

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

Москва, 29–31 марта 2010 г.

ет о повышении функциональной активности и численности толстокишечной микрофлоры, в снижении активности условно-патогенных штаммов микрофлоры и нормализации баланса аэробно/анаэробных популяций микроорганизмов.

Выводы: применение мультипробиотического препарата аципол в лечении легких и среднетяжелых форм ОКИ «инвазивного» генеза у детей характеризуется высокой клинической эффективностью как в виде монотерапии, так и в сочетании с антибиотиками, что позволяет рекомендовать включать аципол в качестве стартового препарата для этиотропной терапии ОКИ у детей.

Особенности диагностики и клинического течения туберкулеза у детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей

Батыров Ф.А., Шамуратова Л.Ф., Фролова О.П., Ширшов И.В., Киселевич О.К., Климов Г.В.

Туберкулезная клиническая больница №7, Москва; Российский государственный медицинский университет, Москва;

Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ

Цель исследования: изучение особенностей диагностики, клинического течения туберкулеза у детей раннего и дошкольного возраста, рожденных от матерей, больных ВИЧ-инфекцией.

Пациенты и методы. На базе ТКБ №7 в 2003–2009 гг. наблюдалось 55 детей от 1 мес жизни до 5 лет, рожденных матерями с ВИЧ-инфекцией. У 16 детей (29%) ВИЧ-инфекция подтверждена; у 30 (55%) – исключена, у 9 (16%) вопрос о наличии ВИЧ-инфекции на момент обследования окончательно не был решен. У 85% матерей ВИЧ-инфекция была выявлена до родов, у 15% – после родов. Контакт с больным туберкулезом выявлен в 84%. Из 16 детей с ВИЧ-инфекцией химиопрофилактика передачи ВИЧ проведена только у 2. На 1-м году жизни ВИЧ-инфекция была подтверждена у 9 (56%). Вакцинированы БЦЖ 6 (37%) детей, у которых ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте от 2,5 до 5 лет.

Диагностика туберкулеза включала туберкулиновые пробы, лучевые методы, бактериологическое, патоморфологическое, иммуногистохимическое, бронхоскопическое исследования, ПЦР, ИФА, лазерно-флюоресцентную диагностику. Отрицательными туберкулиновые пробы были у 13 детей (81%). По 1 случаю – положительная, гиперергическая и сомнительная реакции на туберкулин. У детей с ВИЧ-инфекцией выявлены: тубконтакт (4), РППТИ (1), ТВГЛУ (2), диссеминированный туберкулез (2), генерализованный туберкулез (2). При генерализованном туберкулезе, сочетанном с ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях, отмечались выраженная интоксикация, гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия, анемия, истощение, высокая вирусная нагрузка (РНК ВИЧ до 1,0–1,3 млн копий в мл) и значительное снижение уровня CD4 (до

16–48 в мкл). АРТ проводилась под контролем показателей иммунитета и вирусной нагрузки. При ограниченных процессах и нормальных показателях иммунитета туберкулез протекал благоприятно. Два случая генерализованного туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции 4В стадии закончились летальным исходом.

Заключение. Диагностика туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией сложна и требует комплексного подхода. Туберкулез у детей раннего возраста, больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях, протекает с развитием острых прогрессирующих форм с высокой частотой осложнений и летальных исходов. Необходимо совершенствование схем лечения сочетанной патологии у детей. Профилактика и раннее выявление ВИЧ-инфекции и туберкулеза у беременных женщин и детей позволит предотвратить развитие сочетанной инфекции.

Клинические проявления кандидоза при ВИЧ-инфекции

Батяйкина М.Н., Амплеева Н.П., Альмяшева Р.З.

Мордовский госуниверситет им. Н.П.Огарева, Саранск

Кандидоз входит в число первых проявлений ВИЧ-инфекции, служит диагностическим ее критерием и показателем прогрессирования.

Цель работы. Изучение особенностей клиники кандидоза у больных ВИЧ-инфекцией в Республике Мордовия на различных стадиях заболевания.

Пациенты и методы. Было обследовано 384 больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на стационарном лечении в МУЗ «ГИКБ» г. Саранска.

Результаты. Псевдомембранозный кандидоз выявлялся у 8,30% больных, эритематозный – 5,55%, кандидозный кольпит в 2,77% у пациентов II Б стадии. Во II В стадию болезни в 23,07% выявлялся эритематозный кандидоз.

В группе больных с IV А стадией диагностированы различные формы кандидоза: псевдомембранозный – 4,76%, эритематозный или атрофический – 14,28%, афтозный стоматит – 2,85%. У пациентов этой группы в 0,95% случаев отмечался кандидозный отит, кольпит, поражение кожи ладоней и подошв.

В IV Б стадию ВИЧ-инфекции псевдомембранозный кандидоз выявлен в 13,13%, эритематозный – 23,47%, афтозный стоматит и эзофагит – 2,02% случаев, в 1,01% случаев отмечался ангулярный хейлит, кандидозный кольпит, кандидозное поражение кожи кистей, стоп и ногтевых валиков.

У больных с IV В ст. наблюдался псевдомембранозный кандидоз – 19,13%, эритематозный – 16,52%, афтозный стоматит, ангулярный хейлит – 2,61%, кандидозный эзофагит, кольпит, поражение кожи кистей, стоп – 0,86%.

У пациентов с V стадией заболевания одинаково часто (у 16,16% больных) регистрировался псевдомембранозный (творожистый налет определялся на языке, слизистой щек, мягкого и твердого неба) и эритематозный кандидоз, афтозный стоматит, ангулярный хейлит.

В большинстве случаев кандидоз слизистых ротоглотки протекал бессимптомно. В некоторых случаях больные испытывали боль в горле, жжение по ходу пищевода, трудности при открывании рта. Отмечался зуд кожных покровов и половых органов при кандидозе соответствующей локализации.

Выводы. Клинические особенности поражения слизистых ротоглотки при ВИЧ-инфекции, их тяжесть во многом зависят от стадии заболевания, что определяется степенью иммуносупрессии. Достаточно высок процент кандидозного поражения во II стадию заболевания. Кандидозное поражение слизистых половых путей у женщин выявлялось на разных стадиях болезни и практически не зависело от выраженности иммунодефицита.

Особенности хламидиоза у детей первого года жизни

Баум Т.Г., Александрова О.К., Солодкина Л.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

На первом году жизни у детей, рожденных от матерей, страдающих хламидиозом, часто диагностируются пневмонии, бронхолиты, конъюнктивиты хламидийной этиологии.

Целью нашей работы явилось изучение клинического течения хламидийной инфекции у детей первого года жизни, госпитализированных в ГУЗ «СКДИБ» г. Краснодара. Обследование детей осуществлялось за период 2007–2009 гг. Нами наблюдалось 167 детей первого года жизни. У 49 (23,3%) больных на основании комплексного обследования была выявлена хламидийная инфекция. Возраст детей был следующим: до 3 мес жизни – 11 (28,6%); от 3 до 6 мес – 4 (10,2%); от 6 до 9 мес – 12 (30,6%); от 9 до 12 мес – 12 (30,6%). Для диагностики хламидийной инфекции использовали метод ИФА с определением антител к *S. trachomatis*, *S. pneumoniae*, *S. psittaci* с диагностическими титрами антител IgG 1:40, IgM 1:100. Всем больным помимо серологической диагностики проводили определение антигена в мазках из зева с помощью метода ПЦР. Клинические наблюдения показали, что основными заболеваниями у детей с хламидийным инфицированием были болезни верхних и нижних дыхательных путей. В первые 3 месяца жизни выявлена внутриутробная инфекция у 9 (24,5%) больных. Респираторные симптомы появлялись на 5–10 день жизни и отражали развитие пневмонии, бронхолита. В возрасте от 3 до 6 мес уменьшались последствия внутриутробного инфицирования. Наряду с диагнозом «острая респираторная инфекция» к 6–9 месяцу жизни преобладающим диагнозом становится стенозирующий ларинготрахеит, бронхолит, которые у 11% детей имели рецидивирующий характер. У всех больных заболевание практически всегда начиналось с увеличением лимфатических узлов, конъюнктивита.

Таким образом, клинические симптомы хламидиоза на первом месяце жизни развиваются как проявление внутриутробного инфицирования, с преобладанием пораженного респираторного тракта и ЦНС.

Ротавирусная инфекция в структуре острых кишечных инфекций

Башарин С.А., Гируцкая И.В., Лазаренко О.Г., Урманчеева Ю.Р.

Казанская государственная медицинская академия

Цель работы. Анализ клинического течения ротавирусной инфекции (РВИ) в структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей за период 2007 по 2009 гг.

Методы. Был проведен анализ клинического течения ротавирусной инфекции у детей за период с 2007 по 2008 гг. и 6 мес 2009 года, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу с диагнозом ОКИ. Диагноз РВИ устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов лабораторного исследования кала латекс-тестом и методом ПЦР.

Результаты. За период с 2007 по 2009 гг. отмечен рост числа больных ОКИ в целом и РВИ в частности. Так, если в 2007 и 2008 гг. общее число госпитализированных больных ОКИ составило 1350 и 1722 человека соответственно, то только за 6 месяцев 2009 года это число составило 1248 человек. В структуре ОКИ доля РВИ составила 4,9% (66 чел.) в 2007 году, 16,5% (284 чел.) в 2008 г. и 42,4% (529 чел.) в 2009 году, что указывало на рост заболеваемости РВИ в структуре ОКИ в 8,8 раза.

Наиболее подверженными РВИ оказались дети в возрасте до 3 лет. На их долю пришлось 84,3%, из них дети в возрасте от 6 мес до 2 лет составили 61%. На возраст от 3 до 5 лет пришлось 12,7%, на долю детей от 5 до 15 лет – 4%. Принципиальных различий по полу не было выявлено.

РВИ, как и все наблюдаемые ОКИ, протекала в большинстве случаев в среднетяжелой форме (96 и 92% случаев соответственно). Тяжелая форма болезни имела место у 5,8 и 2,6% больных соответственно. Легкая форма зарегистрирована в менее 1% случаев. Характер клинического течения РВИ зависел от возраста больного. Так у 72,2% детей старше 1 года клиническая картина в первый же день болезни имела острое течение (повышение температуры до фебрильных цифр, многократная рвота, энтеритный стул). У детей до 1 года клиническая картина больше носила подострое течение с постепенным развитием клинических синдромов. В основном заболевание начиналось с появления двух симптомов – повышения температуры до субфебрильных цифр и диареи в 83,3% случаев. Длительность диареи не превышала 5–7 дней. Проявления дистального колита наблюдались у 16,6% детей в виде появления слизи в стуле.

Таким образом, ротавирусная инфекция является одной из ведущих причин инфекционных гастроэнтеритов в этиологической структуре острых кишечных инфекций, поражающих преимущественно детей в возрасте до 3 лет и протекающих чаще в среднетяжелой форме. У детей старше 1 года клиническая картина носит более острое течение, чем у детей до 1 года.

было показано, что многие лица с подтвержденными нормальными уровнями АЛТ имели биохимические признаки метаболического синдрома, главного фактора риска для НАЖБП. Потребуется пересмотр границ АЛТ с целью усиления диагностической и терапевтической дифференциации пациентов. При обзоре современных рекомендаций по ведению HCV и HBV-инфекции, а также НАЖБП, можно видеть, что все они предоставляют четкие рекомендации относительно пациентов с повышенными печеночными ферментами, но при этом остаются до некоторой степени иллюзорными для таковых с нормальными ферментами. Это объясняется тем, что в подавляющее большинство терапевтических исследований включалась небольшая доля лиц с нормальным уровнем АЛТ. Таким образом, принимая во внимание факт наличия большого количества лиц в общей популяции, способных скрывать клиническую выраженность печеночного заболевания за «ширмой» нормальных АЛТ, больше усилий должно быть направлено на дальнейшее изучение альтернативных неинвазивных маркеров печеночной дисфункции. Эти пациенты могут лишиться должного наблюдения, а также мотивации на предстоящую противовирусную терапию, либо на модификацию стиля жизни, потенциально способного управлять течением их заболевания печени.

Результаты эластографии у больных острым вирусным гепатитом А

Беляева Н.М., Чемерис О.Ю., Алешкович Т.В.

*Российская медицинская академия последипломного образования, Москва;
Городская клиническая больница им. С.П.Боткина,
Москва*

Целью данной работы было определение плотности печени в динамике у пациентов с острым вирусным гепатитом А при помощи аппарата Фиброскан, а также выявление корреляции между основными клинико-лабораторными показателями, анамнестическими данными и результатами эластографии.

Нами было обследовано 14 пациентов ГКБ им. С.П.Боткина с диагнозом вирусный гепатит А. Диагноз был подтвержден у 100% больных выявлением antiHAVIgM. Среди пациентов преобладали мужчины (71,4%), а средний возраст заболевших составил 25,3 года (17–36 лет). Пациенты были госпитализированы на $7,9 \pm 3,8$ день после появления клинических симптомов и $2,9 \pm 1,2$ день появления желтухи. Сроки госпитализации составили $14,3 \pm 4,2$ койко-дня. Всем больным было проведено определение уровня стандартных биохимических показателей крови, клинический анализ крови и мочи в динамике, УЗ-исследование органов брюшной полости, также было проведено обследование на аппарате Фиброскан на 2–3-й день госпитализации и в день выписки из стационара.

По результатам УЗ-исследования диффузные изменения паренхимы печени выявлены у 100% больных, гепатомегалия у 94%, увеличение перипортальных лимфатических узлов и спленоmegалия – у 69 и 27% больных соот-

ветственно. При поступлении в стационар уровень общего билирубина составил $140,6 \pm 74,3$ мкмоль/л, АЛТ $2351,4 \pm 1200,6$ U/L, АСТ $1120,7 \pm 889,8$ U/L, ЩФ $183,2 \pm 48,6$ U/L, ГГТП $273,4 \pm 155,4$ U/L, результаты эластографии $8,2 \pm 1,8$ КПа. При выписке из стационара уровень общего билирубина составил $39,7 \pm 14,7$ мкмоль/л, АЛТ $277,8 \pm 88,0$ U/L, АСТ $76,8 \pm 25,3$ U/L, ЩФ $122,6 \pm 35,9$ U/L, ГГТП $119,1 \pm 59,4$ U/L, результаты эластографии $6,0 \pm 1,1$ КПа. При анализе динамики показателей эластографии печени уменьшение плотности печени ко второму обследованию наблюдалось у 100% пациентов. Существовала слабая отрицательная связь между длительностью заболевания и желтухи на момент госпитализации и результатами эластографии, слабая положительная связь между уровнем общего билирубина, АЛТ, АСТ и результатами эластографии ($p > 0,05$), а связи с уровнями прямого и непрямого билирубина выявлено не было. Статистически значимая связь между результатами эластографии и биохимическими показателями была выявлена только для ГГТП ($p < 0,05$).

Таким образом, у больных вирусным гепатитом А в остром периоде наблюдалось повышение показателей плотности печени, которые значительно снизились к моменту выписки из стационара. Степень повышения плотности печени зависела от сроков госпитализации, уровня общего билирубина, АЛТ, АСТ и, в большей степени, ГГТП.

Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией

Белякова Н.В.¹, Фролова О.П.², Золотарева Л.В.¹, Новоселова О.А.²

¹Медицинский институт Орловского государственного университета, Орел;

²Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Министерство здравоохранения и социального развития, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Изучены 433 результата бактериального обследования больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом Центрального федерального округа за период с 2006–2008 гг.

Установлено, что в 90,3% случаев туберкулез был диагностирован после выявления ВИЧ-инфекции, из них более чем у половины больных (54,2%) он развился через 7–9 лет, у 15,6% – через 5–6 лет, у 13,0% – через 10 лет, у 10,0% – через 3–4 года, у 7,2% – через 1–2 года.

Доля больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (4Б, 4В, 5) с 2006 по 2008 гг. увеличилась в 2,4 раза (с 26,4 до 62,8%).

Среди всего контингента больных заражение ВИЧ-инфекцией в 75% случаев происходило при введении наркотиков. Хотя при анализе с учетом гендерного признака установлено, что у женщин чаще регистрировался половой путь, чем парентеральный (53,5 против 46,5%), а

у мужчин – парентеральный чаще, чем половой (81,4 против 18%).

Среди всех больных туберкулезом, доля бактериовыделителей составила 46,4%, из них чувствительность микобактерий к противотуберкулезным препаратам определили в 63,8% случаев. Резистентность установлена одновременно к изониазиду и рифампицину у 60% больных (множественная лекарственная устойчивость). Это в 2–3 раза чаще, чем среди всего контингента больных туберкулезом в стране.

То есть большая часть бактериовыделителей являются источниками распространения штаммов микобактерий туберкулеза, устойчивых к двум основным противотуберкулезным препаратам, как лицам из групп высокого риска заболевания туберкулезом (больные ВИЧ-инфекцией, наркоманиями) так и всему населению.

Ежегодный рост числа больных ВИЧ-инфекцией, у которых страдает иммунная система, указывает на дальнейшее усугубление этой проблемы.

Таким образом, складывающаяся ситуация требует незамедлительных мер по оптимизации профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации.

Диспансерное наблюдение за естественным течением HBeAg – негативного хронического гепатита В

Бешимова Д.Т., Еналеева Д.Ш.

Казанский государственный медицинский университет

Цель: выявить особенности течения HBeAg-отрицательного гепатита В с низкой репликацией вируса, находящегося в фазе иммунного контроля.

Дизайн и методы исследования. Под наблюдением были 297 пациентов, в возрасте от 20 до 79 лет ($46,0 \pm 0,6$). У больных исследовались ПЦР-детекция, рутинные биохимические анализы и проводилась биопсия печени. У большинства (79,4%) из 180 больных выявлен генотип Д.

Больные были разделены на 3 группы по срокам предполагаемого инфицирования до 5 лет (I гр.) – 118 пациентов, 5–10 лет (II гр.) – 101, 10 и более (III гр.) – 78.

Результаты. Преобладал бессимптомный вариант течения в I гр. – у 50,6% больных, II гр. – 40,0%, III гр. – 25,0%, с постепенным нарастанием клиническим симптомов. Основные жалобы были со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): тошнота, дискомфорт в эпигастрии, горечь во рту, боли в правом подреберье и т.д. При этом сопутствующая патология ЖКТ (хронический холецистит, панкреатит, гастродуоденит, дисбактериоз кишечника) составляла 85,4%.

По УЗИ – исследованию отмечалось нарастание в динамике, увеличение печени и наличие спленомегалии у 1/3 больных.

На фоне низкоуровневой репликации вируса у части больных имело место интегративная форма (46,1%). У 39 (13,3%) пациентов выявлялся периодический подъем вирусемии до высоких цифр.

Нормальные показатели АлАТ имели место в I гр. – у 17,9% больных, II гр. – 12,4%, III гр. – 5,9%, у остальных увеличение АлАТ носило ундулирующий характер. Постоянно высокие величины АлАТ отмечались у 22 (7,4%) пациентов. Уровень общего билирубина был повышен у 16% пациентов.

Биопсия печени ($n = 55$) показала: ИГА 4-8 балла имела место у 40 (72,7%) пациентов, 9–12 балла – у 13 (23,6%) больных. F в 16 – 12 (21,8%) больных, 26 – 1 (1,8%) больного. При этом сроки инфицирования не имели существенного значения.

Таким образом, полученные нами данные позволяют подвергнуть сомнению доброкачественность течения HBeAg-отрицательного гепатита В с низкоуровневой вирусемией.

Распространенность стафилококковой инфекции при неспецифических воспалительных заболеваниях различной локализации в амбулаторной практике городского округа Самара

Билева Н.А.

Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования. В последние годы в структуре возбудителей инфекционных заболеваний отмечается неуклонный рост доли условно-патогенных бактерий, среди которых важную роль играют стафилококки. Их особенностями являются политропность и способность быстро приобретать резистентность к антимикробным препаратам, что позволяет вызывать инфекционный процесс различной локализации, затрудняет выбор средств этиотропной терапии. В связи с этим представлялась актуальной оценка доли стафилококков в структуре бактерий, ассоциированных с различными воспалительными заболеваниями.

Пациенты/материалы и методы. Нами обследована случайная выборка из 983 пациентов амбулаторного профиля с острыми и обострениями хронических неспецифических воспалительных заболеваний хирургического, акушерско-гинекологического, терапевтического профиля. Для выделения, идентификации бактерий и количественной оценки микробной обсемененности исследуемого материала использовали общепринятые бактериологические методы. Обработку результатов проводили с помощью методов вариационной статистики.

Результаты исследования. При бактериальных вульвовагинитах стафилококки выступали в роли этиологического фактора в 66% случаев, ими было обусловлено обострение хронического тонзиллита у 48% больных, хронического бронхита у 61% пациентов. Кроме того, стафилококки ассоциировались с нарушениями микробной экологии при синдроме раздраженной толстой кишки в 14% случаев, а при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей встречались у 82% больных. В структуре стафилококковой инфекции различной локализации доля

4) Иммуномаксу – 59% детей. Умеренная чувствительность к указанным препаратам колебалась в пределах 15–31%. Устойчивость к циклоферону, ликопиду, иммунофану, полиоксидонию, амиксину, ридостину, иммуномаксу, отмечена у 3–18% пациентов.

У большинства пациентов (81,7%) сохранялась умеренная и высокая чувствительность ко всем лекарственным средствам. Высокая чувствительность к 8-ми препаратам была у 16 детей (26,2%), к 5–7 препаратам – у 29 детей (47,5%).

Исследование системы ИФН при ИМ у детей выявило ее недостаточность у 82% по продукции альфа и у 100% по продукции гамма ИФН, недостаточность гамма ИФН была более глубокой. В связи с этим обосновано применение индукторов и иммунокорректоров с лечебной целью. Изучение чувствительности пациентов к данным препаратам показало ее высокие значения у 82–54% больных. Также имели место различия в чувствительности к отдельным лекарственным препаратам. Показан индивидуальный подбор корректирующего средства для успешного лечения инфекционного мононуклеоза.

Оптимизация комплексного лечения инфекционных заболеваний у детей

Боковой А.Г., Ковалев И.В., Маккавеева Л.Ф., Володина О.А., Танина Н.Б., Полякова Ю.В.

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

Цель исследования: определить клиническую эффективность индуктора эндогенных интерферонов циклоферона (ЦФ) в терапии инфекционных заболеваний у детей.

Пациенты и методы. Клинические наблюдения и лабораторные исследования проведены у 92 детей в возрасте от 2 до 14 лет, находившихся в детском инфекционном отделении. Из них 12 перенесли ротавирусный гастроэнтерит (РВГЭ), с выделением из фекалий антигена ротавируса методом РА; у 19 больных с ОРВИ и бактериальными осложнениями (отиты, лимфадениты, ангины, пневмонии) проведены серологические исследования (ИФА и РНИФ) для выявления вирусных и бактериальных возбудителей заболеваний. У 61 ребенка с герпесвирусными инфекциями (ГВИ) диагноз подтверждался выявлением в крови атипичных мононуклеаров, определением М- и G-антител к ВГЧ-4, ВГЧ-5, ВГЧ-6 и у части детей выявлением в крови геномов этих вирусов в ПЦР.

Все дети в комплексной терапии получали циклоферон (ЦФ) из расчета 6–8 мг/кг веса в сутки по курсовой схеме в течение 10 дней. При ранней выписке из стационара курс продолжался амбулаторно.

Результаты. При применении ЦФ у детей с РВГЭ отмечалось гладкое течение болезни с быстрой обратной динамикой клинических симптомов: исчезновение интоксикации, снижение повышенной температуры тела, быстрое уменьшение диарейного синдрома, чаще после

3-го приема ЦФ. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у этих детей равна $4,4 \pm 0,36$ дня.

У больных ОРВИ с бактериальными осложнениями, получавших ЦФ, также отмечалось быстрое уменьшение интоксикации, снижение температуры тела, исчезновение наложений на миндалинах, болей в ухе, быстрое уменьшение частоты кашля. Из 19 больных лишь у 3 применялись антибиотики (вильпрафен, сумамед per os в возрастных дозах). Средняя продолжительность пребывания этих больных в стационаре составила $8,2 \pm 1,1$ дней.

У всех больных ГВИ также на 3–4 прием ЦФ снижалась температура тела, уменьшалась интоксикация, значительно уменьшались наложения на миндалинах, отек слизистой ротоглотки и лимфаденопатия. У этих больных антибиотики не применялись. Продолжительность пребывания в стационаре детей этой группы колебалась от 8 до 12 дней.

Побочные явления применения ЦФ у всех детей отсутствовали.

Выводы. Применение ЦФ в комплексной терапии инфекционных заболеваний у детей существенно ускоряет обратную динамику клинических симптомов и позволяет снизить частоту применения антибиотиков.

Социальная и клиническая характеристика больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией

Большакова И.А.

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

Цель исследования – изучить социальный статус и клиническое течение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Проведен анализ случаев впервые выявленного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных за трехлетний период (2005–2007 гг.). Среди заболевших преобладали мужчины (68,6%), проживающие в крупных городах края (92,8%).

Туберкулез в сочетании и ВИЧ-инфекцией как у мужчин, так и у женщин чаще развивался в наиболее трудоспособном возрасте 21–40 лет (86,9%). В 2007 г. в крае впервые зарегистрированы 4 случая заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных детей (2,6%) в возрасте от 3 до 8 лет.

Социальный статус заболевших довольно низкий: большинство (87,6%) не работали; ранее находились в местах лишения свободы 37,2% больных, сроки их пребывания в пенитенциарных учреждениях составляли от 2 до 6 лет; многие не имели семьи (69,3%). Употребляли наркотики, преимущественно опиоиды, 34,6%. Курили 64% больных, злоупотребляли алкоголем 37,9%. Контакт с больными туберкулезом установлен у 19,6%.

Большинство больных выявлено при обращении в общую лечебную сеть по поводу жалоб (58,8%), тогда как туберкулез у ВИЧ-инфицированных должен выявляться активно. В структуре клинических форм туберкулеза пре-

обладали инфильтративная (40,5%) и диссеминированная (35,9%). Удельный вес распространенных процессов составил 60,5%. Деструкция легочной ткани имела место у 42,9% больных, бактериовыделение – у 50,9%.

В большинстве случаев ВИЧ-инфекция предшествовала развитию туберкулеза (65,4%), в 34,6% оба заболевания выявлены одновременно. Длительность ВИЧ инфицирования до возникновения туберкулеза составила от 1 года до 8 лет: чаще туберкулез развивался через 4–6 лет (22, 20, 21%) соответственно.

Таким образом, больные ВИЧ-инфекцией имеют низкий социальный статус, низкую санитарную культуру, что приводит к развитию у них несвоевременно выявленных, распространенных деструктивных форм туберкулеза, сопровождающихся бактериовыделением.

Клинические особенности течения острых кишечных инфекций у детей с низким уровнем цинка крови

Бондарев А.А., Горелов А.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

В зарубежной литературе есть данные о негативном влиянии дефицита микроэлементов на длительность и тяжесть течения острых кишечных инфекций (ОКИ). Особое внимание уделяется эссенциальным микроэлементам: цинку, меди. И это не случайно, ведь цинк является кофактором процессов репарации и регенерации слизистой кишечника, благодаря своим антиоксидантным и мембраностабилизирующим свойствам. В России исследований уровня цинка в крови у детей при ОКИ не проводилось.

Цель работы. Оценить особенности течения ОКИ у детей с низким уровнем цинка крови.

Материалы. На базе ДИБ №5 г. Москвы было обследовано 19 детей в возрасте от 1 года до 7 лет, больных ОКИ, уровень цинка крови определялся методом ИФА.

Результаты. В ходе исследования низкий уровень цинка сыворотки крови был выявлен у 8 детей (42,1%). Среди них дети от 1 года до 3 лет – 6 (75%), старше 3 – 2 пациента (25%). Заболевание протекало в форме гастроэнтерита у 4 (50%) детей, энтероколита у 3 (37,5%) и у одного ребенка с клиникой энтерита, у 6 (75%) детей – в среднетяжелой форме и у 2 (25%) – в легкой. Интоксикацию регистрировали у всех детей, причем выраженные симптомы наблюдались у 5 (62,5%), а у 3 (37,5%) – умеренные. Боли в животе беспокоили 4 (50%) пациентов. Рвота отмечалась у 7 (87,5%) детей, у 6 из них в первые сутки заболевания. Кратность рвоты у 4 (50%) пациентов не превышала 1–3 раз в сутки, у 2 (25%) более 5 раз. Жидкий стул отмечался у всех детей, причем у 6 (75%) в первые сутки заболевания. У 4 (50%) пациентов максимальная частота стула составила 2–3 раза в сутки, у 3 (37,5%) 5–6 раз в сутки и у одного ребенка до 10 раз. Длительность диареи у детей со сниженным уровнем цинка составляла – $3,57 \pm 1,27$ дня, тогда как у детей с

нормальными показателями цинка – $2,8 \pm 0,98$ дня. Патологические примеси в стуле обнаружены у 4 (50%) детей, слизь в стуле отмечается у всех пациентов этой группы, зелень у 3 (37,5%) и у 1 ребенка кровь.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что частота встречаемости дефицита цинка у детей с ОКИ составила 42,1%. При этом ОКИ протекает преимущественно в виде гастроэнтерита среднетяжелой формы, имеет более длительный период диареи ($3,57 \pm 1,27$) чем у детей с нормальными показателями цинка, чаще с выраженными признаками интоксикации.

Механизмы формирования патогенности оппортунистическими микроорганизмами

Бондаренко В.М.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, Москва

В настоящее время произошли существенные изменения в структуре инфекционной заболеваемости, обусловленные эволюцией гономов возбудителей. В этой связи оппортунистические бактерии обратили на себя пристальное внимание исследователей. Важную роль в активации оппортунистов играет приобретение последними геномных «островов» патогенности (ОП), представляющих собой кластеры генов, фланкированные прямыми повторами. Наличие в составе ОП мобильных генов определяют универсальность механизмов передачи генетического материала и возможность формирования новых «патогенизированных» клонов на основе генома комменсалов. В результате генетического обмена происходит наследование одновременно структурных и регуляторных генов патогенности и генов системы секреции III типа, обеспечивающей прямую доставку эффекторных молекул возбудителя непосредственно в цитозоль эукариотической клетки.

В последнее десятилетие регистрируется глобальное распространение ОП среди внутрибольничных штаммов энтеробактерий, энтерококков, стафилококков и псевдомонад. Механизм «патогенизации» базируется на трех положениях: (1) поскольку гены тРНК и IS-элементы универсальны, то теоретически они определяют возможность передачи генов патогенности не только между штаммами одного вида, но и между штаммами различных видов; (2) кластерный характер генов ОП обеспечивает передачу не только структурных генов, но и генов-регуляторов, что, наряду с фланкированностью генами тРНК, предполагает генетическую возможность экспрессии признака; (3) существование универсальных механизмов транспорта биомолекул и регуляции их синтеза делает теоретически возможной экспрессию бактериями одного вида генов, полученных от бактерий другого вида.

Мы установили, что у оппортунистических штаммов, выделенных при внутрибольничных вспышках, ОП обнаруживаются практически во всех случаях. В основе «пато-

развитие инфекционных заболеваний, поиску новых взаимосвязей между этими факторами, а также прогнозируемому моделированию возможных изменений инфекционной заболеваемости в России.

Материалы и методы. Банк данных оформлен в виде архива файлов и двух автономных баз данных (БД) «Факторы окружающей среды» и «Инфекции». Для оптимизации работы БД использован объектно-ориентированный язык программирования Java. База данных «Факторы окружающей среды» работает под управлением СУБД MySQL 5.0, а база данных «Инфекции» под управлением СУБД MSSQL2005, что позволяет получить авторизованный доступ к БД через web-интерфейс.

Результаты исследования. Созданные БД содержат данные по 6 городам России: Новосибирск, Барнаул, Екатеринбург, Челябинск, Красноярск, Владивосток. БД «Факторы окружающей среды» включает в себя массив ежедневных данных по погодным условиям на основе данных архива погоды «Погода России» за период: с 2000 по 2009 гг. и по данным Национального центра климата, США за период: с 1948 по 2009 гг. Эта база данных также включает себя данные собранные на ежедневной основе по качеству воды за последние 5 лет. БД «Инфекции» приведена в соответствие с международной классификацией болезней МКБ-10 и содержит данные за последние пять лет наблюдения по инфекционным заболеваниям, передающимся преимущественно водным путем. Авторизованный доступ к данным осуществляется стандартными средствами, которыми сопровождаются СУБД. Дополнительно с помощью технологии многомерного анализа OLAP можно вывести информацию в виде диаграмм в различных срезах или в табличном виде непосредственно из БД. Для этого специально были написаны встроенные процедуры и функции, которые по определенным SQL запросам к СУБД формируют необходимый срез данных. Количественный и качественный анализ полученных массивов информации об инфекционных заболеваниях, погодных условиях и качестве воды показал, что созданные БД позволяют проводить анализ взаимосвязей климатических изменений и инфекционных заболеваний.

Заключение. Сформирована уникальная база данных по шести городам России, которая включает в себя данные по погоде, качеству воды в источниках водоснабжения и заболеваемости некоторыми инфекционными заболеваниями, передающимися преимущественно водным путем.

Туберкулез у ВИЧ-положительных детей

Гукалова Л.А., Грабовецкая Н.А., Сячина Е.А., Киклевич В.Т.

Областной центр СПИД, Иркутск;
Иркутский государственный медицинский университет

Распространенность туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией в Иркутской области составляет 8%.

В 2009 г. зарегистрировано 8 новых случаев туберкулеза, у ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 3 до 9 лет, что составило 31% от всех случаев туберкулеза.

Стаж по ВИЧ распределился таким образом: 60% – 5 и более лет, 20% – от 2 до 3 лет и менее 1 года – 20%.

Клинические формы туберкулеза: туберкулез внутригрудных лимфоузлов составил 50%, генерализованный туберкулез – 25%; ПТК и туберкулезный менингит по 12,5%. У одной четверти больных подтверждено активное бактериовыделение.

Тяжелый иммунодефицит выявлен у 37,5% детей, выраженный – у 25% детей, умеренный – у 12,5%.

Все дети получали АРВТ: 50% детей – до установления диагноза туберкулеза, при этом срок терапии у 2 детей составил 5 и более лет, у 1 ребенка – 1 год и 1 ребенок – менее 6 мес.

Таким образом имеет место высокая инфицированность ВИЧ-положительных детей туберкулезом и данная проблема имеет такую же актуальность, как у взрослых.

О заболеваемости и клинических особенностях туберкулеза легких у медицинских работников

Гуляев Д.Л.

Краевой противотуберкулезный диспансер №3,
Березники, Пермский край

Изучена интенсивность эпидемического процесса туберкулеза легких среди разных возрастно-социальных групп населения г. Перми за последние 5 лет. Проведена сравнительная оценка клиники туберкулеза легких у 63 медработников и у 71 больного, не являющегося медработником.

Оказалось, что интенсивность эпидемического процесса среди медработников ($85,7 \pm 9,5$ на 100 тыс.) выше, чем среди других социальных групп взрослого населения, в 1,4–5,4 раз ($p < 0,05$). При этом основной группой риска заболеваемости являются специалисты фтизиатрической службы.

Среди медработников было зарегистрировано 6 клинических форм туберкулеза легких, а именно: инфильтративный, очаговый, туберкулезный экссудативный плеврит, туберкулома, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, туберкулез бронха. Отсутствовали остро прогрессирующие распространенные формы – диссеминированный туберкулез и казеозная пневмония. В то же время среди больных группы сравнения регистрировались не только ограниченные формы туберкулеза, но и распространенные. Фаза распада туберкулезного процесса в группе наблюдения зарегистрирована лишь у 20,6% пациентов, тогда как в группе сравнения – у 70,4%. Бактериовыделение в группе наблюдения имело место у 26,9%, в группе сравнения – у 85,9%. Осложнения туберкулеза в группе наблюдения были зарегистрированы лишь у 7,9%, в группе наблюдения они встречались значительно чаще – у 50,7%. Оценка результатов общего анализа крови пациентов показала, что в группе больных медработников по сравнению с другими социальными контингентами достоверно чаще встречалась эозинофилия, что свидетельствует о выраженном аллергическом компоненте туберкулеза у медработников.

Таким образом, одной из основных групп риска заболевания туберкулезом легких в современных условиях являются медработники. Среди медработников наиболее часто туберкулезом болеют сотрудники противотуберкулезных учреждений. Особенностью клинического течения туберкулеза у медработников по сравнению с другими группами населения, с одной стороны, является менее выраженная клинико-рентгенологическая симптоматика заболевания и редкое развитие осложнений, а с другой – более выраженный аллергический компонент болезни.

Клинико-микробиологические особенности сальмонеллеза *enteritidis* у детей

Гурьева О.В., Милютин Л.Н.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Эпидемиологическая ситуация по сальмонеллезам в РФ продолжает оставаться неблагоприятной. В последние годы среди всех уточненных ОКИ сальмонеллез вышел на второе место после ротавирусной инфекции, опережая шигеллез. На территории большинства регионов РФ доминирующим штаммом является *S. enteritidis*.

В результате изучения чувствительности к 26 антимикробным препаратам 363 штаммов *S. enteritidis* в 2005–2006 гг. впервые нами выявлено появление штаммов, резистентных к 6 и более антибиотикам (33,1%), со снижением их доли в последующие годы. Для оценки влияния антибиотикорезистентности сальмонелл *enteritidis* на клиническое течение болезни были изучены 2 группы детей, госпитализированных в профильный стационар г. Москвы. 1 группа (60 детей) – пациенты, выделившие условно чувствительные штаммы (при резистентности к 0–2 антибиотикам), 2 группа (130 детей) – выделившие штаммы, резистентные к 3 и более антибиотикам. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, преморбидному фону детей, наличию сопутствующей патологии.

В обеих группах преобладало острое начало заболевания (66,7 и 68,5%) и среднетяжелая форма болезни (85,0 и 88,5%). Заболевание протекало у половины детей в виде гастроэнтероколита, у 40,0 и 30,7% – энтероколита ($p > 0,05$). Ведущими симптомами в обеих группах являлись: диарея (98,3 и 99,2%); повышение температуры тела (98,3 и 96,2%); симптомы интоксикации (76,7 и 78,5%); рвота (63,3 и 63,8%); боли в животе (50,0 и 43,0%). Реже встречались гепатоспленомегалия (58,3 и 57,7%), спазм сигмовидной кишки (26,7 и 26,9% соответственно). Однако в 1-й группе по сравнению со 2-й чаще регистрировались экзикоз (различия достоверны у детей до года – 26,7 и 12,0%) и гемоколит (различия достоверны у детей старше года – 82,2% и 44,8%).

Таким образом, выраженных различий в клинике сальмонеллеза *enteritidis*, вызванного штаммами с разной лекарственной резистентностью, не выявлено, как это было при сальмонеллезе *tiphimurium*. Однако сальмонеллез *enteritidis*, вызванный чувствительными штаммами,

чаще сопровождается развитием экзикоза и явлениями геморрагического колита.

Биохимические показатели крови в зависимости от продолжительности третьей стадии ВИЧ-инфекции

Гурьянова М.В., Макаров В.К., Каплунова Н.В.

Тверская государственная медицинская академия

Цель исследования заключалась в определении некоторых показателей биохимического анализа крови в зависимости от длительности третьей стадии ВИЧ-инфекции.

Всего было обследовано 300 больных ВИЧ-инфекцией с длительностью стадии 3 до 5 лет и 100 пациентов с длительностью стадии 3 более 5 лет.

Статистически достоверной разницы между группой здоровых людей и группами ВИЧ-инфицированных с разной длительностью 3 стадии не было выявлено по следующим показателям: активность АЛТ, лактатдегидрогеназа, ГГТП, содержании глюкозы в крови.

Однако были выявлены изменения, характерные для нарушений функции печени среди пациентов, инфицированных ВИЧ. С высокой степенью достоверности различались показатели общего билирубина. Так, в группах больных 3 стадией ВИЧ-инфекции его цифровые значения были меньше, чем в группе здоровых людей.

Показатели уровня креатинина венозной крови не отличались в двух группах с разной длительностью 3 стадии ВИЧ-инфекции, но были значительно выше, чем в группе здоровых людей ($p < 0,001$).

Активность АСТ оказалась выше у больных ВИЧ-инфекций с длительностью стадии 3 более 5 лет, по сравнению с пациентами с длительностью стадии 3 до 5 лет и со здоровыми лицами. Это отражает «скрытый» цитолитический синдром при длительной 3 стадии ВИЧ-инфекции и может говорить о поражении печени уже в «бессимптомной стадии» ВИЧ-инфекции. Показатели активности АСТ у больных с длительностью стадии 3 до 5 лет и со здоровыми лицами были достоверно неразличимыми.

Показатели щелочной фосфатазы среди больных с разным стажем 3 стадии ВИЧ не отличались. Однако превышали этот показатель в группе здоровых людей ($p < 0,05$).

Таким образом, по мере увеличения длительности стадии 3 ВИЧ-инфекции появляются и биохимические признаки поражения почек и печени.

Состояние иммунорезистентности в зависимости от длительности третьей стадии ВИЧ-инфекции

Гурьянова М.В., Макаров В.К., Каплунова Н.В.

Тверская государственная медицинская академия

Цель исследования заключалась в определении состояния иммунорезистентности в зависимости от длительности третьей стадии ВИЧ-инфекции.

Всего было обследовано 300 больных ВИЧ-инфекцией с длительностью стадии 3 до 5 лет и 100 пациентов с длительностью стадии 3 более 5 лет.

Так, у пациентов с длительностью 3 стадии ВИЧ-инфекции менее 5 лет показатели CD4-лимфоцитов варьировались в пределах $473,3 \pm 13,9$ клеток в мм^3 . Этот же показатель у больных с длительностью 3 стадии ВИЧ-инфекции более 5 лет составил $429,3 \pm 13,6$ клеток в мм^3 . То есть, имеет место снижение уровня CD4-лимфоцитов в зависимости от длительности заболевания. Наши данные согласуются с мнением В.В.Покровского (2002), который отмечал, что уже в 3 стадии болезни отмечается постепенное снижение уровня CD4-лимфоцитов.

Учитывая то, что абсолютные показатели иммунного статуса могут значительно варьировать в течение даже суток, проводилось определение уровня CD4 в процентах. В данном случае показатели значительно различались с высокой степенью достоверности у пациентов с различной длительностью 3 стадии ВИЧ-инфекции. В группе со стажем 3 стадии менее 5 лет показатель составил $27,21 \pm 0,6\%$, а в группе со стажем более 5 лет $23,95 \pm 0,7\%$ ($p < 0,001$).

Достоверные отличия показателей периферической крови среди больных ВИЧ-инфекцией с различной длительностью 3 стадии болезни удалось выявить только по количеству эозинофилов и палочкоядерных нейтрофилов. Их значения были выше в группе со стажем 3 стадии ВИЧ-инфекции более 5 лет. Другие показатели достоверно не отличались в двух группах больных ВИЧ.

Таким образом, уже в 3 стадии ВИЧ-инфекции отмечалось снижение показателей иммунного статуса. Чем длительней по времени 3 стадия ВИЧ-инфекции у пациентов, тем значительно снижались показатели CD4, лейкоцитов, сегментоядерных нейтрофилов и моноцитов. Напротив, значения СОЭ возрастало.

Случай неврологического осложнения на введение вакцины против бешенства

Гусниев А.М., Магомедов А.М., Хазамова Т.А., Куркина Н.Г.

*Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала;
Республиканский центр инфекционных болезней, Махачкала*

В литературе описаны случаи поствакцинальных неврологических осложнений на введение столбнячного анатоксина против бешенства. Известно, что эти осложнения встречаются очень редко. Большинство исследователей считают, что антирабические поражения нервной системы имеют аллергический генез. Случай, который мы представляем, также имеет отношение к такому виду осложнений. В октябре 2009 года в г. Дербенте подросток 14 лет был укушен кавказской овчаркой. Мальчика доставили в больницу и после хирургической обработки ран на обеих ногах ввели антирабическую вакцину–КОКАВ и

столбнячный анатоксин. Введение КОКАВ продолжалось по схеме: 0, 3, 7 день.... После 3 инъекций появились боли в ногах, повысилась температура тела и развился парез обеих ног. Отмечалось снижение сухожильных рефлексов нижних конечностей. Проведены многочисленные клинико-биохимические исследования, а также ЭЭГ и КТ-головного мозга. Признаков патологии не выявлено (за исключением повышенной СОЭ-45 мм/ч). Также были получены сведения, что собака остается здоровой более 2 нед. Консилиум инфекционистов, неврологов и аллергологов сделал заключение, что больной переносит полирадикулоневрит по типу синдрома Гийе-на-Барре, обусловленный введением антирабической вакцины. Провели 3 сеанса плазмафереза, были назначены противоаллергические препараты. Уже после 1 сеанса плазмафереза намечилось улучшение. Через неделю мальчик начал ходить, через 2 недели был выписан в удовлетворительном состоянии. Все симптомы заболевания у него исчезли. Учитывая, что в прошлом плановая иммунизация нашего пациента столбнячным анатоксином никогда не сопровождалась поствакцинальными патологическими реакциями, мы считаем, что имевшее место неврологическое осложнение связано с впервые примененной вакциной против бешенства. Патогенез заболевания, по видимому, имел вирусно-аллергическую природу и протекал по варианту гиперчувствительности замедленного типа. На это указывает появление симптомов полирадикулоневрита через 10 дней от начала курса антирабической вакцинации. Таким образом, на основании клинической картины заболевания, анамнестических сведений и данных литературы можно сделать вывод, что синдром полирадикулоневрита по типу Гийена-Барре, наблюдавшийся у нашего пациента, обусловлен применением антирабической вакцины КОКАВ.

Национальные стандарты эпидемиологического надзора

Давидянц В.А.

Национальный институт здравоохранения, Ереван, Армения

Повышение действенности эпидемиологического надзора в Армении диктует необходимость проведения изменений в подходах, для чего требуется разработка и внедрение национальных стандартов эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными заболеваниями. Стандарты – это упорядоченная по всем параметрам эпидемиологического процесса, составляющим и уровням эпиднадзора система слежения за заболеваниями. Она включает и стандартные определения случаев – систему единых критериев, по которым определяются подтвержденный, вероятный или другие случаи заболевания, что важно для упорядочения их регистрации. Разработка национальных стандартов проведена поэтапно: 1 – обоснование необходимости надзора, 2 – определения случаев, включая стандарты диагностики, 3 – виды надзора, 4 – рекомендуемый минимум данных, 5 – описание анализа данных, 6 – исполь-

CD4+-лимфоцитов в сочетании с тенденцией к увеличению CD3+/CD50+. С другой стороны, сочетание ВЭБ с ВПГ-1/2 характеризует активацию NK-клеток, уменьшение CD3+/CD95+Т-клеток и тенденцию к увеличению CD4+/CD25+. Полагаем, что сочетание ВПГ-1/2 и ВЭБ может способствовать развитию лимфопролиферативных процессов, а сочетание ВПГ-1/2 с ЦМВ, возможно, запускает аутоиммунные процессы в организме.

Этиологическая расшифровка перинатальных потерь при несостоявшемся выкидыше в г. Омске

Долгих Т.И., Мироненко М.М.

Омская государственная медицинская академия

Актуальность проблемы. Общей закономерностью последних лет, как для России, так и для Омского региона, является снижение перинатальной смертности (на 26,0 и 57,7% соответственно) и мертворождаемости (на 20,8 и 21,9% соответственно). Внутриутробные инфекции являются одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности. До недавнего времени считалось, что наиболее частыми возбудителями внутриутробных инфекций являются цитомегаловирус, вирус простого герпеса, токсоплазма, энтеровирусы. Однако результаты последних исследований показывают, что спектр внутриутробных инфекций гораздо шире.

Цель: верификация внутриутробных инфекций при несостоявшемся выкидыше.

Материалы и методы. Проведено исследование методом ПЦР 323 биоптатов элиминированных плодов, плацент и плодных оболочек.

Результаты и обсуждения. Установлено, что важную роль в гибели плода в I триместре беременности играет бактериальная микрофлора (*Staphylococcus*, *E.coli*), во II триместре – *U.urealyticum* (в сочетании с другими возбудителями). Во II триместре микст-инфекция вызывала гибель плода в 60,0% случаев (в 1,6 раза чаще, чем в I триместре). При несостоявшихся выкидышах в I и во II триместрах соответственно в качестве патогена выступали: *Listeria* (7 и 20%), *T.gondii* (12,4 и в 17,5%), вирусы: EBV (22,5 и 16,7%), CMV (16,2 и 13,5%), HSV-1/2 (12,3 и 10,3%), Rotavirus (28,5 и 15,6%), *Rubella* (14,6 и 9,8%), PV B19 (3,2 и 9,5%).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о видоизменении спектра внутриутробной патологии по региону, что обосновывает необходимость дальнейших исследований.

Перспективы применения молекулярно-генетических методов для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных

Долгова Е.А., Альварес Фигероа М.В., Батыров Ф.А., Флигиль Д.М., Шахгильдян В.И., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

Инфекционная клиническая больница №2, Москва, Туберкулезная клиническая больница №7, Москва

Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, при выраженном иммунодефиците имеет атипичную клинко-рентгенологическую картину, при этом данные традиционных микробиологических методов также не достаточно информативны. В то же время эффективность применения молекулярно-генетических методов, показавших высокую диагностическую чувствительность и специфичность в отношении туберкулеза у ВИЧ-негативных пациентов, для больных сочетанной патологией недостаточно изучена. Для решения указанной проблемы мы осуществляем исследование следующего дизайна: в клиническом и, возможно, в аутопсийном, материалах ВИЧ-позитивных больных с помощью молекулярно-генетических методов проводится выявление ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ), определение вида микобактерий и мутаций устойчивости к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Оценка диагностических характеристик этих методов будет проводиться с учетом с клинко-рентгенологической картины заболевания, результатов традиционных микробиологических методов и морфологического исследования биопсийного, операционного и аутопсийного материалов. В рамках работы планируется определить диагностическую значимость результатов молекулярно-генетических методов при исследовании разных видов клинического материала в зависимости от формы и локализации туберкулезного процесса.

С 2006 года нами собрано и протестировано более 3,5 тыс. клинических образцов от почти 2 тыс. ВИЧ-инфицированных пациентов ИКБ №2. ДНК МБТ была обнаружена в пробах 21,5% больных, из которых в 26,7% случаев были обнаружены мутации устойчивости к рифампицину. В настоящий момент продолжается сбор клинического материала и проводится анализ историй болезней как в ИКБ №2, так и в противотуберкулезных больницах. Ведется разработка методик количественного определения ДНК МБТ и мутаций устойчивости к пирозинамиду, изониазиду и другим ПТП.

Эпидемия отличалась высокой заболеваемостью взрослого населения и школьников, тяжелым клиническим течением заболеваний среди взрослого населения и большим числом летальных исходов от гриппа А/Калифорния/Н1N1v.

Характеристика криптоспоридиоза при ВИЧ-инфекции

Карташев В.В., Амбалов Ю.М., Гусарев С.А., Саухат С.Р., Бекетова Е.В., Быков С.А., Пономаренко Я.В., Малышева М.И., Ладычук М.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет; Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии; Ростовский областной центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

Криптоспоридиоз (КР) – одна из ведущих оппортунистических инфекций при СПИД, но он мало изучен у больных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции (ВИЧ-И). Выполнено комплексное исследование КР у 182 больных ВИЧ-И, не получавших ингибиторов протеазы ВИЧ. При лабораторной диагностике прямая иммунофлюоресценция и иммуно-магнитная сепарация позволяли с высокой частотой (до 54,2 и 77,1%, соответственно) выявлять КР, включая бессимптомные формы. КР был распознан у 23% больных с 3-й стадией ВИЧ-И (бессимптомные формы КР – 67%, выздоровели от КР 86%). Частота КР нарастала при ВИЧ-И 4А, 4Б и 4В стадий (38, 32 и 34%, соответственно), а выздоровление было редким или отсутствовало (26, 0 и 0%, соответственно). Бессимптомные формы были реже у больных с 4А, 4Б и 4В стадиями ВИЧ-И (53, 27 и 21%, соответственно). При КР с клиникой хронической диареи ВИЧ-И прогрессировала в динамике наблюдения у 71% больных, а при отсутствии диареи такой прогресс был отмечен всего у 41% больных КР (катамнез до 4 лет, $p < 0,01$). У 14 больных КР (7 с диареей и 7 без нее) был выполнен ПЦР ПДРФ анализ, который выявил у всех единственный вид паразита – *S. parvum*. Материалом от 24 больных ВИЧ-И КР был воспроизведен в эксперименте при заражении 24 мышей линии SCID, 8 изолятов паразита оказались высоковирулентными. Ооцисты паразита были выявлены в речной воде (15 из 25 проб, в среднем 13 ооцист в 10 л) и только в одной из 12 проб питьевой воды (2 ооцисты в 600 л). При обследовании сельскохозяйственных животных и птиц ооцисты в испражнениях были обнаружены только у 18% телят (все 21 изолята только *S. parvum* по данным морфометрии). Таким образом, на ранних стадиях ВИЧ-И у большинства больных КР протекает бессимптомно. При наличии хронической диареи КР приводит к ускоренному прогрессированию ВИЧ-И, по сравнению с такими же хроническими, но бессимптомными формами КР. Показано, что ВИЧ-И и КР оказывают взаимноеотягчающее влияние друг на друга. Вода не является фактором риска передачи КР, в том числе и у больных ВИЧ-И. Показано, что возбудителем КР при ВИЧ-И является зоонозный вид паразита – *S. parvum*. Помимо человека, единственным установленным резер-

вуаром паразита в природе является крупный рогатый скот.

Дирофиляриоз человека и животных в Ростовской области

Карташев В.В., Баташова И.И., Амбалов Ю.М., Карташов С.Н., Ермаков А.М., Кулешова Ю.Г., Ильясов Б.Б., Колодий И.В., Ключников А.Г., Рябикина Е.В., Бабичева М.В., Левченко Ю.И., Павлова Р.В., Morchon R., Simon F.

Ростовский государственный медицинский университет; Северокавказский зональный научно-исследовательский ветеринарный институт, Новочеркасск; Ростовский областной консультативно-диагностический центр; Ростовская школа служебно-розыскного собаководства; University of Salamanca, Salamanca, Spain

Первый случай дирофиляриоза человека был описан в Ростовской области в 1955 г. До конца 90-х годов за медицинской помощью обращались от 1 до 3 больных в год. Начиная с 2000 г. отмечен резкий рост заболевания людей, общее число выявленных случаев дирофиляриоза достигло 192. Среди них, 190 больных с подкожными формами (*D. repens*) и 2 – с легочными (*D. immitis*), впервые выявленными на территории России и бывшего СССР. Поражения в области головы, конечностей и туловища наблюдались у 63, 25 и 12% больных, соответственно. Миграция паразита отмечена у 35% больных, причем у 13% – отдаленная. Неполовозрелые самки были удалены у 85% больных, у 3 больных в одном очаге находились по два гельминта. У 28 человек дооперационный диагноз был установлен с помощью УЗИ. Поражение собак было выявлено с частотой от 2 до 38% на разных территориях Ростовской области. При домашнем содержании собак риск заражения составил 9%, вне дома – 38%. У 65% собак заболевание было вызвано *D. immitis*, причем у половины – в форме микст инвазии с *D. repens*. Аутопсия 21 собаки с инвазией *D. immitis* также позволила обнаружить у 11 из них сопутствующую инвазию *D. repens*. Серологические исследования выявили антитела к соматическому антигену дирофилярий у 10% здоровых людей (у 32 из 317 обследованных доноров крови). В группе лиц, профессионально работающих с собаками, частота обнаружения этих антител составила 19% (все – жители Ростовской области). Частота заражения среди 990 комаров составила в среднем 10%. Полученные данные свидетельствуют о высоком риске заражения дирофиляриозом человека, собак и комаров в Ростовской области. Высокая частота обнаружения *D. immitis* у собак создает угрозу увеличения частоты легочных форм дирофиляриоза у человека.

ветивших и нелеченых больных иммунный ответ, вероятно, идет по Th-2 типу. Сохраняются различия в содержании HCV-специфических антител у ответивших и неответивших больных.

Характеристика контингента больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в пенитенциарных учреждениях Центрального федерального округа

Кузнецова А.С.¹, Белякова Н.В.², Фролова О.П.³, Новоселова О.А.³

¹Федеральная служба исполнения наказаний, Россия;

²Медицинский институт Орловского государственного университета, Орел;

³Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

В период с 2006 по 2008 гг. были изучены 130 наблюдений за впервые выявленными больными ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в пенитенциарных учреждениях Центрального федерального округа.

Среди изученного контингента мужчины составили 96%, лица в возрасте 25–34 лет (72,3%), 15–24 лет имели 10,0%, 35–44 лет – 11,5%, 45–54 лет – 6,2%. За трехлетний период исследования доля больных, принадлежавших к возрастной группе 15–24 лет, снизилась в 2,7 раза (с 11,4% в 2006 г. до 4,3% в 2008 г.). В возрастной группе 35–44 лет наоборот, наблюдался рост с 9,1% в 2006 г. до 14,9% в 2008 г.

Данный контингент больных в основном был представлен городскими жителями (72,2%), страдающими наркоманией (83,0%).

Доля лиц, находившихся в заключении более 3 лет составила 42,3%, от 1 года до 3 лет – 32,3%, менее 1 года – 25,4%.

Контакт с больным туберкулезом в ФСИН отмечали 26,9% пациентов, территориальный – 36,9%, семейный и профессиональный 1,5 и 0,8% соответственно. У 33,8% пациентов он не установлен.

У большей части больных туберкулез был выявлен при плановом обследовании (65,4%). С 2006 по 2008 гг. доля активного его выявления сократилась (с 77,3 до 56,5%), а при обращении с жалобами, наоборот, возросла (с 22,7% в 2006 г. до 41,3% в 2008 г.). Это связано с увеличением числа больных, у которых развиваются поздние стадии ВИЧ-инфекции и, следовательно, нетипичное течение туберкулеза.

Таким образом, среди заключенных и подследственных в учреждениях ФСИН России ВИЧ-инфекция в сочетании с туберкулезом в большинстве случаев регистрируется среди мужчин, в молодом возрасте, городских жителей, страдающих наркотической зависимостью. Увеличение контингента больных ВИЧ-инфекцией с нетипичным течением туберкулеза требует срочной разработки комплекса профилактических мероприятий, включающих

химиопрофилактику туберкулеза и его выявление в условиях иммунодефицита.

Иммунологические показатели у детей с ранним врожденным сифилисом

Кузнецова Н.Ф., Мартынова Г.П., Дорошенко Л.Г., Колодина А.А., Белкина А.Б.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития РФ;

Городская клиническая детская клиническая больница №1, Красноярск

Эпидемия сифилиса последних лет остается серьезной медицинской и социально-значимой проблемой. На фоне незначительного снижения общей заболеваемости, сохраняется достаточно высокий уровень заболеваемости врожденным сифилисом (ВС). Участились случаи раннего врожденного сифилиса (РВС) с активными проявлениями и летальным исходом.

Механизмы иммунного ответа при сифилисе окончательно не изучены, хотя очевидно, что в его формировании участвуют все звенья иммунитета. В свою очередь их исследование при сифилисе актуально, с целью изучения особенностей иммунологического реагирования при различных клинических формах инфекции, прогнозирования течения и оптимизации терапии, а также определения «иммунологических критериев» излеченности.

Нами проведен иммунологический мониторинг у 40 детей с РВС в возрасте от 0 до 3 мес, госпитализированных в инфекционный стационар Городской детской клинической больницы №1 г. Красноярска. На основании клинико-лабораторных данных у 50% (20) больных диагностирован РВС манифестный (I группа) и у 50% (20) – РВС скрытый (II группа). В качестве контрольной группы обследовано 30 детей с перинатальным контактом по сифилису и получивших профилактическое лечение. Иммунологические исследования проводили в динамике: до и после проведения специфической терапии бензилпенициллина натриевой солью в течение 14 дней.

Установлено, что у детей I группы еще до начала терапии отмечаются изменения в фенотипическом составе циркулирующего пула лимфоцитов: повышение процентного содержания цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+) на фоне уменьшения относительного числа CD8+ – клеток, несущих рецептор индукции апоптоза (CD95+). При этом количество естественных киллерных клеток (CD16+/CD56+) снижено. Кроме того, отмечено повышение JgM в сыворотке крови и увеличение фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови. Во II группе детей на фоне относительной лимфопении наблюдается увеличение содержания в периферической крови лимфоцитов, несущих поздний маркер активации (HLA-DR) и повышение процентного количества клеток экспрессирующих CD19+ антиген. В то же время увеличивается как процентное, так и абсолютное число нейтрофилов в перифе-

тельствовало о бакносительстве. Выделение из испражнений возбудителя заболевания *Salmonella typhimurium* у 15 пациентов (33,3% случаев), в том числе у поваров, позволило подтвердить этиологический фактор вспышки. На фоне этиопатогенетической терапии наблюдали улучшение состояния в первые сутки и клиническое выздоровление на 3–4 сутки. Все дети и взрослые выписаны в удовлетворительном состоянии с отрицательными контрольными бак исследованиями на 7–9 сутки.

Заключение. Преимущественно легкое течение заболевания характерно для вспышек организованных коллективов. Причиной заболевания послужил не своевременно выявленный источник и, возможно, длительно персистирующая сальмонеллезная инфекция в данном учреждении.

ОРВИ и грипп в эпидсезон 2009 года

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Упирова А.А.,
Строкина Г.Г.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Городская клиническая больница №6, Красноярск

Цель работы: провести анализ клинико-эпидемиологической ситуации, заболеваний ОРВИ и гриппом в сезон 2009 года в г. Красноярске.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 938 больных, поступивших на лечение в инфекционное и репрофилированное под ОРВИ терапевтическое отделение. Лица молодого возраста (16–29 лет) составили 88,16%. Диагноз выставляли на основании клинических проявлений (острое начало с катаральными явлениями и интоксикацией), подтверждали вирусологическими, серологическими методами, ПЦР – диагностикой. Материалом служили: сыворотка крови, мазки и смывы из носоглотки и ротоглотки, которые забирались у больных сразу при поступлении и в динамике заболевания исследовались парные сыворотки.

Результаты. Подъем заболеваемости ОРВИ наступил в октябре–ноябре 2009 г. Первые случаи заболевания возникли среди студентов и учащихся средних и высших учебных заведений, проживающих в общежитиях, что способствовало быстрому распространению инфекции среди них, а затем и на население города. В течение 1,5–2 нед было отмечено превышение порога заболеваемости гриппом. Данные специфических исследований свидетельствовали о вытеснении циркулирующих сезонных штаммов вируса гриппа на высокопатогенный H_1N_1swin (60,6% обследованных). Привитых от сезонного гриппа было 10,3%. Катаральные явления в 73,6% слабо выраженные. Ведущим симптомом (87,8%) с первых часов заболевания был сухой, приступообразный кашель, в 57,0% случаев выслушивали жесткое дыхание и хрипы, а рентгенологически выявляли усиление легочного рисунка, что могло свидетельствовать о развитии раннего отека легочной ткани. Тяжелое течение гриппа у 49 больных было обусловлено развитием осложнений: пневмо-

нии (72,5%), судорожные синдромы, менингизм, в одном случае развился постгриппозный миокардит. Летальных исходов зарегистрировано 4 (0,42%), в возрасте 21–44 лет. Причиной смерти в трех случаях послужила двухсторонняя тотальная пневмония, в одном случае инфекционно-токсический шок (поздняя госпитализация на 5 день болезни).

Заключение. Произошло вытеснение сезонных штаммов вируса гриппа высокопатогенным H_1N_1swin за короткий промежуток времени. Наиболее уязвимым оказался молодой возраст 88,16%. Ведущий симптом заболевания, осложнения и летальные исходы связаны с ранним поражением легких.

Степень выраженности фиброза печени у больных вирусным гепатитом С в сочетании с ВИЧ-инфекцией

Куимова У.А.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Цель исследования: определить особенности морфологических изменений в печени у больных вирусным гепатитом С в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Задачи исследования: изучить выраженность фиброза печени в зависимости от давности инфицирования. Оценить динамику степени фиброза печени у больных ВИЧ-инфекцией и ХГС, получающих и не получающих ВААРТ.

Материалы исследования. Обследовано 38 больных вирусным гепатитом С в сочетании с ВИЧ инфекцией, средний возраст которых составил 30 лет. Давность инфицирования составила в среднем 8,6 лет. Путь заражения у 79% ($n = 30$) был парентеральный при употреблении внутривенных наркотиков, у 18,4% ($n = 7$) – половой, у 2,6% ($n = 1$) – не установлен. Из 38 больных, 42,1% ($n = 16$) не получали ВААРТ и 57,9% ($n = 12$) получали ВААРТ. Исследование проводилось до начала лечения хронического вирусного гепатита С. Для оценки степени фиброза печени пациентам была выполнена эластометрия печени на аппарате Фиброскан («FibroScan»).

Результаты исследования. Фиброз печени в стадии F1 был обнаружен у 24% ($n = 9$) пациентов, F2 – 39% ($n = 15$), F3 – 8% ($n = 3$), F4 – 3% ($n = 1$). У 26% пациентов фиброз не был выявлен. У 30% больных с продолжительностью ХГС 7,3 лет фиброз печени не выявлен. У 57% с такой же длительностью заболевания был обнаружен фиброз F1-F2. У 13% больных со сроком инфицирования 7,3 лет был выявлен фиброз F3-F4. У 20% пациентов со сроком заболевания 11,4 лет был выявлен фиброз F0, у 73% – фиброз F1-F2, 7% – F3, ни у кого из пациентов со сроком инфицирования более 9 лет не развился цирроз печени. У 25% пациентов, не получавших ВААРТ, фиброз печени выявлен не был, у 73% – F1-F2, у 7% – F3. У 27% пациентов, получавших ВААРТ, фиброз не обнаружен, 60% – F1-F2, в 13% случаев был выявлен фиброз F3-F4.

Выводы. У больных хроническим вирусным гепатитом С в сочетании с ВИЧ-инфекцией с длительностью течения

ХГС 9 лет и более риск прогрессирования фиброза возрастает.

Эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае

Кулагин В.В., Богданов Р.Р., Ларин Ф.И.

*Клинический центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Краснодар;
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар*

Целью исследования был анализ эпидемии ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае на материале первичной статистической документации краевого центра СПИД.

В Краснодарском крае с 1987 по 2009 гг. зарегистрировано 9712 случаев ВИЧ-инфекции. Диагноз «ВИЧ-инфекция» поставлен у 8868 российских граждан, в том числе у 8260 жителей края. С 1987 по 2009 гг. диагноз ВИЧ-инфекции у иностранцев установлен в 843 случаях. Прирост заболеваемости составляет 10–12% или 800–900 новых случаев ежегодно. Показатель пораженности населения края на 1 января 2010 г. составил 123,8 на 100 тыс. населения. Отмечается неравномерность распространения заболевания: до 70% всех случаев регистрируются в причерноморской и предгорной зоне. При анализе социальной структуры инфицированных обращает на себя внимание тот факт, что более 60% больных составляют официально не работающие лица, живущие на социальные пособия, случайными заработками. Вторую по значимости группу составляют заключенные – у 1675 россиян ВИЧ-инфекция выявлена в период нахождения в местах лишения свободы. В крае в 75% случаев диагноз ВИЧ-инфекции выставляется человеку в возрасте 18–45 лет. Сохраняется неравномерность соотношения регистрации ВИЧ по половому признаку, но в последние годы происходит сглаживание этого показателя. Если в 1996 г. на 1 случай выявления ВИЧ-инфекции у женщины приходилось 3 случая заболевания у мужчин, то в течение последних лет это соотношение составляет 1 : 1,3. Это обусловлено активизацией полового пути заражения: если в 1996–2002 гг. превалировал парентеральный путь передачи инфекции при употреблении инъекционных форм наркотических препаратов (в 1996 г. – 78,4%), то с 2003 г. по настоящее время превалирует половой путь передачи. В 2009 г. заражение половым путем произошло в 55,9% случаев, в то время как парентеральным – в 14,1% случаев. Отмечена тенденция преобладания у ВИЧ-инфицированных мужчин наркотического пути инфицирования (на 5 мужчин приходится 1 женщина), а у женщин – полового пути (на 3 женщин приходится 1 мужчина). Рост роли полового пути привел и к увеличению числа рождаемых ВИЧ-инфицированными женщинами детей. Всего на территории края от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 935 младенцев, из числа которых диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден у 62 детей. По разным причинам умерло 2528 больных с ВИЧ, из них 1476 вследствие развития СПИД.

Таким образом, качественные изменения в характере распространения эпидемии позволили ВИЧ-инфекции выйти из групп риска в широкую популяцию.

Диспансеризация ВИЧ-инфицированных беременных в Краснодарском крае

Кулагин В.В., Топольская С.В., Полифорова Л.А., Ермолаева Н.Б., Лысенко И.В.

*Клинический центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Краснодар;
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар*

Целью настоящего исследования явился анализ результатов диспансеризации ВИЧ-инфицированных беременных. В 2009 году доля женщин среди впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае составила 43%, из которых 19% выявлены при обследовании по поводу беременности. Количество ВИЧ-инфицированных беременных по сравнению с 1996 годом увеличилось в 55 раз. Одновременно отмечается увеличение родов у ВИЧ-инфицированных. В 2001 году интенсивный показатель количества родов составил 5,5 на 10 тыс. родов, к 2009 году он вырос в 4,3 раза и составил 23,6. С 1996 года у ВИЧ-инфицированных родилось 935 детей, из которых в 2009 г. – 145. Женщины, знающие о своем ВИЧ-статусе до беременности, неохотно обращаются за медицинской помощью. Специализированную помощь в I триместре в 2009 году получили 35% беременных, в 2007 г. – 53%, в 2001 г. – 19%. Повторно беременные чаще становятся на учет во II триместре, мотивируя тем, что старт перинатальной профилактики при предыдущей беременности был в сроке 26–28 нед. Доля вторых родов среди ВИЧ-инфицированных беременных в 2009 году составила 7,4%, третьих – 1,3%. Частота оперативного родоразрешения в 2009 г. составила 28,3%, что в 3 раза выше, чем в 2001 г. Доля женщин, не наблюдавшихся во время беременности, уменьшается: в 2001 г. она составляла 29%, в 2009 г. – 5,1%. В 2009 г. случаев отказа от новорожденных у женщин, наблюдавшихся во время беременности, не было. За период с 1996 г. отмечено, что женщины, не наблюдавшиеся во время беременности, отказываются от новорожденных в 17 раз чаще. В 2009 г. 23% детей, рожденных такими матерями, стали отказными. С 2007 г. у всех ВИЧ-инфицированных беременных в Краснодарском крае проводится химиопрофилактика перинатальной передачи ВИЧ. В 2008–2009 гг. трехэтапная профилактика проведена в 85% случаев. Неполный охват химиопрофилактикой на дородовом этапе связан с поздней обращаемостью женщин за медицинской помощью. Доля комбинированной химиопрофилактики в 2008 г. составила 70,5%, в 2009 г. – 90,2%.

Таким образом, в Краснодарском крае достигнут высокий процент охвата перинатальной химиопрофилактикой ВИЧ-инфицированных беременных, что явилось результатом психосоциального консультирования и внедрения

Социально-демографический портрет больного ВИЧ-инфекцией и туберкулезом

Любаева Е.В.¹, Кравченко А.В.¹, Батыров Ф.А.², Яровая Ж.Ю.²

¹Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

²ТБ №7, Москва

Цель исследования: провести анализ социально-демографических данных больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом (ВИЧ/ТБ), находившихся на стационарном лечении; составить общую характеристику этого контингента.

Пациенты и методы: 116 больных ВИЧ/ТБ, находившихся на лечении в ТБ№7 г. Москвы, 86 мужчины и 30 женщин, средний возраст 31 год (20–50 лет), стадия ВИЧ-инфекции IVБ, IVВ, с различными формами ТБ. С больными проводили психодиагностическую беседу с применением методов диагностики личности: 5-факторный личностный опросник, разработанный Р. Мак-Креем и П. Костой в 1987 г.; сокращенный компьютерный вариант MMPI (автор Зайцев В.П.). Социально-демографические данные были получены при беседе с пациентами и анализе амбулаторных карт.

Результаты исследования: 34% больных исследуемой группы не работали, 14% имели постоянную работу, 52% довольствовались временной работой, случайными заработками. 39% пациентов имели среднее специальное образование, 27% – среднее, 24% – высшее, 10% – незаконченное высшее. 72% имели опыт употребления инъекционных наркотиков, 55% являются потребителями наркотических веществ в настоящее время. Наркотический опыт составил в среднем 4 года, а начало внутривенного употребления наркотика, как правило, приходилось на возраст 18–20 лет. 38% всех пациентов этой группы имели судимость, причем 16% из них – неоднократную. 31% больных – состоят в «гражданском браке»; 29% холосты либо живут с родителями; 27% – в официальном браке; 12% от общего числа – состоят в разводе или вдовцы. 27% больных диагноз «ВИЧ-инфекция» был впервые установлен незадолго до госпитализации, в 24% случаев при первичном обследовании регистрировали крайне низкий показатель количества CD4-лимфоцитов (<100 клеток/мкл). Антиретровирусная терапия была назначена 59% пациентов.

Заключение: не менее 3/4 больных ВИЧ/ТБ находятся в состоянии социальной дезадаптации: не имеют постоянной работы, зависимы от наркотических веществ, 38% – имели опыт тюремного заключения. При нахождении в стационаре необходимо обеспечить таких пациентов психолого-социальным сопровождением.

Лекарственная коррекция неврологических расстройств у больных хроническим бруцеллезом

Ляпина Е.П., Сатарова С.А., Перминова Т.А., Царева Т.Д., Гаврилова И.Б., Линькова Ю.Н.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского;

Саратовский НИИ сельской гигиены

Комплексное клинко-инструментальное обследование 100 больных хроническим бруцеллезом (ХБ) позволило выявить в 86% случаев признаки поражения периферической нервной системы аксонально-демиелинизирующего характера, протекающего на фоне нарушения регионарного кровотока, что служит показанием для использования инстенона – комбинированного лекарственного средства, обладающего спазмолитическими, аналептическими, теофиллинподобными свойствами.

Изучение эффективности использования инстенона (2,0 мл в 250,0 мл 5% глюкозы в/в капельно 1 раз в сутки, курс – 10 дней) в комплексной терапии больных ХБ, показало, что такие симптомы, как слабость, повышенная утомляемость, головные боли, головокружение, боли в руках и ногах, ощущение холода, чувство усталости в конечностях, парестезии после проведенной терапии встречались реже, чем на фоне традиционного лечения.

Величина функционального индекса ЛИ и показатели ВАШ к 13–14-му дню от начала назначения инстенона достоверно свидетельствовали об эффективности препарата в плане улучшения функциональных возможностей опорно-двигательного аппарата и уменьшении болевого синдрома у больных ХБ.

Положительная динамика клинических проявлений сопровождалась улучшением электронейромиографических показателей, отражающих: уменьшение аксонопатии периферических нервов с увеличением амплитуды мышечного ответа и вызванных потенциалов; снижение степени блокирования аксональной проводимости на уровне крупных суставов с частичной ремиелинизацией нервных стволов.

Переносимость инстенона при медленном внутривенном капельном введении у всех пациентов была хорошей, побочных явлений при применении препарата не зафиксировано.

Генетические маркеры патогенности *Salmonella spp.* и антибиотикорезистентность

Мавзютов А.Р., Мурзабаева Р.Т., Назмутдинова Р.Г., Мирсаяпова И.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа;

Исследовательский центр «Лаборатория», Уфа

Среди острых кишечных инфекций одно из ведущих мест занимает сальмонеллез, что может обуславливаться

возраст заболевших составил $2,43 \pm 0,71$ лет. Среди 11 детей, получавших антибактериальную терапию в 6 случаях (54,5%) проводилась монотерапия, пятерым детям назначалась комбинированная или последовательная антибиотикотерапия двумя и более препаратами. В структуре антимикробных препаратов доминировали цефалоспорины III и IV поколений (72,7%), фторхинолоны, аминогликозиды и карбапенемы назначались реже (по 18,2%). В единичных случаях дети получали цефалоспорины I поколения, аминопенициллины, нитрофураны. На фоне терапии *Cl.difficile*-инфекции ванкомицином и (или) метронидазолом у всех детей отмечалось купирование проявлений заболевания, при этом в 10 случаях при повторном обследовании токсины А и В к *Cl.difficile* в фекалиях больных не выявлялись. Случаев рецидивов заболевания ни у одного ребенка зарегистрировано не было.

Таким образом, установлено, что у 14,7% детей с различной соматической, хирургической и инфекционной патологией на фоне антибактериальной терапии развиваются диареи, ассоциированные с *Cl.difficile*, при этом фактором риска является использование препаратов широкого спектра действия или комбинированной антибиотикотерапии.

Динамика лабораторных показателей у пациентов на фоне ВААРТ

Макаренко И.Н., Каитова О.А., Ртищева Л.В., Демьяненко И.В.

Ставропольский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями; Ставропольская государственная медицинская академия

В анализ включены 47 пациентов с высокой приверженностью терапии, у которых схема ВААРТ не менялась в течение 12 месяцев после назначения. Мужчины составляли 46,8% (22 человека); женщины – 53,2% (25 человек). Средний возраст пациента – 35 лет (от 18 до 65 лет). 15 пациентов имеют опыт потребления инъекционных наркотиков, 2 из них продолжают регулярное употребление наркотических средств. В соответствии с директивами Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом лабораторными показателями к назначению ВААРТ являлись: снижение количества CD4-лимфоцитов менее 350 клеток в мкл при невысокой вирусной нагрузке – 4 человека; вирусная нагрузка более 100 тысяч копий в мкл при сохранных иммунологических показателях – 3 человека; лица с низким иммунным статусом и высокой вирусной нагрузкой – 40 человек. Исходные показатели CD4-лимфоцитов у анализируемой группы колебались от 6 до 440 клеток в мкл. Средний показатель – 168 клеток в мкл. Показатели вирусной нагрузки на момент начала ВААРТ: от 33 203 до 2 775 023 копий в мл. Средний показатель – 801 183 копий в мл. 41 пациент находился на основной схеме первого ряда – 2 НИОТ + ННИОТ (31 чел получал эфавиренз, 10 – невирапин); 6 пациентов были взяты на альтернативную схему с использованием 2 НИОТ и ИП. В процессе наблюдения с паци-

ентами велась постоянная работа по повышению приверженности ВААРТ. В соответствии со стандартами оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам динамические исследования проводились через 4, 12, 24, 36, 48 нед от начала ВААРТ. Через 4 нед терапии средний показатель числа CD4-лимфоцитов составил 263 клетки в мкл (прирост 56%); вирусной нагрузки – 134 944 копии/мл (снижение в 5,9 раз). Через 12 недель: CD4-лимфоциты – 356 клеток в мкл (прирост 110% от исходного), вирусная нагрузка – 5 457 копий в мл (снижение в 146 раз). У 31,9% (15 пациентов) вирусная нагрузка стала неопределяемой (менее 150 копий в мл). Через 48 недель: CD4-лимфоциты – 462 клетки в 1 мкл (прирост 175%), вирусная нагрузка – у 44 пациентов неопределяемая, у 3 человек менее 500 копий в мл. Таким образом, при высокой приверженности пациента ВААРТ достижение полного подавления репликации ВИЧ возможно уже через 12 недель терапии.

Функциональное состояние (ФС) головного мозга у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) с генотипом 3а в стадии обострения до начала лечения

Макарова Г.В., Кудрявцев А.Е., Максимова Р.Ф.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва; Клиническая инфекционная больница №2, Москва

Цель: оценить ФС головного мозга у больных ХВГС с генотипом 3А в стадии обострения до начала лечения.

Пациенты и методы. Обследовано 20 больных ХВГС с генотипом 3А в стадии обострения до начала лечения. Исследование ФС головного мозга проводилось методом электроэнцефалографии (ЭЭГ). Методы анализа ЭЭГ – визуальный и фазометрический.

Результаты. I группа – 12 больных, у которых при обследовании ФС головного мозга ЭЭГ была нормальной, как при визуальном, так и при фазометрическом методах анализа. II группа – 8 больных, у которых при обследовании отмечались изменения на ЭЭГ. У 5 больных II группы были выявлены признаки повышения уровня корковой ирритации на фоне раздражения неспецифических структур головного мозга при визуальном анализе, а при фазометрическом анализе усиливалась межполушарная асимметрия на фоне повышения уровня активности левого полушария. Эти изменения свидетельствовали о формировании адаптивных реакций головного мозга на обострение хронического ХВГС. У 3 больных II группы на ЭЭГ была выявлена заинтересованность диэнцефальных структур головного мозга как признак вегетососудистой дистонии.

Заключение. У большинства больных ХВГС с генотипом 3А изменения ФС головного мозга не наблюдаются. А в тех случаях, когда изменение ФС головного мозга были выявлены их необходимо учитывать при проведении лечения ХВГС с генотипом 3А.

Качество жизни больных герпетической инфекцией у ВИЧ-инфицированных

Макарова И.В., Иоанниди Е.А.

Волгоградский государственный медицинский университет

Герпетическая инфекция (ГИ) и особенно ее сочетание с ВИЧ-инфекцией остается особо актуальной в современном обществе. За первое полугодие 2009 года зарегистрировано 494 074 человек, больных ВИЧ-инфекцией и при этом 65–90% населения планеты инфицировано вирусами простого герпеса.

Целью исследования была оценка качества жизни (КЖ) больных герпетической инфекцией у ВИЧ-инфицированных.

Анкетирование больных проводилось по опроснику ВОЗ КЖ-100.

Методом интервьюирования были опрошены 56 пациентов, проживающих на территории Волгограда и области. Из них было 23 мужчины и 33 женщины в возрасте от 20 до 55 лет, средний возраст которых составил $29 \pm 2,3$ лет. В половине случаев (48,4%) наиболее частым путем инфицирования ВИЧ-инфекцией был парентеральный, а у остальных половой путь. У 61% больных была бессимптомная ВИЧ-инфекция (стадия 3, по классификации Покровского В.И. 2006 г.), 36% имели симптомы ВИЧ-инфекции (стадия 4А), а у 3% был СПИД (стадии 4Б, 4В).

Установлено, что наименьшие показатели КЖ в физической и психологической сферах, уровне социальных отношений, оценке окружающей среды, духовной сфере, а также итоговая оценка КЖ были отмечены у лиц со средним и средне-специальным образованием ($12,1 \pm 2,20$, $10,7 \pm 1,20$, $11,8 \pm 0,70$, $11,4 \pm 0,05$, $14,5 \pm 0,40$, $60,5 \pm 1,36$ балла соответственно). Самые высокие показатели физической сферы и уровня независимости зафиксированы у пациентов в возрасте до 40 лет ($16,8 \pm 0,29$ и $15,7 \pm 0,36$ балла соответственно), а наиболее высокие показатели психологической и духовной сфер, оценки окружающей среды – у пациентов, работающих в частных фирмах и государственных учреждениях ($14,2 \pm 0,25$, $15,3 \pm 0,50$, $12,6 \pm 0,30$ балла соответственно). Наиболее низкий уровень КЖ выявлен у больных предпенсионного возраста ($73,2 \pm 1,36$ балла), наиболее высокий – у работников частных организаций ($79,8 \pm 0,41$ балла). Наиболее низкий уровень КЖ выявлен у больных предпенсионного возраста ($73,2 \pm 1,36$ балла), наиболее высокий – у работников частных организаций ($79,8 \pm 0,41$ балла).

Таким образом, можно утверждать, что молодой возраст, высокий социально-экономический статус и активная трудовая деятельность вносят самый существенный позитивный вклад в структуру как отдельных сфер КЖ больных ГИ на фоне ВИЧ-инфекции, так и в общую итоговую оценку, что необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий таким пациентам и оптимизации их КЖ. Однако, для более объективных выводов необходимо дальнейшее изучение этой проблемы.

Терапия телбивудином хронического гепатита В у больных ВИЧ-инфекцией

Максимов С.Л.¹, Смирнова С.П.¹, Кравченко А.В.², Ющук Н.Д.¹

¹Московский государственный медико-стоматологический университет;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Введение. Тактика лечения больных сочетанной инфекцией ВИЧ/ХГВ зависит от наличия показаний к терапии ВИЧ-инфекции, ХГВ или обоих заболеваний. В соответствии с Российскими рекомендациями по лечению сочетанной инфекции ВИЧ/ХГВ, телбивудин (Ltd), наряду с альфа-ИФН, может использоваться для лечения ХГВ у пациентов, не нуждающихся в антиретровирусной терапии (АРВТ). Ранее проведенные исследования выявили преобладание генотипа D HBV на Европейской территории РФ и этот генотип малочувствителен к назначению ИФН для терапии ХГВ.

Цель: оценить эффективность подавления репликации вируса гепатита В Ltd у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: Ltd был назначен 5 больным мужского пола в возрасте от 28 до 37 лет с сочетанной инфекцией ВИЧ/ХГВ, не нуждающимся в терапии ВИЧ-инфекции ежедневно в дозе 600 мг в сутки внутрь. Длительность выявления маркеров ХГВ составила от 6 до 60 мес. У всех пациентов выявляли HBsAg, ДНК HBV, РНК ВИЧ. У 4 из 5 пациентов был выявлен HBeAg. Длительность наблюдения составила 6–9 месяцев.

Результаты. ДНК HBV исчезла у 3 пациентов: у 2 больных через 3 мес лечения и у 1 – через 6 мес терапии, что сопровождалось сероконверсией HBeAg. Кроме того, у 2 пациентов через 3 мес терапии наблюдали исчезновение HBsAg, при этом в одном случае, у больного ХГВ с длительностью анамнеза болезни около 6 месяцев, появились анти-HBs и Ltd был отменен. 2-й пациент после получения отрицательных результатов исследования на ДНК HBV и HBsAg прекратил лечение самостоятельно. Еще у 2 пациентов через 6–9 мес лечения отмечено снижение уровня репликации ДНК HBV на 2–3 lg МЕ/мл. В отсутствие АРВТ регистрировали колебания уровня репликации РНК ВИЧ, однако они носили не достоверный характер. Нежелательных явлений на прием Ltd зарегистрировано не было.

Заключение. Терапия Ltd ХГВ у больных ВИЧ-инфекцией была эффективной в течение 6–9 мес. Во всех случаях имело место существенное снижение уровня ДНК HBV, а у 3 из 4 пациентов с HBeAg наблюдали сероконверсию. Достоверного влияния терапии Ltd на репликацию РНК ВИЧ обнаружено не было.

кожей (спортивная одежда, нижнее белье, рубашки, постельные принадлежности, носки и проч.), с целью придания им антимикробных свойств применяют средство, содержащее новое для российской медицинской дезинфекции действующее вещество – хлорид серебра в виде фотостабилизированной тонкодисперсной соли. Необходимость снижения светочувствительности и повышения растворимости хлорида серебра обуславливает многокомпонентный рецептурный состав средства, затрудняющий применение объемных методов анализа. Определение хлорида серебра в средстве в пересчете на серебро проводят с применением спектрометра атомно-эмиссионного с индуктивно связанной плазмой после кислотной и высокотемпературной минерализации образца. Нами предложен простой и быстрый метод определения, основанный на образовании окрашенной в фиолетовый цвет формы хлорида серебра под воздействием ультрафиолетового облучения при длине волны 254 нм. Анализ проводят следующим образом: готовят серию водных растворов с массовой долей средства $1 \div 0,025\%$, вносят по 25 мл каждого раствора в стандартные кварцевые кюветы и устанавливают под облучение ультрафиолетовой лампой мощностью 15 Вт. После 25–30 мин облучения ультрафиолетом цвет растворов приобретает серовато-фиолетовый оттенок, отчетливо наблюдаемый на белом фоне и при сравнении с дистиллированной водой в кювете такого же объема. Через некоторое время выпадает осадок фиолетового цвета. При использовании образца средства с точно установленным содержанием хлорида серебра получено значение предела визуального обнаружения хлорида серебра в пробе объемом 25 мл, равное $X_{\text{min}} = 0,000169$ г. Массовую долю хлорида серебра в средстве (X, %) вычисляют с учетом кратности разведения средства (K) и приведением X_{min} для удобства вычислений к объему пробы 100 мл по формуле: $X = 0,000169 \text{ г} \times 4 \times K$, а в пересчете на серебро – по формуле: $X_{\text{Ag}} = 0,000169 \text{ г} \times 4 \times K / 1,32$, где 1,32 – отношение М.м. AgCl. / А.т.м. Ag.

Раневые инфекции, вызванные *Acinetobacter baumannii*, в структуре внутрибольничных инфекций в ожоговом стационаре крупной многопрофильной больницы

Новицкая Н.В.

Государственная медицинская академия, Кемерово;
Городская клиническая больница №1, Новокузнецк

Внутрибольничные раневые инфекции являются проблемой, остро стоящей перед специалистами ожоговых стационаров. В последние годы отмечен отчетливый рост частоты внутрибольничных инфекций, вызванных микроорганизмами рода *Acinetobacter*. Патогенность *Acinetobacter spp.* проявляется у наиболее тяжелых пациентов ожогового стационара. По данным различных авторов *Acinetobacter baumannii* занимает второе место в структу-

ре всех внутрибольничных инфекций, уступая лишь MRSA.

Проведен эпидемиологический анализ 2752 стационарных карт пациентов с различными термическими повреждениями ожогового стационара крупной многопрофильной больницы за 2004–2008 гг. Всего был зарегистрирован 945 случаев раневой инфекции. Средней уровень заболеваемости раневыми инфекциями составил $339,75 \pm 9,035\%$. Внутрибольничная раневая инфекция развивалась в 546 случаях, средней уровень заболеваемости внутрибольничной раневой инфекцией составил $198,40 \pm 7,60\%$. Установлены преобладающие возбудители раневых инфекций в ожоговом стационаре, в числе которых *Acinetobacter baumannii*.

Раневые инфекции, вызванные *Acinetobacter baumannii*, развивались в 241 случае. Средний уровень заболеваемости составил $255,84 \pm 14,22\%$. Внутрибольничные раневые инфекции, вызванные *Acinetobacter baumannii*, выявлены в 199 случаях, т.е. каждый 3 пациент с нагноением термической раны был инфицирован *Acinetobacter baumannii* госпитального происхождения.

Наименьшей активностью по отношению к *Acinetobacter baumannii* обладали цефотаксим (85,5%), цефтриаксон (84,5%) и цефтазидим (85,0%); максимальная доля чувствительных штаммов определялась к меропенему (46,5%).

Установлен высокий эпидемический потенциал *Acinetobacter baumannii* в формировании госпитальных штаммов в условиях ожогового стационара. Внутрибольничные раневые инфекции, вызванные *Acinetobacter baumannii*, определены, как одна из ведущих гнойно-септических нозологий у пациентов с нагноением термических ран.

Профилактика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и наркоманиями

Новоселова О.А.¹, Фролова О.П.¹, Должанская Н.А.²,
Белякова Н.В.³

¹Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова;

²Национальный научный центр наркологии, Москва;

³Орловский государственный университет

Проблема туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в России с каждым годом становится все более очевидной. Если в 1999 году показатель заболеваемости сочетанной инфекцией составлял 0,35 на 100 тыс. населения (515 случаев), то в 2008 – уже 11,8 (16 813 случаев).

С целью ограничения распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией изучены персональные карты на случаи заболевания сочетанной инфекции в 8 субъектах Федерации за 2008–2009 год (669 карт).

Установлено, что среди больных сочетанной инфекцией преобладали мужчины (80,4%), лица в возрасте 25–34 лет (70%), жители городов (91,2%), неработающие (76,8%), находившиеся в тюрьмах (13,2%), употребляющие нарко-

тики (75%). Низкий уровень трудовой занятости лиц молодого возраста, не имеющих инвалидности, употребляющих наркотики, свидетельствует о высокой степени их социальной дезадаптации в обществе. Следовательно, у центров СПИД возникают сложности связи с больными без клинических проявлений для информирования о необходимости своевременного выявления и профилактики туберкулеза (охват профилактическими осмотрами этих больных на туберкулез составляет 24,5%). Более высокий уровень заболеваемости туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией даже на ранних ее стадиях, по сравнению с остальным населением страны, требует новых подходов к его профилактике и выявлению.

В связи тем, что больные наркоманиями еще до развития клинических проявлений ВИЧ-инфекции нередко оказываются пациентами наркологов, они могут давать краткую информацию пациентам о:

- высоком риске заболевания туберкулезом при снижении иммунитета,
- важности наблюдения в кабинете профилактики туберкулеза центра СПИД, с целью показанного обследования, химиопрофилактики, получения важных рекомендаций.

Для этого центры СПИД должны представлять наркологам информацию с адресом этих кабинетов и часах работы.

Нарушения углеводного обмена в катamnезе больных, перенесших дифтерию

Ночевная Н.В., Малюгина Т.Н., Цека Ю.С.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

Цель исследования: изучить состояние углеводного обмена в катamnезе больных, перенесших дифтерию.

Пациенты и методы исследования. Обследовано 97 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (29 мужчин и 68 женщин), переболевших дифтерией (локализованной – 46, распространенной – 29, токсической – 22) с 1992 по 2003 год, лечившихся в 5-й детской инфекционной больнице г. Саратова. Для оценки состояния углеводного обмена всем больным в течение первых трех лет после перенесенной дифтерии проводилось определение уровня инсулина и глюкозы крови натощак.

Полученные результаты. Гиперинсулинемия выявлена у 9% обследованных, увеличение концентрации инсулина отмечалось от 29,1 до 44,6 мЕ/мл. Гипергликемия определялась у 44% пациентов. Уровень глюкозы в крови повышался от 5,6 ммоль/л до 9,7 ммоль/л. Наблюдалась некоторая зависимость частоты гипергликемии от формы тяжести перенесенной дифтерии: после локализованной дифтерии – 41%, после распространенной – 45% и после токсической – 48%. При анализе возрастных показателей было установлено, что 10% пациентов от общего числа обследованных составляют лица моложе 40 лет.

Сахарный диабет второго типа диагностирован у 10% пациентов с локализованной, 11% – с распространенной

и 18% – с токсической формами дифтерии, что составило 12,3% от общего числа пациентов (популяционный показатель заболеваемости СД2 в г. Саратове за аналогичный временной период равнялся 6,3%).

Таким образом, выявлены нарушения углеводного обмена в катamnезе у лиц, перенесших дифтерию, что свидетельствует о необходимости назначения реконвалесцентам дифтерии диеты с максимальным ограничением углеводов и проведения реабилитационной терапии. Диспансерное наблюдение таких пациентов у терапевта должно быть в течение 3 лет с контролем глюкозы крови и инсулина в динамике, а при необходимости наблюдение и лечение у эндокринолога.

Критерии назначения препаратов интерферона при ОРВИ у детей

Образцова Е.В., Осидак Л.В., Головачева Е.Г.

НИИ гриппа СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Для обоснования рациональной тактики интерферонотерапии ОРВИ необходимы точные сведения об IFN статусе больных, что позволит правильно оценить характер течения инфекционного процесса, прогнозировать исход заболевания и подобрать рациональную терапию. Несмотря на многочисленные исследования в этом направлении, еще много вопросов остаются недостаточно освещенными.

Нами был изучен IFN статус у детей при ОРВИ, который зависит как от характера течения заболевания (этиологии, уровня поражения респираторного тракта), так и от индивидуальных особенностей ребенка (возраста, преморбидного фона).

Для более четкой оценки IFN-продуцирующей способности иммунокомпетентных клеток (ИКК) были предложены следующие показатели:

индекс стимуляции продукции интерферонов (ИС IFN- α и ИС IFN- γ), дающий представление о степени активности ИКК, их способности отвечать синтезом IFN на введение индуктора, характеризующий резервные возможности IFN-продуцирующих клеток и

IFN продуцирующая активность лимфоцитов (IFN АЛ) – показатель, дающий представление об индивидуальной IFN продуцирующей активности лимфоцитов человека, в пересчете на тысячу лимфоцитов.

Для оценки эффективности и определения критериев назначения препаратов IFN и его индукторов была исследована лечебная эффективность препаратов: рекомбинантного IFN-2 α – Гриппферон ($n = 183$), Виферон (гель, свечи) ($n = 206$); индукторы интерферона – Циклоферон ($n = 45$), Анаферон детский ($n = 174$).

На основании полученных данных были определены критерии назначения препаратов и индукторов IFN:

Препараты рекомбинантных IFN- α 2 в качестве заместительной терапии возможно применять при ОРВИ у лиц любого возраста, в том числе и ЧДБ с умеренным или низким уровнем сывороточного IFN- α в крови, а также у лиц с недостаточной ИФН-продуцирующей активностью

Случаи регресса фиброза печени комбинированной противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С

Позднякова Л.Л., Краси́льникова И.В., Ульянова Я.С., Иванов Г.Я.

Городская инфекционная клиническая больница №1, Новосибирск

Хронический гепатит С (ХГС) – это персистирующая вирусная инфекция. В патогенезе HCV-инфекции имеет значение не только прямое цитопатическое действие вируса, но и иммунопосредованное поражение гепатоцитов. Нами наблюдались случаи регресса фиброза печени при проведении противовирусной терапии у 3 пациентов – 2 мужчин в возрасте 26 и 28 лет и женщины 50 лет, наблюдающихся с диагнозом: хронический гепатит С выраженной степени активности, фаза репликации вируса (РНК HCV положительная в сыворотке и мононуклеарах, 1b генотип HCV), у 2 пациентов 26 и 50 лет – IV стадия фиброза, микромакронодуллярный цирроз печени, у пациента 28 лет – III стадия фиброза. Диагноз был поставлен клинико-эпидемиологически и подтвержден методом ИФА, ПЦР, морфологически-гистологическим исследованием пунктата ткани печени. У всех пациентов до начала лечения определялась высокая вирусная нагрузка – более 3 миллионов вирусных частиц в 1 мл сыворотки крови. Назначенное лечение включало интерферон альфа-2а (Роферон) в дозе по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю в/м в сочетании с рибавирином (Копегус) в дозе 1000 мг в сутки ежедневно, в течении 6–12 мес. Терапия проводилась в рамках клинического исследования ML 16 709 по безопасности и переносимости комбинированной терапии Рибавирином и Интерфероном альфа-2а с последующей заменой его на Пэгинтерферон у пациентов с хроническим гепатитом С, проводимого компанией «Ф. Хоффман-Ля Рош Лтд.» на базе МБУЗ ГИКБ №1. Курс комбинированной противовирусной терапии у 2 пациентов составил 24 нед, а у пациентки продолжался до 36 нед. В течение последующих 6 месяцев наблюдения у всех больных стойко сохранялись в пределах нормы показатели функциональных проб печени. У пациентки 50 лет и у пациента 28 лет отмечалась стойкая вирусологическая ремиссия. У пациента 26 лет результат ПЦР-анализа оставался положительным. Через 24 нед после окончания лечения пациентам была проведена контрольная пункционная биопсия печени. Во всех случаях было отмечено улучшение морфологической картины паренхимы печени.

Таким образом, приведенные наблюдения продемонстрировали возможность улучшения морфологической картины паренхимы печени, снижения активности процесса и даже регресса фиброза у больных ХГС при проведении комбинированной противовирусной терапии.

Анализ данных о СПИДе в Российской Федерации до массового применения противоретровирусной терапии

Покровская А.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Все положительные иммуноблоты, случаи СПИДа по определению ВОЗ и случаи смерти ВИЧ-позитивных в России обязательно регистрируются в Российском федеральном научно-методическом центре СПИД. Такая система эпидемиологического надзора за ВИЧ действует в России с 1987 года. Целью работы было оценить естественное течение ВИЧ-инфекции на стадии СПИДа, определить целесообразность регистрации как всех случаев ВИЧ-инфекции, так и СПИДа.

Методы. Проанализированы все случаи СПИДа и все случаи смерти пациентов со СПИДом, зарегистрированные в базе данных ФНМЦ ПБ СПИД с 1987 г по 31 декабря 2006 г., то есть в период до массового внедрения в России ВААРТ.

Результаты. К концу 2006г. зарегистрировано 3305 случаев СПИДа и 2516 случаев смерти пациентов с диагнозом «СПИД». Число случаев СПИДа и смертей с диагнозом «СПИД» в РФ выросло в 2006 г в 5 раз по сравнению с 2000 г. У 18,3 % ($n = 608$) пациентов положительный иммуноблот был выявлен на стадии СПИДа. У 12 человек диагноз СПИДа и положительный иммуноблот были установлены посмертно. 76,9 % ($n = 1934$) всех пациентов с диагнозом СПИДа умерли в течение месяца после установления диагноза. Выживаемость в течение 12 месяцев была 20%, в течение 24 мес – 4%. Средняя продолжительность жизни после диагноза СПИДа в РФ до ВААРТ составляла 11,9 мес, медиана продолжительности жизни – 5 мес. 43 человека прожили с диагнозом «СПИД» более 10 лет. Туберкулез легких был причиной для установления диагноза СПИДа у 50% ($n = 1012$) пациентов. Туберкулез был и самой частой причиной смерти у пациентов со СПИДом. Число новых случаев СПИДа в 2008 г снизилось по сравнению с 2006 годом (292 и 883 соответственно).

Заключение. Регистрация случаев СПИДа и смертей от СПИДа дает информацию о продолжительности жизни после диагноза «СПИД», о распространенности оппортунистических заболеваний. После широкого внедрения в России ВААРТ продолжительность жизни пациентов со СПИД может использоваться для оценки эффективности ВААРТ. До внедрения ВААРТ в России выживаемость пациентов была ниже, чем в странах, где применяется ВААРТ. Снижение числа новых случаев СПИДа и случаев смерти от СПИДа в 2008 году, возможно, связано с массовым применением ВААРТ. Новые случаи СПИДа могут быть индикатором позднего выявления или позднего начала лечения. Соотношение пациентов с ВИЧ и СПИДом является характеристикой фазы эпидемии.

2. Достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдается нормальная температура, общая слабость, «уход в болезнь», брадикардия, артрозоартриты.

3. Достоверно реже ($p < 0,001$) наблюдаются лейкопения и относительный лимфоцитоз.

4. Достоверно реже наблюдается диагностически значимый титр реакции Райта (1 : 200 и выше).

5. Диагностически значимая величина пробы Бюрна (более 2 см) наблюдаются достоверно чаще ($p < 0,001$).

6. Диагностическая ценность реакции Хеддльсона не претерпела изменений.

7. Положительная РПГА была у $91,3 \pm 1,7\%$ больных, что превышает диагностическую ценность реакции Райта и Хеддльсона.

8. Гемокультура у больных сравниваемых групп не выделялась. Однако ПЦР была положительна в $77,6 \pm 4,5\%$ случаев (1995–2004 годы).

Выводы:

1. При современном хроническом бруцеллезе наблюдаются более ранние поражения нервной (астенизация, «уход в болезнь») и опорно-двигательной систем (артрозоартриты).

2. При хроническом бруцеллезе последнего десятилетия реже наблюдается лейкопения и относительный лимфоцитоз.

3. При хроническом бруцеллезе чаще стала наблюдаться положительная и резкоположительная проба Бюрна.

Изменение содержания «наивных» CD4- и CD8-лимфоцитов у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в процессе лечения

Попова А.А., Кожевникова Г.М., Кравченко А.В., Серебровская Л.В., Покровская А.В., Коннов Д.С., Семенцова И.Г., Яровая Ж.Ю.

Российский университет дружбы народов, Москва; Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

Туберкулезная клиническая больница №7, Москва

Нарастание числа больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ и преобладание данной патологии в структуре причин смертности больных ВИЧ-инфекцией обуславливает необходимость более глубокого изучения состояния иммунной системы.

Цель работы: сравнительное изучение показателей клеточного иммунитета и изменение их в процессе терапии у больных с ВИЧ/ТБ и с моноинфекциями ВИЧ и туберкулезом.

Пациенты и методы. 107 человек были разделены на 4 исследуемые группы. 1 гр. – 42 пациента с ВИЧ/ТБ. 2 и 3 группы – больные моноинфекцией ВИЧ и туберкулезом (27 и 14 соответственно). Контрольную группу составили 24 здоровых человека. Определение иммунологических показателей проводилось на FACSCalibur (Becton Dickinson, USA). «Наивные» CD4- и CD8-лимфоциты

определяли с использованием маркеров 45RA, 62L. Исследования проводили до начала лечения и через 4 и 12 нед после начала АРВТ и противотуберкулезной терапии (ПТТ).

Результаты. До лечения: процент «наивных» CD4-лимфоцитов значительно отличается в исследуемых группах. Наиболее низкие значения регистрировали у больных 1 и 2 групп. У больных 3 группы отклонение данного показателя от контрольной группы было небольшим. Процент «наивных» CD8-лимфоцитов во всех группах практически не отличался от значений контрольной группы. На фоне эффективной АРВТ и ПТТ было выявлено повышение доли «наивных» CD4-лимфоцитов во всех группах. Показатель содержания «наивных» CD8-лимфоцитов имел тенденцию к снижению в группе 3, в 1 и 2 вначале повышался, а затем в 1 оставался на этом же уровне, а во 2 снижался до исходного значения.

Заключение: значительное снижение процента CD4-лимфоцитов у больных ВИЧ/ТБ и ВИЧ до лечения происходит за счет уменьшения доли «наивных» CD4-лимфоцитов. Увеличение данного показателя в процессе лечения свидетельствует об эффективности проводимой ПТТ и АРВТ, что позволяет более точно оценить изменения в системе иммунитета у больных с сочетанной патологией. Другие тенденции прослеживаются в отношении CD8-лимфоцитов: изменение их количества происходит по видимому за счет клеток памяти, т.к. доля «наивных» CD8-лимфоцитов существенно не меняется.

Значение динамики иммунологических показателей у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в процессе лечения

Попова А.А.¹, Кожевникова Г.М.¹, Кравченко А.В.², Серебровская Л.В.², Покровская А.В.², Куимова У.А.², Семенцова И.Г.³, Яровая Ж.Ю.³

¹*Российский университет дружбы народов, Москва;*

²*Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;*

³*Туберкулезная клиническая больница №7, Москва*

Глобальное распространение ВИЧ-инфекции привело к вторичной эпидемии туберкулеза. Однако, воздействие сочетанной патологии ВИЧ и туберкулеза на состояние иммунной системы было изучено недостаточно.

Цель работы: сравнительное изучение показателей клеточного иммунитета (%CD8 и CD4, несущих CD28 и CD57) и динамики этих показателей у больных с ВИЧ/ТБ и с моноинфекциями ВИЧ и туберкулезом.

Пациенты и методы: было обследовано 107 человек, которые составили 4 исследуемые группы. 1 гр. – 42 пациента с ВИЧ/ТБ. 2 и 3 группы – больные моноинфекцией ВИЧ и туберкулез (27 и 14 соответственно). Контрольную группу составили 24 здоровых человека. Определение иммунологических показателей проводилось на проточном цитофлюориметре FACSCalibur (Becton Dickinson, USA). Исследования проводили до начала лечения и в

процессе АРВТ и противотуберкулезной терапии (ПТТ) на сроках 4 и 12 нед.

Результаты. До лечения: %CD8, несущих CD28, значительно отличается в исследуемых группах. Наиболее низкие значения регистрировали у больных 1 и 2 групп (33 ± 17% и 29 ± 12% соответственно). У больных 3 группы (56 ± 25%) отклонение данного показателя от контрольной группы (69 ± 11%) было небольшим. На фоне эффективной терапии (АРВТ и ПТТ) было выявлено повышение этого показателя во всех группах. Значение %CD4, несущих CD28, до начала лечения и в динамике по трем группам не отличался и был немного ниже, чем в контроле.

Заключение: значительное уменьшение уровня %CD8, несущих CD28, у больных ВИЧ/ТБ и ВИЧ свидетельствует о существенном нарушении фенотипа CD8-лимфоцитов, а повышение их уровня в процессе лечения свидетельствует об эффективности проводимой ПТТ и АРВТ.

Количественная динамика антител к ряду белков вируса HCV в зависимости от исхода процесса у больных хроническим вирусным гепатитом С

Попонин Д.М.

Кировская инфекционная клиническая больница

Вирусный гепатит С остается важной проблемой медицинской науки. Мало изучены многие аспекты лабораторной диагностики заболевания; довольно слабо разработаны вопросы количественной серодиагностики гепатита С. Констатация HCV-инфекции базируется на выявлении серологических маркеров. Чаще применяется определение анти-HCV. Количественные варианты существуют для таких методов, как ПЦР и др. Но они дороги, сложны и на практике остаются малодоступными. Автором разработана простая и дешевая методика выявления титров антител к белкам вируса HCV.

Цель исследования: выявить клиническое значение титров антител, определенных с помощью данной методики, в развитии исходов гепатита С.

Материалы и методы: методика разработана на базе стандартной тест-системы для твердофазного ИФА «Анти-HCV-спектр-GM» (НПО «Диагностические системы», г. Н. Новгород). Антитела к структурным (core) и неструктурным (NS3, NS4, NS5) белкам вируса HCV определяются методом серийных разведений от 1 : 2 до 1 : 8192. Было обследовано 30 пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС, группа №1) и 30 – с исходом в цирроз (стадия компенсации) в возрасте до 60 лет со слабо выраженной активностью процесса (ЦП, группа №2). Для критического анализа зафиксированные в опыте значения титров предварительно были переведены в обратные и прологарифмированы по основанию 2 (\log_2x), затем были высчитаны и статистически обработаны средние геометрические (с.г.) полученных величин.

Результаты и обсуждение: средние геометрические \log_2x титров антител к белкам core составили $8,20 \pm 0,16$

у больных ХГС и $7,87 \pm 0,15$ у лиц с ЦП. По анти-NS3 эти значения составили $7,63 \pm 0,17$ и $8,23 \pm 0,17$ соответственно ($p < 0,05$). Величина с.г. \log_2x титров анти-NS4 в первой группе составила $5,23 \pm 0,19$; во второй группе – $9,27 \pm 0,17$ ($p < 0,001$). В группе №1 с.г. \log_2x титров к анти-NS5 насчитывала $7,47 \pm 0,12$; в группе №2 эта величина составила $5,10 \pm 0,20$ ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, можно отметить статистически достоверную зависимость динамики титров антител от формирования того или иного исхода заболевания. Эта методика может стать важным общедоступным дополнительным методом уточнения диагноза вирусного гепатита С, прогнозирования его исходов и контроля эффективности проводимой терапии.

Особенности клинического течения рожи на фоне метаболического синдрома

Потекаева С.А., Еровиченков А.А., Анохина Г.И., Колаева Н.В., Набокова Н.Ю., Карманов М.И., Кокорева Л.Н., Нечаева И.П., Горобченко А.Н., Шванова М.С., Каншина Н.Н., Шабалина О.Ю.

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

Рожа, как один из клинических вариантов течения стрептококковой инфекции, является инфекционным заболеванием, протекающим в острой и хронической формах и характеризуется очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи, реже слизистых оболочек, а также лихорадкой и общетоксическими проявлениями.

По данным специализированного отделения ИКБ №2 г. Москвы заболевание чаще наблюдается у лиц старшей возрастной группы (50 лет и старше), в 70–75% случаев от всех госпитализированных больных. Важными предрасполагающими факторами в развитии рожи, особенно, при хроническом, рецидивирующем течении являются ожирение и сахарный диабет 2 типа.

В современных условиях (по данным ВОЗ) метаболический синдром (МС), рассматривающийся как новая пандемия 21 века, наблюдается, в основном, в индустриально развитых странах мира. Приобретает важное практическое и научное значение изучение особенностей течения инфекционных заболеваний на фоне метаболического синдрома. Ориентировочно диагностировать МС можно при наличии не менее трех следующих показателей: объем талии: более 88 см у женщин и 102 см у мужчин; артериальное давление: равно или более 130/85 мм рт. ст.; сахар крови натощак: равно или более 6,1 ммоль/л; повышение уровня триглицеридов крови: равно или более 1,7 ммоль/л; снижение уровня липопротеидов высокой плотности: менее 1 ммоль/л у мужчин, менее 1,3 ммоль/л у женщин.

В 2008 году среди 1276 больных, прошедших лечение в специализированном рожистом отделении ИКБ №2, МС был диагностирован у 32% больных (чаще у женщин – 65%).

Характеристика заболеваемости острыми бронхитами военнослужащих внутренних войск Министерства внутренних дел России

Рыбин В.В., Рихтер В.В., Сабанин Ю.В.

Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора внутренних войск Министерства внутренних дел России, Москва

Острые бронхиты – тяжелая патология, наносящая значительный ущерб здоровью военнослужащих. Часто бронхиты развиваются у военнослужащих по призыву как осложнение пневмонии. Этому способствует то, что период адаптации пополнения к военной службе проходит, зачастую, на фоне низкого качества состояния здоровья и снижения устойчивости организма к инфекции (Р.С.Рахманов и др., 2004).

Заболеваемость военнослужащих внутренних войск МВД России острыми бронхитами весьма высока и в период с 2000 по 2008 годы составляла 45,3–71,5 на 1000 военнослужащих по призыву и 17,7–25,8 на 1000 военнослужащих по контракту. Следует отметить значительные различия в уровне заболеваемости военнослужащих в войсках региональных командований (РК) и отдельной дивизии особого назначения (ОДОН) внутренних войск МВД России. Наиболее высокая заболеваемость острыми бронхитами зарегистрирована в ОДОН и Северо-Кавказском РК. В 2007 и 2008 годы показатели составили соответственно 93,6 и 76,2 на 1000 военнослужащих по призыву в ОДОН и 61,2 и 52,4 на 1000 военнослужащих по призыву в Северо-Кавказском РК. Наименьший уровень заболеваемости в 2008 году зарегистрирован в Приволжском и Восточном РК – 26,1 и 24,8 на 1000 военнослужащих по призыву.

Следует отметить, что удельный вес этого заболевания с учетом тяжести и длительности лечения весьма высок. Так, средний удельный вес острых бронхитов в период с 2000 по 2008 годы в ОДОН составил 9,1% (призыв) и 13,2% (контракт), в Северо-Кавказском РК – 4,9% (призыв) и 4,5% (контракт).

Выявлена неравномерность помесечного распределения случаев острого бронхита. Максимальная заболеваемость острыми бронхитами военнослужащих внутренних войск МВД России по призыву (по усредненным данным за 2006–2007 годы) зарегистрирована в январе и феврале – 6,4 и 6,0 на 1000 военнослужащих соответственно. В остальные месяцы показатели составляли от 3,6 (август–сентябрь) до 4,8 (март).

Побочные реакции противотуберкулезных препаратов у больных туберкулезом легких

Рыжкова О.А., Стрельцова Е.Н.

Астраханская государственная медицинская академия

Цель исследования: оценить частоту встречаемости различных форм побочных реакций на противотуберкулезные препараты у больных туберкулезом легких

Материалы и методы: проанализировано 346 историй болезни больных туберкулезом легких, из них у 27,7% больных (ср. возраст $41,4 \pm 2,04$) установлены побочные реакции на противотуберкулезные препараты (56 мужчин, 40 женщин). Впервые выявленных больных – 60,4%, с рецидивами – 39,6%. Из клинических форм туберкулеза легких преобладали инфильтративная (58,3%) и диссеминированная (16,7%). У 14,6% больных выявлены осложнения (кровотечение, легочно-сердечная недостаточность). Сопутствующая патология установлена у 36,5% больных (у 60% – хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, у 31,4% больных – атопические заболевания). 61,4% больных являлись бактериовыделителями, полости распада имели 63,5% больных. Лечение проводилось по стандартным режимам противотуберкулезной химиотерапии (по IIб режиму 51% больных, по I – 25%, по IV – 12,5%, по III – 7,2% и по IIa режиму – 4,2% больных) в комплексе с патогенетической, лимфотропной терапией, коллапсотерапией, физиотерапией. Из методов обследования применялись общепринятые клинико-лабораторные методы, исследование мокроты, рентгено-томография органов грудной клетки, бронхоскопия, электрокардиография, ультразвуковая диагностика, методы определения причинно-следственной связи побочной реакции с конкретным противотуберкулезным препаратом и степень ее достоверности (классификация ВОЗ, шкала Наранжо).

Результаты исследования и заключение: у 80,2% пациентов выявлены токсические реакции, из них: гепатотоксические (55,8%) нефротоксические (11,7%), ототоксические (7,8%) и нейротоксические (6,5%). Общие токсические реакции в виде повышения температуры тела, адинамии, диспепсических нарушений отмечалось в 31,2% случаев. У 13% пациентов отмечались различные сочетания токсических органных поражений. В 12,5% случаях выявлены аллергические реакции, из них: кожно-аллергический синдром (50%), крапивница (33,1%), отек Квинке (16,6%). Токсико-аллергические реакции (сочетание гепатотоксического и кожно-аллергического действия) установлены у 7,3% больных. Устранимые побочные реакции, позволяющие продолжать стандартный режим химиотерапии, отмечены у 75% пациентов. Наиболее часто побочные эффекты вызывают: канамицин (39,5%), пиперазид (16,7%), рифампицин (12,5%). На сочетание препаратов (изониазид и рифампицин, пиперазид и изониазид) побочные реакции выявлялись в 5,2% случаях.

Подходы к клинической диагностике и ведению больных с пневмоцистной пневмонией и туберкулезом легких при ВИЧ-инфекции

Самитова Э.Р.¹, Ермак Т.Н.², Токмалаев А.К.¹, Кравченко А.В.², Груздев Б.М.³

¹Российский университет дружбы народов, Москва;

²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

³Клиническая инфекционная больница №2, Москва, РФ

Основными причинами госпитализации и смерти больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в РФ является туберкулез (ТБ), и пневмоцистная пневмония (ПП). Летальные исходы связаны с поздней диагностикой.

Целью работы было сравнение клинической картины ПП, ТБ легких и их сочетания для определения подходов к диагностике и тактике лечения.

Под наблюдением находились 50 больных с клиническим диагнозом ПП. В последующем 24 больным установлен диагноз моноинфекции ПП, 14 – ПП +ТБ легких (в биоптате бронха и в БАЛ методом ПЦР выявляли ДНК МБК; 12 – ТБ легких (в БАЛ выявляли ДНК МБК). Лабораторные маркеры ПП (антиген *P.jirovici* в БАЛ методом НРИФ, в крови – специфические IgM и IgG) определялись у больных только 1 и 2 групп.

Несмотря на сходство клинической картины у всех больных, выявлены различия, касающихся ТБ: сроки начального периода болезни при ТБ короче ($p < 0,01$), преобладал влажный кашель, число CD4+ при ТБ было выше ($p < 0,05$); дыхательная недостаточность выражена меньше ($p < 0,05$). Однако, часто туберкулез легких, «скрываясь» под маской ПП, приводил к ошибочному диагнозу ПП.

Ведущим синдромом ПП является выраженная дыхательная недостаточности, поэтому таким больным необходимо срочное проведение специфической терапии. При ТБ из-за атипичности картины возможна дыхательная недостаточность, но она менее выражена. Алгоритм ведения больных с дыхательной недостаточностью остается неизменным: лечение ПП по жизненным показаниям, а в дальнейшем при улучшении клинического состояния и наличии убедительных данных в пользу туберкулеза легких – назначение противотуберкулезной терапии

Превалентность внутрибольничных инфекций: результаты мониторинга

Самодова О.В., Назаренко С.Ю., Петрова Е.Г., Титова Л.В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск;

Областная детская клиническая больница, Архангельск

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) до настоящего времени остаются актуальной проблемой здравоохранения.

Цель работы: мониторинг точечной превалентности (распространенности) внутрибольничных инфекций в многопрофильной детской больнице с целью оценки и контроля.

Архангельская областная детская клиническая больница является многопрофильным лечебным учреждением, в котором осуществляется оказание специализированной помощи детскому населению области по 26 специальностям. Распространенность внутрибольничных инфекций и использование антибиотиков регистрируется в течение одного дня у всех пациентов больницы два раза в течение года, начиная с 2006 г. Согласно протоколу внутрибольничной считается инфекция, которая возникает при нахождении пациента в стационаре более 48 часов. Превалентность ВБИ определяется как число случаев ВБИ, разделенное на число госпитализированных больных и умноженное на 100. Характер ВБИ определяется на основании клинико-лабораторных данных согласно протоколу исследования, который содержит стандартное определение случая для всех нозологических форм ВБИ. За время мониторинга максимальный показатель превалентности ВБИ составил 17,65%, минимальный – 6,50%, среднее значение распространенности ВБИ – 13,11%. В структуре зарегистрированных ВБИ ведущее место занимают инфекции верхних дыхательных путей (ОРЗ), удельный вес их варьирует от 28 до 70,17%, в среднем составляет 44,82%. Превалентность наиболее тяжелых ВБИ, таких как инфекция мочевых путей, пневмония, инфекция хирургической раны невысока – 3,29–0,28%. С помощью метода бинарной логистической регрессии определен относительный вклад отдельных факторов риска в развитие госпитальных инфекций. Значимыми признаками предикторами являются продолжительность госпитализации и возраст детей.

Динамический контроль распространенности ВБИ позволяет оценить бремя этой патологии, выявить факторы риска, установить структуру для оптимизации профилактических мероприятий с учетом специфики отделений многопрофильного стационара.

Иммуноткорректирующая терапия при геморрагической лихорадке с почечным синдромом

Самонина С.В., Малеев В.В.

Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва;

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина, Пенза

Целью работы явилось изучение влияния комплексного препарата, включающего генноинженерный α -2b-интерферон в сочетании с антиоксидантами, на показатели иммунного статуса при ГЛПС.

Под наблюдением находилось 58 больных в возрасте от 16 до 68 лет. Диагноз установлен на основании клинических, биохимических и серологических данных. Показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета у

В группе с перинатальным контактом по ВИЧ было 15 детей в возрасте до 1 года (57%) и 11 детей в возрасте от 1 до 3 лет (42%). Средняя длительность заболевания составила 6,8 дня. По тяжести преобладали среднетяжелые формы – 22 случая (85%), тяжелые формы отмечены у 4 детей (15%). Регидратационная терапия в данной группе проводилась преимущественно внутривенно – 19 детей (73%), 7 детей (27%) получали пероральную регидратацию. По этиологии кишечные инфекции в данной группе распределились следующим образом – неуточненной этиологии 11 случаев (42%), ротавирус – 10 случаев (38%), условно-патогенная флора – 2 случая (8%), ассоциации: ротавирус и УПФ – 2 случая (8%), ротавирус и *Shigella Flexneri 2a* – 1 случай (4%).

В группе детей с ВИЧ-инфекцией был 1 ребенок до года (20%), от года до 3 лет – 3 ребенка (60%), от 3 до 7 лет – 1 ребенок (20%). Заболевание средней степени тяжести отмечалось у 3 детей (60%), тяжелое течение зарегистрировано в 2 случаях (40%). Средняя длительность заболевания составила 13 дней. Все дети этой группы получали парентеральную регидратацию. Этиология кишечных инфекций была следующая – неуточненная 3 случая (60%), ротавирус – 1 (20%), условно-патогенная флора – 1 случай (20%).

Таким образом, этиологически острые кишечные инфекции у детей с перинатальным контактом по ВИЧ и ВИЧ-инфекцией не отличаются от таковых у детей с неотягощенным преморбидным фоном по ВИЧ – преобладают неуточненные формы и ротавирус. В группе детей с установленной ВИЧ-инфекцией отмечается большая доля тяжелых форм и более длительное течение заболевания.

Состояние противомикробного антиэндотоксинового иммунитета при полипозном риносинусите

Сендерович С.Е., Мавзютов А.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Этиологию полипозного риносинусита (ПРС), хронической воспалительной патологии слизистой носа и околоносовых пазух, характеризующейся рецидивирующим ростом полипов, все чаще связывают с липополисахаридами (ЛПС) грамотрицательных бактерий. В пользу указанного свидетельствует эффективная стимуляция ЛПС дегрануляции тучных клеток с высвобождением триптазы и гистамина, экспрессии VEGF и синтеза интерлейкинов и лейкотриенов, то есть тех процессов, которые играют решающую роль в развитии стойкого отека любой слизистой и миграции эозинофилов.

Целью исследования явилась оценка состояния антиэндотоксинового иммунитета у больных полипозным риносинуситом. Исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения МУ ГКБ № 5 г. Уфы. Обследовано 40 больных полипозным риносинуситом в возрасте от 15 до 65 лет. После верификации диагноза ПРС до и после лечебных мероприятий проводилось

определение концентрации человеческого белка, связывающего ЛПС (LBP) в сыворотке крови. Лечение включало полипотомию или пансинусотомию, применение глюкокортикостероидов: системно в течение 3 дней (дексаметазон в дозе 0,016–0,008–0,004 в сутки), затем интраназально (мометазон 200 мкг в сутки). Для сравнительной оценки полученных результатов LBP также определялся у 15 клинически здоровых.

Обнаружено статистически значимое снижение средней концентрации LBP в крови пациентов с ПРС до лечения по сравнению с контролем ($12,25 \pm 5,43$ мкг/мл и $16,73 \pm 9,67$ мкг/мл, $p = 0,03$). Выявлена обратная зависимость концентрации LBP от продолжительности заболевания: низкий уровень LBP чаще выявлялся у больных с продолжительным течением ПРС. По окончании курса лечения отмечалось статистически значимое двукратное повышение концентрации LBP относительно начального уровня ($25,21 \pm 11,47$ мкг/мл и $12,23 \pm 5,43$ мкг/мл, $p = 0,000000008$).

Выводы: для больных полипозным риносинуситом характерно снижение уровня липополисахаридсвязывающего белка в сыворотке крови. Комплексная терапия с применением системных и назальных глюкокортикостероидов сопровождается повышением концентрации LBP в 2 раза и клиническим выздоровлением.

Работа выполнена в соответствии с Федеральной целевой программой «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009–2013 гг., в рамках реализации мероприятия № 1.2.1. Государственный контракт №П385 от 30.07.2009.

ПЦР-диагностика поражений центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией

Серебряков Е.М., Венгеров Ю.Я., Шипулин Г.А.

Центральный НИИ эпидемиологии;
Инфекционная клиническая больница № 2, Москва;
Московский государственный медико-стоматологический университет

Цель исследования: изучить роль ВИЧ и других патогенов в поражении ЦНС у больных ВИЧ-инфекцией. Задачи: -определить методом ПЦР частоту обнаружения и концентрацию ВИЧ и других патогенов в СМЖ и крови; сравнить частоту выявления и концентрацию ВИЧ и других патогенов в крови и СМЖ.

Пациенты и методы: обследовано 75 больных ВИЧ-инфекцией на различных стадиях заболевания, с клиническими признаками поражения ЦНС. Кровь и СМЖ больных исследовались методом ПЦР на ВИЧ, вирус герпеса VI типа (ВГVI), вирус Эпштейна–Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), грибы рода *Candida*. Только СМЖ исследовалась на вирус *Varicella Zoster* (VZV), вирус герпеса I,II типов (ВГI/II), микобактерии туберкулеза (МБТ), криптококки, токсоплазму. Всем больным проводилось неврологическое обследование и исследование СМЖ рутинными методами.

реформами в стране, увеличение категории асоциальных граждан без определенного места жительства, а в Москве и с активным выявлением его у асоциальных граждан при обработке их в санитарных пропускниках.

Борьба с педикулезом важна, т.к. вши не только вносят дискомфорт в нашу жизнь, но и опасны как переносчики возбудителей инфекционных заболеваний: эпидемического сыпного (возбудитель – *Rickettsia powazekii*), возвратного тифов (возбудитель – *Borrelia recurrentis*) и волынской лихорадки (возбудитель – *Bartonella quintana*). Основным переносчиком возбудителей этих инфекционных заболеваний являются платяные вши, но возможна передача риккетсий и головными вшами, т.к. в их кишечнике риккетсии сохраняются до 21 дня.

Профилактические мероприятия по борьбе с педикулезом включают своевременное проведение медицинских осмотров на педикулез в организованных коллективах (детские учреждения, интернаты, дома престарелых, ЛПУ) и просветительную работу среди населения.

Для борьбы с педикулезом в России разработаны и зарегистрированы более 30 педикулицидных средств отечественного и зарубежного производства на основе пиретроидов.

В настоящее время зарубежные и Российские исследователи отмечают наличие резистентности вшей к пиретроидам. Во избежание развития резистентности у вшей целесообразно использовать смеси пиретроидов с ФОС или нетрадиционные инсектициды на основе растительных (анисовое), органических масел (силиконовое) и сложных эфиров (изопропилмиристант).

Проблема туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации

Фролова О.П., Шинкарева И.Г., Новоселова О.А.

Центр противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией;
Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

В России проблема туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией становится все более значимой. За 5 последних лет число новых случаев туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией увеличилось в 5,2 раза. Учитывая то, что в 2008 году только 9% из зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией имели поздние стадии, очевидно, что по мере снижения иммунитета остальные больные ВИЧ-инфекцией в стране (по данным Росстата в 2008 году их было 438 тыс.) будут заболевать туберкулезом.

В 2008 г. по данным Росстата общее число больных туберкулезом в сочетании с инфекцией в стране составило 16 813 (11,8 на 100 тыс. населения), из них новых случаев выявлено за год 7387 (5,2 на 100 тыс.).

Из числа всех больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4Б, 4В, 5) туберкулез имели 42% (11 357 чел.). Из впервые зарегистрированных в отчетном году больных ВИЧ-инфекцией уже на поздних стадиях 32% – выявлены в противотуберкулезных учреждениях. Непосредственной

причиной смерти на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в 66,5% случаев стал туберкулез.

Скрининговое обследование на туберкулез в 2008 году выполнено только 66% больных ВИЧ-инфекцией, хотя диспансерное наблюдение в центрах СПИД в течение года пришли 85% больных.

Лечение туберкулеза в 2008 году получали 13 503 больных ВИЧ-инфекцией, из них антиретровирусная терапия проводилась 49,5% (6679). Учитывая то, что поздние стадии ВИЧ-инфекции имеют около 70% больных сочетанной инфекцией, очевидно, что не все нуждающиеся ее получали. Среди всех лиц, получавших антиретровирусную терапию, в стране одновременно противотуберкулезное лечение проводилось 15%.

Химиопрофилактику туберкулеза получали только 6933 больных, хотя на стадиях ВИЧ-инфекции 4Б, 4В, 5 (одна из групп риска развития туберкулеза) наблюдалось 15 788 пациентов, не больных туберкулезом. В 10 субъектах она больным ВИЧ-инфекцией вообще не назначалась.

Особенности иммуногенетического статуса у больных с осложненным течением геморрагической лихорадки с почечным синдромом

Хабелова Т.А., Хунафина Д.Х., Кутуев О.И.,
Бурганова А.Н., Шайхулина Л.Р., Галиева А.Т.,
Мингалимов Ф.А.

Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа

Цель исследования: выявить ассоциацию полиморфных вариантов генов цитокинов (TNFA, IL1B, IL1RN) с предрасположенностью к развитию инфекционно-токсического шока (ИТШ), ДВС-синдрома при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС).

Анализ полиморфных ДНК-локусов генов TNFA, IL1B, IL1RN проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) у 335 больных с серологически подтвержденным методом РНИФ диагнозом ГЛПС, в возрасте от 15 до 65 лет. Наиболее частым осложнением у анализируемых больных был ИТШ – 30 чел. (8,9%). У 17 (5,1%) больных диагностирован ИТШ I ст., у 13 (3,9%) – ИТШ II. ДВС-синдром зарегистрирован у 15 больных (4,5%).

Оценка распределения частот аллелей и генотипов -308G > A полиморфизма гена TNFA у больных ГЛПС выявила различия между группой больных с ИТШ и пациентами без ИТШ ($\chi^2 = 6,92$; $p = 0,01$ и $\chi^2 = 6,23$; $p = 0,04$, соответственно). У пациентов с ИТШ отмечено увеличение частоты аллеля TNF*A – 33,33% против 19,02% у больных без ИТШ ($p = 0,01$; OR = 2,13; 95%CI 1,15–3,91). Генотип TNF*G/*G у пациентов с ИТШ наблюдался реже – 46,67%, чем у больных без ИТШ – 67,21% (OR = 0,42; 95%CI 0,19-0,96).

Анализ – 511C > T полиморфизма гена IL1B выявил статистически значимые различия в распределении частот генотипов между группами больных с ИТШ и без

до 50% заболеваемости ГЛПС в РБ. Учитывая широкое распространение ГЛПС, нарушение функции почек при данном заболевании, а также экологическую обстановку крупного промышленного мы поставили цель изучить содержание эссенциальных и токсичных микроэлементов в плазме крови у больных и перенесших ГЛПС жителей крупного промышленного города Уфы.

Содержание микроэлементов в плазме крови изучено у 45 больных ГЛПС, находящихся на лечении в Уфимской городской клинической больнице №4, а затем на диспансерном наблюдении в течение трех лет в городских поликлиниках. Оценивали концентрацию свинца, кадмия, ртути, алюминия, стронция, хрома, железа, никеля в плазме крови с помощью масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой (ICP-MS; Elan-9000, PerkinElmer, США) и атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно связанной плазмой (ICP-OES; Optima-2000 DV, PerkinElmer, США).

Результаты наших исследований свидетельствуют о значительном изменении элементного статуса при различных стадиях ГЛПС. В олигурический период отмечается достоверное повышение концентрации токсичных микроэлементов в плазме крови. Содержание кадмия и ртути в плазме крови в полиурический период уменьшается и в период реконвалесценции их концентрация достоверно не отличается от концентрации соответствующего элемента в контрольной группе. В фазе ранней реконвалесценции в течение месяца отмечается повышенное содержание в плазме крови таких микроэлементов, как свинец, алюминий, стронций, хром, железо и никель. В течение 1–6 мес концентрация железа и свинца у перенесших ГЛПС не отличается от концентрации этих микроэлементов у здоровых жителей г. Уфы. Концентрация алюминия, стронция, хрома и никеля у перенесших ГЛПС выше, чем в контрольной группе, даже через 1–3 года.

Выявленные дисэлементозы требуют проведения дополнительной терапии у больных и перенесших ГЛПС с учетом экологической обстановки крупного промышленного города.

Содержание витаминов в крови больных и перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом

Хасанова Г.М.

Городская клиническая больница №13, Уфа

На сегодняшний день доказана роль процессов перекисидации в патогенезе геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС). Однако изучения фактического содержания витаминов-антиоксидантов у больных ГЛПС не проводилось. Мы изучали содержание токоферола и каротиноидов в сыворотке крови больных и перенесших геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Под наблюдением находились 204 мужчин, больных ГЛПС, находящихся на лечении в ГКБ №13 г. Уфы. Из них

101 больных средне-тяжелой и 103 тяжелой формой заболевания. Возраст обследованных – 18–60 лет. Концентрацию токоферолов в сыворотке крови определяли методом Хансена-Варвика, уровень каротиноидов – спектрофотометрическим методом Бессея.

В контрольной группе содержание токоферола в сыворотке крови составило $1,56 \pm 0,05$ мг/дл. Содержание токоферола в лихорадочный период было $0,35 \pm 0,04$ мг/дл при средне-тяжелой форме заболевания и $0,29 \pm 0,06$ мг/дл при тяжелой форме. В олигурический период – $0,31 \pm 0,05$ мг/дл и $0,23 \pm 0,04$ мг/дл соответственно. В полиурическом – $0,97 \pm 0,07$ мг/дл и $0,65 \pm 0,04$ мг/дл. Спустя 6 месяцев после заболевания концентрация токоферола в сыворотке крови перенесших ГЛПС составила $1,09 \pm 0,03$ мг/дл и $0,99 \pm 0,05$ мг/дл соответственно. Разность с контрольной группой во всех случаях была статистически достоверна ($p < 0,05$). Через год после заболевания содержание токоферола составила $1,42 \pm 0,04$ мг/дл ($p > 0,05$) и $1,28 \pm 0,03$ мг/дл ($p < 0,05$) при тяжелой форме.

Содержание каротиноидов в сыворотке крови контрольной группы составило 79 ± 5 мкг/дл. Содержание каротиноидов у больных ГЛПС в лихорадочный период составило 38 ± 4 мкг/дл при средне-тяжелой форме заболевания и 31 ± 5 мкг/дл при тяжелой форме. В олигурическом периоде – 32 ± 5 мкг/дл и 26 ± 6 мкг/дл. В полиурическом периоде – 51 ± 5 мкг/дл и 46 ± 6 мкг/дл. Разность с контрольной группой статистически достоверна ($p < 0,05$). Спустя 6 месяцев после заболевания концентрация каротиноидов в сыворотке крови перенесших ГЛПС составила 68 ± 5 мкг/дл ($p > 0,05$) и 66 ± 4 мкг/дл ($p > 0,05$). Через год после заболевания – 76 ± 4 мкг/дл и 75 ± 3 мкг/дл соответственно ($p > 0,05$).

Таким образом, в разгар заболевания у всех больных средне-тяжелой и тяжелой формой ГЛПС отмечается выраженный дефицит токоферола и каротиноидов. Причем даже при выписке из стационара у больных тяжелой формой ГЛПС дефицит не был ликвидирован. Данное исследование указывает на необходимость коррекции витаминного статуса у больных ГЛПС.

Лабораторная характеристика анемии у больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от выраженности иммуносупрессии

Хасанова Г.Р., Степанова Е.Ю., Анохин В.А.

Казанский государственный медицинский университет; Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Казань

Целью нашего исследования явилось: исследование лабораторных показателей анемии в зависимости от степени прогрессирования ВИЧ-инфекции, основным маркером чего является выраженность иммуносупрессии. Методом случайного отбора в исследование были включены 68 больных ВИЧ-инфекцией, не получавших антиретровирусную терапию, с уровнем гемоглобина ниже 120 г/л для женщин и 130 г/л для мужчин. У 15 больных (1 группа)

уровень CD4-клеток был выше 500 в 1 мкл (медиана (Me) = 690), у 29 (2 группа) – в пределах от 200 до 500 в 1 мкл (Me = 305), у 24 больных (3 группа) – ниже 200 в 1 мкл (Me = 95,5). Проводился полный анализ крови, определение эритроцитарных индексов, концентрации сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), уровней ферритина и эритропоэтина.

Медиана уровня гемоглобина в 1-й группе составила 111 г/л, во 2-й – 104 г/л, в 3-й – 94 г/л. Установлена положительная корреляционная связь между уровнем CD4-клеток и уровнем гемоглобина ($r = 0,309$, $p = 0,01$). При этом снижение уровня гемоглобина по мере прогрессирования иммуносупрессии ассоциировалось с увеличением концентрации эритропоэтина ($r = -0,235$, $p = 0,05$). Комплекс изменений, характерных для изолированного дефицита железа (снижение сывороточного железа, повышение ОЖСС, снижение ферритина), чаще наблюдался у больных 1-й группы. Лабораторные показатели пациентов 2-й и, особенно, 3-й группы, были больше характерны для «анемии хронического заболевания». Статистически значимая корреляция установлена для содержания CD4-клеток и ОЖСС ($r = 0,238$, $p = 0,05$), коэффициента насыщения трансферрина железом ($r = -0,343$, $p = 0,004$), уровня ферритина ($r = -0,247$, $p = 0,043$).

Вывод. Прогрессирование ВИЧ-инфекции сопряжено с усугублением анемии, причем со снижением уровня CD4-клеток уменьшается значимость изолированной железодефицитной анемии и возрастает роль «анемии хронического заболевания».

Неферментирующие грамотрицательные бактерии в этиологии внутрибольничных инфекций

Хасанова Г.Ф., Хасанова С.Г., Мавзютова Г.А., Жарикова Н.В., Титова Т.Н.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Актуальность. Грамотрицательные неферментирующие бактерии (ГНФБ) являются одними из основных возбудителей внутрибольничных инфекций (ВБИ). Наиболее изучен среди них, *P. aeruginosa*. Однако в последнее время при инфекционных процессах различной локализации нередко отмечаются представители рода *Acinetobacter*. ГНФБ часто отличаются полирезистентностью к антибиотикам. Результаты многолетнего микробиологического мониторинга антибиотикорезистентности ГНФБ свидетельствуют о росте частоты и расширении спектра устойчивости.

Цель настоящего исследования состояла в сравнительной оценке ГНФБ в этиологии ВБИ различной локализации.

Материалы и методы. Проведено бактериологическое исследование и оценка антибиотикорезистентности культур ГНФБ, выделенных из различного клинического материала (мокрота, моча, содержимое гнойных ран, отделяемое женских половых органов) от пациентов находивших-

ся на стационарном лечении в одной из больниц г.о.г. Уфа.

Результаты. Значение ГНФБ при ВБИ в 2009 году показано у 5,8% (64 из 1041) пациентов с инфекциями нижних отделов дыхательного тракта, что на 2,8% больше, чем в 2008 году. У женщин с инфекциями половых органов ВБИ, связанные с ГНФБ, возникли в 2,8% случаях (29 из 991), что на 1,8% больше, чем в 2008 году. Наряду с этим уменьшилась роль ГНФБ в возникновении ВБИ при инфекциях мочеполовой системы: в 2009 году показатели составили 4,5% (53 из 1113), что на 1,1% меньше, чем в 2008 году. Относительно постоянным остается показатель ВБИ, обусловленных ГНФБ, у хирургических больных 3,7% (41 из 1054) в 2009 году, 4,1% в 2008 году.

Исследованные штаммы ГНФБ (147) отличались высокой частотой резистентности ко всем классам антибиотиков. Антисинегнойные пенициллины и цефалоспорины обладали крайне низкой активностью, так резистентными к пиперациллину были 76% штаммов, цефепиму 96%, цефтазидиму 86%, цефоперазону 94%, цефотаксиму 87%. Наибольшей активностью в отношении ГНФБ обладали полимиксин В (5% резистентных штаммов), тобрамицин (48% резистентных штаммов), амикацин (51% резистентных штаммов).

Работа выполнена в соответствии с ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009–2013 гг., в рамках реализации мероприятия № 1.2.1. ГК №П385 от 30.07.2009.

Антибиотикорезистентность клинических штаммов *Pseudomonas aeruginosa in vitro*, выделенных при инфекциях нижних дыхательных путей

Хасанова Г.Ф., Хасанова С.Г., Мавзютова Г.А., Жарикова Н.В., Хазеева Г.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа;

Городская клиническая больница №21, Уфа

P. aeruginosa – один из основных возбудителей внутрибольничных инфекций, рассматриваются в качестве основного этиологического агента при инфекциях кожных покровов и ран, мочевыделительной и респираторной систем. Возбудитель нередко отличается полирезистентностью к антибиотикам, что существенно сужает выбор антибиотиков для терапии синегнойной инфекции. Результаты многолетнего микробиологического мониторинга антибиотикорезистентности *P. aeruginosa* свидетельствуют о росте частоты и расширении спектра устойчивости, что вероятно будет происходить и в будущем.

Цель работы состояла в оценке эффекта действия ряда антибиотиков в отношении клинических штаммов *P. aeruginosa in vitro*, выделенных из биологического материала при инфекциях нижних дыхательных путей.

Материалы и методы. Проведено определение диск-диффузионным методом чувствительности 55 штаммов *P. aeruginosa*, выделенных из клинического материала

женной интоксикации у больных ОВГ В по сравнению с ОВГ А.

В разгар заболевания повышенная температура тела наблюдалась в первой группе у 38,6% больных, во второй группе у 38,3% ($p > 0,05$). На задержку стула жаловались 6,2% пациентов из основной группы и 0,6% больных из контрольной ($p < 0,05$). Жидкий стул при ОВГ В наблюдался у 10,7% больных, а пациенты с ОВГ А жалоб на жидкий стул не предъявляли ($p < 0,001$). Также чаще в первой группе наблюдался кожный зуд (38,6%) по сравнению с контрольной группой (25,3%), разница статистически достоверна ($p < 0,05$). Боли в животе чаще беспокоили больных основной группы (40,7%), чем контрольной (29,6%), разница не достоверна ($p > 0,05$). Увеличенная печень пальпировалась в основной группе у 96,8% больных, в контрольной группе – у 94,5% ($p > 0,05$). Селезенка была увеличена у 30,3% и 21,1% пациентов опытной и контрольной групп соответственно ($p > 0,05$).

Таким образом, характерной особенностью периода разгара ОВГ В по сравнению с периодом разгара ОВГ А был выраженный интоксикационный синдром.

Церебральный криптококкоз у ВИЧ-инфицированных

Чарушина И.П., Воробьева Н.Н.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера

Пандемия ВИЧ-инфекции привела к увеличению диссеминированных форм микозов с поражением центральной нервной системы. Наиболее частыми проявлениями их являются менингиты и менингоэнцефалиты, а среди этиологических агентов преобладают криптококки, прежде всего *Cryptococcus neoformans* (Лесовой В.С., Липницкий А.В., 2008).

Цель: выявление клинических особенностей криптококкового менингоэнцефалита у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Пациенты и методы. В ККИБ г. Перми с 2007 по 2009 гг. под наблюдением находились 4 пациента с криптококковым менингоэнцефалитом: 3 женщины и 1 мужчина в возрасте от 26 до 36 лет. Заболевание развилось на фоне ВИЧ-инфекции 4в стадии без ВААРТ. Диагноз был установлен на основании комплекса клинико-инструментальных и микробиологических методов.

Результаты. Пациенты поступили в стационар на 16–32 день болезни в тяжелом состоянии с клиникой интоксикации и общемозговой симптоматики (лихорадка, головная боль, тошнота, рвота). Отмечались менингеальные и очаговые (гемиплегия и одностороннее поражение 3, 4 и 7 пар черепных нервов) симптомы.

Всем пациентам выполнена спинальная пункция, выявлено резкое повышение давления ликвора, лимфоцитарный плеоцитоз, умеренное повышение белка и снижение сахара. При микологическом исследовании обнаружен *Cryptococcus neoformans*. Уровень СД-4 лимфоцитов 0,019 – 0,039 x 10⁹/л. Несмотря на назначенные ВААРТ и

адекватные антимикотические препараты, наступил летальный исход.

Выводы. Криптококковый менингоэнцефалит является тяжелой патологией, требующей настороженности от врачей различных специальностей.

ВИЧ-инфицированным пациентам при подозрении на менингит рекомендуется проведение спинальной пункции с обязательным микологическим исследованием ликвора.

К вопросу о возможной роли ДОТ-иммуноанализа в схеме лабораторной диагностики холеры

Чеботарёв Д.А., Агафонова В.В., Телесманич Н.Р.

Научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора, Ростов-на-Дону

В многочисленных публикациях и практических документах по диагностике холеры неоднократно отмечалась необходимость разработки новых методов исследования, новых высокоспецифичных диагностических препаратов и определения их места в схеме лабораторной диагностики холеры. В свою очередь, создание биочипов, экспресс-вариантов ИФА, иммунохроматографических полосок предполагает получение и использование высокоспецифичных, высокоаффинных стандартных антител. В настоящее время для идентификации холерных вибрионов O139 серогруппы регламентировано использование кроличьих диагностических антител, а вибрионов O1 серогруппы – антител лошадиного происхождения, отличающихся низкой специфичностью, что обуславливает необходимость постановки развернутой реакции агглютинации, требующей дополнительного времени и экономических затрат. Альтернативой поливалентным сывороткам являются моноклональные антитела (МКА) – продукт биотехнологических приемов. На основе полученных высокоспецифичных антител появляется возможность и предпринимаются попытки совершенствования и создания новых диагностических препаратов.

В лаборатории гибридом РостНИПЧИ были выведены стабильные высокопродуктивные гибридомы, в том числе гибридома F8G12, продуцирующая иммуноглобулины класса G, узнающие видоспецифические эпитопы O-антигена *V. cholerae* O1. Иммуноферментный анализ (ИФА) и его варианты, несмотря на высокую чувствительность, не включены в число регламентированных методов лабораторной диагностики холеры. Практического интереса заслуживает дот-иммуноанализ (ДИА), постановка которого не требует приборов, больших временных затрат и позволяет визуальную оценку результатов.

Цель работы – изучение чувствительности и специфичности дот-иммуноанализа для оценки возможности его использования в лабораторной диагностике холеры.

Результаты. Оценку чувствительности и специфичности ДИА проводили на 5 штаммах *V. cholerae*, агглютинирующихся O1-сывороткой до титра, 5 штаммах *V. cholerae* со сниженной агглютинабельностью, 5 RO-штаммах *V.*

ции торможения (РТМ) ко II нед. заболевания на большинство антигенов; 2) у 14,0% больных отмечено сохранение РУМ; 3) у 32,6% больных – РТМ сменилась РУМ; 4) у 23,2% пациентов весь период наблюдения сохранялись РТМ.

В 1 подгруппе отмечено минимальное количество сопутствующих заболеваний, которые сопровождаются склонностью к иммунодефицитным состояниям (46,2%) и отсутствие рецидивов заболевания в течение последующих 24 мес наблюдения; у всех больных 2 и 4 подгруппы отмечены сопутствующие заболевания и у 25% – ранние рецидивы рожи; в 3 подгруппе – значительное количество сопутствующих заболеваний (71,4%), повторные рецидивы (42,8%) в течение последующих 24 месяцев. Характер клеточного ответа на гиалуронидазу коррелировал с характером местного процесса.

Нейтропения и лимфоцитоз в 12,5% случаев были выявлены только у больных рецидивирующей рожой 4 подгруппы, моноцитоз в 14,3% случаев – в 3 подгруппе.

Таким образом, установлена различная частота возникновения рецидивов рожи у больных с различными тенденциями динамики МАЛ на ПС и ПБ. Учитывая полученные результаты и данные литературы, мы полагаем, что ускорение МАЛ в разгар заболевания и переход в фазу торможения в период ранней реконвалесценции является наиболее благоприятным иммунологическим показателем адекватной активности и взаимодействия иммунокомпетентных клеток.

Особенности показателей скринингового теста клеточной миграции у больных первичной рожой для прогноза рецидивов

Юдина Ю.В., Белая О.Ф., Набокова Н.Ю., Микерин С.М., Нечаева И.П., Карманов М.И.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Т-клеточно-зависимая миграционная активность лейкоцитов (МАЛ) на парциальные антигены *S.pyogenes* гр. А: полисахарид (ПС), поверхностные белки (ПБ), гиалуронидазу, – изучена в скрининговом тесте клеточной миграции (СТКМ) при использовании различных концентраций антигенов *in vitro* (от 1×10^{-4} до 1×10^{-14} мг/мл) у 62 больных первичной рожой (эритематозно-геморрагическая форма – 32, буллезно-геморрагическая – 30) в возрасте от 25 до 70 лет.

В результате удалось выделить 4 группы больных с различными тенденциями МАЛ на ПС и ПБ в динамике заболевания: 1) у 30,9% больных реакции ускорения миграции (РУМ) в разгар заболевания сменялись на реакции торможения (РТМ) ко II нед. заболевания на большинство антигенов; 2) у 23,6% больных отмечено сохранение ускорения; 3) у 23,7% больных изменение МАЛ от торможения к ускорению; 4) у 21,8% пациентов весь период наблюдения отмечено сохранение реакции торможения МАЛ на все антигены.

В 1 подгруппе отмечено минимальное количество сопутствующих заболеваний, которые сопровождаются склонностью к иммунодефицитным состояниям (23,5%) и отсутствие рецидивов заболевания в течение последующих 24 месяцев наблюдения. 2 подгруппа больных характеризовалась большим числом сопутствующих заболеваний (61,5%) и возникновением ранних рецидивов рожи у 20% больных первичной рожой. В 3 подгруппе наблюдалось значительное количество сопутствующих заболеваний (92,3%), но отсутствовали осложнения и рецидивы в течение последующих 24 месяцев. 4 подгруппа больных характеризовалась наиболее частым возникновением ранних рецидивов заболевания (в 45,5% случаев), значительным количеством сопутствующих заболеваний (75%), сопровождающихся иммунодефицитным состоянием.

Таким образом, установлена различная частота возникновения рецидивов рожи у больных с различными тенденциями динамики МАЛ на ПС, ПБ и гиалуронидазу. Учитывая полученные результаты и данные литературы, мы полагаем, что ускорение МАЛ в разгар заболевания и переход в фазу торможения в период ранней реконвалесценции является наиболее благоприятным иммунологическим показателем адекватной активности и взаимодействия иммунокомпетентных клеток. В перспективе возможного использования быстро растущего арсенала методов иммунотерапии при инфекционных заболеваниях, в том числе при рожой, СТКМ является ценным методом в оценке динамики формирования Т-клеточной реактивности.

Зависимость параметров иммунного статуса от варианта туберкулезного экссудативного плеврита (МБТ-позитивный/МБТ-негативный)

Юрьева Е.А., Воронкова О.В., Уразова О.И., Наследникова И.О., Мальцева И.В., Некрасов Е.В., Пелеганчук Е.А., Серебрякова В.А., Чурина Е.Г.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Использование иммунологических методов актуально для комплексной диагностики туберкулезных плевритов, особенно в случае отрицательных результатов на определение *M. tuberculosis* (МБТ) при наличии других косвенных (клинических, рентгенологических) признаков туберкулезного процесса. Цель данного исследования – выявить особенности изменений иммунологических параметров периферической крови и плевральной жидкости у больных с МБТ-позитивным и МБТ-негативным туберкулезными плевритами. В результате проведенного исследования было установлено, что у пациентов с МБТ-негативным и МБТ-позитивным вариантами туберкулезного плеврита, наряду со снижением количества CD3-, CD4-позитивных лимфоцитов в периферической крови, было выявлено повышение количества CD16+ и CD8+ лимфоцитов по сравнению с соответствующими параметрами у здоровых доноров, более выраженное у лиц с МБТ-негативным

вариантом плеврита. При этом у всех больных регистрировался лимфоцитоз в плевральной жидкости, который, как показал корреляционный анализ, явился следствием миграции клеток из периферической крови в плевральную полость. В большей степени такой миграции в плевральную полость подвержены Т-клетки с фенотипом CD4+ и CD8+, а при МБТ-позитивном варианте плеврита еще и CD16+. При исследовании цитокинового профиля плеврального экссудата у больных с МБТ-позитивным и МБТ-негативным вариантами туберкулезного экссудативного плеврита не было зарегистрировано статистически значимых различий в концентрациях IL-2 и IL-4 по сравнению с таковыми в сыворотке крови, однако, уровень IL-2 у пациентов с МБТ-позитивным вариантом заболевания превышал таковой (в среднем в 2 раза) у больных, в плевральной жидкости которых не выявлялась *M. tuberculosis*. Уровень TNF α в плевральной жидкости у больных с МБТ-негативным вариантом туберкулезного плеврита оказался значительно более низким по сравнению с таковым в сыворотке крови, а концентрация IFN γ в плевральном экссудате, напротив, значительно превышала уровень цитокина в периферической крови, как при МБТ-негативном, так и при МБТ-позитивном вариантах заболевания.

Спектр повреждения почек у больных ВИЧ-инфекцией

Ющук Н.Д., Волгина Г.В., Гаджикулиева М.М., Кочарян К.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Цель исследования: оценить спектр повреждения почек у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Пациенты/материалы и методы. В проспективное исследование включено 602 пациента с ВИЧ-инфекцией (72,2% мужчин, 27,8% женщин) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 32,5 года). Скрининговое обследование с целью выявления поражения почек у ВИЧ-инфицированных пациентов проведено в соответствии с руководством американского общества инфекционистов (IDSA, 2005). В качестве маркеров повреждения почек рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, у пациентов со сниженной массой тела по формуле Кокрофт-Голта. Наличие протеинурии (ПУ) выявляли с помощью тест систем Aution-Sticks, с последующим количественным измерением белка на спектрофотометре МИКРОЛАБ-600. Пациенты с уровнем ПУ менее 1,0 г/сутки составили первую группу ($n = 32$), от 1 до 3 г/сут – вторую ($n = 16$), более 3 г/сут – третью группу ($n = 10$). Биопсия почки проведена 8 пациентам с нефротическим синдромом.

Результаты исследования. Персистирующая ПУ выявлена у 58 (9,6%) пациентов. Нарушение функции почек (СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²) установлено у 43% ($n = 25$) пациентов с постоянной ПУ. Гистологические варианты патологии почек представлены мембранопротеративным гломерулонефритом ($n = 1$), «люпус-

подобным» гломерулонефритом ($n = 3$) и фокально-сегментарным гломерулосклерозом ($n = 4$, у 3 из которых диагностирована коллабирующая гломерулопатия). Между протеинурией и длительностью ВИЧ-инфекции достоверная корреляция не установлена. Независимо от степени выраженности ПУ у большинства пациентов всех трех групп отмечено снижение CD4+ < 350 клеток/мкл (71, 77, 75%, соответственно; $p < 0,02$). В соответствии с нарастанием ПУ выявлено увеличение числа пациентов с вирусной нагрузкой более 100 тыс. копий/мл (36, 64 и 75% в группе с ПУ нефротического уровня; $p < 0,01$). У большинства пациентов во всех группах диагностирована стадия вторичных заболеваний (80, 79 и 75% соответственно; $p < 0,01$).

Заключение. ВИЧ-инфицированные пациенты относятся к группе высокого риска поражения почек. Повреждение почек может быть установлено на ранних стадиях рутинным скринингом протеинурии и изменением СКФ. Факторами риска развития нефропатии являются высокая вирусная нагрузка при низком уровне CD4+ лимфоцитов.

Освоение инновационного образовательного пространства на последипломном этапе обучения врача-инфекциониста

Ющук Н.Д., Кулагина М.Г.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Последипломное образование врача представляет важную государственную проблему, интегрирующую системы здравоохранения, образования и науки. Образовательная концепция по проблемам инфектологии на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ проводится в соответствии с Федеральной Национальной Программой «Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекциями на 2008–2011 г.»

Целью реализации образовательных инновационных программ является повышение уровня профессиональной компетенции врачебных кадров по инфекционным болезням. Образовательное пространство наполняется структурами, учитывающими мотивы врачей в последипломном образовании, их потребности, и социальные запросы населения.

Непрерывное медицинское образование врачей-инфекционистов диктуется стремительным обновлением медицинской информации, что находит отражение в учебных планах и модульных программах. Кафедра работает по 12 учебным программам общего и тематического усовершенствования, рассчитанных на 72, 144 и 504 часа. Учебные программы охватывают как предметное знание по инфекционным болезням, так и вопросы психологии, социальные, экономические, деонтологические, с включением модуля доказательной медицины. Циклы тематического усовершенствования посвящены актуальным проблемам инфектологии, где рассматриваются вопросы