у пациентов являлись мокрота, жидкость бронхоальвеолярного лаважа, полученные от 300 пациентов пожилого возраста (старше 60 лет), находящихся на лечении с диагнозом «внебольничная пневмония пневмококковой этиологии» в период с 2008 по 2010 г. Необходимый клинический материал собирали в первые сутки поступления больного в стационар, до проведения лечения.

Результаты: Среди больных внебольничными пневмониями также чаще регистрировались женщины (56,25%, 168/300), при этом, надо отметить, что диагноз «внебольничная пневмония» был выставлен на этапе оказания амбулаторной помощи только в 25% (в 42 случае из 168), и все остальные случаи приходились на пациентов-мужчин

преклонного возраста (старше 80 лет) с наличием сопутствующих заболеваний в анамнезе. В общей структуре микробного пейзажа штаммы пневмококка, выделенные в монокультуре составляют 18,6%. При этом среди всей монокультуры, идентифицированной при пневмониях у лиц пожилого возраста, штаммы пневмококка составляют практически треть – 30,1%. Рассматривая состав ассоциаций микроорганизмов, выделенных в обследуемой группе, можно утверждать, что значение пневмококка здесь так же достаточно велико.

Ассоциации в составе *S. pneumoniae* + *S. pyogenes* встречаются в 13,3%, ассоциации в составе *S. pneumoniae* + *S. aureus* встречаются в составе 4%, ассоциации в составе *Streptococcus spp.* + *S. pneumoniae* – 20,9%, *S. pneumoniae* + Г(-) флора – 13,1%. В целом, более половины ассоциаций, 55,3%, от всех ассоциаций, что составляет 66 штаммов, представлено ассоциациями с участием пневмококка. Это позволяет сделать вывод о том, что идентификация *S. pneumoniae* даже в ассоциации с другими микроорганизмами имеет более важное значение с диагностической точки зрения, чем это рассматривалось ранее.

Таким образом, можно утверждать, что внебольничные пневмонии пневмококковой этиологии встречаются в 18,6% среди всех внебольничных пневмоний у лиц пожилого возраста, при этом в составе ассоциаций микроорганизмов в диагностически значимом титре данный возбудитель встречается практически в 90%, что подтверждает его роль в развитии инфекционного процесса и подтверждает тот факт, что пневмококковые пневмонии занимают одну из лидирующих позиций в эпидемиологической структуре заболеваемости внебольничными пневмониями у лиц пожилого возраста.

Шилова И.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕГИОНЕ ЮГО-ВОСТОЧНОЙ АЗИИ

ФГБУ НИИДИ ФМБА России

г. Санкт-Петербург, Россия

Лаосско-Российский центр

по лечению вирусных заболеваний

г. Вьентьян, Lao PDR

В регионе Юго-Восточной Азии среди инфекционных заболеваний широко распространены вирусные гепатиты, кишечные инфекции, риккетсиозы, лихорадка Денге и др. Состояние эндотоксикоза при инфекциях имеет единую патофизиологическую основу, состоящую из 3 ключевых процессов: интоксикации, гипоксии, иммуносупрессии, поэтому терапия должна быть направлена на коррекцию каждого звена патогенеза.

Цель исследования: изучить эффективность препарата реамберин 1,5% раствор в комплексной терапии инфекционных заболеваний в регионе Юго-Восточной Азии (Лаос). По фармакологическим свойствам препарат характеризуется как дезинтоксикационный, антигипоксический, антиоксидантный и мембранопротекторный.

Материалы и методы: Реамберин получали 130 человек: 20 больных острым желтушным гепатитом В (ОГВ); 50 – хроническими гепатитами (ХГ) В и С; 20 – риккетсиозом;

30 – кишечными инфекциями; 10 – лихорадкой Денге. Группа сравнения (130 чел.) получала раствор Рингера. Учитывались клинические и лабораторные показатели, оценивался уровень интоксикационно-воспалительного синдрома.

Результаты исследования показали, что при ОГВ улучшение биохимических показателей при инфузии реамберина было более существенным, чем у пациентов в группе сравнения, только у 10% больных не было выявлено отчетливой динамики АЛТ и АСТ. При ХГ реамберин показал выраженный цитопротекторный и антигипоксический эффект. Больные отмечали улучшение состояния в 88% случаев, против 70% в контрольной группе: после инфузий у пациентов улучшалось настроение, повышалось качество жизни и исчезали диспептические расстройства.

Длительность основных проявлений кишечных инфекций также зависела от варианта инфузионной терапии. Применение реамберина способствовало более быстрому купированию общеинфекционных симптомов и интоксикации. Длительность анорексии и слабости составила $1,8 \pm 0,3$ и $2,8 \pm 0,5$ дней, соответственно, против $4,4 \pm 0,6$ и $5,5 \pm 0,7$ дней у больных группы сравнения ($p < 0,05$), сократились лихорадочный период на 1,2 дня и длительность диареи на 1,7 дня. Улучшение гематологического показателя интоксикации к 3 дню терапии было более очевидно у больных, получавших реамберин, составив соответственно, $2,1 \pm 0,2$ против $2,8 \pm 0,2$ в контрольной группе.

При риккетсиозе на фоне введения реамберина длительность лихорадки сокращалась до 3-х дней, тогда как в контрольной группе лихорадка на фебрильных цифрах сохранялась до 7-10 дней и имела двухфазный характер.

У больных с лихорадкой Денге раньше на 3,2 дня снижалась температура, исчезали симптомы интоксикации, купировалась анорексия ($2,1 \pm 0,5$ против $3,8 \pm 0,4$) и динамика ($3,5 \pm 0,5$ и $6,2 \pm 0,6$), быстрее происходила нормализация гемограммы.

Препарат хорошо переносился всеми больными. Побочных реакций, не внесенных в инструкцию по медицинскому применению и требовавших отмены препарата, зарегистрировано не было.

Таким образом, применение инфузионного энергопротектора реамберина при инфекциях способствует более активному сокращению длительности основных клинических проявлений заболевания и улучшению лабораторных показателей, что позволяет рекомендовать его включение в комплекс терапии инфекционных заболеваний.

Шип С.А., Ратникова Л.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОРРЕКТОРОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

г. Челябинск, Россия

Вирусные гепатиты являются одной из ключевых медико-социальных проблем современного здравоохранения. Известно, что в мире более 30% людей заражено данными инфекционными агентами. Значимость вирус-

ных гепатитов дополняется тем, что именно они являются одной из наиболее частых причин хронических заболеваний печени, включая цирроз и первичный рак печени.

Цель. Оценить влияние препаратов – корректоров энергетического обмена – на клинико-лабораторные показатели у больных, страдающих хроническими вирусными гепатитами (HBV и HCV).

Материалы и методы. Было обследовано 294 больных хроническими вирусными гепатитами (HBV и HCV) при отсутствии цирротических изменений печени, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении городской клинической больницы № 8 г. Челябинска. Возраст пациентов – от 18 до 60 лет. Обследование пациентов включало анализ клинико-лабораторных показателей, отражающих выраженность ключевых синдромов вирусных гепатитов. В работе оценивалось влияние лекарственных препаратов, являющиеся субстратными композициями сукцината (янтарной кислоты): ремаксол и реамберин, а также глюкозы (активное плацебо), как субстрата энергетического обмена, усиливающего обменные процессы в печени и оказывающего дезинтоксикационное действие.

Была проведена рандомизация больных на 3 группы: пациентам 1-й группы (91 человек) получали препарат ремаксол, раствор для инфузий; пациентам 2-й группы (104 человек) вводился препарат реамберин, раствор для инфузий; пациентам 3-й группы (99 человек) вводился 5% раствор глюкозы. 1-я и 2-я группы являлись основными, а 3-я – контрольной. Препараты (ремаксол, реамберин, активное плацебо) вводили внутривенно ежедневно в течение 10 дней по 400 мл, назначали на фоне универсальной, базисной терапии (ферменты, спазмолитики, энтеросорбенты, витамины). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы “Statistica for Windows”, версия 6. Использовались методы описательной и непараметрической статистики – критерии: Манна-Уитни, Вальда-Вольфовица, Вилкоксона и Краскела-Уоллиса.

Результаты и выводы. Исходные клинико-биохимические показатели в основной и контрольной группах достоверно не отличались. Что касается анализа клинической картины по окончании лечения, между указанными группами обнаружены достоверные различия, так астеновегетативный синдром сохранился у 17,9% больных основной группы, и 27,3% – контрольной; диспепсический синдром у 12,5% и 17,2% соответственно; гепатомегалия у 24,1% и 35,4% соответственно. В ходе повторного исследования у больных биохимических маркеров дисфункции печени установлены статистически значимые различия между исследуемыми группами ($p < 0,05$). Содержание общего билирубина у больных опытной группы составляло $25,22 \pm 0,15$, контрольной группы – $33,17 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Уровень АЛТ $122,05 \pm 3,9$ и $176,59 \pm 6,9$ соответственно ($p < 0,05$). Уровень ГГТП: $84,87 \pm 1,9$ и $132,05 \pm 2,2$ соответственно ($p < 0,05$). Таким образом, использование корректоров энергетического метаболизма в качестве средств патогенетической терапии хронического вирусного поражения печени доказало свою высокую эффективность.

Шип С.А., Ратникова Л.И., Устинов А.А., Баранова Г.Н.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ РОЖИ В СВЕТЕ НОВЫХ ДАННЫХ О ПАТОГЕНЕЗЕ

г. Челябинск, Россия

Актуальность. Заболеваемость рожей составляет 10-20 на 10 000 населения. Кроме того, рожа составляет значительную часть среди первичных форм стрептококкозов. Отмечается нарастание доли тяжелых геморрагических форм заболевания, часто регистрируются гнойно-воспалительные осложнения. Частота рецидивов остается стабильно высокой. В связи с этим необходимо более глубокое и детальное изучение патогенеза рожи, с целью разработки новых и эффективных схем терапии.

Цель. Установить неизвестные стороны патогенеза рожи в отношении интенсивности свободнорадикального окисления и состояния нитроксидергических процессов.

Материалы и методы. Обследовано 255 больных рожей, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении городской клинической больницы № 8 г. Челябинска. Распределение пациентов по полу: женщины в обследуемой выборке составили 43,5% (111 больных), мужчины – 56,5% (144 больных). Обследование пациентов включало анализ лабораторных данных, в том числе производилось динамическое двукратное определение показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), активности антиоксидантной защитной системы (АОЗС) и содержания конечных продуктов метаболизма оксида азота (NO). Исследование выполнялось в динамике: в острую фазу и фазу ранней реконвалесценции. Полученные данные сравнивали с аналогичными показателями 30 практически здоровых доноров, не отличавшихся по полу и возрасту от больных.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы “Statistica for Windows”, версия 6. Использовались методы описательной статистики, непараметрические методы: критерий Манна-Уитни, критерий Вилкоксона, метод Краскела-Уоллиса и метод ранговой корреляции по Спирмену.

Результаты и выводы. Установлено, что у пациентов с диагнозом «Рожа» имеет место статистически значимое нарастание уровня ПОЛ. Так содержание диеновых конъюгатов – первичных продуктов ПОЛ у больных рожей в острую фазу 0,553, а в контрольной группе 0,515 ($p < 0,05$). Интенсификация свободнорадикального окисления сопровождается активацией нитроксидергических процессов. Это подтверждается статистически значимыми различиями по содержанию конечного метаболита оксида азота (нитритов): так содержание нитритов у больных рожей в острую фазу $14,220$ мкМ/л, а у контрольной группы – $12,730$ мкМ/л ($p < 0,05$). Одновременно развивается депрессия антиоксидантной системы: отмечено статистически значимое снижение антиоксидантного фермента – супероксиддисмутазы с $1,610$ у.е./мл до $1,005$ у.е./мл ($p < 0,05$).

Использование отечественного препарата «Реамберин» в комплексной терапии пациентов с диагнозом «Рожа» позволяет эффективно уменьшить продолжительность ведущих клинических симптомов по сравнению с группой контроля, соответственно по продолжительности лихорадки: $3,11 \pm 0,12$ дней и $4,87 \pm 0,19$ дней

($p < 0,05$), по длительности существования эритемы: $4,45 \pm 0,20$ дней и $6,74 \pm 0,22$ дней ($p < 0,05$), по продолжительности локальной болезненности $5,02 \pm 0,25$ дней и $6,79 \pm 0,37$ дней ($p < 0,05$). Следовательно, использование данного лекарственного средства позволяет расширить возможности патогенетически ориентированной таргетной терапии рожи.

*Ширикбаева Г.Е., Сейдахметова Г.У.,
Медетбаева Р.А.*

**ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ:
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ
В 2007-2011 ГОДАХ В ГОРОДСКОЙ
ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ Г. АСТАНЫ**

г. Астана, Казахстан

Актуальность: Детские инфекции среди взрослых имеют большое социально-экономическое значение, вызывает различного рода воспалительные процессы и может быть причиной бесплодия, оказывает тератогенное действия для плода, преимущественно болеют люди активного работоспособного возраста.

Цель: Проанализировать клинико-эпидемиологических особенностей детских инфекции среди взрослых по данным городской инфекционной больницы г. Астаны.

Материалы и методы: Проведен клинический анализ 250 случаев заболевания краснухи, кори, паротитной инфекции и ветряной оспы по историям болезни лечившихся в стационаре городской инфекционной больницы г. Астаны. По социальному составу в основном это были студенты 82 (32,8%), военнослужащие 76 (30,4%), рабо-

чие 77 (30,8%), неработающие 15 (6%). Возрастной состав больных, колебался от 16 до 35 лет, преимущественно болели люди в возрасте от 16 до 26 лет (73,5%), почти четвертую часть составили больные от 27 до 35 лет.

Обсуждение. В Астане постоянно регистрируется детские инфекции среди взрослых. За 5 лет в Астане отмечается тенденция роста «детских» воздушно-капельных инфекций среди взрослых. В 2011 году в сравнении с 2007 годом увеличилось число пролеченных пациентов за счет ветряной оспы и паротитной инфекции. Однако, вследствие проводимых противоэпидемических мероприятий, а именно, плановой вакцинации против кори и краснухи среди населения г. Астаны, включая женщин фертильного возраста, не нарастает заболеваемость таких болезней как краснуха и корь. В 2008 и 2011 годах регистрировались единичные завозные случаи кори.

Основными причинами роста заболеваемости явились:

- закрытием дошкольных учреждений после развала Союза Социалистических Республики;
- отсутствие контроля над плановыми вакцинациями в 1990–1995 гг.;
- отсутствие контроля за транспортировки и хранения вакцины, отсутствие самого вакцины в 1990–1995 гг.
- основные массы населения отказывались от плановой вакцинации.

Выводы: Детские инфекции среди взрослых протекают чаще в среднетяжелой форме, начало острое с повышением температуры тела, сыпь чаще появляется на 3–5 день болезни, у большинства больных имеется контакт с больными детьми. Течение болезни в основном благоприятное с редкими тяжелыми осложнениями.

АВТОРЫ

А

Абдикеримов М.М.
 Абдыкадырова А.А.
 Абдымомунов И.А.
 Абуова Г.Н.
 Абуова Г.Т.
 Абуова Ж.Ж.
 Агафонов В.М.
 Азовцева О.В.
 Айвазян С.Р.
 Айнабек Г.А.
 Айтбаева Б.Ж.
 Алексешева Л.Ж.
 Александрова Н.В.
 Алексеева Л.А.
 Аленов М.Н.
 Аликиева Г.К.
 Алимханова К.Н.
 Алленов М.Н.
 Алишинбаева Г.У.
 Алишинбекова Г.К.
 Альшиева Н.О.
 Альварес Фигероа М.В.
 Амбросов И.В.
 Амиреев С.
 Амиреев С.А.
 Анарбаева Ж.А.
 Андреева Е.Г.
 Анохина Г.И.
 Аткенов С.Б.
 Атишбар Б.Б.
 Атыгаева С.К.
 Ахиева Л.Ю.
 Ахматов Э.А.
 Ахматова Н.К.
 Ахмедова М.Д.
 Аишурова Р.Ш.
 Ашыралиева Д.О.
 Аяшиева Л.Х.

Б

Бабаев Т.Б.
 Бабаченко И.В.
 Баешева Д.А.
 Байжуманова Ж.А.
 Балтынова Р.З.
 Баранова Г.Н.
 Барышева И.В.
 Бегайдарова Р.Х.
 Бейсекова М.М.
 Бейсембаева Ш.А.
 Бейсенбинова Ж.Б.
 Бекибаева Б.Д.

Бекиш Л. Э.
 Бекмаматова Г.А.
 Бекмухамбетов С.К.
 Бектимиров А.М.-Т.
 Белая О.Ф.
 Белецкий И.П.
 Беликов Д.В.
 Белоцерковец В.Г.
 Беляева Н.М.
 Бердалиева Ф.А.
 Бердыкулова М.М.
 Березина Л.В.
 Берестовая Т.Г.
 Бессонова Т.В.
 Бехтерева М.К.
 Бисимбаева С.К.
 Бобровский Е.А.
 Богачёва Е.А.
 Болецкая Т.А.
 Бондарь С.Н.
 Бохонов М.С.
 Бочкарева Н.М.
 Бречко В.А.
 Брицкая П.М.
 Буланова А.Г.
 Буранчиева А.А.
 Бурмагин Д.В.
 Бурмагина И.А.

В

Валишин Д.А.
 Васенева А.А.
 Василишин З.П.
 Васильева М.А.
 Венгеров Ю.Я.
 Веремей И.С.
 Виноград Н.А.
 Влащенко И.В.
 Вознесенский С.Л.
 Волокова Р.А.
 Волохова О.А.
 Волчкова Е.В.
 Воробьева Н.Н.
 Высочинская В.В.

Г

Габасова М.К.
 Гагарина И.В.
 Галкина Л.А.
 Гасич Е.Л.
 Гилмуллина Ф.С.
 Гиясов Х.З.
 Гоженко А.И.
 Голева О.В.

Головин В.П.
 Головина Ю.А.
 Голуб В.П.
 Голубцов В.В.
 Гольц М.Л.
 Горбачева Е.В.
 Горелов А.В.
 Горобченко А.Н.
 Горячева Л.Г.
 Гранитов В.М.
 Григорьева И.В.
 Гулямов Н.Г.

Д

Давис Н.А.
 Данбаева С.М.
 Даниярова А.Б.
 Дарвина О.В.
 Даулетбакова А.М.
 Девдариани Х.Г.
 Дегемерзанова Н.К.
 Денисюк Н.Б.
 Деулина М.О.
 Джумагулова А.Ш.
 Джурабаева Н.Б.
 Дивоча В.А.
 Диго Р.Н.
 Дмитраченко Т. И.
 Дмитриева Л.Н.
 Дмитровский А.М.
 Долгова Е.А.
 Домонова Э.А.
 Досмагамбетова Р.С.
 Дриневский В.П.
 Дубовицкая Н.А.
 Дуйсенова А.К.
 Дьяченко П.А.
 Дюсембаева А.Е.

Е

Евсюков О.А.
 Евтушенко И.Д.
 Егембердиева Р.
 Егембердиева Р.А.
 Егоров С.К.
 Еремин В.Ф.
 Еровиченков А.А.
 Есентаева А.А.
 Ефимова О.Н.
 Ефремова О.С.
 Ешмоллов С.Н.

Ж

Жагдын З.М.
 Жаикбаев Н.

Жакипбаева Б.Т.
 Жандосов Ш.У.
 Жаниязова Б.С.
 Жанысова Г.Д.
 Железникова Г.Ф.
 Железова Л.И.
 Жильцов И.В.
 Жирков А.В.
 Жолдошев С.Т.
 Жумагазин Ж.Д.
 Жумагалиева Г.Д.
 Жумадинова С.К.
 Жуматаева С.А.
 Жунусов Е.С.
 Журавченко А.Е.

З

Зайцев О.В.
 Запрометова В.М.
 Зарипова Р.М.
 Захаренко С.М.
 Захарова Е.В.
 Захарова И.Н.
 Захлебаева В.В.
 Землянский О.А.
 Зенькова С.К.
 Зимица В.Н.
 Зинович Я.И.
 Зиядина Л.
 Зуевская С.Н.

И

Ибрагимова О.М.
 Иванова Г.П.
 Ивановская Г.И.
 Ивасив И.В.
 Идрисова Ж.Р.
 Идрисова Р.С.
 Изтелеуова А.М.
 Ильина М.А.
 Ильина Н.И.
 Инкарбекова А.

К

Кабиева С.М.
 Казаков С.В.
 Калдаров Н.Ж.
 Калина Н.В.
 Камарова А.М.
 Камытбекова К.Ж.
 Каннер Е.В.
 Кантемиров М.Р.
 Канишина Н.Н.
 Каракулова Ю.В.
 Каральский С.А.

Карманов М.И.
 Касымбекова К.Т.
 Кашаева О.В.
 Кацаев Б.А.
 Кветная А.С.
 Кененбаева С.С.
 Кенжебаева К.А.
 Кенжебаева С.К.
 Керимова Ю.М.
 Ким О.С.
 Кириллова Ю.М.
 Киселевский М.В.
 Киушкина И.Н.
 Ключарева А.А.
 Кобрин Т.М.
 Ковалева Т.А.
 Коваленко А.Н.
 Кожевникова Г.М.
 Козак Л.П.
 Козлов С.С.
 Козочкина К.К.
 Колаева Н.В.
 Команцев В.Н.
 Комарова Л.В.
 Коннова Ю.А.
 Кононова Ю.В.
 Коптюг В.Г.
 Коростелева З.В.
 Коришуква О.А.
 Косыгина М.В.
 Кочкина С.С.
 Кошерова Б.Н.
 Кошкин А.П.
 Кошкина И.А.
 Кравченко А.В.
 Кравченко И.Э.
 Краснов А.В.
 Кривошеенко Е.М.
 Криницына Э.В.
 Кругликов П.В.
 Крылова Е.В.
 Крюкова О.С.
 Куатбаева А.М.
 Кубраков К.М.
 Кудрявцева Е.Н.
 Кузгибекова А.Б.
 Кузгибекова С.Б.
 Кузнецов А.Н.
 Кузнецов Н.И.
 Кузьменко Т.Н.
 Кузьмина А.Р.
 Куклиновский И.И.
 Кулагина О.И.
 Култанов Б.Ж.
 Курамысова Р.Т.
 Курбанова Х.И.
 Курмангазин М.С.

Курманова Г.М.
 Кусаинова А.Ж.
 Кутдусова А.М.
 Кутманова А.З.
 Кутышева А.Т.
 Куц А.А.
 Кызылбаева Р.Б.
 Кыраубаев К.

Л

Лаврентьев Г.П.
 Лаврентьева Н.Н.
 Лавриненко А.И.
 Лавринович Д.Н.
 Лагода О.В.
 Лайман Е.Ф.
 Ландграф Г.О.
 Лачкова Л.В.
 Леви Д.Т.
 Левин Д.Ю.
 Леонова Л.Г.
 Лисицина Е.В.
 Литвинова О.Г.
 Лобзин Ю.В.
 Лубская Н.С.
 Лукьянова А.М.
 Луценко В.Ю.
 Луцкий А.А.
 Любимова В.Е.
 Ляховская Н.В.
 Ляшенко В.А.

М

Макаренко О.А.
 МаксUTOва Г.С.
 Малеев В.В.
 Малинникова Е.Ю.
 Малов В.А.
 Малолетнева Н.В.
 Мамон А.П.
 Мамытова М.М.
 Манапова Э.Р.
 Мартынова А.В.
 Мартынова Н.Н.
 Матело С.К.
 Матрос О.И.
 Матющенко З.Т.
 Махамбетов К.О.
 Медведева Е.А.
 Медетбаева Р.А.
 Мельникова И.М.
 Мендибай С.Т.
 Мескина Е.Р.
 Мигманов Т.Э.
 Мирзажанова Д.Б.
 Михайлов М.И.
 Михайлова Е.В.
 Михалинова Е.П.
 Михальчук В.Н.

Мозгалева Н.В.
 Молдокматова М.Д.
 Молотилова Т.Н.
 Монахова Н.Е.
 Мукомолова А.Л.
 Муминов Т.А.
 Муравская Л.В.
 Мурачѐв А.А.
 Мурзабаева Р.Т.
 Мурзакулова А.Б.
 Мурина Е.А.
 Мустафазаде Т.Ш.
 Мухаммадиева С.
 Мухачева О.Г.

Н

Набокова Н.Ю.
 Нагибина М.В.
 Нажмеденова А.Г.
 Насакаева Г.Е.
 Немилостива Е.А.
 Неталина Г.Ж.
 Нечаева И.П.
 Никитина О.Е.
 Никифоров В.В.
 Николенко В.В.
 Никулина М.А.
 Носач Е.С.
 Нуркаскаева А.К.
 Нурматов З.Ш.
 Нурмашева А.А.
 Нусупбаева Г.Е.
 Ныркова О.И.

О

Обидный К.Ю.
 Осипова З.А.
 Осипова С.О.
 Оскирко А.Н.
 Остащенко А.Н.

П

Паевская О.А.
 Пазылов Б.Б.
 Пак С.Г.
 Парманкулова Ш.Ш.
 Парпиева Н.Н.
 Пархоменко Ю.Г.
 Пархомец Б.А.
 Перадзе Х.Д.
 Петрова И.Д.
 Петухова Е.В.
 Пичкунова В.В.
 Платова Л.А.
 Плоскирева А.А.
 Поддубная А.И.
 Подлипаева И.В.
 Подряднова Т.В.
 Позднякова А.С.
 Покровская А.В.

Половинкина Н.А.
 Половян Е.С.
 Полуэктова В.Б.
 Пономаренко Т.А.
 Попова А.А.
 Потеева С.А.
 Потемкин И.А.
 Пугин П.К.

Р

Ражапбаева А.Ш.
 Раздобарина С.Е.
 Раимбеков Д.Р.
 Райхер А.И.
 Ратников Н.Н.
 Ратникова Л.И.
 Рахманов М.И.
 Рахматова Х.А.
 Рашитова А.
 Репина И.Б.
 Ровный В.Б.
 Рогозина Н.В.
 Романенко А.И.
 Руденко А.А.
 Русанова Е.В.
 Руссу А.В.
 Рухамина М.Л.

С

Садовская В.П.
 Садыкова С.С.
 Садыкова Ш.С.
 Саитов Ф.С.
 Самойлович Е.О.
 Сапарова Г.Н.
 Сарсекеева Н.Е.
 Сафонов А.Д.
 Свиридова М.Б.
 Севостьянова Т.А.
 Сейдахметова Г.У.
 Сейдуллаева А.Ж.
 Сейитбай Г.Н.
 Сейтказы А.
 Селькова Е.П.
 Семенов В.М.
 Семенов С.В.
 Сергалиева А.Ш.
 Серета Т.В.
 Сивер Н.В.
 Сигидаев А.С.
 Сидоренко С.В.
 Сидорова Ж.П.
 Ситников И.Г.
 Ситникова Е.П.
 Скалева М.А.
 Скворцова В.В.
 Скрипченко Н.В.
 Скрыль С.В.
 Смагулова М.К.

Смирнова Т.Ю.

Снежкова Т.

Соколов Ю.Е.

Соколова Т.М.

Сотникова Д.

Стариков Ю.Г.

Старостина В.И.

Стернин Ю.И.

Стычевская Е.В.

Суворова М.А.

Сулайманов А.К.

Сулейменова З.И.

Сумливая О.Н.

Сундуков А.В.

Сухно А.С.

Сыздыков М.С.

Сытник И.И.

Т

Танашкин С.Ф.

Тастанбеков Б.Д.

Тастанова С.

Ташетова А.Б.

Ташимова К.К.

Ташпулатов Ш.А.

Темирбеков Г.К.

Тетова В.Б.

Тимченко И.В.

Тимченко Н.В.

Тишкевич О.А.

Тишкова Ф.Х.

Ткачева С.В.

Тойгомбаева В.С.

Тойчиев И.Т.

Тойчуев Р.М.

Токмалаев А.К.

Тохтабакиева З.Н.

Троицкий В.И.

Трякина И.П.

Тураров Е.А.

Турсунова Н.З.

У

Умарова Ж.С.

Умарова С.К.

Умбетова К.Т.

Уразбаева Д.Ч.

Усенов У.

Устинов А.А.

Утегенова Р.Б.

Утегенова Э.

Утегенова Э.С.

Утепбергенова Г.А.

Ушкова М.К.

Ф

Фазылов В.Х.

Фазылов В.Х.

Файзуллоев Н.Ф.

Фёдорова Н.Е.

Феклисова Л.В.

Фельдблюм И.В.

Х

Хадисова М.К.

Хныков А.М.

Ходжаева Н.М.

Холматова К.Ш.

Хоменков В.Г.

Хорошева Т.С.

Хорошилова И.А.

Хохлова З.А.

Ц

Целипанова Е.Е.

Цыремпилова Л.В.

Ч

Чаусов Е.В.

Чемич Н.Д.

Чуйкова К.И.

Чулакова О.А.

Чуланов В.П.

Ш

Шабалина О.Ю.

Шайзадина Ф.М.

Шапиева Ж.

Шаркова В.А.

Шведова Н.М.

Шепарев А.А.

Шерметова М.Б.

Шестопалов А.М.

Шилова И.М.

Шип С.А.

Ширишкбаева Г.Е.

Шойбекова Г.О.

Шуба Л.И.

Э

Эльберт Е.В.

Эсауленко Е.В.

Ю

Юдина Ю.В.

Юлдашев А.М.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абдикеримов М.М., Романенко А.И., Жолдошев С.Т.</i> ВИДЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ.....	5
<i>Абдымомунов И.А., Бекмаматова Г.А., Любимова В.Е., Тойчугев Р.М., Калдаров Н.Ж., Сулайманов А.К.</i> ЗАРАЖЕННОСТЬ ЖИВОТНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ В ФЕРМЕРСКИХ ХОЗЯЙСТВАХ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ	5
<i>Абуова Г.Н.</i> КРЫМСКАЯ - КОНГО ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ – ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ	6
<i>Азовцева О.В.</i> ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	6
<i>Айвазян С.Р., Малов В.А., Горобченко А.Н., Белецкий И.П.</i> ВОЗМОЖНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ МИКРОЧИПОВ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ	7
<i>Айтбаева Б.Ж.</i> БРУЦЕЛЛЕЗ У ДЕТЕЙ, СЛУЧАЙ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ.....	7
<i>Айтбаева Б.Ж.</i> ГЕМОДИАЛИЗНАЯ ТЕРАПИЯ В СЛУЧАЕ ГЛПС У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ	8
<i>Айтбаева Б.Ж.</i> РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	9
<i>Алекешева Л.Ж.</i> ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНИТОМ.....	9
<i>Алекешева Л.Ж.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАГИНАЛЬНЫХ СВЕЧЕЙ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНИТОМ.....	10
<i>Алишинбаева Г.У., Керимова Ю.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРЭНДЕМИЧНОСТИ.....	10
<i>Алишинбаева Г.У., Сергалиева А.Ш.</i> ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ БРЕНДОВОГО И ГЕНЕРИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА.....	11
<i>Алишинбаева Г.У., Утепбергенова Г.А.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ.....	11
<i>Альшиева Н.О., Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Бейсекова М.М., Камарова А.М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ПАРАЗИТОЗАМИ.....	12
<i>Альварес Фигероа М.В., Севостьянова Т.А., Долгова Е.А., Леви Д.Т., Позднякова А.С.</i> ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ И ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ.....	13
<i>Амиреев С.А., Алимханова К.Н., Бейсенбинова Ж.Б.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПАСТЕРЕЛЛЕЗА	13
<i>Амиреев С.А., Нажмеденова А.Г., Алекешева Л.Ж., Кусаинова А.Ж., Жандосов Ш.У., Куатбаева А.М.</i> «ШКОЛА ВАКЦИНОЛОГИИ» – ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ.....	14
<i>Амиреев С.А., Нажмеденова А.Г., Кусаинова А.Ж.</i> ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ПАПИЛЛОМАВИРУСОМ ЧЕЛОВЕКА	14

<i>Аткенов С.Б.</i> ЧАСТОТА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СРЕДИ ЭКЗОТИРОВАВШИХ ДЕТЕЙ.....	15
<i>Аткенов С.Б., Кененбаева С.С., Жанысова Г.Д.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА «АСКОРИЛ ЭКСПЕКТОРАНТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	16
<i>Атыгаева С.К.</i> ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР: ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	16
<i>Атыгаева С.К., Ким О.С.</i> ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА С ДРУГИМИ ЛЕЧЕБНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.....	17
<i>Ахмедова М.Д., Юлдашев А.М.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ.....	17
<i>Аяшиева Л.Х., Соколов Ю.Е.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В Г. АСТАНА.....	18
<i>Бабаченко И.В., Ровный В.Б., Ибрагимова О.М.</i> РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ПОРАЖЕНИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	18
<i>Бабаченко И.В., Скрипченко Н.В., Иванова Г.П.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	19
<i>Баешева Д.А., Жумадилова С.К., Кенжебаева С.К., Сейдуллаева А.Ж., Утегенова Р.Б., Кузгибекова С.Б.</i> ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ.....	19
<i>Баешева Д.А., Сейдуллаева А.Ж.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА У ДЕТЕЙ.....	20
<i>Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Алишинбекова Г.К., Дюсембаева А.Е., Насакаева Г.Е.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ.....	21
<i>Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Ефимова О.Н., Девдариани Х.Г., Изтелеуова А.М.</i> СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	21
<i>Бекши Л. Э., Семенов В.М., Дмитраченко Т. И., Лавринович Д. Н.</i> СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПИСТОРХОЗА В ВИТЕБСКЕ И ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ.....	21
<i>Бекмухамбетов С.К.</i> ГРУППОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В ОБЛАСТНОМ ДЕТСКОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ САНАТОРИИ «ИВУШКА».....	22
<i>Бекмухамбетов С.К.</i> ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА И КЛИНИКА БЕШЕНСТВА ПРИ УКУСАХ РАЗНЫМИ ВИДАМИ ЖИВОТНЫХ.....	23
<i>Бекмухамбетов С.К.</i> ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ.....	23
<i>Бекмухамбетов С.К.</i> ОБ АКТИВИЗАЦИИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	24
<i>Бекмухамбетов С.К.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС) В ЗКО.....	24
<i>Бектимиров А.М.-Т., Юлдашев А.М.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ КИШЕЧНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА И ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....	25

<i>Белая О.Ф., Паевская О.А., Юдина Ю.В., Зуевская С.Н., Беликов Д.В.</i> МИГРАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ СЫПЬЮ НА СТАФИЛОКОККОВЫЙ ЭНТЕРОТОКСИН В И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ (ДЕРИНАТ).....	25
<i>Беляева Н.М., Тетова В.Б.</i> КОРЬ – СТРАТЕГИИ УРАВЛЕНИЯ ВОЗВРАЩАЮЩЕЙСЯ ИНФЕКЦИЕЙ	26
<i>Бердалиева Ф.А.</i> ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРУЦЕЛЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ	26
<i>Бердыкулова М.М., Есентаева А.А., Абуова Ж.Ж., Парманкулова Ш.Ш., Тураров Е.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ	27
<i>Бердыкулова М.М., Темирбеков Г.К., Парманкулова Ш.Ш., Абуова Ж.Ж., Шойбекова Г.О.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДВС-СИНДРОМА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИЗЕНТЕРИЕЙ	27
<i>Березина Л.В.</i> ВЛИЯНИЕ ФОТОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА АУТОИММУННЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	28
<i>Бехтерева М.К., Железникова Г.Ф., Волохова О.А., Монахова Н.Е.</i> ИММУНОПАТОГЕНЕЗ ДЛИТЕЛЬНОГО БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ – РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА	28
<i>Бондарь С.Н., Ключарева А.А.</i> ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/СПИД	29
<i>Бохонов М.С., Ситников И.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АМИНОТРАНСФЕРАЗ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО НСV-ИНФЕКЦИИ	30
<i>Бочкарева Н.М., Феклисова Л.В., Мескина Е.Р., Медведева Е.А.</i> ИСХОДЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В ТЕРАПИЮ ЛАКТАЗЭНЗИМА	30
<i>Буланова А.Г., Михайлова Е.В., Дубовицкая Н.А., Кошкин А.П., Левин Д.Ю., Кацаев Б.А.</i> ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВИ ПРИ СРЕДНЕ - ТЯЖЕЛЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ	31
<i>Бурмагина И.А., Агафонов В.М., Бурмагин Д.В., Ильина М.А.</i> СЕМЕЙНЫЕ ОЧАГИ КРОВОКОНТАКТНЫХ ГЕПАТИТОВ	31
<i>Валишин Д.А., Мамон А.П.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ОЧАГОВ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ	32
<i>Венгеров Ю.Я., Нагибина М.В., Михалинова Е.П., Раздобарина С.Е., Молотилова Т.Н., Пархоменко Ю.Г., Мозгалева Н.В., Смирнова Т.Ю.</i> ПНЕВМОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ. ПРОБЛЕМА ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ.....	32
<i>Виноград Н.А., Козак Л.П., Василишин З.П.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ЗООАНТРОПОНОЗОВ НА ЗАПАДЕ УКРАИНЫ	33
<i>Вознесенский С.Л., Чуланов В.П., Кожевникова Г.М., Голуб В.П., Половинкина Н.А., Барышева И.В.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОЙ НВV-ИНФЕКЦИИ.....	33
<i>Габасова М.К., Нажмеденова А.Г., Амиреев С., Куатбаева А.М., Жаикбаев Н., Смагулова М.К., Турсунова Н.З.</i> ОЦЕНКА ПРЕДЭЛИМИНАЦИОННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....	34
<i>Галкина Л.А., Репина И.Б.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ОТЛИЧИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ И ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ.....	34
<i>Гиясов Х.З., Давис Н.А., Осипова С.О.</i> ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ	35

<i>Горбачева Е.В.</i> СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ.....	36
<i>Гранитов В.М., Хорошилова И.А., Бобровский Е.А., Леонова Л.Г., Танаишкин С.Ф.</i> ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ.....	36
<i>Гранитов В.М., Хорошилова И.А., Бобровский Е.А., Лубская Н.С.</i> РАННЯЯ ФАЗА ОПИСТОРХОЗА В ЭНДЕМИЧНОМ ПО ОПИСТОРХОЗУ РЕГИОНЕ.....	37
<i>Григорьева И.В.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА 2008–2010 ГГ.	37
<i>Давис Н.А., Рахматова Х.А., Бектимиров А.М.-Т., Белоцерковец В.Г., Парпиева Н.Н., Осипова С.О.</i> КОМПЛЕКСНОЕ СЕРОЛОГИЧЕСКОЕ И МИКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	38
<i>Даниярова А.Б., Амиреев С.А.</i> КАК ОПЕРЕДЕЛИТЬ СЛУЧАЙ ДИФТЕРИИ?	39
<i>Дарвина О.В., Домонова Э.А., Чуланов В.П., Литвинова О.Г., Богачёва Е.А., Коннова Ю.А., Немилостива Е.А., Волчкова Е.В., Аленов М.Н.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ НА РАННИХ СРОКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПЦР И СПЕЦИФИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39
<i>Даулетбакова А.М., Жакипбаева Б.Т., Муминов Т.А., Амиреев С.А., Бейсембаева Ш.А., Дегемерзанова Н.К.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНЫХ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА VNTR-ТИПИРОВАНИЯ ШТАММОВ M.TUBERCULOSIS	40
<i>Денисюк Н.Б.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	40
<i>Денисюк Н.Б.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	41
<i>Джурабаева Н.Б., Холматова К.Ш.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕПОТЕКАПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ «В» ГЕПАТИТАХ.....	41
<i>Дивоча В.А., Кобрин Т.М., Лагода О.В., Руссу А.В., Михальчук В.Н., Гоженко А.И.</i> РАЗБОТКА НОВОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ГРИППЕ.....	42
<i>Диго Р.Н., Бречко В.А.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ИХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ К АНТИБИОТИКАМ	42
<i>Дмитраченко Т.И., Крылова Е.В.</i> РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОСНОВНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЭНТЕРОПАТОГЕНОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	43
<i>Дубовицкая Н.А., Михайлова Е.В., Буланова А.Г., Кошкин А.П., Шведова Н.М., Лаврентьев Г.П., Каральский С.А.</i> НЕЙРОТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	43
<i>Еровиченков А.А., Потеева С.А., Троицкий В.И., Анохина Г.И., Малолетнева Н.В., Набокова Н.Ю., Колаева Н.В., Карманов М.И., Нечаева И.П., Шабалина О.Ю., Полуэктова В.Б., Канишина Н.Н., Горобченко А.Н.</i> СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЖИ.....	44
<i>Ешмоллов С.Н., Ситников И.Г., Мельникова И.М.</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	45
<i>Жакипбаева Б.Т., Муминов Т.А., Бейсембаева Ш.А., Амиреев С.А.</i> МОЛЕКУЛЯРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ.....	45
<i>Железова Л.И., Кветная А.С., Бехтерева М.К.</i> ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	46
<i>Жильцов И.В., Семенов В.М., Егоров С.К., Матющенко З.Т.</i> ТИМОЛОВАЯ ПРОБА КАК СКРИНИНГ-ТЕСТ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ	46

<i>Жолдошев С.Т., Мурзакулова А.Б., Анарбаева Ж.А.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ВЗГЛЯД ИНФЕКТОЛОГА.....	47
<i>Жумагалиева Г.Д., Курмангазин М.С., Жаниязова Б.С., Рашитова А., Снежкова Т.</i> МЕХАНИЗМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	47
<i>Жумагалиева Г.Д., Умарова Ж.С., Кызылбаева Р.Б.</i> ПРОБЛЕМА ЛЯМБЛИОЗА В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	48
<i>Жумагалиева Г.Д., Умарова Ж.С., Неталина Г.Ж., Сотникова Д.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРПЕСВИРУСОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА.....	48
<i>Жуматаева С.А.</i> ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	49
<i>Жунусов Е.С., Кошерова Б.Н.</i> ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В	50
<i>Запрометова В.М.</i> СУПЕРИНФИЦИРОВАНИЕ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА ДЕЛЬТА БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В.....	50
<i>Запрометова В.М.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕГИНТЕРФЕРОНА А-2а И РИБАВИРИНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» У БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	51
<i>Курбанова Х.И., Захарова И.Н.</i> ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ВИФЕРОНОМ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ	51
<i>Зинович Я.И., Оскирко А.Н., Гасич Е.Л., Еремин В.Ф., Ключарева А.А.</i> ГЕНОТИПЫ ВИРУСА ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В.....	52
<i>Ибрагимова О.М., Бабаченко И.В., Алексеева Л.А., Бессонова Т.В.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ГРИППЕ У ДЕТЕЙ	52
<i>Идрисова Р.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ.....	53
<i>Камытбекова К.Ж.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПРОТИОВОПАЗИТАРНОЙ ПРИ ГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ И ЛЯМБЛИОЗНОЙ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ	53
<i>Кантемиров М.Р., Шайзадина Ф.М., Лавриненко А.И., Абуова Г.Т., Ташетова А.Б.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НЕБОЛЬШОМ ГОРОДЕ.....	54
<i>Касымбекова К.Т., Ашыралиева Д.О.</i> БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И БИОЗАЩИТА ЛАБОРАТОРНЫХ ПРАКТИК В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	55
<i>Касымбекова К.Т., Ландграф Г.О., Ашыралиева Д.О.</i> МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (НОРО-, АСТРОВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ).....	55
<i>Касымбекова К.Т., Остащенко А.Н., Нурматов З.Ш., Раимбеков Д.Р., Сапарова Г.Н., Молдокматова М.Д.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЦИРКУЛЯЦИИ ВИРУСА ГРИППА В ПРИРОДЕ, ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ВРЕДНЫХ ОЧАГОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	55
<i>Кветная А.С., Железова Л.И., Лачкова Л.В., Бехтерева М.К.</i> СПОСОБ ЭФФЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ	56
<i>Ким О.С., Атыгаева С.К.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ТЯЖЕЛЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ	56

<i>Ковалева Т.А., Чуйкова К.И., Евтушенко И.Д., Мухачева О.Г.</i> ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С	57
<i>Коваленко А.Н., Рахманов М.И., Мурачѳв А.А., Ратников Н.Н.</i> БРЮШНОЙ ТИФ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН: КЛИНИКА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	57
<i>Команцев В.Н., Скрипченко Н.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОНЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ У ДЕТЕЙ.....	58
<i>Кочкина С.С., Ситникова Е.П., Скалева М.А., Влащенко И.В., Косыгина М.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ	58
<i>Кошеров Б.Н., Досмагамбетова Р.С., Балтынова Р.З., Култанов Б.Ж., Данбаева С.М., Тимченко Н.В.</i> ВЛИЯНИЕ АСКАРИДОЗА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	59
<i>Кравченко А.В., Попова А.А., Зимица В.Н., Деулина М.О.</i> ПРИМЕНЕНИЕ РАЛТЕГРАВИРА В СХЕМАХ АРВТ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.....	59
<i>Кривошеенко Е.М., Скрипченко Н.В., Команцев В.Н.</i> КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ПОСТУПАЮЩИХ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ ДГКБ № 5 ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2010 ГГ.)	60
<i>Криницына Э.В., Крюкова О.С.</i> К ВОПРОСУ О ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА.....	61
<i>Кузгубекова А.Б., Кабиева С.М., Кенжебаева К.А.</i> ЛЯМБЛИОЗ У ДЕТЕЙ.....	61
<i>Кузнецов А.Н., Сыздыков М.С., Казаков С.В., Сытник И.И., Садовская В.П., Садыкова С.С.</i> АДАПТАЦИЯ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДѳННЫХ СЛУЧАЕВ БРУЦЕЛЛЕЗА	62
<i>Кулагина О.И., Краснов А.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПЕГИНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА И РИБАВИРИНОМ.....	62
<i>Кутдусова А.М., Мурзабаева Р.Т.</i> ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕНЫМ СИНДРОМОМ	63
<i>Кутманова А.З., Буранчиева А.А., Абдыкадырова А.А., Тойгомбаева В.С.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ХЛАМИДИОЗА ЗООНОЗНОЙ ПРИРОДЫ	63
<i>Кутманова А.З., Джумагулова А.Ш.</i> УСТОЙЧИВОСТЬ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	64
<i>Кыраубаев К., Шапиева Ж., Утегенова Э., Егембердиева Р., Усенов У.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В КАЗАХСТАНЕ.....	64
<i>Лайман Е.Ф., Шаркова В.А.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН	65
<i>Леви Д.Т., Александрова Н.В., Волокова Р.А., Подлипаева И.В., Эльберт Е.В., Рухамина М.Л.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРИЙ ПОСЕВНОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПРОИЗВОДСТА ВАКЦИН БЦЖ.....	66
<i>Лубская Н.С., Матрос О.И., Гранитов В.М.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ HCV-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА ВИРУСА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	66
<i>Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И.</i> СМЕШАННЫЕ СТАФИЛОКОККОВО-РОТАВИРУСНЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ.....	67

<i>Ляшенко В.А., Ахматова Н.К., Амбросов И.В., Комарова Л.В., Матело С.К., Ахматов Э.А., Сухно А.С., Хоменков В.Г.</i> ИНТРАНАЗАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ГЕРМАНИЙ-ОРГАНИЧЕСКОГО СОЕДИНЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ АДЬЮВАНТА НА ФУНКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ....	67
<i>Макаренко О.А., Жирков А.В., Луцкий А.А., Жагдын З.М., Сидоренко С.В., Лобзин Ю.В.</i> ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ЕГО СОЧЕТАНИЯ С НЕКОТОРЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.....	68
<i>Максимова Г.С., Амиров С.А., Куклиновский И.И., Курамысова Р.Т., Сейитбай Г.Н., Инкарбекова А.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИСТЕРИОЗА В АЛМАТЫ	68
<i>Малеев В.В., Селькова Е.П.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА И ДРУГИХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....	69
<i>Малинникова Е.Ю., Зайцев О.В., Пономаренко Т.А., Коптюг В.Г., Землянский О.А., Михайлов М.И.</i> НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е	70
<i>Малинникова Е.Ю., Потемкин И.А., Зайцев О.В., Лисицина Е.В., Михайлов М.И.</i> ДОЛЯ ГЕПАТИТА Е НА НЕЭНДЕМИЧНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ РОССИИ.....	70
<i>Мамытова М.М., Тойчиев И.Т., Жолдошев С.Т., Мурзакулова А.Б.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРЮШНОГО ТИФА В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСТАНА	71
<i>Манапова Э.Р., Фазылов В.Х., Гольц М.Л.</i> РАННИЙ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ И ОТСУТСТВИЕ HCV-RНК В ПЦР НА 12 НЕДЕЛЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С КАК ПРЕДИКТОРЫ СТОЙКОГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХГС.....	71
<i>Махамбетов К.О., Тимченко И.В.</i> СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ НАСЕЛЕНИЯ.....	72
<i>Мескина Е.Р.</i> СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ УГЛЕВОДОВ ПРИ ВИРУСНОЙ ДИАРЕЕ.....	72
<i>Мирзажанова Д.Б., Гулямов Н.Г.</i> АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИСХОДОВ БРЮШНОГО ТИФА И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРЮШНОТИФОЗНОМ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВЕ	73
<i>Мурина Е.А., Осипова З.А., Голева О.В., Мукомолова А.Л.</i> ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ	74
<i>Нагибина М.В., Венгеров Ю.Я., Тишкевич О.А., Пархоменко Ю.Г., Евсюков О.А., Мартынова Н.Н.</i> АНАЭРОБНАЯ ГАЗОВАЯ ИНФЕКЦИЯ – НОВАЯ ПРОБЛЕМА ИНФЕКТОЛОГИИ	74
<i>Никитина О.Е., Высочинская В.В., Эсауленко Е.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, 1В ГЕНОТИПОМ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ФИБРОЗА	75
<i>Николенко В.В., Фельдблюм И.В., Воробьева Н.Н.</i> ОЦЕНКА РЕАКТОГЕННОСТИ И ИММУНОГЕННОСТИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ ПРИ ИММУНИЗАЦИИ ВЗРОСЛЫХ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ	75
<i>Никулина М.А., Васенева А.А., Гранитов В.М., Журавченко А.Е.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.....	76
<i>Носач Е.С., Скрыль С.В., Мартынова А.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ШТАММОВ S.PNEUMONIAE, С.PNEUMONIAE, М.PNEUMONIAE, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	77
<i>Нурмашева А.А.</i> КРАТКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ОТНОСИТЕЛЬНО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ	77
<i>Обидный К.Ю., Коришкова О.А.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ПЦР В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ	78

<i>Паевская О.А., Белая О.Ф., Юдина Ю.В., Набокова Н.Ю., Шуба Л.И., Нечаева И.П., Полуэктова В.Б., Кашиаева О.В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА МИГРАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ НА СТАФИЛОКОККОВЫЙ ЭНТЕРОТОКСИН ВИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ (ДЕРИНАТ) ...	78
<i>Перадзе Х.Д., Эсауленко Е.В.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ НА НЕЭНДЕМИЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ	78
<i>Петрова И.Д., Кононова Ю.В., Чаусов Е.В., Шестопалов А.М., Тишкова Ф.Х.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА АЗИЯ 1 ВИРУСА ККГЛ В ЮЖНОМ ТАДЖИКИСТАНЕ	79
<i>Пичкунова В.В.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА	80
<i>Пичкунова В.В.</i> РОЛЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	80
<i>Платова Л.А., Сумливая О.Н., Каракулова Ю.В.</i> АЛЬФА-ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЛИКВОРЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА	81
<i>Поддубная А.И., Чемич Н.Д.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПУТЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ.....	81
<i>Покровская А.В., Попова А.А., Ефремова О.С.</i> ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	82
<i>Половьян Е.С., Чемич Н.Д.</i> ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКА НА СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА И МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.....	83
<i>Пугин П.К., Жумагазин Ж.Д., Атыгаева С.К., Соколов Ю.Е.</i> МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ	83
<i>Ражапбаева А.Ш., Тойчуев Р.М., Пазылов Б.Б.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЕРОЛОГИИ И ГЕМОКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛЮДЕЙ.....	84
<i>Ратникова Л.И.</i> СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	84
<i>Ратникова Л.И., Лаврентьева Н.Н., Козочкина К.К., Ивановна Г.И.</i> АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТОКСОКАРОЗА С 2008 ПО 2011 ГОДЫ	85
<i>Руденко А.А., Муравская Л.В., Берестовая Т.Г., Пархомец Б.А., Дьяченко П.А., Андреева Е.Г., Сидорова Ж.П., Кругликов П.В., Луценко В.Ю.</i> ЦИТОПРОТЕКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	85
<i>Садыкова Ш.С., Курманова Г.М.</i> АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ.....	86
<i>Садыкова Ш.С., Курманова Г.М.</i> АНАЛИЗ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХВГ В И С.....	87
<i>Саипов Ф.С.</i> О ЗНАЧИМОСТИ НУКЛЕОТИДНЫХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ ГЕНОМОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МАЛЯРИИ P.FALCIPARUM И P.VIVAX.....	87
<i>Сарсекеева Н.Е., Кошерова Б.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТОКСОПЛАЗМозно-ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ	88
<i>Сафонов А.Д.</i> ЗАВОЗНОЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ	88
<i>Свиридова М.Б., Волчкова Е.В., Умбетова К.Т., Анохина Г.И., Полуэктова В.Б., Колаева Н.В.</i> ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ ИЛ-1В, ИЛ-6 ФНО-А У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ А, В, С и Д.....	89

<i>Сейтказы А., Идрисова Ж.Р., Идрисова Р.С.</i> ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	90
<i>Семенов В.М., Зенькова С.К., Кубраков К.М., Скворцова В.В., Веремей И.С., Дмитраченко Т.И., Жильцов И.В., Васильева М.А., Семенов С.В.</i> БЕТА-ЛАКТАМАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНЫМИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ МЕНИНГИТАМИ.....	90
<i>Семёнов В.М., Стычевская Е.В., Голубцов В.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОХИМИЧЕСКОЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ.....	91
<i>Сигидаев А.С., Суворова М.А., Козлов С.С., Захаренко С.М.</i> ОСОБЕННОСТИ БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ И У ДЕТЕЙ	91
<i>Скворцова В.В., Семенов В.М., Дмитраченко Т.И., Зенькова С.К., Кубраков К.М., Жильцов И.В., Веремей И.С., Семенов С.В.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	92
<i>Соколова Т.М., Фёдорова Н.Е., Куц А.А.</i> МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КЛЕТОЧНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЦИТОМЕГАЛОВИРУСУ	93
<i>Старостина В.И., Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т., Зарипова Р.М., Головин В.П.</i> КОНЦЕНТРАЦИЯ АТРИАЛЬНОГО НАТРИУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА 1-98В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ	93
<i>Сулейменова З.И.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	94
<i>Сумливая О.Н., Каракулова Ю.В., Воробьева Н.Н., Платова Л.А.</i> ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ В ЛИКВОРЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА	94
<i>Сундуков А.В., Мигманов Т.Э., Гагарина И.В., Аликиева Г.К., Стернин Ю.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ	95
<i>Сыздыков М.С., Атишабар Б.Б., Бердалиева Ф.А., Кузнецов А.Н., Дуйсенова А.К., Абуова Г.Н., Умарова С.К.</i> ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ БРУЦЕЛЛЁЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДЕЛИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ МОНОЦИТОВ MONO MAC 6.....	96
<i>Тастанбеков Б.Д., Мустафазаде Т.Ш.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ	96
<i>Ташимова К.К.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗОЖ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ.....	97
<i>Таипулатов Ш.А., Беляева Н.М., Бабаев Т.Б., Кузьменко Т.Н., Мухаммадиева С.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА	97
<i>Таипулатов Ш.А., Никифоров В.В., Беляева Н.М., Райхер А.И.</i> ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИТОКСИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПИЩЕВЫМ БОТУЛИЗМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ ПБС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ	98
<i>Тойгомбаева В.С., Кутманова А.З.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	99
<i>Тойчув Р.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ВЫСЕВАНИЯ БРЮШНО-ТИФОЗНЫХ ПАЛОЧЕК ИЗ ЗАГРЯЗНЕННОЙ РАДИОНУКЛИДАМИ ВОДЫ В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА	99
<i>Тойчув Р.М., Мамытова М.М.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА В УСЛОВИЯХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА	100

<i>Токмалаев А.К., Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.</i> ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИЕЙ	100
<i>Трякина И.П.</i> РЕАКТИВАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ИНСОЛЯЦИИ	101
<i>Трякина И.П., Беляева Н.М.</i> ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ТОКСОПЛАЗМОЗНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ	101
<i>Умбетова К.Т., Дмитриева Л.Н., Алленов М.Н., Киселевский М.В., Волчкова Е.В., Пак С.Г.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА АУТОИММУННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ	102
<i>Уразбаева Д.Ч., Калина Н.В., Бисимбаева С.К., Бекибаева Б.Д.</i> ПРИМЕНЕНИЕ INTEGRAL SYSTEM YEASTS PLUS В ИДЕНТИФИКАЦИИ ДРОЖЖЕВЫХ ГРИБОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИМИКОТИКАМ	102
<i>Утегенова Э.С., Нусупбаева Г.Е., Байжуманова Ж.А.</i> РОЛЬ ПАРВОВИРУСА В19 В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЭКЗАНТЕМНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КАЗАХСТАНЕ	103
<i>Утегенова Э.С., Нусупбаева Г.Е., Тохтабакиева З.Н., Байжуманова Ж.А., Нуркаскаева А.К.</i> О РОЛИ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	103
<i>Утегенова Э.С., Нусупбаева Г.Е., Тохтабакиева З.Н., Нуркаскаева А.К.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВИРУСОВ ГРИППА В СЕЗОН 2011–2012 ГГ. В КАЗАХСТАНЕ	104
<i>Утепбергенова Г.А., Алишинбаева Г.У., Дмитровский А.М., Шерметова М.Б., Ивасив И.В., Айнабек Г.А.</i> АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО БЕШЕНСТВУ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ	104
<i>Ушкова М.К., Головина Ю.А., Кузнецов Н.И.</i> НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДЛИТЕЛЬНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЫ ГРУППЫ D ENTERITIDIS У ДЕТЕЙ	105
<i>Фазылов В.Х., Ахиева Л.Ю.</i> ОБОСНОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ	105
<i>Фазылов В.Х., Гилмуллина Ф.С., Кравченко И.Э.</i> БРУЦЕЛЛЕЗ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	106
<i>Фазылов В.Х., Ткачева С.В., Манапова Э.Р., Подряднова Т.В.</i> КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ	106
<i>Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.</i> ЗНАЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НВ-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	107
<i>Хадисова М.К., Феклисова Л.В., Целипанова Е.Е., Русанова Е.В., Кудрявцева Е.Н.</i> ВЫЯВЛЕНИЯ M.PNEUMONIAE И ОСОБЕННОСТИ ФАГОЦИТОЗА У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ	107
<i>Хныков А.М., Семенов В.М., Самойлович Е.О.</i> ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕЗИНФЕКТАНТА АНОЛИТА НЕЙТРАЛЬНОГО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ СТАЦИОНАРАХ И ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ	108
<i>Ходжаева Н.М., Ашурова Р.Ш.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	108
<i>Хорошева Т.С., Бехтерева М.К., Лукьянова А.М., Ныркова О.И., Волохова О.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОДУКТОВ ПРИКОРМА ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ	109
<i>Хорошилова И.А., Куишкина И.Н., Гранитов В.М., Коростелева З.В., Сивер Н.В.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНГИН	109
<i>Хохлова З.А., Середа Т.В., Кошкина И.А., Кириллова Ю.М., Захарова Е.В.</i> МНОГОУРОВНЕВОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЗГА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ	110

<i>Целипанова Е.Е., Феклисова Л.В., Горелов А.В., Плоскирева А.А., Каннер Е.В., Петухова Е.В., Дринецкий В.П.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРФЕРОНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В СУППОЗИТОРИЯХ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОРВИ.....	111
<i>Пыремпилова Л.В., Горячева Л.Г., Рогозина Н.В., Мукомолова А.Л.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ.....	111
<i>Чемич Н.Д., Болецкая Т.А.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА.....	112
<i>Чемич Н.Д., Захлебаева В.В., Ильина Н.И.</i> ПРОБЛЕМА ОПИСТОРХОЗА В СЕВЕРО-ВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ.....	112
<i>Чемич Н.Д., Ильина Н.И., Захлебаева В.В.</i> ЛЕЙШМАНИОЗ В УКРАИНЕ.....	113
<i>Шайзадина Ф.М., Алышева Н.О., Кантемиров М.Р., Кутышева А.Т., Мендибай С.Т.</i> СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	114
<i>Шапиева Ж., Утегенова Э., Тастанова С., Зиядина Л., Усенов У.</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЛЕЙШМАНИОЗ У В КАЗАХСТАНЕ.....	114
<i>Шерметова М.Б., Кузьмина А.Р., Дмитровский А.М., Егембердиева Р.А., Утепбергенова Г.А.</i> К ВОПРОСУ МОНИТОРИНГА ЗА УКУШЕННЫМИ КЛЕЩАМИ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ.....	115
<i>Шепарев А.А., Чулакова О.А., Мартынова А.В.</i> МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	115
<i>Шилова И.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕГИОНЕ ЮГО-ВОСТОЧНОЙ АЗИИ.....	116
<i>Шип С.А., Ратникова Л.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОРРЕКТОРОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ.....	116
<i>Шип С.А., Ратникова Л.И., Устинов А.А., Баранова Г.Н.</i> НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ РОЖИ В СВЕТЕ НОВЫХ ДАННЫХ О ПАТОГЕНЕЗЕ.....	117
<i>Ширикбаева Г.Е., Сейдахметова Г.У., Медетбаева Р.А.</i> ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В 2007-2011 ГОДАХ В ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ Г. АСТАНЫ.....	118



ГЕПТРАЛ

адеметионин

С заботой о жизни



Торговое название

Гептрал

Международное непатентованное название

Адеметионин

Лекарственная форма

Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 400 мг в комплекте с растворителем

Показания к применению

- внутрипеченочный холестаз при хронических гепатитах, циррозе печени
- внутрипеченочный холестаз у беременных в III триместре
- печеночная энцефалопатия
- депрессивный синдром
- абстинентный синдром

Способ применения и дозы

Лечение может быть начато с парентерального введения препарата (внутривенно медленно или внутримышечно) с последующим применением препарата в форме таблеток или сразу с применения таблеток.

Лиофилизированный порошок растворяют в специальном растворителе непосредственно перед применением. Неиспользованный остаток выбросить.

Гептрал не следует смешивать с щелочными растворами, или с растворами, содержащими ионы кальция. Не следует применять порошок в случае изменения его цвета. Внутривенное введение проводят очень медленно.

Взрослым

Начальная терапия (парентеральное введение): 400 мг в сутки внутривенно или внутримышечно или из расчета 5-12 мг/кг/сутки. Суточная доза не должна превышать 800 мг. Длительность начальной терапии – 15-20 дней при лечении депрессивного синдрома, 14 дней – для других показаний.

При проведении начальной терапии Гептралом в форме таблеток (пероральный прием): 800 мг (2 таблетки) в сутки или из расчета 10-25 мг/кг/сутки. Суточная доза не должна превышать 1600 мг.

Поддерживающая терапия: 2 – 3 таблетки в сутки, внутрь (800 – 1600 мг/сутки).

Длительность терапии зависит от тяжести и течения заболевания и определяется врачом индивидуально.

Пациенты пожилого возраста.

Лечение рекомендуется начинать с наименьшей рекомендованной дозы, принимая во внимание снижение печеночной, почечной или сердечной функции, наличие сопутствующих патологических состояний и применение других лекарственных средств.

Побочные действия

Не всегда для развившихся побочных явлений было возможным установить причинную связь с препаратом.

Часто

- тошнота, боли в животе, диарея

Редко

- инфекции мочевыводящих путей
- спутанность сознания, бессонница
- головокружение, головная боль, парестезии
- кардиоваскулярные расстройства «приливы», поверхностный флебит
- рвота, сухость во рту, эзофагит, желудочно-кишечные расстройства (диспепсия), метеоризм (воздухе живота), желудочно-кишечная боль, желудочно-кишечное кровотечение
- печеночная колика
- гипергидроз
- зуд, кожная сыпь
- артралгии, мышечные судороги
- астения, озноб, гриппоподобные симптомы, недомогание, слабость, гипертермия
- периферические отеки
- реакции в месте введения
- анафилактические реакции

Очень редко

- реакции в месте введения, некроз кожи в месте введения

- отек гортани, отек Квинке

Противопоказания

- повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата

Лекарственные взаимодействия

Было сообщение о развитии серотонинового синдрома у пациента, применявшего адеметионин и кломирпрамин. Следует с осторожностью применять Гептрал

одновременно с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, трициклическими антидепрессантами (такими как кломирпрамин), препаратами и растительными средствами, содержащими триптофан.

Особые указания

Недостаточность витамина В₂ и фолиевой кислоты может привести к уменьшению концентрации адеметионина, поэтому рекомендуется их сопутствующее применение в обычных дозах.

Гептрал не рекомендуется для применения у пациентов с биполярными психозами. Были получены сообщения о переходе депрессии в манию или манию при лечении адеметионином.

Пациентов следует предупредить о необходимости информирования врача, если во время терапии Гептралом симптомы их заболевания (депрессии) не проходят или ухудшаются. Пациенты с депрессией нуждаются в тщательном наблюдении и постоянной психиатрической помощи при лечении адеметионином с целью контроля эффективности лечения.

Пенициллина недостаточность

Коррекции дозы не требуется. Следует контролировать уровень аммиака у пациентов с гипераммониемией.

Почечная недостаточность

Гептрал применять с осторожностью.

Применение в педиатрии

Безопасность и эффективность применения Гептрала (адеметионина) у детей не установлены.

Беременность и период лактации

Применение высоких доз адеметионина в III триместре беременности не вызывало каких-либо побочных реакций. Гептрал применяют в I и II триместрах беременности только в случае крайней необходимости.

В период лактации Гептрал применяется только если польза от его применения превышает риск для младенца.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами

Может возникнуть головокружение. Не следует управлять транспортными средствами или работать с другими механизмами до полного исчезновения симптомов, которые могут повлиять на скорость реакции при указанных видах деятельности.

Производитель

Наименование и страна организации-производителя

Фамар Лейт, Франция

Наименование и страна владельца регистрационного удостоверения

Абботт Лабораториз С.А., Швейцария

Наименование и страна организации-упаковщика и ответственного за выпуск серии

Абботт С р.л., Италия

Отпуск из аптек

По рецепту

Перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в представительство компании

Тел.: +7 (727) 2447544 (вн. 142)

РК-ЛС-5-№ 014448 от 25.08.2009 г.

Разрешение № 3474 от 19.07.2012 г.



За дополнительной информацией обращайтесь в представительство

компании производителя Абботт Лабораториз С.А. в г. Алматы

050059, ул Достык 117/6, бизнес центр «Хан Тенгри 2»

Тел.: +7(727) 244-75-44 факс: +7 727 244-76-44

www.abott.com



анаферон

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ
С ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ

ПРИМЕНЯЕТСЯ
У ВЗРОСЛЫХ И
ДЕТЕЙ С 1 МЕСЯЦА

ПОМОГАЕТ:

- обеспечить защиту от гриппа и других респираторных вирусных инфекций
- сократить выраженность и длительность интоксикации и катарального синдрома
- предотвратить развитие осложнений и истощение иммунной системы

materia  medica

Лицензия № 99-04-000422 от 10.12.07

Россия, 127473, г. Москва,
3-ий Самотечный пер., дом 9.
Тел./факс: (495) 684-43-33.
E-mail: medicina@materiamedica.ru
www.anaferon.ru
www.materiamedica.ru



АНАФЕРОН детский: —
Per. № 000372/01
АНАФЕРОН —
Per. № 003362/01
Отпускается в аптеках
без рецепта врача



ГЕПТРАЛ

адеметионин



Өмірдің қамқорлығымен

Саудалық атауы

Гептрал

Халықаралық патенттелмеген атауы

Адеметионин

Дәрілік түрі

Көктамыр ішіне және бұлшықет ішіне енгізу үшін ерітінді дайындауға арналған лиофилизацияланған 400 мг ұнтақ еріткішпен жиынтықта

Қолданылуы

- созылмалы гелатиттеп бауыршілік холестазда, бауыр циррозында
- жүктіліктің III триместріндегі бауыршілік холестазда
- бауыр энцефалопатиясында
- депрессиялық синдромда
- абстинентті синдромда.

Қолдану тәсілі және дозалары

Емдеу препаратты парентеральді түрде (көктамыр ішіне баяу немесе бұлшықет ішіне) енгізуден бастап, кейін таблетка түрінде қолдануға ұласуы немесе бірден таблетканы қолданудан басталуы мүмкін.

Лиофилизацияланған ұнтақты дәл қолданар алдында арнайы еріткіште ерітеді.

Пайдаланылмаған қалдығын тастау керек. Гептралды сілтілік ерітінділермен немесе құрамында кальций иондары бар ерітінділермен араластырмаған жөн.

Ұнтақты түсі өзгерген жағдайда қолдануға болмайды. Көктамыр ішіне өте баяу енгізеді.

Ересектерге

Бастапқы өмі (парентеральді енгізу): тәулігіне 400 мг-дан көктамыр ішіне немесе бұлшықет ішіне немесе 5-12 мг/кг/тәулігіне есебімен. Тәуліктік дозасы 800 мг-нан аспауы тиіс. Депрессивті синдромды емдеудегі бастапқы өмінің ұзақтығы-15-20 күн, басқа көрсеткіштер үшін -14 күн.

Гептралмен таблетка түрінде бастапқы ем жасауда (пероральді қабылдау): 800 мг (2 таблетка) тәулігіне немесе 10-25 мг/кг/тәулігіне есебімен. Тәуліктік дозасы 1600 мг-нан аспауы тиіс.

Емдеуші ем: тәулігіне 2-3 таблеткадан, ішке (тәулігіне 800-1600 мг)

Емдеу ұзақтығы аурудың ауырлығына және барысына байланысты және оны дәрігер әр адамға жеке-ақ анықтайды.

Егде жастағы емделушілер

Емдеуді, бауыр, бүйрек немесе жүрек қызметтерінің төмендегенін, қоса қабаттасқан патологиялық жағдайлардың бар-жоқтығын және басқа дәрілік заттардың қолданылғанын ескере отырып, тиісті өте аз дозадан бастау керек.

Жағымсыз әсерлері

Дәми бастаған жағымсыз құбылыстардың себебі әрдайым препаратпен байланысты бола бермеуі мүмкін.

Жил

- жүректің айнуы, іштің ауыруы, диарея
- Сирек
- несеп шығару жолдарының жұқпалары
- сананың шатасуы, ұйқысыздық
- бас айналу, бас ауыру, парестезиялар
- кардиоваскулярлы бұзылулар, «қан тебулер», беткейлік флебит
- құсу, ауыз ішінің құрғауы, зоофагит, асқазан-ішек жолының бұзылуы (диспепсия), метеоризм (іштің желденуі), асқазан-ішектің ауыруы, асқазан-ішектің қан кетуі
- бауырдың шаншуы
- гипергидроз
- қышу, тері бөртпесі
- артралгиялар, бұлшықет құрысулары
- астенция, қалтырау, тұмауға ұқсас белгілер, димхәстік, алопеция, гипертермия
- шеткергі ісінулер
- енгізген жердегі реакциялар
- анафилактикалық реакциялар

Өте сирек

- енгізген жердегі реакциялар, енгізген жердегі терінің некрозы
- жұтқыншақ ісігі, Квинке ісігі

Қолдануға болмайтын жағдайлар

- препараттың қандай да бір құрамдас бөліктеріне деген сезімталдық жоғары болғанда

Дәрілермен өзара әрекеттесуі

Адеметионинді және кломипраминді қолданған емделушіде серотонинді

синдромның дамығаны жөнінде мәлімдемелер болды. Гептралды серотонинді кері ұстап қалатын іріктелген тежегіштерімен, үшкілді антидепрессанттармен (мысалы, кломипраминмен), құрамында триптофан бар препараттармен және өсімдік заттарымен бір мезгілде қолданғанда сақ болған жөн.

Айрықша нұсқаулар

B12 витаминнің және фолий қышқылының жеткіліксіздігі адеметиониннің қанығу деңгейінің азаюына әкелі соқтыруы мүмкін, сондықтан оларды әдеттегідей дозада қоса қабаттастыра қолдану керек.

Гептралды биполярлы психозы бар емделушілерге қолданбау керек.

Адеметионинмен емделу кезінде депрессияның гипоманияға немесе маниака алмасуы туралы деректер алынған.

Емделушілерге, егер Гептралмен емделу кезінде ауру (депрессия) белгілері жоғалмаса немесе жағдай нашарлай бастаса, дәрігерге хабарлау қажеттігін ескерткен жөн. Депрессияға шалдыққан емделушілер емдеу тиімділігін бақылау мақсатында адеметионинмен емделген кезде мұқият бақылауды және ұдайы психиатриялық жәрдемді керек етеді.

Бауыр қызметінің жеткіліксіздігі

Дозаны түзету қажет етілмейді. Гипераммониемияға шалдыққан емделушілерде аммиак деңгейін бақылап отырған жөн.

Бүйрек қызметінің жеткіліксіздігі

Гептралды сақтықпен қолдану керек.

Педиатрияда қолданылуы

Гептралды «адеметионинді» балаларға қолданудың қауіпсіздігі мен тиімділігі анықталған жоқ.

Жүктілік және лактация кезеңінде қолдану

Адеметиониннің жоғары дозаларын жүктіліктің III триместрінде қолдану қандай да болсын жағымсыз реакцияларды тудырмаған жоқ. Гептралды жүктіліктің I және II триместрлерінде өте қажет болған жағдайда ғана қолдануға.

Лактация кезеңінде Гептрал, егер оның пайдасы нәрестеге төнетін қауіптен басым болса ғана қолданылады.

Дәрілік заттың кәлікті немесе қауіпті механизмдерді басқару қабілетіне ықпал ету ерекшеліктері

Бас айналуы мүмкін. Осы аталған қызмет түрлерінде реакция шапшаңдығына ықпал етуі мүмкін симптомдар толық жойылғанша кәлік басқаруды немесе басқа механизмдермен жұмыс жасауды тоқтата тұрған жөн.

Өндіруші

Өндіруші-ұйымның атауы және елі

Фамар Легль, Франция

Тіркеу куәлігінің иесінің атауы және елі

Абботт Лабораториз С.А., Швейцария

Серияларды шығаруға жауапты және қаптаушы-ұйымның атауы және елі

Абботт С.р.л., Италия

Дәріханалардан босатылу шарттары

Рецепт арқылы

Қолданар алдында медицинада қолданылуы жөніндегі нұсқаулықпен мұқият танысыңыз

Толық ақпарат препараттың қолданылуы жөніндегі нұсқаулығында берілген.

АҚПАРАТ МАМАҢДАРҒА АРНАЛҒАН

Сіз препараттың жағымсыз әсері немесе сапасына шағым туралы компанияның өкілдігіне хабарласа аласыз.

Тел. : +7 727 244 75 44 (142)

25.08.2009 ж. ҚР-ДЗ-5-№ 014448

19.07.2012 ж. № 3474 рұқсаттама



Қосымша ақпарат үшін Алматы қаласындағы «Абботт Лабораториз С.А.»

өндіруші компаниясының өкілдігіне хабарласыңыз

050059 Алматы қ., Достық даңғ.117/6, Хан Тәңірі 2

тел. +7 (727) 244 - 75 - 44 факс: +7 (727) 244 - 76 - 44

www.abbott.com



PK-KZ-HEP-04/02/121

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА АМИКСИН® В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

- У детей с осложненными формами ОРВИ, получавших Амиксин® на фоне антибиотикотерапии, наблюдалось снижение продолжительности симптомов интоксикации в **2,5 раза** и ускорение сроков выздоровления в **2 раза**¹
- У детей с осложненными формами ОРВИ Амиксин® сокращал продолжительность лихорадочного периода в **2 раза**²
- Применение Амиксина® при осложненных ОРВИ у детей с аллергической патологией снизило риск обострения основного заболевания (для сравнения: в контрольной группе пациентов, не получавших Амиксин®, респираторная инфекция вызвала обострение аллергической патологии в 40% случаев)²
- Амиксин® характеризуется хорошей переносимостью^{1,2}

¹ Балаболкин И.И., Учайкин В.Ф., Чешик С.Г. Терапевтическая эффективность и безопасность Амиксина® при гриппе и других респираторных вирусных инфекциях у детей//РМЖ, 2001, №19

² Отчет о проведении клинических исследований безопасности и терапевтической эффективности препарата Амиксин® 60 мг (таблетки) при гриппе и других респираторных вирусных инфекциях у детей//РГМУ, Москва, 2001



Per. № ЛСР-00175/08

ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Рег. № 003610/01
ОАО «Фармстандарт-Томскхимфарм», Рег. № ЛСР-003900/07



АРБИДОЛ®

**Препарат
первого выбора
в лечении гриппа
и других ОРВИ
с доказанной
эффективностью**

Оригинальный противовирусный препарат для профилактики и лечения гриппа А и В (в том числе и «свиного»), а также других острых респираторных вирусных инфекций у взрослых и детей с 3 лет.

Применение Арбидола® способствует сокращению продолжительности заболевания, уменьшению выраженности симптомов гриппа и простуды, а также снижению риска осложнений.

Препарат характеризуется высокой степенью безопасности.

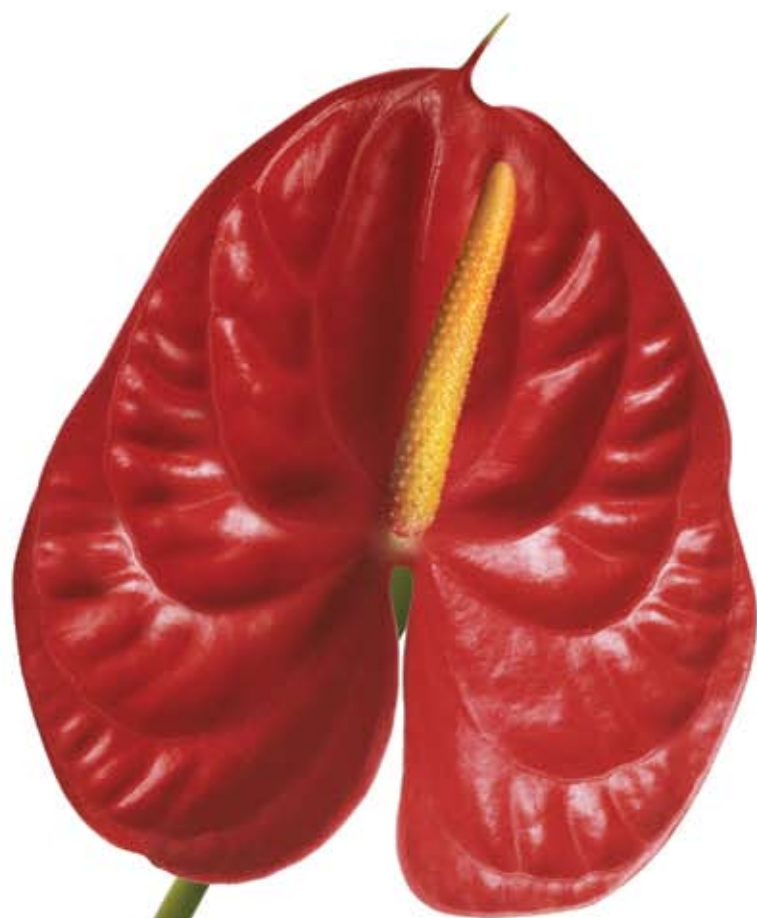
Выпускается в таблетках по 50 мг для детей
и в капсулах по 100 мг для взрослых.



www.arbidol.ru

**Имеются противопоказания.
Перед применением ознакомьтесь
с инструкцией или проконсультируйтесь с врачом.**

*Сохраняя безопасность –
повышаем эффективность*



генферон[®] лайт

Уникальный состав: ➔ **Интерферон альфа-2b**
иммуномодулирующее,
противовирусное,
антибактериальное действие

➔ **Таурин**
антиоксидантное,
репаративное действие



Дополнительную информацию о препарате
Вы можете получить по тел.: (495) 992-66-28

• www.genferon.ru

 **Биокад**
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ