

МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЙ
МАС И ИА
INTERNATIONAL INFECTION ASSOCIATION



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное медико-биологическое агентство
Министерство здравоохранения Краснодарского края
Кубанский государственный медицинский университет
Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова
Международная ассоциация специалистов в области инфекций

ТЕЗИСЫ

III Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием

СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1-4 ноября 2016
СОЧИ



НАРЛАПРЕВИР

ОКРЫЛЯЮЩАЯ ПОБЕДА
НАД ГЕПАТИТОМ С



Нарлапревир – отечественный препарат прямого противовирусного действия¹

Мощный ингибитор протеазы вируса гепатита С^{1,2,3}

В схеме «тройной» терапии ХГС дает:

- **93% УВО 24** у первичных больных с незначительной степенью фиброза печени и низкой вирусной нагрузкой*⁴
- **89,1% УВО 24** у пациентов, ранее не получавших терапию⁵
- **Снижение вирусной нагрузки >5 log₁₀МЕ/мл** уже на 2-й неделе терапии^{5,6,7}
- Профиль безопасности, **сходный с плацебо**^{4,5}
- Сокращение курса терапии **до 24 недель**^{1,4}



НАРЛАПРЕВИР

* фиброз F0-F1, вирусная нагрузка <800 000 МЕ/мл

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Нарлапревир, ЛП-003622 от 12.05.2016. Владелец регистрационного удостоверения АО «Р-Фарм». 2. Tong, X. et al. Antimicrob. Agents Chemother. 54, 2365-2370 (2010). 3. de Bruijne, J et al. Hepatology. 52, (5), 1590-9 (2010). doi: 10.1002/hep.23899. 4. Бакулин И.Г. и соавт. Предварительные результаты исследования 3 фазы нового отечественного ингибитора протеазы нарлапревира у первичных и ранее леченных больных хроническим гепатитом С 1 генотипа (исследование PIONEER) // Сборник тезисов 42-ой научной сессии ЦИИИГ «Принципы доказательной медицины в клиническую практику», 02-03.03.2016, стр.20. 5. Бакулин И.Г. Нарлапревир – отечественный препарат прямого противовирусного действия для лечения хронического гепатита С. Результаты исследования PIONEER // Журнал «Политиклиника». –2016.– №4. – Гастроэнтерология. С. 52-54. 6. Vierling, J. et al. Hepatology 54, 1437A (2011). 7. Бурневич Э.З., Тихонова Н.Ю., Щаницина С.Е. Клин. фармакол. тер., 23 (5), 34-39 (2014).

Информация для специалистов здравоохранения.



ВИКЕЙРА ПАК – НЕПОДДЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

- **99,7% УВО у больных с генотипом 1b^{1,2,3}**
- **Высокая эффективность, подтвержденная в реальной практике^{4,5,6}**
- **Более 1500 пациентов, получивших лечение в РФ⁷**
- **Простой режим терапии⁸**
- **Все компоненты в одной упаковке⁹**



Краткая инструкция по применению Викеяра Пак, апрель 2016

МНН: Дасабувир, омбитасвир + паритапревир + ритонавир. **Фармакотерапевтическая группа:** противовирусное средство, код АТХ J05A. **Лекарственная форма:** набор таблеток, содержащий: Дасабувир — оральные таблетки, покрытые пленочной оболочкой светло-коричневого цвета с гравировкой «AV2» на одной стороне, 125 мг + 75 мг + 50 мг; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир — пролонгированные двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой розового цвета с гравировкой «AV1» на одной стороне, 125 мг + 75 мг + 50 мг. **Показания к применению:** хронический гепатит С генотипа 1, включая пациентов с компенсированным циррозом печени в сочетании с рибавирином или без него. Нет необходимости в коррекции дозы препарата Викеяра Пак в зависимости от возраста, пола, массы тела, расы и этнической принадлежности. **Противопоказания:** гиперчувствительность к омбитасвиру, паритапревиру, ритонавиру, дасабувиру или любым вспомогательным компонентам препарата; средняя и тяжелая степень печеночной недостаточности (классы В и С по шкале Чайлд-Пью); противопоказания к применению рибавирина (при совместном применении препарата Викеяра Пак и рибавирина); одновременное применение с субстратами, индукторами, ингибиторами и препаратами, метаболизирующимися изоферментом CYP3A4, ингибиторами изофермента CYP2C8, препаратами, содержащими этилэстрадиол, ингибиторами протеазы ВИЧ дараунавир/ритонавир и атазанавир/ритонавир в фиксированной комбинации, детский возраст до 18 лет, дефицит лактазы, непереносимость галактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Вся информация по противопоказаниям приведена в полной инструкции по медицинскому применению. **С осторожностью:** совместное применение препарата Викеяра Пак и флутиказона или других глюкокортикостероидов, которые метаболизируются с участием изофермента CYP3A4, антиаритмических препаратов, бепридиллом, дипиридамидом, флекаинидом, лидокаином (с осторожностью), мефлохином, пропранололом, эритромицином, дабигатраном, дилтиаземом, флувастатином, релативином, сульфасалазином, тразодолом, фексофенадином, дефералоксом, теририфлуноидом. **Беременность и лактация:** одновременный прием препарата Викеяра Пак с рибавирином противопоказан беременным, а также мужчинам, чьи партнерши беременны. Не следует применять схему лечения с использованием рибавирина до тех пор, пока непосредственно перед началом терапии не будет получен отрицательный результат теста на беременность. **Способ применения и дозы:** Викеяра Пак следует принимать внутрь во время еды, независимо от жирности или калорийности пищи. Перед началом терапии препаратом Викеяра Пак необходимо исключить декомпенсацию функции печени на основании лабораторных и клинических признаков. Рекомендуемая доза препарата Викеяра Пак включает две таблетки омбитасвира/паритапревира/ритонавира 125/75/50 мг один раз в день (утром) и одну таблетку дасабувира 250 мг два раза в день (утром и вечером).

Генотип 1a, без цирроза	Викеяра Пак + рибавирин	12 недель
Генотип 1a, с циррозом	Викеяра Пак + рибавирин	24 недели*
Генотип 1b, без цирроза	Викеяра Пак	12 недель
Генотип 1b с циррозом	Викеяра Пак + рибавирин	12 недель

Рекомендуется следовать режиму дозирования для генотипа 1a у больных с неизвестным подтипом генотипа 1 или генотипом 1 смешанного типа. * Схема применения препарата Викеяра Пак в комбинации с рибавирином в течение 12 недель может быть рассмотрена для некоторых пациентов на основе предшествующей терапии. У пациентов после трансплантации печени курс терапии Викеяра Пак в комбинации с рибавирином составляет 24 недели, независимо от генотипа ВГС 1 подтипа при нормальной функции печени и стадии фиброза по шкале Metavir – 2 и менее. При применении препарата Викеяра Пак с ингибиторами кальциневрина необходима коррекция дозы ингибиторов кальциневрина. Дозы рибавирина, подобранные индивидуально и составляли от 600 мг до 800 мг в день. У пациентов с ко-инфекцией ВГС/ВИЧ-1 следует выполнять стандартные рекомендации по режиму терапии. Рекомендации по сопутствующей противовирусной терапии ВИЧ-1 представлены в разделе «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами». **Пропуск приема препарата:** в случае пропуска приема таблетки, содержащей омбитасвир + паритапревир + ритонавир, назначенная доза может быть принята в течение 12 часов после запланированного времени. В случае пропуска приема таблетки, содержащей дасабувир, назначенная доза может быть принята в течение 6 часов после запланированного времени. В случае, если прошло более 12 часов с запланированного времени приема таблетки, содержащей омбитасвир + паритапревир + ритонавир или более 6 часов после запланированного времени приема таблетки, содержащей дасабувир, пропущенные дозы не принимаются и пациент должен принять следующую дозу согласно обычному графику приема препарата. **Побочные действия:** оценка безопасности основана на объединенных данных фазы 2 и 3 клинических испытаний более чем у 2600 пациентов, получавших препарат Викеяра Пак с рибавирином или без него. У пациентов, получавших препарат Викеяра Пак в сочетании с рибавирином, наиболее часто наблюдались побочными реакциями (более чем у 20 % пациентов) были усталость и тошнота. Ключевые побочные эффекты, полностью прекратившие лечение из-за побочных реакций, составило 1,2 % (25/2044), 1,3 % (27/2044) пациентов перешли (с возможностью дальнейшего возобновления) лечение из-за побочных эффектов. 7,7 % (158/2044) пациентов потребовалось снижение дозы рибавирина вследствие возникновения побочных реакций. Профиль безопасности препарата Викеяра Пак и рибавирина у пациентов с циррозом был таким же, что и у пациентов без цирроза. У пациентов в клиническом исследовании, получавших препарат Викеяра Пак без рибавирина, единственной зафиксированной побочной реакцией был зуд. Количество пациентов, полностью прекративших лечение из-за побочных реакций, составило 0,3 % (2/588), 0,5 % (3/588) пациентов сделали перерыв в лечении из-за побочных реакций. Во время постстратификационного использования препарата Викеяра Пак были выявлены реакции гиперчувствительности (включая ангионевротической отек), декомпенсация функции печени, печеночная недостаточность. Для получения подробной информации о побочных эффектах, пожалуйста, обратитесь к полной инструкции по медицинскому применению. **Лекарственные взаимодействия:** информацию о лекарственных взаимодействиях можно найти в полной инструкции по применению. Список препаратов, противопоказанных к применению с препаратом Викеяра Пак, указан в разделе «Противопоказания». **Особые указания:** в ходе клинических исследований препарата Викеяра Пак с рибавирином или без рибавирина примерно в 1 % случаев наблюдалось временное повышение активности АЛТ более чем в 5 раз выше верхней границы нормы. Биохимические показатели печени следует измерять в течение первых 4 недель терапии и, если показатели активности АЛТ в сыворотке превышают верхнюю границу нормы, то необходимо повторно провести исследование и далее контролировать активность АЛТ таких пациентов. У пациентов с ко-инфекцией ВГС/ВИЧ-1, которые получают курс терапии препаратом Викеяра Пак, следует также проводить антиретровирусную терапию, направленную на уменьшение риска развития резистентности к ингибиторам протеазы ВИЧ-1. Для пациентов с циррозом печени необходимо отслеживать все клинические признаки декомпенсации функции печени, например, асцита, печеночной энцефалопатии, кровотечения из варикозно расширенных вен; лабораторные показатели функции печени, в том числе, концентрацию прямого билирубина, следует оценивать перед началом терапии и в течение первых 4 недель после начала лечения, а также при наличии клинических показателей отменить препарат Викеяра Пак у пациентов с признаками декомпенсации функции печени. Не требуется коррекция дозы препарата Викеяра Пак у пациентов с легкой, средней и тяжелой степенью печеночной недостаточности. **Влияние на способность управлять транспортными средствами, механизмами:** пациенты должны быть проинформированы, что при применении препарата Викеяра Пак в сочетании с рибавирином наблюдалось незначительное влияние на способность управлять транспортными средствами. **Хранить** при температуре не выше 25 °С. **Срок годности:** 2 года. **Условия отпуска:** по рецепту. **Владелец регистрационного удостоверения:** ООО «ЗббВи», Россия, 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 1. **Производитель:** Дасабувир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг: ЗббВи Айрланд НЛ Б.В., Ирландия; Манорхамилтон Роуд, Слайго, Ирландия; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг + 75 мг + 50 мг: Фурнье Лабораториз Айрланд Лимитед, Ирландия; Эннгроув, Карригтвилли, Ко. Корк, Ирландия. **Фасовщик:** ЗббВи Инк., США 32 Н. Вокеран Роуд, Норт-Чикаго, Иллинойс 60064, США. **Упаковщик и выпускающий контроль качества:** ЗббВи Инк., США 32 Н. Вокеран Роуд, Норт-Чикаго, Иллинойс 60064, США или ЗАО «ОРТА», Россия, 157092, Костромская обл., Сузунский р-н, с. Северное, мкр-н Харитоновое, тел./факс: (4942) 650-806. **Регистрационное удостоверение:** ЛП-002965 от 21.04.2015. Полную информацию о препарате можно найти в зарегистрированной инструкции по применению препарата Викеяра Пак или обратившись по адресу: 125047, г. Москва, ул. Лесная, д. 7, БЦ «Белые Сады», здание «А» тел. +7 495 258 42 77, факс +7 495 258 42 87, e-mail: Russia.info@abbvie.com

- Andreone P, et al. ABT-450, ritonavir, ombitasvir, and dasabuvir achieves 97% and 100% sustained virologic response with or without ribavirin in treatment-experienced patients with HCV genotype 1b infection. Gastroenterol 2014; 147:359–365
- Ferenci P, et al. ABT-450/ombitasvir and dasabuvir with or without ribavirin for HCV. N Engl J Med 2014; 370:1983–1992
- Pocofsky F, Hezode C, Trinh R, et al. ABT-450/ombitasvir and dasabuvir with ribavirin for hepatitis C with cirrhosis. N Engl J Med. 2014;370:1973–1982.
- Londrino MC, et al. 41st Congreso Anual AEEH. 17-19 Feb. 2016. Madrid, España. P#114.
- Pereño C, et al. 41st Congreso Anual AEEH. 17-19 Feb. 2016. Madrid, España. P#95.
- Chinnemans S, et al. German Hepatitis C Cohort (GECOC) CRO 2016. (poster presentation)
- По данным аудита фармацевтического рынка IMS Health и мониторинга тендеров Курсор за 2015-1 кв. 2016. Из расчёта 3 упаковок препарата Викеяра Пак на 1 пациента
- 12 недель +/- P#6 для большинства групп пациентов. 24 недели + P#6 для больных с T1 после трансплантации печени и T1a* с циррозом печени.
- Схема применения препарата Викеяра Пак в комбинации с рибавирином в течение 12 недель может быть рассмотрена для некоторых пациентов на основе предшествующей терапии.
- Дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир

abbvie

RUHCV160439



Викеяра Пак
паритапревир/ритонавир,
омбитасвир, дасабувир

Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания

**МАТЕРИАЛЫ III ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ**

Сочи, 1-4 ноября 2016 г.

Сочи
2016

УДК 616.9
ББК 55.14
А 43

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное медико-биологическое агентство
Министерство здравоохранения Краснодарского края
Кубанский государственный медицинский университет
Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова
Международная ассоциация специалистов в области инфекций

Материалы III всероссийской научно-практической конференции с международным участием /Национальное научное общество инфекционистов, Кубанский государственный медицинский университет, Министерство здравоохранения РФ, министерство здравоохранения Краснодарского края – Москва: Изд. «Ваш полиграфический партнер», 2016. – 368 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н. В.Н. Городин,
д.м.н., профессор Л.И. Жукова,
к.м.н., доцент П.В. Лебедев

Техническая редакция: к.м.н., доцент П.В. Лебедев

ISBN 978-5-4253-0853-5

*Абдурахманов Д.Т., Бакулин И.Г., Богомолов П.О., Бурневич Э.З.,
Галушко М.Ю., Гейвандова Н.И., Жданов К.В., Знойко О.О., Ивашкин В.Т.,
Кижло С.Н., Климова Е.А., Константинов Д.Ю., Маевская М.В.,
Миронова Н.И., Морозов В.Г., Никитин И.Г., Осипенко М.Ф.,
Пасечников В.Д., Сагалова О.И., Хаертынова И.М., Чуланов В.П.,
Яковлев А.А., Колода Д. Е., Красавина Э.Н., Самсонов М.Ю.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИНГИБИТОРА ПРОТЕАЗЫ НАРЛАПРЕВИРА У ПЕРВИЧНЫХ И РАНЕЕ ЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С 1 ГЕНОТИПА БЕЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (ИССЛЕДОВАНИЕ 3 ФАЗЫ PIONEER)

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, г. Москва; Московский клинический научно-
практический центр Департамента здравоохранения г. Москвы;
Клиническая больница Центросоюза, г. Москва; Городская клиническая
больница № 24 Департамента здравоохранения г. Москвы;
ООО "МедЭлитКонсалтинг", г. Москва;

Ставропольская краевая клиническая больница; Военно-медицинская
академия имени С.М. Кирова Минобороны РФ, г. Санкт-Петербург;
Московский государственный медико-стоматологический университет им.
А.И. Евдокимова; Центр по профилактики и борьбе со СПИД и
инфекционными заболеваниями, г. Санкт-Петербург; Самарский
государственный медицинский университет Минздрава России;
Саратовская городская клиническая больница № 2 им. В. И. Разумовского;
ООО Медицинская компания «Гепатолог», г. Самара;
Центральная клиническая больница РАН, г. Москва;
Новосибирский государственный медицинский университет;
Ставропольский государственный медицинский университет;
Клиника Южно-Уральского государственного медицинского университета,
г. Челябинск; Казанская государственная медицинская академия;
Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии
Роспотребнадзора, г. Москва; Клиническая инфекционная больница
им. С.П. Боткина, г. Санкт-Петербург; Акционерное общество «Р-Фарм»,
г. Москва

Введение. В России, как и в большинстве стран мира, хронический гепа-
тит С (ХГС) является одной из главных причин тяжелого поражения печени,
оценочное число выявленных случаев ХГС в России составляет более 1,9
млн1.

Нарлапревир (НВР) – это первый отечественный ингибитор NS3-
сериновой протеазы вируса гепатита С. Для лечения ХГС нарлапревир при-
меняется совместно с ингибитором изофермента СУР3А4 ритонавиром 2,3. В
настоящее время завершена основная часть масштабного рандомизированно-
го, плацебо-контролируемого, с двойным слепым контролем исследования 3
фазы PIONEER, по изучению эффективности и безопасности НВР у 420 пер-

вичных и ранее леченных пегинтерфероном альфа и рибавирином (ПР) больных ХГС с 1 генотипом вируса без цирроза печени в 20 российских исследовательских центрах.

Материалы и методы: НВР 200 мг назначался с ритонавиром 100 мг внутрь, однократно в сутки совместно с ПР в течение 12 недель с последующим долечиванием ПР в течение 12 недель (общая продолжительность курса терапии – 24 недели). Больные контрольной группы получали ПР в течение 48 недель из них первые 12 недель совместно с плацебо НВР и ритонавира.

Результаты: Снижение уровня вирусной нагрузки (ВН) составило в среднем 5,3 log₁₀ через 2 недели лечения и 5,9 log₁₀ через 4 недели лечения в группе НВР, по сравнению с 1,5 log₁₀ через 2 недели лечения и 2,5 log₁₀ через 4 недели лечения в группе контроля. Устойчивый вирусологический ответ через 24 недели (УВО24) после окончания лечения в группе, получавших терапию с НВР, был зарегистрирован у 89,1% (163/183) первичных и у 69,7% (69/99) ранее леченных больных. УВО24 удалось достичь у 86,5% (32/37) больных с рецидивом, у 46,7% (7/15) с частичным ответом, у 61,9% (26/42) больных с «нулевым» ответом на предшествующий курс терапии ПР.

У первичных пациентов, получавших в исследовании терапию с НВР, частота достижения УВО24 при исходной степени фиброза печени F0-F2 (по METAVIR) составила 90,8% (148/163) и 75% (15/20) при степени фиброза F3. У ранее леченных ПР больных, получавших терапию с НВР, частота достижения УВО24 при фиброзе F0-F2 составила 72,6% (61/84) и 53,3% (8/15) при фиброзе F3, соответственно. При детализированном анализе результатов исследования в зависимости от стадии фиброза, у пациентов без опыта лечения на терапии с НВР показатель УВО24 при степени фиброза F0 составил 91,9% (57/62), при F1 – 93,3% (56/60), при F2 – 85,4% (35/41), при F3 – 75% (15/20), соответственно. У пациентов, с предшествовавшей неудачей на двойной терапии ПР, при лечении в группе с НВР УВО24 составил при фиброзе F0 – 71,4% (20/28), при F1 – 78,1% (25/32), при F2 – 66,7% (16/24) и при F3 – 53,3% (8/15), соответственно. При наличии у первичных пациентов двух критериев (степени фиброза F0-F1 и вирусной нагрузки (ВН) < 2 000 000 МЕ/мл) УВО24 составил 92,2% (108/116), тогда как в группе пациентов с ВН > 2 000 000 МЕ/мл и показателями фиброза F0-F1 – 93,8% соответственно.

В целом, добавление НВР, бустированного ритонавиром, к двойной терапии ПР не приводило к ухудшению профиля безопасности по сравнению с группой больных, получавших терапию ПР.

Выводы: Комбинированная терапия с НВР продемонстрировала высокую эффективность, как у первичных, так и у ранее леченных больных ХГС 1 генотипа без цирроза печени. Отмечено, что первичные пациенты с низкими показателями фиброза печени в большем проценте достигают УВО, вне зависимости от показателей исходной ВН.

Список литературы.

1. Чуланов В.П. и соавт. Хронический гепатит С как проблема здравоохранения России сегодня и завтра // Тер. архив. 2015 (11):5-10.

2. de Bruijne J. et al. Antiviral activity of narlaprevir combined with ritonavir and pegylated interferon in chronic hepatitis C patients // *Hepatology*. – 2010; 52 (5):1590-9.

3. Tong X, Arasappan A, Bennett F, Chase R, Feld B, Guo Z, Hart A, Madison V, Malcolm B, Pichardo J, Prongay A, Ralston R, Skelton A, Xia E, Zhang R, Njoroge FG. 2010. Preclinical characterization of the antiviral activity of SCH 900518 (narlaprevir), a novel mechanism-based inhibitor of hepatitis C virus NS3 protease. *Antimicrob Agents Chemother* 54:2365–2370. <http://dx.doi.org/10.1128/AAC.00135-10>

Абуова Г.Н., Лапшова Т.И.

ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ГРИППОМ И ОРВИ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ЭПИДСЕЗОНЕ 2015-2016 ГГ.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г.Шымкент, Казахстан

Цель: Оценка системы Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за гриппом в условиях Шымкентской городской инфекционной больницы в эпидсезоне 2015-2016 гг.

Методы: ретроспективный анализ клинической эффективности применения стандартного определения случаев гриппоподобного заболевания (ГПЗ), тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ), гриппа по медицинским картам стационарных больных в условиях Шымкентской городской инфекционной больницы; определение этиологической структуры гриппа лабораторным методом ПЦР.

Результаты: В 2014 году в Республике Казахстан был введен Дозорный эпидемиологический надзор за гриппом, который проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ и ЮНЭЙДС. Цели ДЭН: постепенное формирование массива базовых данных о тяжелых заболеваниях; выявление факторов риска осложнений от гриппа среди самых уязвимых групп населения; осуществление оценки бремени тяжелых форм гриппа среди населения в целом [1]. Взятые вместе, эти данные будут способствовать более целенаправленному использованию ограниченных ресурсов для профилактики и лечения гриппа среди приоритетных групп. Для учета случаев острой респираторной инфекции (в том числе гриппозной этиологии), потребовавших госпитализации, в качестве стандарта дается определение случая тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ). Диагноз ТОРИ ставится в случае заболевания, возникшего в течение предшествующих 7 дней, потребовавшего госпитализации на ночь и характеризующегося следующими проявлениями: лихорадка ≥ 38 °С – по результатам измерения или в анамнезе, а также кашель, а также одышка или затрудненное дыхание. Для эпиднадзора за менее тяжелыми формами гриппа и других респираторных инфекций, не требующих госпитализации, даются

определения случаев гриппоподобных заболеваний (ГПЗ) и острых респираторных инфекций (ОРИ) [1].

Результаты Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за гриппом выглядят следующим образом: в эпидсезоне 2015-2016 гг. с ноября по июнь в городскую инфекционную больницу было госпитализировано с диагнозом ОРВИ 5431 человек, из которых 477 пациентов в октябре 2015 года, 478 – в ноябре, 681 – в декабре, 888 – в январе 2016 года, 774 – в феврале, 540 – в марте, 561 – в апреле, 658 – в мае, 374 – в июне 2016 года. Среди госпитализированных с диагнозом ОРВИ ТОРИ были констатированы в 588 случаях, наибольшее их количество – в январе, феврале, декабре и в марте, что соответственно составило 185, 117, 108 и 52 случаев тяжелой острой респираторной инфекции. Согласно правил ДЭН часть из них была централизованно обследована в условиях вирусологической лаборатории методом ПЦР, всего 235 анализов, из которых в 103 пробах был обнаружен вирус гриппа, то есть у 44% обследованных пациентов. В 92,2% случаев (у 95 пациентов) выявлен тип А, субтип Н1N1, а в 7,8% (у 8 пациентов) – тип А, субтип Н3N2. Наибольшее количество лабораторного выявления случаев гриппа среди обследованных приходилось на январь и февраль 2016 года, в меньшем количестве – на декабрь 2015 года. Среди обследованных ТОРИ в марте-июне 2016 г. вирус гриппа лабораторно не обнаруживался. При сравнении с эпидсезоном 2014-2015 гг. число госпитализированных с диагнозом ОРВИ составляло 5963, из них ТОРИ – 517, было обследовано лабораторно – 174, в 56 случаях обнаружен вирус гриппа: тип А – 33 случая (Н3N2), что составило 59%, тип В – 22 случая (39%). В 1 случае верифицировать тип обнаруженного вируса не удалось.

Выводы: Таким образом, внедрение Дозорного эпидемиологического надзора в г.Шымкенте Южно-Казахстанской области в эпидсезонах 2014-2015 гг. и 2015-2016 гг. явилось действенной мерой мониторинга за эпидемиологической ситуацией по гриппу в уязвимых группах населения. В декабре – феврале месяцах 2015-2016 гг. установлена высокая частота циркуляции вирусов тип А, Н1N1 – в 92,2% случаев и тип А, Н3N2 – в 7,8% случаях. Большое число госпитализаций в марте – июне 2016г. обусловлены, вероятно, отличными от вируса гриппа возбудителями из группы ОРВИ.

Список литературы.

1. Руководство Европейского регионального бюро ВОЗ по дозорному эпиднадзору за гриппом среди людей. Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

Авдеева М.Г., Ганжа А.А., Мелитонян А.С.

КЛИНИКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИКТЕРОГЕМОМОРРАГИЧЕСКОГО ЛЕПТОСПИРОЗА В ПРОШЛОМ И НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Лептоспироз – один из наиболее распространенных в мире и тяжело протекающих зоонозов, впервые описан в 1886 г. Вейлем, а в 1888 г., учеником С.П. Боткина – Н.П. Васильевым. Первые описания лептоспироза у животных на Северном Кавказе, сделанные С.Н. Никольским, В.И. Терских и М.В. Земсковым, относятся к 1935-40 гг. В Краснодарском крае Г.Н. Ковальский в 1941 году наблюдал эпидемическую вспышку водной лихорадки среди животноводов Ленинградского района, связанную со свиньями, больными лептоспирозом. У человека лептоспироз проявляется в виде острого заболевания с выраженной лихорадкой, интоксикацией, поражением почек, печени, центральной нервной системы, развитием геморрагического синдрома, имеет затяжную реконвалесценцию [1,2].

В настоящее время лептоспироз регистрируется с разной интенсивностью во всех округах России, так в 2012 году он наблюдался на 37 административных территориях, а заболеваемость в 2015 году составила 0,26 на 100 тыс. населения. Наиболее высокая заболеваемость отмечается в Северо-Западном, Южном и Центральном федеральных округах [3-5]. Существующий на Кубани активный природный очаг лептоспироза, поддерживает заболеваемость с периодическими подъемами каждые 3-4 года (0,61-12,0 на 100 тыс. населения). Наиболее неблагоприятный период в регионе наблюдался в 80-90-е годы 20 века, когда заболеваемость по краю более чем в 10 раз превышала общероссийские показатели и поднималась в отдельные годы до 8,1–29,6 на 100 тысяч населения [3,6,7]. С 2008 года в крае произошло снижение уровня заболеваемости до 0,4-0,8 на 100 тыс. населения, при этом сохраняются спорадические случаи, имеющие тяжелое осложненное течение с летальностью до 15%. В настоящее время в России ежегодно регистрируется от 300 до 500 случаев лептоспироза, в Краснодарском крае – от 40 до 21 случая в 2015 году. Разнообразие клинических проявлений лептоспироза зачастую ведет к поздней диагностике, несвоевременному лечению, возникновению осложнений заболевания, росту летальности.

Цель исследования: повышение качества клинико-лабораторной диагностики современного течения лептоспироза на основе сравнения течения заболевания в период 2010-2015гг. и период 1981-1995 гг.

Материалы и методы. Нами изучено 108 карт стационарного наблюдения пациентов, проходивших лечение в ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» г. Краснодара с 2010 по 2015 гг. (исследуемая

группа). Результаты сопоставлены с данными предшествующих исследований 446 больных за период 1981-1995 гг. (группа сравнения).

Результаты и обсуждения. Из числа госпитализированных больных исследуемой группы, иктерогеморрагический лептоспироз встречался в разные годы у 61-71,2%. В группе сравнения, лептоспироз, вызванный *L. Icterohaemorrhagiae* доминировал (свыше (90%).

В исследуемой группе среди заболевших преобладали мужчины (98,5%), средний возраст составил $47,9 \pm 1,3$. В период 1981-1995 годы среди заболевших, мужчины составляли 96,6%, в возрасте до 40 лет – 46%, старше 40 лет – 50%. Среднее количество койко/дней, в зависимости от формы тяжести заболевания, составляет $23-31 \pm 1,5$ койко/дня, в ранее изучаемом периоде – $26,9 \pm 1,3$.

Эпидемиологический анамнез подтверждался у 91% больных исследуемой группы: это были пациенты, выезжающие на природу и дачные участки. В сравниваемом периоде (1981-1995 гг.) эпидемиологический анамнез был уточнен в 92% случаев; заболевание возникало у рыбаков, рисоводов и животноводов. Сезонность заболеваемости – июнь-сентябрь, как в настоящее время, так и в предыдущий период (78%). Было отмечено, что среди заболевших, процент сельских жителей снизился с 71% до 37%, а городских – увеличился с 29% до 63%.

Больные поступали в стационар на 8-13 сутки заболевания (средний день обращения составил – 4,4). Выявленные клинические симптомы за сравниваемые периоды: острое начало с ознобом, температура тела $39-40^{\circ}\text{C}$ наблюдались у всех пациентов, слабость – у 64% и 94% больных, соответственно; головная боль – у 32% и 92%, икроножный синдром наблюдался в 80% и 86% случаев; рвота возникала у 12% и 59% соответственно; Желтуха при тяжелом течении заболевания наблюдалась в 75% случаев, при среднем – у 37% больных. В 1981-1995 гг. при тяжелом течении желтуха была у 91,8% больных, при среднем – у 63,0% больных. За анализируемый период гепатомегалия отмечалась у 69,4%, спленомегалия – у 3,6%. За сравниваемый период гепатомегалия наблюдалась у всех больных при наличии желтухи, у 58,9% – при ее отсутствии; а спленомегалия выявлялась у 7% больных; Олигоанурию в сравниваемых периодах выявляли в 32% и 52% соответственно.

У госпитализированных больных наблюдались следующие осложнения: острая почечная недостаточность у 69% пациентов, острая печеночная недостаточность у 55%, геморрагический синдром возникал в 48% случаев, респираторный дистресс-синдром – у 28% больных, инфекционно-токсический шок – у 48%, пневмония у 24% пациентов, реактивный панкреатит отмечался в 40% случаев, анемия – в 42%, острая дыхательная недостаточность – у 32% пролеченных больных. Нередко, при тяжелом течении у больных наблюдались сочетанные осложнения и полиорганная недостаточность.

В периоде с 1981-1995 гг. были выявлены осложнения: у 79% больных отмечалась острая почечно-печеночная недостаточность, респираторный дис-

тресс-синдром развивался у 8% больных, геморрагический синдром – у 47%, инфекционно-токсический шок в 42% случаев, пневмония – в 16%.

Лабораторные данные за анализируемый период 2010-2015гг. были следующие: лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом отмечался в 100% случаев, тромбоцитопения – у 88% пациентов, анемия у 1/3 больных, ускорение СОЭ в 92% случаев. Гипербилирубинемия (за счет прямой фракции) регистрировалась у 76% больных. Средние показатели АСТ $101,5 \pm 11,2$ Ед/л; АЛТ $73,0 \pm 7,1$ Ед/л, мочевины $23,2 \pm 12,6$ мкмоль/л, креатинин $284,5 \pm 23,4$ мкмоль/л. В сравниваемом периоде 1981-1995гг. колебания лабораторных данных отличались незначительно.

Специфическая лабораторная диагностика: реакция микроагглютинации лизиса лептоспир (РМАЛ) была положительной у 95,9% больных, в 61% случаев выявлялись положительные титры к *L. Icterohaemorrhagiae*. В настоящее время широко применяют экспресс-диагностику лептоспироза, используя реакцию Байрам-Али-сладж-агглютинации (БАСА), в 77,5% наблюдались положительные титры. В периоде 1981-1995 гг. применялась РМАЛ и ПЦР. При тяжелом течении в разные сроки заболевания положительные титры РМАЛ отмечались в 43-95% случаев, ПЦР – у 1/3 больных.

Выводы. Доля иктерогеморрагического лептоспироза снизилась, однако, он остается доминирующим в группе. В основном поражаются мужчины трудоспособного возраста, чаще городские жители. Эпидемиологический анамнез в большинстве случаев присутствует, но изменились группы риска: пациенты, выезжающие на природу и дачные участки. В настоящее время преобладают тяжелые формы заболевания с развитием ряда осложнений (ОПН, ОППН, ОДН, РДСВ, ДВС), в различных сочетаниях с формированием в тяжелых случаях полиорганной недостаточности. В сравниваемых группах сохраняется типичная клиническая картина лептоспироза. Лабораторные данные отражают основные звенья инфекционного процесса. Для ранней диагностики лептоспироза применяют высокочувствительную реакцию БАСА. Для подтверждения диагноза основным лабораторным методом является РМАЛ. В настоящее время наблюдается эпидемиологический спад заболеваемости, но наряду с этим увеличивается доля тяжелых форм, что приводит к росту летальности.

Список литературы.

1. Авдеева М.Г. Исходы и течение отдаленной реконвалесценции при иктерогеморрагическом лептоспирозе. Клиническая медицина. 2003; 81 (6): 42-7.
2. Авдеева М.Г. Причины летальных исходов лептоспироза. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2003; 6: 30-3.
3. Авдеева М.Г., Белозеров Н.Ю., Понкина О.Н., Стриханова О.В. Патологическая анатомия и танатогенез иктерогеморрагического лептоспироза. Кубанский научный медицинский вестник. 2004. Т. 71-72. № 5-6. С. 23-6.

4. Авдеева М.Г., Бондаренко И.Н. Оксид азота сыворотки крови как дополнительный критерий оценки течения лептоспироза. Клиническая лабораторная диагностика. 2006;11:50-2.

5. Авдеева М.Г., Городин В.Н., Пронин М.Г. Лептоспироз: осложнения, причины смерти и патоморфогенез / Эпидемиология и инфекционные болезни. 2015. Т. 20. № 3. С. 36-46

6. Городин В.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика лептоспироза в Краснодарском крае // Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» министерства здравоохранения РФ, Краснодар, 2016, С. 62-66.

7. Городин В.Н., Лебедев В.В., Заболотских И.Б. Современные аспекты гемостазиологических нарушений и возможности их коррекции при тяжелых формах лептоспироза (обзор). Анестезиология и реаниматология. 2004. № 3: 24-9.

8. Мельник Г.В., Авдеева М.Г., Пискунов О.В. Значение миоглобина в патогенезе лептоспироза. Терапевтический архив. 1997; 69. №4. С. 69-72.

*Авдеева М.Г., Городин В.Н., Гафурова О.Р., Ковалевская О.И.,
Яковчук Е.Е., Журавлев А.Ю.*

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПОДЪЕМ ВЫСОКОПАТОГЕННОГО ГРИППА А (H1N1) В 2015-2016 гг., ТЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ, ВЛИЯНИЕ НА ИСХОДЫ РОДОВ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Эпидсезон гриппа и ОРВИ 2015-2016 гг. отличался умеренной интенсивностью эпидпроцесса с широким географическим распространением заболеваемости в большинстве субъектов РФ. В Краснодарском крае начало подъема заболеваемости зарегистрировано со 2-й календарной недели 2016 г. с пиком заболеваемости на 4-5 неделе. По совокупному населению и в разрезе отдельных возрастных групп регистрировалось умеренное превышение эпидпорога на пике заболеваемости на нескольких территориях края. В структуре циркулирующих респираторных вирусов преобладал вирус гриппа А (H1N1)/2009, его доля среди положительных находок на пике эпидподъема заболеваемости составляла 98%. Из числа вирусов не гриппозной этиологии преобладал РС-вирус.

На пике заболеваемости зарегистрировано также максимальное число случаев внебольничных пневмоний (более 1000 в неделю). Число летальных исходов превысило среднемноголетний уровень на 20%. Все умершие были не привиты от гриппа, у 84,5% имелась отягчающее течение заболевания сопутствующая патология [2-3].

Особую группу риска в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом А (H1N1), как показали клинические наблюдения последних лет, составляют беременные. В этой группе отмечается повышенная заболеваемость, чаще регистрируется пневмония, возможны неблагоприятные исходы беременности, выше риск летального исхода [1,4]. При этом тяжесть течения гриппа возрастает с увеличением срока гестации. Необходима разработка тактики профилактики гриппа в этой группе населения [5].

Цель исследования: совершенствование диагностики и лечения гриппа А (H1N1) у беременных на основе анализа клинико-лабораторных данных и эффективности терапии.

Методы исследования: проведено клиническое наблюдение 85 беременных, находившихся на лечении в ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом А (H1N1) с декабря 2015 по февраль 2016 гг. Диагноз Грипп А (H1N1) был подтвержден во всех случаях выделением РНК вируса гриппа А (H1N1) методом ПЦР в соскобе из носоглотки. Проведена оценка результатов лабораторного обследования. Проанализированы исходы родов, наступивших после перенесенного гриппа, у 38 беременных.

Полученные результаты: Средний возраст женщин составил 28 лет. Беременность в I триместре была у 18 (21,1%), во II триместре – у 20 (23,5%), в III – у 47 (55,2%) женщин. Пациентки обращались за медицинской помощью в среднем на 3 день болезни. При первичном обращении за медицинской помощью было госпитализировано 100% заболевших. При поступлении диагноз «грипп» установлен в 4%, в остальных случаях диагноз выставлялся синдромально: «ОРИ» – 96%, «ОРИ, пневмония» – 4%. Сопутствующая патология: ожирение II-III степени наблюдалось у 2 (2,35%) беременных, гипотиреоз – 1 (1,17%), хронический гастрит у 3 (3,52%) беременных, инфекция мочевыводящих путей у 13 (15,29%). По результатам осмотра гинеколога наблюдались следующие осложнения беременности: угроза прерывания – у 3 (3,52%), эрозия шейки матки – у 1 (1,17%), анемия беременных – у 42 (49,4%).

У всех беременных заболевание начиналось остро, повышение температуры отметили 95%, озноб наблюдался у 9 (10,5%) пациенток, температура 37,0-38,5оС наблюдалась у 37 (43,5%), 38-38,9оС – у 48 (56,4%). Продолжительность лихорадки в среднем составляла 4 дня. Жалобы на миалгии предъявляли 7 (8,23%) человек, головную боль – 63 (74,1%), артралгии – 4 (4,70%) беременных. Катаральный синдром в виде першения в горле отмечен у 82 (96,4%) беременных, симптомы заложенности носа наблюдались у 70 (82,3%). Сухой кашель наблюдался у 72 (84,7%), влажный у 10 (11,7%). Снижения сатурации ниже 96% от нормы не наблюдалось, у 7 (8,23%) беременных отмечалась тахикардия.

Грипп протекал в среднетяжелой форме у 82 (96,4%), в 3 (3,52%) случаях отмечено тяжелое течение. Пневмония развилась у 27 (31,7%), острый бронхит – у 24 (28,2%) беременных.

В общем анализе крови на 1 неделе заболевания существенных отклонений от нормы не было. В тоже время, лейкоцитоз регистрировался у 8 (9,4%), лейкопения – у 2 (3,84%), лимфоцитопения – у 24 (28,2%), тромбоцитопения – у 11 (12,9%), снижение уровня гемоглобина наблюдался – у 30 (35,2%). Среднее значение содержания моноцитов в крови находилось на нижней границе нормы и составило $0,7 \pm 0,12 \times 10^9/\text{мкл}$, так же отмечено снижение среднего содержания тромбоцитов $150,6 \pm 1,27 \times 10^9/\text{мкл}$.

В общем анализе мочи протеинурия наблюдалась – у 9 (10,5%), отмечено присутствие белка в моче $0,2 \pm 0,03$, наличие слизи и бактерий отмечалось – у 16 (18,8%). В биохимическом анализе крови обращало внимание повышение активности АЛТ – у 3 (3,52%), АСТ – у 2 (3,84%), мочевины – у 3 (3,52%), КФК – у 2 (3,84%), снижение ЛДГ отмечалось – у 4 (4,7%), СРБ в среднем был повышен $12,9 \pm 3,08 \text{ mg/dl}$.

Анализ исхода родов, наступивших за период наблюдения у 38 беременных, перенесших грипп, показал: роды путем кесарева сечения имели место у 3 (7,9%), протекали без патологии у 29 (76,3%). В 6 случаях (15,8%) наблюдалась патология со стороны новорожденного.

В I триместре перенесли грипп 12 беременных, среди них осложнений не наблюдалось. Во II триместре перенесли грипп 16 беременных, среди них осложнения отмечались в 2-х случаях (12,5%) в виде врожденного порока сердца – открытие овального окна (5,2% к общему числу родов). В III триместре перенесли грипп 10 беременных, среди них осложнения зарегистрированы в 4-х случаях (40%): гипоксия плода и зеленые воды – у 1 (2,6% к общему числу родов), внутриутробное воспаление легких – у 1 (2,6%), желтуха новорожденных – у 2 (5,2%).

Противовирусная терапия назначалась 85 беременным с 1 дня поступления. Беременные были пролечены следующими схемами. Осельтамивир с ампициллином был назначен 68 (80%) беременным. Осельтамивир и цефтриаксон – 10 (11,76%) беременным. В 11 случаях беременным была назначена тройная терапия препаратами: тамифлю, цефтриаксон, ровамицин – 2 (2,35%); тамифлю, цефтриаксон, азитромицин – 4 (4,70%); тамифлю, цефтриаксон ампициллин – 5 (5,88%). В условиях реанимационного отделения получали лечение 2 беременные с тяжелым течением заболевания и развитием ОДН I-II степени, потребовавшей масочной инсуффляции кислорода. Получены положительные результаты лечения.

Несмотря на сопутствующую патологию, относящуюся к факторам риска течения гриппа (ожирение) и наличие беременности в половине случаев на стадии третьего триместра, лечение во всех случаях было успешным. Летальных исходов не было. Выписаны с выздоровлением или улучшением 85 беременных. Средний койко-день составил 7 дней.

Заключение: Высокопатогенный грипп А (H1N1)2016 у беременных при раннем обращении за медицинской помощью и назначении противовирусной терапии чаще протекал в среднетяжелой форме. В начальный период заболевания преобладала фебрильная лихорадка, головная боль, другие интоксика-

ционные проявления были выражены меньше, чем при классической картине гриппа А. Катаральный синдром не яркий, нередко характеризовался рано присоединяющимся кашлем. Основным осложнением гриппа, определяющим тяжесть состояния, была пневмония, развившаяся у одной трети больных. Ранняя антибактериальная и противовирусная терапия препятствовали формированию тяжелых поражений легких и прерыванию беременности. Грипп, перенесенный в I триместре беременности существенно не влиял на исходы родов и состояние новорожденного. Развитие гриппа во II триместре привело к формированию врожденных пороков развития в 12,5% наблюдаемых случаев. Особого внимания при оказании медицинской помощи требуют женщины, перенесшие грипп в III триместре беременности, в этой группе патология со стороны новорожденных отмечена в 40% случаев.

Список литературы.

1. Авдеева М.Г., Ковалевская О.И., Гафурова О.Р. Высокопатогенный грипп А (H1N1) у беременных по материалам наблюдения в эпидемиологический подъем 2015-2016 гг. / В сборнике: «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России» Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ. 2016. С. 9-11.

2. Городин В.Н., Мойсова Д.Л., Яковчук Е.Е., Угрюмова Л.А., Пронин М.Г., Чернявская О.В., Рыхлевич Е.Г., Головчанская К.В. Диагностическое значение уровней КФК и ЛДГ при гриппе / В сборнике: «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России» Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ. 2016. С. 71-72.

3. Городин В.Н., Пронин М.Г., Чернявская О.В., Дубина Н.А., Князева Н.С. Клинико-лабораторные предикторы развития осложнений у больных гриппом А (H1N1)/Калифорния/07/2009 / В сборнике: «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России» Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ. 2016. С. 72-74.

4. Запольских А.М., Лыткина И.Н., Михеева И.В., Малышев Н.А., Базарова М.В., Серобян А.Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа А (H1N1)pdm у беременных / Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2014. № 1 (74). С. 66-73.

5. Яцышина С.Б., Миненко А.Н., Кушакова Т.Е., Прадед М.Н., Кудрявцева А.В., Шипулин Г.А., Малеев В.В., Покровский В.И. Пандемический грипп А/H1N1 (SW2009) в России: эпидемиология, диагностика, клиническая картина и лечение / Терапевтический архив. 2010. Т. 82. № 11. С. 10-14.

Агапова Е. Г., Притулина Ю. Г.

АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРЗ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ГРУППЫ ВОЕННЫХ ПЕНСИОНЕРОВ

Медико-санитарная часть 02526

Воронежский государственный медицинский университет, г. Воронеж

На современном этапе не теряет актуальности проблема гриппа и ОРЗ. Величину ущерба, наносимого гриппом и гриппоподобными инфекциями можно сравнить лишь с травматизмом, сердечно – сосудистыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями. Как непосредственная причина смерти грипп регистрируется в 25% случаев. В структуре смертности от гриппа ведущее место занимают больные старше 65 лет (80-90%) [1]. Частое развитие при гриппе и в ближайший постинфекционный период инфарктов миокарда, инсультов и других тяжелых осложнений, обусловлено поражением эндотелия сосудов. Кроме того, доказано влияние гриппа на отсроченную смертность (в течение 2 месяцев после перенесенного заболевания), от субарахноидального кровоизлияния, острого инфаркта миокарда [2,3].

Проведено медико-социальное исследование с применением методов анкетного опроса, контент анализа, фокус – группы 70 военных пенсионеров, как наиболее однородной группы по медико-социальным параметрам. Особенностью исследования данной группы, является гендерная асимметрия выборки, с преобладанием лиц мужского пола.

Исследование показало, что практически все респонденты (96%) хотя бы раз в год переносят грипп или гриппоподобное заболевание, 83% – считают грипп тяжелым заболеванием. Сведения о гриппе большинство получает из нескольких источников: от медицинских работников – 70%, из интернет-ресурсов – 19%, телевиденья – 30% из печатных изданий – 11%, от знакомых, соседей – 16%. К вакцинации относятся, как к достаточно эффективной мере профилактики – 42%, затрудняются ответить на вопрос об эффективности данной процедуры – 58%. Тем не менее только 30% проходит ежегодную вакцинацию от гриппа, 27% – вакцинируются не ежегодно, 43% – никогда не прививаются. Охват вакцинацией от гриппа отличается в группе не работающих и трудозанятых. В группе неработающих ежегодно вакцинируется от гриппа – 11%, отказываются от вакцинации – 55%, вакцинируются не ежегодно – 34%. В группе трудозанятых лиц отмечалось следующее соотношение: 38% вакцинируется от гриппа ежегодно, 33% периодически, 29% отказываются от прививки. Химиофилактику в период подъема заболеваемости проводят 57% респондентов, но в группе трудозанятых этот показатель выше – 62%, по сравнению с не работающими – 32%. Большая часть соблюдает кратность и длительность приема препаратов при назначении терапии лечащим врачом – 76%, часть пациентов – 24% самостоятельно отказывается от дальнейшего приема препаратов при улучшении самочувствия. У 10% от-

мечалось обострение хронического заболевания после перенесенного гриппоподобного заболевания. Основными симптомами, способствующими обращению к врачу, является повышение температуры тела свыше 38С, появление головной боли, боли в мышцах и суставах. Большинство из трудозанятых лиц – 66% предпочитают не брать листок нетрудоспособности, несмотря на инфекционный характер заболевания. Большая часть респондентов считают эффективными отечественные противовирусные препараты –82%. При возникновении симптомов простудного заболевания иногда прибегают к народным средствам – 35%, антибиотикам – 10%.

Выводы: Учитывая пожилой возраст, особенности прохождения службы, бывшие военнослужащие имеют подчас несколько хронических заболеваний и, следовательно, рисков по тяжелому течению гриппа. В настоящее время медицинские работники не в достаточной мере задействованы в профилактических мероприятиях, мало времени отведено на разъяснительную профилактическую работу, так как отмечается загруженность поликлинического звена. Целесообразно усилить меры по профилактике путем создания тематических передач, интернет ресурсов, печатных изданий, заинтересовать работодателей в необходимости вакцинации работников пожилого возраста. Врачам необходимо разъяснять пациентам о том, что не следует самостоятельно прекращать прием назначенных препаратов, при улучшении самочувствия. Включение аптечных работников в процесс лечения, способствует необоснованному назначению антибиотиков, позднему обращению к специалистам. Трудозанятая группа военных пенсионеров более активна в отношении вакцинопрофилактики, химиопрофилактики респираторных инфекций. Возможно, пролонгирование социальной и трудовой деятельности, способствует более внимательному отношению к своему здоровью. В тоже время отказ о пребывания на листке нетрудоспособности, несмотря на наличие симптомов респираторного заболевания, передающихся воздушно-капельным путем, способствует затяжному течению и распространению инфекций.

Список литературы.

1. Ерофеева М.К. Профилактика гриппа и других острых респираторных заболеваний в группах риска [Текст]. автореф. дисс. ... д-ра мед наук : 14.00.30 / Санкт – Петербург – 2001. – с.8-10.
2. Салтыкова Т.С. Заболеваемость гриппом и отсроченная смертность лиц старше 60 лет [Текст] : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.02.02 / Москва – 2010. – с.6-8.
3. Чернышкова Е.В. Статус медицинских практик в пролонгировании активного образа жизни пожилых людей / Е.В. Чернышкова, Е.А. Андриянова //Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие: материалы IV Всероссийского конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСПИИ. Секция медицины. – М.: 2012. – 0,25 п.л. – URL: http://www/ssa-rss/ru/jil_ovsk_ful/html.

*Агафонов В.М., Бурмагина И.А., Колесникова Е.Е.,
Веселова Т.М., Вепрева Л.В.*

ХАРАКТЕРИСТИКА ТУЛЯРЕМИИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Северный государственный медицинский университет, Центр инфекционных болезней Архангельской областной клинической больницы, Архангельск

На территории Архангельской области ежегодно регистрируются случаи туляремии, в 2010 наблюдался подъем заболеваемости, которая значительно превысила среднероссийские показатели. В области проводится активная вакцинация населения эндемичных районов. Никто из заболевших не был вакцинирован против туляремии. Заболевание регистрировалось с мая по октябрь. Преобладающей клинической формой туляремии была кожно-бубонная, на которую пришелся 91% всех случаев заболевания, ангинозно-бубонная диагностирована у 6% больных. Значительное число заболевших туляремией отмечено среди жителей городов, выезжавших в эндемичные сельские районы. Единичные случаи отмечены у городских жителей, не выезжавших за городские территории и отмечавших укусы комаров.

Проведены наблюдения 53 больных туляремией в 2011 – 2015 годах в условиях инфекционного стационара. Из них дети составили 26,8%, взрослые – 73,2%.

У всех больных была кожно-бубонная форма заболевания. Двое больных были переведены в хирургическое отделение с признаками абсцедирования бубона.

Наибольшее количество инфицирований произошло в центральных и южных районах области.

Всем больным диагноз был подтвержден серологически (РНГА, РА) с нарастанием титра антител в динамике в 4 и более раз.

Средний койко-день составил 18,2 дня. Заболевание протекало в средне-тяжелой форме у всех больных. У 4-х пациентов наблюдался рецидив заболевания.

Все пациенты получали антибактериальную терапию цефтриаксоном, ципрофлоксацином, доксициклином. При нагноении бубона проводилось хирургическое вмешательство.

Больные поступали в стационар с августа по ноябрь, наибольшее количество – в сентябре и октябре.

Заболевание было связано с укусом клещей у двух пациентов, у остальных – с укусами комаров.

Лихорадочный период продолжался от 3-х до 16 дней с максимальным подъемом до 38,5°C, после начала антибактериальной терапии температура продолжала сохраняться на субфебрильных значениях. Все пациенты отмечали общее недомогание, головную боль, миалгии, треть пациентов жаловались на тошноту.

Локализация бубона у большинства пациентов была в паховой области, первичный аффект наблюдался на голени и тыльной поверхности стопы. Размеры бубона достигали 5 см. Болезненность в области бубона отмечали все пациенты.

На фоне антибактериальной терапии наблюдалось постепенное уменьшение размеров и болезненности бубона. При выписке сохранялось небольшое увеличение размеров лимфаденита, язвочки в области первичного аффекта при выписке имели вид пигментного пятна.

Таким образом, туляремия остается актуальной инфекцией и часто представляет трудности в начальном периоде болезни в процессе дифференциального диагноза с банальными лимфаденитами.

Список литературы.

1. Кареткина Г.Н., Ющук Н.Д. Туляремия // Врач. – 2006. – №4. – С. 22-26.
2. Лучшев В.И., Никифоров В.В., Санин Б.И. Туляремия // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 34–36.
3. Мещерякова И.С. Туляремия: современная эпидемиология и вакцинопрофилактика (к 80-летию создания первой туляремийной лаборатории в России) // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2010. – № 2. – С. 17-22.
4. Нафеев А.А., Савельева Н.В., Сibaева Э.И. Лабораторные исследования в диагностике природно-очаговых инфекций // Клиническая лабораторная диагностика, 2011. – № 5. – С. 52–53.
5. Попов В.П., Орлов Д.С., Безсмертный В.Е. Эпизоотологическая и эпидемиологическая обстановка в природных очагах туляремии на территории Центрального федерального округа Российской Федерации в 1992-2011 гг. // Проблемы особо опасных инфекций. – 2012. – №4 (114). – С. 10-14.

Аксенова В.А.

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ НА ПЕРИОД ПОСЛЕ 2015 ГОДА

НИИ фтизиопульмонологии, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва,

Введение. Общеизвестно, что борьба с туберкулезом основывается на трех принципах: во-первых, быстром и раннем диагнозе; во-вторых, незамедлительном начале эффективного лечения, которое должно мониторироваться до конца, и, в-третьих, прекращении передачи инфекции. Без решения этих проблем справиться с распространением инфекции невозможно. Так что же происходит с туберкулезом в настоящее время в России? Какова эпидемическая ситуация? И что нового появилось в научных исследованиях во фтизиопедиатрии? Этим вопросам посвящено данное исследование.

Цель – определить особенности туберкулеза у детей в России в настоящее время, наметить новые подходы к профилактике и раннему выявлению туберкулеза.

Материалы и методы. Одним из наиболее сложных вопросов, которые нам необходимо было решить это выяснить истинную эпидемическую ситуацию по туберкулезу в стране и определить факторы на нее влияющие. Для этого нами проведен анализ эпидемиологических показателей по детскому туберкулезу (источники: формы Федерального статистического наблюдения № 8 и №33, население – формы № 1 и № 4) в период с 1990-го по 2015 год в целом по Российской Федерации. С целью изучения результатов внедрения пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным как метода обследования на наличие туберкулезного процесса в группах риска нами проведено широкомасштабное ретроспективное сплошное наблюдение в 65 территориях РФ с 2010 по 2012 гг. (n=2262194). Пациентов групп риска на участке педиатра обследовано в 26 территориях РФ 154418 человек.

Результаты и обсуждение. Изучение официальных государственных статистических показателей по туберкулезу у детей за последние два десятилетия показало, что если на первом этапе увеличение числа больных туберкулезом детей можно было объяснить только ухудшением экономических условий в стране, то в последующем на фоне снижения показателей заболеваемости взрослого населения, продолжающееся увеличение числа как выявленных больных детей с активным процессом, так и с туберкулезом в фазе обратного развития (с посттуберкулезными петрификатами) не может характеризовать эпидемиологическую ситуацию в стране, а больше свидетельствуют о дефектах работы при скрининговых обследованиях на туберкулез детского населения.

Изучение результатов внедрения пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) в 65 территориях РФ показал, что больных активным туберкулезом было 7631 человек, пациентов с впервые выявленными остаточными посттуберкулезными изменениями 2573 человек, пациентов VI ГДУ – 595129 человек. Положительные реакции составили от 10,8% до 14,1%. За этот период времени выявление больных туберкулезом детей при помощи пробы с АТР составило 0,2%. Выявление туберкулеза из числа лиц с положительными реакциями на пробы с АТР составило в 2010 году 2,1%, в 2011 году – 1,3%, в 2012 году – 1,6%.

Нами доказано, что внедрение нового инновационного метода обследования детей с целью идентификации туберкулезной инфекции и выявления локальных форм туберкулеза дает возможности формирования на участке фтизиатра групп наиболее высокого риска заболевания туберкулезом и обеспечивает возможность эффективного проведения профилактического лечения среди лиц, наблюдающихся у фтизиатра в группах риска.

Выводы. Резюмируя вышеизложенное можно заключить, что продолжающийся рост показателей по туберкулезу у детей в России в последние годы с последующим снижением к 2015 году, произошли благодаря внедрению но-

вых методик диагностики в детском возрасте в регионах страны. Переход на скрининг с АТР всего детского населения старше 8 лет позволяет улучшить качество ранней диагностики туберкулеза, способствует более полноценному излечению различных проявлений туберкулезной инфекции у детей и подростков и повышению эффективности противотуберкулезной помощи детям и подросткам в целом.

Список литературы.

1. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России. // Проблемы туб. – 2002. – №1. – С. 6-9.
2. Барышникова Л.А. Сиротко И.И, Новые возможности организации раннего выявления туберкулеза у подростков / Туберкулез и болезни легких. – 2014. – №8. – С.19
3. Долженко Е.Н. Диагностические возможности аллелгена туберкулезного рекомбинантного в скрининг-диагностике туберкулезной инфекции у детей подросткового возраста в Рязанской области / Е.Н. Долженко, Е.Г. Шейкис [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – № 6. – С. 31-36.
4. Кожная проба с препаратом «Диаскинтест» – новые возможности идентификации туберкулезной инфекции /Под ред. Академика РАН и РАМН М.А. Пальцева. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2011. – С.40-96.
5. Туберкулез в Российской Федерации, 2012/2013/2014 гг.: аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2015. – 298 с.

Алымбаева Д.Б., Куватова Д.О., Радченко Е.А., Мамбетова А.И.

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С НА ФОНЕ ГАСТРОДУОДЕНИТА, ВЫЗВАННОГО HELICOBACTER PYLORI

Кыргызско-Российский Славянский университет, медицинский факультет,
кафедра инфекционных болезней, г. Бишкек

Противовирусная терапия (ПВТ) хронического вирусного гепатита С (ХВГС) представляет собой проблему не только финансового толка, но и затрагивает аспекты приверженности лечению со стороны самого пациента.

Выраженность побочных эффектов ПВТ ХВГС не всегда позволяет завершить полный курс лечения, тем самым не достигается конечная цель лечения – устойчивый вирусологический ответ (УВО).

Цель исследования: выявить факторы, влияющие на эффективность ПВТ у больных ХВГС.

Методы исследования: Исследование проведено на базе медицинского центра КафМедЦентр Плюс (Кыргызстан, г.Бишкек). В исследование включены 834 пациента наблюдавшиеся с 2012 по 2015 гг. с диагнозом ХВГС. Диагноз ХВГС выставлялся на основании совокупности клинико-

эпидемиологических, биохимических, серологических, вирусологических и инструментальных методов исследований. Кроме того, больным наблюдавшимся с 2013 года проводился иммуноферментный анализ (ИФА) на *H. pylori*.

Больные, включенные в исследование, были разделены на 2 группы. В первую (I) группу были включены пациенты (381 больной) получавшие ПВТ по стандартной схеме (пегилированный интерферон (ПЕГ-ИФН) в сочетании с рибавирином) без предварительной эрадикации *H. pylori*. Во вторую (II) группу (453 больных) были включены пациенты, также получавшие стандартную схему ПВТ но, с предварительно проведенной эрадикационной терапией *H. pylori*. Эрадикационная терапия *H. pylori* проводилась в соответствии с рекомендациями МААСТРИХ IV [1]. Конечной точкой исследования являлось – достижение устойчивого вирусологического ответа (УВО) на протяжении 6 месяцев после окончания курса ПВТ.

Результаты. Средний возраст больных ХВГС, включенных в исследование составил $38,8 \pm 7,6$ лет. Среди исследуемых преобладали пациенты мужского пола (57%).

При сборе анамнеза заболевания 89% исследуемых (742 больных) предъявляли жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, отрыжку, неприятный запах изо рта, снижение толерантности к пище, что больше свидетельствовало о гастродуоденальной локализации патологического процесса.

В I группе исследуемых комбинированная терапия Пег-ИФН с рибавирином переносилась хуже, чем у больных II группы (76% vs 42%). У больных I группы на фоне ПВТ усугублялись жалобы на тошноту, отрыжку, боли в эпигастрии. Кроме того, у $83 \pm 6,1\%$ больных I группы, достоверно чаще ($p < 0,05$), отмечались изменения в общем анализе в крови по сравнению с больными II группы ($57 \pm 3,8\%$). На втором месяце лечения значительно нарастала анемия, лейкопения, тромбоцитопения, что становилось причиной отмены ПВТ на $6 \pm 0,8$ месяце лечения.

Во II группе пациентов ухудшение гематологической картины и физического статуса после кратковременной коррекции доз препаратов не прогрессировало, что позволило достичь длительности ПВТ до $12 \pm 1,6$ мес.

УВО через 6 и 12 месяцев после окончания ПВТ в I группе пациентов был достигнут у $1,3 \pm 0,02\%$ пациентов, тогда как во II группе – у $42 \pm 2,3\%$ исследуемых ($p \leq 0,05$).

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что результативность ПВТ при ХВГС зависит, кроме всего прочего (возраст, пол, длительность хронизации, вирусная нагрузка), также от преморбидного фона пациента, в частности от наличия или отсутствия инфицированности *H. pylori*.

Более того, по нашему мнению, результативность разрабатываемых безинтерфероновых схем лечения ХВГС также могут быть улучшены [2,3], если до начала ПВТ ХВГС будет проведена эрадикационная терапия *H. pylori* у больных имеющих клинические проявления [4].

Список литературы.

1. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori* – отчет согласительной конференции Маастрихт IV/ Флоренция // Вестник практического врача. Спецвыпуск 1. 2012. С. 6-22
2. Feld JJ, Kowdley KV, Coakley E, Sigal S, Nelson DR, Crawford D, et al. Treatment of HCV with ABT-450/r–ombitasvir and dasabuvir with ribavirin. *N Engl J Med* 2014;370:1594–1603.
3. Afdhal N, Zeuzem S, Kwo P, Chojkier M, Gitlin N, Puoti M, et al. Ledipasvir and sofosbuvir for untreated HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2014;370:1889–1898.
4. Malfertheiner P., Megraud F., O`Morian C.A., Atherton J., Axon A.T.R., Bazzoli F., Gensini G.F., Gisbert J.P., Graham D.Y., Rokkas T., El-Omar E.M., Kuipers E.J., European *Helicobacter Pylori* study group (Европейская группа по изучению *Helicobacter Pylori*, EHSg).

Антонова М.В., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г.

ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Актуальность. По современным представлениям, инфекционный мононуклеоз, вызванный Эпштейн-Барр вирусом (ВЭБ ИМ) – заболевание, клиника которого напрямую связана с нарушением иммунной системы. Особенностью иммунных реакций при этом является склонность к системному поражению, нарушению процессов дифференцировки, дисрегуляции, что определяет иммунорегуляторный дисбаланс [3]. Патологические изменения, ассоциированные с ВЭБ, многообразны: одно из главных мест занимает поражение органов, содержащих лимфоидно-ретикулярную ткань (печень, селезенка и др.) [2]. Клинические проявления ИМ, как правило, складываются из общинфекционного синдрома, полилимфаденопатии, тонзиллита, гепато- и спленомегалии. Однако, в ряде случаев к данной симптоматике могут присоединяться синдром гепатита (повышение активности печеночно-клеточных ферментов, уровня билирубина) [1, 2] и экзантема. Эти состояния оказывают существенное влияние на продолжительность клинических проявлений и тактику ведения пациента. В связи с этим актуальными являются попытки выявления иммунологических критериев течения ВЭБ ИМ с различными клиническими проявлениями.

Цель: Исследовать реакцию иммунной системы детей с Эпштейн-Барр вирусным инфекционным мононуклеозом при развитии синдрома гепатита и экзантемы.

Материалы и методы. Представлены результаты иммунологического обследования 78 детей в возрасте 4-18 лет с серологически подтверждённым

диагнозом Эпштейн-Барр вирусный инфекционный мононуклеоз. Было сформировано 3 группы: 1 – дети с экзантемой (n=22), 2 – с синдромом гепатита (n=27), контролем служили дети без перечисленных выше симптомов (n=29).

Результаты и обсуждения. Общий анализ крови в контрольной группе характеризовался тенденцией к лейкоцитозу, нейтропенией, лимфоцитозом, появлением более 10% атипичных мононуклеаров и нормальным содержанием моноцитов и эозинофилов. Отмечалось повышение содержания тимоцитов CD7+ ($p \leq 0,001$), общего количества Т-лимфоцитов (Лф) CD3+ ($p \leq 0,01$), снижение Т-хелперов CD4+ ($p \leq 0,001$). Увеличение Т-цитотоксических Лф CD8+ ($p \leq 0,01$) играет роль в сдерживании инфекционного процесса. Изменение количества Лф с активационными маркерами характеризовалось тенденцией к снижению экспрессии CD54+, уменьшением CD71+ ($p \leq 0,001$) и увеличением HLA-DR ($p \leq 0,001$). В гуморальном звене происходило снижение числа активированных В-Лф с экспрессией маркеров CD20+ и CD23+ ($p \leq 0,001$). Можно предположить, что это было связано со стимуляцией ВЭБ перехода этих клеток в плазматические, и, соответственно, приводило к повышению уровня IgA и IgM ($p \leq 0,05$; $p \leq 0,001$). Неспецифическое звено иммунного ответа характеризовалось нормальным содержанием CD16+, высокой концентрацией ЦИК всех размеров ($p \leq 0,001$), а также усилением метаболической функции Нф в НСТ-тестах ($p \leq 0,05$). В 1-ой группе лейкограмма была сопоставима с контрольными значениями, регистрировалась более низкая экспрессия CD54+ ($p \leq 0,05$, в сравнении со 2-ой группой), более высокий уровень CD71+ и CD23+ ($p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$, в сравнении с группой контроля), снижение CD16+, ЦИК крупных размеров и НСТ стим ($p \leq 0,05$). Во 2-ой группе было отмечено более низкое содержание эозинофилов ($p \leq 0,05$), тенденция к снижению CD4+, повышение CD3+ и IgM ($p \leq 0,05$). При формировании синдрома гепатита более низкими были и средние ЦИК ($p \leq 0,001$).

Выводы. Таким образом, во всех группах детей с ВЭБ ИМ иммунные реакции носили однонаправленный характер, но при развитии синдрома гепатита степень их выраженности была максимальной.

Список литературы.

1. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону / Под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда, К. Иссельбахера и др. – В 2 т. – М.: «Практика», 2002.
2. Хмилевская С.А. Изменение функционального состояния печени при Эпштейна-Барр вирусном мононуклеозе у детей / С.А. Хмилевская, И.А. Зайцева, Е.В. Михайлова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т.5. – №4. – С. 572-578.
3. Шаркова В.А. Динамика сывороточных цитокинов у детей с инфекционным мононуклеозом, вызванным IV и V типами герпесвирусов / В.А. Шаркова, А.В. Гордеев, О.Г. Савина // Современные наукоемкие технологии. – 2008. – №3. – С.94-94.

Антонова Т.В., Жевнерова Н.С., Ковалева В.А.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Многочисленными исследованиями установлена связь хронического гепатита С (ХГС) с инсулинорезистентностью (ИР) и сахарным диабетом 2 типа [1]. Уточнение патогенеза метаболической дисфункции при ХГС позволяет расширить представление о механизмах прогрессирования заболевания [2,3].

Цель исследования: оценить содержание лептина и галектина-3 в сыворотке крови больных в сопоставлении компонентами метаболического синдрома, биохимическими характеристиками и стадией ХГС.

Материалы и методы. Обследовано 76 больных ХГС: 37 мужчин и 39 женщин в возрасте от 21 до 55 лет ($38,2 \pm 8,6$ лет). Критерии исключения больных: декомпенсированный цирроз печени (по Child-Pugh, 1973), хронические заболевания печени другой этиологии, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ИБС, тяжелая сопутствующая соматическая патология, приём гепатотоксичных и иммуносупрессивных препаратов, потребление наркотических средств, хронический алкоголизм. В исследование включены пациенты с малосимптомным течением ХГС. Уровень общего билирубина крови составил $Me\ 9,00$ ($7,0; 14,8$) мкмоль/л, у 81,6% пациентов показатель был в пределах нормы. Активность АЛАТ у 84,2% больных не превышала 3-х норм, из них у 29% была в пределах нормы. Повышение тимоловой пробы выявлено у 41,3%, уровня γ -глобулинов ($\geq 19\%$) – у 42% обследованных. У большинства из 69 пациентов по данным непрямой эластометрии (Фиброскан) признаки фиброза печени отсутствовали (F0 – 37%) или были незначительно выражены (F1 – 32%; F2 – 13%). В 18% случаев имел место выраженный фиброз (F3–F4).

Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли по Кетле ($кг/м^2$). Диагностику компонентов метаболического синдрома проводили в соответствии с критериями IDF 2005 г. Наличие ИР подтверждали, если индекс НОМА-ИР (Matthews D., 1985) был равен или более 2,77. Содержание иммунореактивного инсулина, лептина и галектина-3 в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием набора реактивов «DRG ELISA» (DRG Diagnostics, США). Полученные данные обрабатывали в статистической программе SPSS 16.0 for Windows.

Результаты и обсуждение. У 42% больных ХГС обнаружено абдоминальное ожирение (АО), у 32% – ИР и у 10,5% диагностирован метаболический синдром.

Уровень лептина у больных ХГС колебался в широких пределах – от 1,15 до 66,85 нг/мл, в среднем составил $10,37 \pm 12,18$ нг/мл (нормальными считали значения: у мужчин – 0,5–13,8 нг/мл, у женщин – 1,1–27,6 нг/мл). Повы-

шение показателя зарегистрировано в 7 случаях (9,2%), чаще у пациентов с повышенной активностью АлАТ. Достоверно более высокие показатели обнаружены у пациентов старше 40 лет, у женщин по сравнению с мужчинами, что согласуется с показателями в популяции.

Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем лептина и ИМТ ($r=0,358$, $p=0,001$), уровнем лептина и наличием АО ($r=0,292$, $p=0,01$). У пациентов с ИР лептин был повышен в 20% случаев, в то время как без ИР только в 6,4% случаев.

Средний показатель лептина был выше у пациентов с фиброзом печени $F = 0-1$ в сравнении с $F = 2-4$, что подтверждает отрицательная корреляционная связь средней силы между уровнем лептина и степенью фиброза печеночной ткани ($r=-0,402$, $p=0,018$).

У 33 из 76 больных был исследован уровень галектина-3 в плазме крови. Уровень галектина-3 в норме колеблется от 0 до 2,28 нг/мл. Повышение галектина-3 наблюдалось у большинства больных ХГС (72,8%). Средний уровень галектина-3 был выше стандартных значений и составил 3,2 (2,05; 4,78) нг/мл, наибольший уровень галектина-3 наблюдался у пациентов с более продолжительным сроком заболевания (более 8 лет).

Выявлена положительная корреляционная связь средней силы между уровнем галектина-3 и ИМТ ($r=0,524$, $p=0,002$), уровнем галектина-3 и окружностью талии ($r=0,381$, $p=0,03$). У больных с повышенным уровнем галектина-3 наблюдался более высокий уровень лептина, чем у больных с нормальным уровнем галектина-3 (2,18 (1,31; 2,87) и 6,07 (2,09; 17,69) соответственно, $p=0,051$), что подтверждено прямой корреляционной связью между этими показателями ($r=0,403$, $p=0,02$), более сильной при сочетании ХГС с ИР ($r=0,745$, $p=0,01$).

Таким образом, у каждого третьего пациентов с малосимптомным течением ХГС выявлена инсулинорезистентность и в 42% случаев – абдоминальное ожирение. Повышенный уровень лептина чаще регистрировался при повышенной активности АлАТ, при этом средний показатель был выше у пациентов с минимально выраженным фиброзом печени.

Уровень галектина-3 был повышен у большинства обследованных больных, наибольший уровень наблюдался при продолжительности ХГС более 8 лет. Выявлены прямые корреляционные связи уровня галектина 3 и уровня лептина в крови у больных ХГС с наличием признаков нарушения углеводно-жирового обмена.

Список литературы:

1. Mason AL, Lau JY, Hoang N et al. Association of diabetes mellitus and chronic hepatitis C virus infection // *Hepatology*. – 1999. – V. 29 (2). – P. 328 – 333.
2. Martínez-Martínez E., Jurado-López R., Valero-Muñoz M. et al. Leptin induces cardiac fibrosis through galectin-3, mTOR and oxidative stress: potential role in obesity // *Journal of Hypertension*. – 2014. – V. 32 (5). – P. 1104-1114.

3. Kobayashi Y., Kawaguchi Y., Mizuta T. et al. Metabolic factors are associated with serum alanine aminotransferase levels in patients with chronic hepatitis C //J Gastroenterol. – 2011. – Vol. 46, № 4. – P. 529-535.

**Арбулиева Е.А., Магомедова С.А., Улакаев И.М., Цветкова О.А.,
Магомедов М.М., Гитинова М.Д.**

БРУЦЕЛЛЕЗ: ЭПИДСИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала;
Республиканский центр инфекционных болезней, г. Махачкала

Бруцеллез людей в Российской Федерации регистрируется ежегодно. За 2010-2014 гг. зарегистрировано 2092 случая впервые выявленного бруцеллеза. Неблагополучными по заболеванию людей бруцеллезом являются административные субъекты с развитым животноводством (Северо-Кавказский, Южный и Сибирский федеральные округа), на долю которых в последние 5 лет приходилось от 70-90% заболеваний бруцеллезом [1-2]. Северо-Кавказский федеральный округ является регионом с самой высокой заболеваемостью бруцеллезом. За последние 5 лет зарегистрировано 1275 случаев впервые выявленного бруцеллеза, и тенденции к снижению заболеваемости не наблюдается [1].

Основное количество заболевших регистрируется среди жителей Республики Дагестан. Так, в 2015 году отмечено увеличение заболеваемости людей бруцеллезом в сравнении с 2014 годом на 14,2%, зарегистрировано 115 случаев (ИП – 3,85) против 100 случаев (ИП – 3,37) в 2014 году [1,3].

Заражение людей бруцеллезом в большинстве случаев происходит от мелкого рогатого скота (МРС) и подтверждается результатами типирования бруцеллезного возбудителя. За 2015 год в ФКУЗ «ДПЧС» было отправлено 115 проб крови для типирования возбудителя бруцеллеза, все пробы отрицательные. В 2014 году был выделен 1 положительный результат на бруцеллы в лаборатории особо опасных бактериальных инфекций ФКУЗ «Дагестанская противочумная станция». Выделенная культура была идентифицирована как *B.melitensis*. В 2013 году было выделено 2 культуры, в 2012 году – 10 (+) культур *B.melitensis*.

Регистрация случаев бруцеллеза за 2015 год была на 31 территории республики, на 16 отмечался рост заболеваемости в сравнении с 2014 годом. На 20 уровень заболеваемости выше республиканского.

Анализ возрастной структуры заболевших показал, что основная доля больных в возрасте от 20-60 лет – 64%, старше 60 лет – 25,2%, дети до 17 лет – 10,4%. В структуре заболевших бруцеллезом преобладают мужчины более 80%.

Анализ факторов (причин), приведших к заражению бруцеллезом выявил, что удельный вес заболевших владельцев сельскохозяйственных животных в личных подсобных хозяйствах составил – 64,7%, а заболевших от

употребления мясо-молочной продукции – 35,3%. В 2015 году имели место семейные случаи заболевания, три семьи с общим количеством заболевших 8 человек.

Согласно информации Комитета по Ветеринарии Правительства РД в 2015 году неблагополучными по бруцеллезу среди КРС были объявлены 3 хозяйства 3-х административных территорий (Акушинского, Тляратинского и Карабудахкентского районов), которые размещены на территориях зон отгонного животноводства в Бабаюртовской и Карабудахкентской зоне. По МРС в 2015 году неблагополучных хозяйств выявлено не было. Но согласно данным Комитета по Ветеринарии Правительства РД в республике остаются неблагополучными 12 хозяйств по КРС и 7 по МРС, т.е. эпидемиологическая обстановка бруцеллезу остается неблагополучной. В 2015 году было выявлено (+) реагирующих на бруцеллез КРС – 504 и МРС – 58 голов. Больными животными было образовано эпизоотических очагов 161 (от КРС) и 24 (от МРС). Все контактные в эпизоотических очагах (656 человек) были обследованы. Из них положительно реагирующих выявлено 40 человек, которые в последующем были дообследованы с целью уточнения диагноза и определения дальнейшей медицинской тактики наблюдения.

Таким образом, несмотря на проводимые мероприятия, эпидситуация по бруцеллезу остается в республике Дагестан неблагополучной, что требует дополнительных противоэпидемических мероприятий.

Список литературы.

1. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за 2010-2015 гг. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (официальный сайт). URL: http://www.rospotrebnadzor.ru/epidemiologic_situation (дата обращения: 09.09.2016).

2. Лямкин Г.И., Пономаренко Д.Г., Худолеев А.А., Вилинская С.В., Зайцев А.А., Куличенко А.Н. Эпидемическая ситуация по бруцеллезу в Российской Федерации и государствах-участниках Содружества Независимых Государств // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2016. №1. С.68-72.

3. Магомедова С.А., Ахмедов Д.Р., Гипаева Г.А., Гаджиева Л.А. Бруцеллез – клинико-эпидемиологическая характеристика, принципы патогенетической терапии и его профилактика // Сб. научн. трудов 19 Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней: современные подходы к диагностике и лечению». Махачкала, 2014.С. 52-60.

Баранов А.Е., Волобуева С.Ю., Михеева Р.Л., Фоменкова Н.В.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА 28В В ПРОГНОЗАХ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского, г. Белгород

В Белгородской области с 2009 по 2013 гг. для системного анализа состояния заболеваемости больных с вирусными гепатитами была принята подпрограмма «Защита населения Белгородской области от вирусных гепатитов на 2009-2013 гг.». Данные задачи подпрограммы продолжили разделы по вирусным гепатитам в государственной региональной программе области «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 гг.». На диспансерном учете в 2007 году состояло 7910 больных с хроническими вирусными гепатитами (2577 больных с хроническим вирусным гепатитом В и 4005 больных с хроническим вирусным гепатитом С). В 2016 году в области на диспансерном учете состоит 11289 больных с хроническими вирусными гепатитами, 3486 с ХВГВ и 7488 с ХВГС. 6298 больных с хроническими вирусными гепатитами нуждаются в проведении противовирусной терапии. Для оптимизации подбора больных на противовирусное лечение в ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Е.Н.Павловского» города Белгорода в 2015 году стали применять обследование больных на полиморфизм интерлейкина 28В.

Введение. Проблема вирусных гепатитов в настоящее время приобрела значительные масштабы. Социально-экономические потери от вирусных гепатитов огромны. Они определяются глобальным распространением вирусов и их эпидемиологическим коварством, сопряженным с широкой прослойкой бессимптомных и малосимптомных инфекций. Согласно данным Роспотребнадзора, число инфицированных HCV-вирусом в России достигает 1,1-2 млн. человек, включая детей.

Представления о гепатите С сформировались как об инфекции с парентеральным механизмом передачи, который связан с переливанием крови и ее продуктов, а также с медицинскими и бытовыми процедурами, допускающими контакт с чужой кровью. Наиболее опасен хронический гепатит С, который приводит к циррозу и раку печени. Целью современной противовирусной терапии пегилированным интерфероном и рибавирином является достижение устойчивого вирусологического ответа, что достигается не всегда и зависит от генетических факторов, особенно полиморфизмов гена интерлейкина 28В.

Цель исследования: Проводимая работа направлена на изучение роли полиморфизмов гена интерлейкина 28В в прогнозах лечения вирусного гепатита С.

Особое влияние на результат лечения, а также возможность самостоятельного выздоровления при заражении вирусным гепатитом С, оказывают генетические факторы, в частности полиморфизмы гена интерлейкина 28В, который является представителем интерферонов – лямбда, или интерферонов

3 типа в хромосоме 19, подавляющих репликацию вируса гепатита С. Для оценки прогноза гепатита С чаще всего используются два основных полиморфизма: rs12979860 (благоприятный генотип-СС) и rs8099917 (благоприятный генотип-ТТ). При этом прогностическая значимость полиморфизма rs12979860 выше по сравнению полиморфизмом rs8099917

Материалы и методы. В работе использовался набор реагентов ПЦР для определения однонуклеотидных полиморфизмов rs8099917 и rs12979860 в гене Интерлейкин-28В АмплиСенс Геноскрин-IL28В-FL НИИ Эпидемиологии. Для обследования было отобрано 139 пациентов, уже получающих противовирусную терапию разной продолжительности. Полиморфизм участка 19-й хромосомы рядом с геном Интерлейкин-28В связан с вероятностью достижения УВО при противовирусной терапии ХГС и частотой спонтанного выздоровления при остром гепатите С. Метод основан на экстракции ДНК человека из образцов клинического материала – крови и буккальных мазков и проведении амплификации в режиме «реального времени» фрагментов ДНК человека, содержащих SNP rs8099917 и rs12979860 в гене IL28В.

Результаты и обсуждения: По rs12979860 – вариант СС (благоприятный прогноз спонтанного выздоровления при ОГС и достижения УВО при лечении ХГС) был у 26 пациентов (19%); вариант СТ (неблагоприятный прогноз спонтанного выздоровления при ОГС и достижение УВО при лечении ХГС) – у 94 пациентов (68%); вариант ТТ (неблагоприятный прогноз спонтанного выздоровления при ОГС и достижения УВО при лечении ХГС) – у 19 пациентов (13%).

По rs8099917 – вариант ТТ (благоприятный прогноз спонтанного выздоровления при ОГС и достижения УВО при лечении ХГС) – у 78 пациентов (56%); вариант TG (неблагоприятный прогноз спонтанного выздоровления при ОГС и достижение УВО при лечении ХГС) – у 52 пациентов (38%); вариант GG- (неблагоприятный прогноз спонтанного выздоровления при ОГС и достижения УВО при лечении ХГС) – у 9 пациентов (6%).

Генотип СС в rs12979860 является наиболее значимым для благоприятного прогноза в достижении УВО вне зависимости от генотипа rs8099917 и составил у наших пациентов – 19%.

Выводы: Определение генотипа интерлейкина 28В и учет других неблагоприятных факторов прогноза противовирусной терапии позволит искать пути повышения эффективности лечения сразу при назначении терапии. Это важный шаг к индивидуализированной противовирусной терапии, позволяющей индивидуально определять сроки лечения и дозы препаратов, и не только увеличивая их, но и уменьшая.

Список литературы.

1. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В // Москва – 2014.
2. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С // Москва – 2013.
3. Гепатологический форум. – 2014. – №1. – С. 2-8.

4. Чуланов В.П. ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (материалы VIII всероссийской научно-практической конференции «Молекулярная диагностика – 2014»), – Молекулярная диагностика вирусных гепатитов в эпидемиологии и клинической практике // Москва – 2014.

5. Маянский, А.Н. Микробиология для врачей: руководство / А.Н. Маянский. – Н.Новгород: НГМА, 1999.

6. Клиническая инфектология и паразитология, – Европейская ассоциация по изучению болезней печени – 2014.

***Баранова И.П., Никольская М.В., Лесина О.Н.,
Курмаева Д.Ю., Гайфуллин К.М.***

ЗАВОЗНЫЕ СЛУЧАИ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ *PLASMODIUM VIVAX*

Пензенский институт усовершенствования врачей,
Пензенский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи; г. Пенза

Малярия остается одним из актуальных заболеваний современности в связи с широким распространением, тяжелым течением, трудностями диагностики и лечения. Риск заболеть малярией подвергается 3,2 миллиарда человек – почти половина населения земного шара. В 2015 году малярия выявлена в 97 странах – 214 миллионов случаев заболевания и 438 000 случаев смерти от малярии. В 2012 году принята глобальная программа ВОЗ по борьбе с малярией. В России ежегодно регистрируются случаи завоза малярии мигрантами из Таджикистана, Азербайджана. Вторичные от завезенных случаи малярии наблюдались в Нижегородской, Саратовской, Курганской, Московской областях и Краснодарском крае.

Несмотря на многочисленные публикации по проблеме малярии, диагностика этого заболевания, особенно врачами первичного звена, остается затруднительной. В этой связи представляем собственные клинические наблюдения завозных случаев малярии, вызванных *Pf. vivax*, у 5 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Пензенском областном клиническом центре специализированных видов медицинской помощи в 2015-16 годах. Из пяти больных трое – граждане Российской Федерации, прибывшие из Индии (штат Гоа), где они находились в туристической поездке; профилактика малярии им не проводилась. Двое больных – граждане Индии, жители штата Гуджарат, прибывшие в Пензу на учебу. У всех больных диагностирована малярия, вызванная *Plasmodium vivax*, средней степени тяжести. У одного пациента (гражданина РФ) наблюдалось рецидивирующее течение малярии, отмечено повторное повышение температуры и обнаружение плазмодий в крови спустя 3 недели после проведенного первого курса лечения; рецидив обусловлен вероятно, нарушением схемы амбулаторного лечения примахином. В инфекционный стационар больные госпитализированы на 4 – 6 день от начала заболевания с направительными диагнозами: "ОРВИ" (3 пациента),

"лихорадка неясного генеза" (1 человек) и "рецидив малярии?", лихорадка неясного генеза" (1 больной). Средний возраст пациентов 22 года (от 16 до 28 лет), мужчин было 4, женщин – 1. У всех больных заболевание начиналось с повышения температуры, симптомов общей интоксикации; у трех больных температура в течение первых 3-4 дней была субфебрильной, спустя 2 – 3 дня повысилась до фебрильных значений с ознобами. Одного больного, индийца, с первого дня заболевания беспокоили сильные боли в поясничной области, что послужило причиной госпитализации в хирургический стационар с подозрением на патологию почек. Средний койко-день составил 8,8 дней (от 7 до 11). Течение заболевания характеризовалось увеличением печени на 2-3 см из-под реберной дуги у 2 пациентов и увеличением селезенки (от 3 до 5 см из-под реберной дуги) у 3 больных; болезненности при пальпации не было. Анемия выявлена у 2 пациентов, гемоглобин снижался до 90-97 g/L. Тромбоцитопения отмечена у 4 больных из 5, содержание тромбоцитов составило 18 – 80 – 97 – 100·×10⁹/L. В клиническом анализе крови у всех пациентов наблюдалось также увеличение СОЭ максимально до 54 мм/час. Количество плазмодий при первичном обследовании составило от 7240 до 28792 в 1 мкл, отсутствие паразитов определялось на 2-7 дни лечения. В терапии использовались противомаларийные препараты лариам, делагил (у 1 больного) по стандартным схемам; после выписки из стационара всем пациентам рекомендовано амбулаторное лечение примахином в течение 14 дней.

Таким образом, отсутствие специфической профилактики противомаларийными препаратами послужило причиной заражения малярией в эндемичном регионе; течение заболевания характеризовалось развитием анемии, тромбоцитопении, спленомегалии.

Список литературы:

1. Информационный бюллетень ВОЗ №94, октябрь 2015 г.
2. Информационный бюллетень ВОЗ №94, март 2014 г.
3. Информационное письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека №61/4942-14-32 от 30.04.2014 г. «О маляриологической ситуации в Российской Федерации».

Баскаков И.Н., Якимович С.Е.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Луганский государственный медицинский университет, г. Луганск

В современных условиях все больше в клинике внутренних болезней превалирует сочетанная (коморбидная) патология двух или более функциональных систем, при которой во время обострения хронического патологического процесса в одном органе или системе закономерно вызывает усиление

проявлений также другой (коморбидной) болезни. Поражения печени и желчного пузыря, связанных анатомическим и функциональным единством, является типичным примером сочетанной патологии гепатобилиарной системы [4].

В настоящее время все больше внимания уделяется изучению патогенетической роли иммунологических сдвигов у больных с хронической патологией, в том числе при заболеваниях печени и желчного пузыря. Но при этом остаются не изученными ряд вопросов относительно концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у больных хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) на фоне хронического некалькулезного холецистита (ХНХ).

Под наблюдением находилось 58 больных ХВГВ, совмещенный с ХНХ с минимальной степенью активности, в возрасте от 25 до 46 лет (мужчин 20 и женщин 16).

Кроме общепринятого клинико-лабораторного обследования для реализации цели исследования у больных, которые были под наблюдением, изучали концентрацию ЦИК в сыворотке крови, которую определяли методом преципитации в растворе полиэтиленгликоля (ПЭГ) с молекулярной массой 6000 дальтон. Молекулярный состав ЦИК с выделением фракций крупно- (>19S), средне- (11S-9S) и мелкомолекулярных (<11S) иммунных комплексов определяли путем дифференцированной преципитации в 2,0%, 3,5% и 6% растворах ПЭГ [3].

При проведении иммунологического исследования до начала лечения было установлено, что у обследованных больных ХВГВ на фоне ХНХ отмечалось повышение общего уровня ЦИК с дисбалансом их молекулярного состава. Так, общий уровень ЦИК в сыворотке крови был повышен в среднем в 1,76 раза и составлял $3,31 \pm 0,05$ г/л (норма $1,88 \pm 0,07$ г/л). При исследовании молекулярного состава ЦИК у обследованных больных было установлено, что рост уровня ЦИК происходил преимущественно за счет наиболее токсигенных средне- и мелкомолекулярных фракций, поскольку прослеживалась четкая тенденция роста как процентного содержания, так и абсолютного количества данных показателей. Содержание среднемолекулярной фракции (11S-19S) было выше нормальных значений у обследованных пациентов в 2,34 раза и составляло $1,43 \pm 0,03$ г/л; концентрация мелкомолекулярных ЦИК до начала лечения составляла $1,14 \pm 0,04$ г/л, то есть была повышена в 2,7 раза относительно нормальных значений.

При исследовании общего уровня ЦИК и их молекулярного состава у обследованных больных ХВГВ на фоне ХНХ было установлено, что на момент завершения лечения с применением общепринятой терапии, несмотря на некоторую положительную тенденцию, не произошло полного восстановления изученных показателей до нормальных значений. Так, общий уровень ЦИК в сыворотке крови обследованных лиц снижался в динамике лечения в 1,3 раза и составлял в среднем $2,54 \pm 0,06$ г/л, что превышало норму в 1,35 раза. Уровень среднемолекулярной фракции (11S-19S) на момент завершения

лечения в абсолютном исчислении снижался в 1,42 раза и составлял в среднем $1,01 \pm 0,04$ г/л, что превышало значение нормы данного показателя в 1,65 раза. В относительном исчислении содержание среднемoleкулярной фракции снижалось по сравнению с исходным в 1,08 раза и равнялось в среднем $40,0 \pm 1,1\%$, что превышало нормальные значения в 1,24 раза. Концентрация мелкомoleкулярных ЦИК у больных ХНХ на фоне ХВГВ после лечения уменьшалась в абсолютном исчислении в 1,5 раза и составляла в среднем $0,71 \pm 0,01$ г/л и была больше нормы в 1,69 раза; в относительном исчислении уровень фракции мелкомoleкулярных иммунных комплексов (<11S) снижался в 1,24 раза и составлял $27,7 \pm 1,2\%$, что было более нормы в 1,22 раза.

Следовательно, проведение терапии общепринятыми средствами у больных ХВГВ на фоне ХНХ имеет определенное положительное влияние на иммунологические показатели, а именно на уровень ЦИК и их молекулярный состав, но не обеспечивает нормализации изученных показателей, то есть сохраняются достоверные нарушения со стороны иммунного гомеостаза. Поэтому можно считать патогенетически целесообразным применение в комплексе терапевтических мероприятий больных ХВГВ на фоне ХНХ современных иммуноактивных лекарственных препаратов с целью восстановления иммунологического гомеостаза.

Список литературы.

1. Амплеева Н.П., Ускова Ю.Г., Павелкина В.Ф., Базаркин Д.И., Альмяшева Р.З. Актуальные аспекты вирусного гепатита В // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. С.24-33.

2. Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитами В и С. – ГЭОТАР-Медиа. – 2015. 144 с.

3. Фролов В.М. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение / В.М. Фролов, Н.А. Переседин, В.Е. Рычнев // Лабораторное дело. – 1986. – № 3. – С. 159 – 161.

4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Пер. с англ. / Под ред. З.Г. Опросиной, Н.А. Мухина. – М.: Гэотар Медицина, 2002. – 864 с.

Батырханова С.Т., Абуова Г.Н.

БРУЦЕЛЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия
г. Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. В Южно-Казахстанской области эпидемиологическая обстановка по бруцеллезу сохраняется напряженной, так в 2015 году показатель заболеваемости составил 13,64 на 100 000 населения.

В Южно-Казахстанской области бруцеллез является одной из актуальных проблем среди инфекционных патологий и остается эндемичной инфекцией людей и животных.

Бруцеллез – инфекционно-аллергическое заболевание, приводящее к хроническому течению и инвалидизации. В большинстве случаев люди заражаются от домашних животных при употреблении мясомолочных продуктов или при контакте с ними (уход, кормление). Заражение бруцеллезом может произойти в любом возрасте, включая подростковый [1].

Цели и задачи исследования: Изучить особенности клинико-эпидемиологических проявлений бруцеллеза у подростков в Южно-Казахстанской области.

Методы и материалы. Нами были проанализированы истории болезней у подростков, находившихся в городской инфекционной больнице г.Шымкента в 2015-2016 гг. с диагнозом: Бруцеллез. Изучены эпидемиологические, клинико-лабораторные данные.

Результаты и обсуждения. Чаще других болели сельские подростки, указывавшие на употребление в пищу домашних мясных, молочных продуктов – 10 (33,3%), и подростки, контактировавшие с животными в подворьях – 19 (63,3%). Количество больных составило 13 лет – 8 (26,6%), 14 лет – 6 (20%), 15 лет – 10 (33,3%), 17 лет – 6 (20%). Из них мальчиков – 28 (93,3%), девочек – 2 (6,6%). С острой формой бруцеллеза было госпитализировано 26 подростка (86,6%), подострой формой – 3 (10%), с первично – хроническим бруцеллезом – 1 (3,3%). Жалобы на головную боль предъявляли 12 подростков (40%), на вялость – 2 (6,6%), потливость – 24 (80%), повышение температуры тела – 28 (93,3%), озноб – 28 (93,3%), боли в суставах – 28 (93,3%), припухлость крупных суставов – 2 (6,6%), ограничение подвижности в суставах – 10 (33,3%), утомляемость – 3 (10%). Наблюдалось увеличение печени у – 6 больных (20%), увеличение лимфатических узлов – у 4 (13,3%). При лабораторном обследовании титр в реакции Райта 1/50 установлен в 1 случаях (3,3%), 1/100 – в 4 (13,3%), 1/200 – также в 15 случаях (50%), 1/400 – в 10 (33,3%).

Выводы: Из нашего исследования следует, что заболеванию бруцеллезом в Южно-Казахстанской области более подвержены мальчики в возрасте – 15 лет.

Проявления заболевания у подростков соответствуют клинике острого бруцеллеза с лихорадкой (93,3%), ознобами (93,3%), артралгиями (93,3%).

Список литературы.

1. «Санитарно-эпидемиологическая ситуация в республике Казахстан», сборники материалов комитета госсанэпиднадзора МЗ РК, Казахской республиканской санитарно-эпидемиологической станции МЗ РК, Астана.

2. Бердалиева Ф.А, Долтаева Б.З, Оразова М.М, Сарыпбекова Л.Л, Джаулбаева А. Клинико-эпидемиологические проявления бруцеллеза у детей в Южно – Казахстанской области. Журнал инфектологии, Том 6, №2, 2014, с.19.

Белова О.А., Коржов П.Н., Шапошникова Л.И., Котенев Е.С.

О ПЕРВОМ ВЫЯВЛЕНИИ ТУЛЯРЕМИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОЛУПУСТЫННОЙ ЗОНЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ В 2015 Г.

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь;

Дагестанская противочумная станция, г. Махачкала

Мониторинг возбудителя туляремии в 2015 г. проводился в 19 районах Ставропольского края, которые находятся на энзоотичной территории, в разные годы здесь регистрировались эпизоотии (выделение штаммов) различной интенсивности и (или) были зарегистрированы случаи заболевания людей этой инфекцией.

За этот период в природном очаге туляремии исследовано 11854 экз. исодовых клещей, 332 особи мелких млекопитающих, включая 249 отнесенных к первой группы чувствительности и 29 погадок хищных птиц. Полевой материал исследовали методами ПЦР и РНГА. Этими методами *Francisella tularensis* обнаружена в 9 районах (Шпаковском – 14 проб, Предгорном – 8, Красногвардейском и Минераловодском – по 6, Апанасенковском – 3, Новоалександровском – 2, Георгиевском, Грачёвском и Курском – по 1 пробе). Антиген *F. tularensis* обнаружен в двух пробах ПХП добытых на территории Шпаковского района (титры 1:20 – 1:40). При исследовании биологическим методом от мелких млекопитающих выделены три культуры возбудителя, идентифицированные как *F. tularensis holarctica*, biovar II R добытых на территориях Шпаковского, Курского, Апанасенковского районов.

На территории Шпаковского района последний раз возбудитель выявляли в 1986 г. (1 культура). В Апанасенковском районе в 1982 г. изолировано по две культуры от исодовых клещей и мелких млекопитающих. Изоляция в 2015 г. двух культур *F. Tularensis* после длительного перерыва в этих районах СК указывает на стойкость и длительность существующих здесь участков природного очага туляремии и необходимость постоянного мониторинга.

При проведенном ранее [1] дифференцировании административной территории Ставропольского края по степени эпизоотолого-эпидемиологической опасности по туляремии было выделено 3 зоны: условно-безопасная, угрожаемая, опасная. Курский район был отнесен к первой. Комплексное эпизоотологическое обследование Курского района на чуму и туляремию осуществляется с 1948 года и проводилось сначала Кизлярским, затем Буденновским противочумными отделениями. Несмотря на достаточно регулярный характер наблюдений, эпизоотические проявления туляремии до последнего времени здесь не регистрировались. Более того, засушливость климата и полупустынный характер ландшафтов позволяли относить этот район к малоперспективным по данной инфекции территориям.

Впервые за почти 70-летний обследовательский период в Курском районе Ставропольского края выявлены эпизоотические проявления туляремии.

В 2015 г. (июль) культура туляремийного микроба была изолирована от южного (белогрудого) ежа (*Erinaceus concolor*), добытого 20.04.2015 г. у пионерского лагеря на южном берегу Курского водохранилища.

Осенью того же года, от суспензии 32 гамазовых клещей, очесанных с 8 гребенщиковых песчанок (*Meriones tamariscinus*), отловленных 27 октября в Терских песках Курского была получена ПЦР-положительная проба на туляремию. Результат свидетельствовал о нахождении генома возбудителя туляремии в упомянутых природных объектах рассматриваемой территории.

Численность мышевидных грызунов в открытых биотопах обследованной части Курского района в описываемом году находилась пределах обычных многолетних показателей. Средняя весенняя попадаемость этой группы носителей в ловушки равнялась 6,7%, осенняя – 7,0%. Доминирующими по количеству видами являлись: общественная полевка с численностью 1,9% весной и 3,2% осенью, лесная мышь – соответственно: 2,7% и 1,2%, домовая мышь – 1,0 и 2,4%.

Иксодовые клещи разных возрастных стадий в Курском районе добывались с мелких млекопитающих и человека. Фауна исследованных клещей представлена: *Nyalomma marginatum*, а также родом *Rhipicephalus* и *Ixodes*. Средние индексы обилия этих эктопаразитов на объектах сбора колебались от 0,9 до 2,0. Максимально: с серого хомячка – 6 и обыкновенной лисицы – 7.

Проникновение туляремийной инфекции в нехарактерную для нее ранее зону связано, на наш взгляд, с осуществленными в последних десятилетиях масштабными антропогенными преобразованиями естественных ландшафтов. В первую очередь это разветвленная оросительно-обводнительная система Терско-Кумского канала, создавшая благоприятные условия для формирования устойчивых фаунистических группировок мышевидных грызунов, состоящих из домовых и лесных мышей, общественной и обыкновенной полевок, серого хомячка и других природных носителей. Другим немаловажным фактором являются отмечаемые в последние годы на Ставрополье, в том числе его восточных районах, вспышки размножения иксодовых клещей – переносчиков туляремии.

Полученные результаты свидетельствуют о функционировании природного очага туляремии на территории 18 районов Ставропольского края в настоящее время. В целях повышения качества необходимо проводить ежегодный посезонный эпизоотологический мониторинг на территориях вышеуказанных районов Ставропольского края.

Список литературы:

1. Ландшафтно-географические и структурно-функциональные особенности природного очага туляремии Ставропольского края / Г.П. Шкарлет, Л.В. Дегтярева, Б.И. Левченко, В.В. Остапович, М.В. Муратова // Актуальные проблемы эпидемиологии и профилактической медицины: матер. VI Всероссийской науч. – практ. конф. молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора, 22-24 октября 2014 г., г. Ставрополь. – Ставрополь: Экспо-Медиа, 2014. – С. 50-51.

Белявцева Л.И., Дубянский В.М., Цапко Н.В., Давыдова Н.А.

ФЕНОЛОГИЯ МАЛОГО И ГОРНОГО СУСЛИКОВ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФЕНОЛОГИЮ ОСНОВНОГО ПЕРЕНОСЧИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ ЧУМЫ В ИХ ПОСЕЛЕНИЯХ – БЛОХ *CITELLOPHILUS TESQUORUM WAGN., 1898*

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь

Ареал блохи *Citellophilus tesquorum* Wagn., 1898 простирается от Юго-Восточной Украины до Северо-Восточного Китая; в пределах ареала блохи образуют ряд подвидов. На энзоотичной по чуме территории Северо-Кавказского Федерального округа в Восточном Предкавказье основным переносчиком возбудителя инфекции в поселениях малого суслика является *Citellophilus tesquorum ciscaucasicus* Ioff, 1936; в Приэльбрусье, в поселениях горного суслика – *C. t. elbrusensis* Goncharov, 2011.

Исследования показали [1], что фенология блох, паразитирующих на сусликах, так эволюционно притерта к фенологии хозяев, что основные этапы годового цикла паразита точно совпадает по времени с теми феноявлениями в жизни хозяев – сусликов, приуроченность к которым наиболее целесообразна для существования вида. Существенные различия фенологии малого и горного суслика, первый из которых переживает наиболее засушливый период года в состоянии летне-осенней спячки, а второй активен до наступления периода зимней спячки закономерно отражаются на фенологии блох, паразитирующих в их поселениях.

К периоду выхода из зимней спячки малого и горного сусликов приурочен выплод зимовавших в коконах имаго 2-ой генерации предшествующего года блох *C. tesquorum* (обоих подвидов). В Предкавказье практически все особи *C. t. ciscaucasicus* 2-ой генерации зимуют в коконах, тогда как в горах значительная часть имаго *C. t. elbrusensis* 2-ой генерации выходит из коконов осенью, а весной отмечен только довыплод блох, поздно закончивших преимагинальное развитие.

Сразу после активизации хозяев в популяциях *C. t. ciscaucasicus* и *C. t. elbrusensis* регистрируются первые самки с увеличенными ооцитами, а в период гона в популяциях сусликов уже значительная доля самок блох имеет ооциты, готовые к откладке. Период размножения самок блох *C. t. ciscaucasicus* и *C. t. elbrusensis* 2-ой генерации предшествующего года совпадает по времени с периодами беременности, щенения и выкармливания самками сусят. В гнездах (особенно в выводковых) появляется масса личинок блох, а имаго стареют и отмирают.

К периоду расселения молодых сусликов приурочен выход из коконов имаго *C. tesquorum* 1-ой генерации текущего года, более массовой, чем 2-ой генерации, у *C. t. ciscaucasicus* и меньшей, по сравнению со 2-ой генерацией, у *C. t. elbrusensis*. Имаго 1-ой генерации отличаются высокой гонотрофиче-

ской активностью. Самки сразу включаются в размножение, период которого продолжается на равнине до залегания малых сусликов в летне-осеннюю спячку. В горах, вследствие более длительного периода активной жизни горных сусликов период размножения *C. t. elbrusensis* 1-ой генерации более продолжительный. По времени окончание размножения блох в горах совпадает с периодом завершения обновления горными сусликами зимовочных гнезд. По всему ареалу обитания *C. t. ciscaucasicus* и *C. t. elbrusensis* в гнездах, где хозяева-суслики постоянно жили в период откладки самками блох 1-ой генерации яиц, отмечается масса личинок, дочерней – 2-ой генерации текущего года. У блох, паразитирующих на малом суслике, преимагинальное развитие особей 2-ой генерации совпадает с периодом летне-осенней спячки зверьков; завершается метаморфоз в сентябре-октябре, зимуют блохи в коконах, гонотрофический покой имаго совпадает по времени с периодом зимней спячки хозяев – малых сусликов. У блох, паразитирующих на горном суслике, преимагинальное развитие особей 2-ой генерации совпадает с периодом подготовки активными зверьками зимовочных гнезд. Значительная доля особей 2-ой, массовой генерации (метаморфоз которых завершился в первой половине сентября) выходит из коконов в период окончания обновления сусликами зимовочных гнезд, при этом, часть молодых блох успевает приступить к паразитированию на еще активных в это время зверьках. Особи, завершившие преимагинальное развитие позже, зимуют на стадии «имаго в коконе». В течение периода зимней спячки горных сусликов имаго *C. t. elbrusensis* находятся в состоянии гонотрофического покоя.

Выявленные различия приуроченности некоторых феноявлений в жизни *C. tesquorum* паразитирующих на малом и горном сусликах к определенным сезонным явлениям в жизни их хозяев биологически оправданы, способствуя выживанию этого паразита на обширных территориях (от степей и полупустынь Восточного Предкавказья до альпийских лугов Приэльбрусья). Эти различия свидетельствуют об эволюционной адаптации подвидов *C. tesquorum* к особенностям образа жизни хозяев – сусликов с разной фенологией, адаптированной к природно-климатическим условиям мест обитания. Различия фенологии переносчиков возбудителя чумы блох *C. t. ciscaucasicus* и *C. t. elbrusensis* определяют особенности участия их в эпизоотическом процессе в природных очагах Предкавказья и в Приэльбрусья [2].

Список литературы.

1. Белявцева, Л. И. Синхронность фенологии блох сусликов с фенологией их хозяев и проявлением эпизоотической активности природных очагов чумы Северного Кавказа / Л. И. Белявцева, Н. В. Цапко, Н. А. Давыдова // Материалы международной конференции «Фундаментальные и прикладные аспекты изучения паразитических членистоногих в XXI веке», памяти чл. – корр. РАН Ю.С. Балашова (г. Санкт-Петербург, 21-25 октября 2013 г.). – СПб.: ЗИН РАН, 2013. – С. 31-33.

2. Белявцева, Л.И. Аспекты сезонного участия блох сусликов в эпизоотическом процессе в природных очагах чумы на территории Северо-

Кавказского федерального округа / Л.И. Белявцева, Н.В. Цапко, Н.А. Давыдова // Современные технологии в эпидемиологическом надзоре за актуальными инфекциями: матер. Всероссийской науч. – практ. конф., Нижний Новгород, 25 мая 2016 г. – Н. Новгород: Растр-НН, 2016. – С. 30 – 31.

Беляева Е.В., Борискина Е.В., Ермолина Г.Б., Никифоров В.А.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ КОАГУЛАЗОНЕГАТИВНЫХ СТАФИЛОКОККОВ, ИЗОЛИРОВАННЫХ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной, г. Нижний Новгород

В детских стационарах Нижегородской области среди зарегистрированных внутрибольничных случаев гнойно-септических инфекций (ГСИ) в 2015 году заболевания новорожденных составили 53,1%. В этиологической структуре ГСИ новорожденных наибольший удельный вес был у представителей рода *Staphylococcus* (65%), среди которых лидировал *S. epidermidis* (40,3%), второе место принадлежало прочим видам коагулазонегативных стафилококков (33,6%), а на долю *S. aureus* приходилось 26,0%. В посевах клинического материала (со слизистых ЖКТ и из очагов инфекций) от новорожденных в ОРИТ перинатального Центра г. Москвы также преобладали коагулазонегативные стафилококки, из которых доминировали три вида – *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. hominis* [1]. Таким образом, несомненную актуальность представляет исследование резистентности коагулазонегативных стафилококков, выделенных от новорожденных в детском стационаре, что может позволить оценить их этиологическую значимость и выбрать адекватные методы терапии.

Цель работы – изучение резистентности к антибиотикам и бактериофагам штаммов коагулазонегативных стафилококков, циркулирующих в детском стационаре г. Н. Новгорода.

Были исследованы 93 культуры, выделенные из глаз, ушей, зева, носа и кожных складок новорожденных при поступлении в стационар и в ходе лечения, а также с интубационных трубок пациентов ОРИТ в 2016 г. Видовой состав изолятов включал *S. epidermidis* (58 штаммов), *S. haemolyticus* (25 штаммов), *S. hominis* (7 штаммов) и *S. warneri* (3 штамма). Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом. Литическую активность бактериофагов производства НПО «Микроген» оценивали методом «стерильного пятна». Исследование антибиотикорезистентности выявило наибольшую чувствительность культур к амикацину и ванкомицину – $18,97 \pm 5,19\%$ и $10,34 \pm 4,03\%$ резистентных штаммов *S. epidermidis*, $20,00 \pm 8,17\%$ и $16,00 \pm 7,48\%$ резистентных штаммов *S. haemolyticus*, соответственно, и ни одного устойчивого штамма *S. hominis*. Культуры *S. epidermidis* показали низкую резистентность к карбапенемам ($20,69 \pm 5,37\%$ – к имипе-

нему и $37,93 \pm 6,43\%$ – к меропенему) в отличие от культур *S. haemolyticus* ($64,00 \pm 9,80\%$ и $76,00 \pm 8,72\%$, соответственно). В целом, культуры *S. haemolyticus* чаще проявляли резистентность к антибиотикам пенициллинового ряда, карбапенемам, азитромицину, а также цефалоспорином 3-го и 4-го поколения (от $64,00 \pm 9,80\%$ до $88,00 \pm 6,63\%$), чем штаммы *S. epidermidis* (от $44,83 \pm 6,59\%$ до $79,31 \pm 5,37\%$ чувствительных культур, $p=0,0001-0,005$). Штаммы *S. hominis*, в основном, были резистентны к антибиотикам пенициллинового ряда и цефепиму (более $71,43 \pm 18,44\%$), реже – к азитромицину и линкомицину ($57,14 \pm 20,20\%$) и чувствительны к цефалоспорином 3-го поколения и карбапенемам (от $14,29 \pm 14,29\%$ до $28,57 \pm 18,44\%$ резистентных штаммов). Среди культур *S. epidermidis* полирезистентными (устойчивыми к трем и более антибиотикам) были $48,28 \pm 6,62\%$, а среди штаммов *S. haemolyticus* – $88,00 \pm 6,63\%$, разница достоверна при $p=0,0004$. Из семи штаммов *S. hominis* четыре были полирезистентными ($57,14 \pm 20,20\%$), а из 3 культур *S. warneri* одна была устойчива к карбапенемам и амикацину, другая – к ванкомицину. Следует отметить, что ранее среди циркулирующих в различных отделениях акушерского стационара г. Н. Новгорода культур также было выявлено большое число полирезистентных штаммов *S. haemolyticus* с устойчивостью к широкому набору антибиотиков [2]. Тестирование культур на чувствительность к бактериофагам показало, что большинство исследованных нами штаммов устойчиво к их действию. Так, к пиобактериофагу поливалентному, интести-бактериофагу, пиобактериофагу комплексному были устойчивы от $87,93 \pm 4,32\%$ до $94,83 \pm 2,93\%$ штаммов *S. epidermidis*, от $76,00 \pm 8,72\%$ до $96,00 \pm 4,00\%$ штаммов *S. haemolyticus*, от $85,71 \pm 14,29\%$ до 100% штаммов *S. hominis*. Лучшие результаты по фаголизису культур показали секстафаг (г. Пермь, не менее 42% чувствительных штаммов) и стафилококковый бактериофаг (г. Нижний Новгород, не менее 58% чувствительных штаммов).

Таким образом, циркулирующие в детском стационаре коагулазонегативные стафилококки обладали высокой долей антибиотикорезистентных и фагоустойчивых культур, в особенности *S. haemolyticus*, что создает предпосылки для формирования госпитальных штаммов.

Список литературы.

1. Любасовская Л.А. Видовой состав госпитальных штаммов условно-патогенных микроорганизмов и их роль в развитии инфекций у новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.02.03 – М., 2013. 25 с.

2. Беляева Е.В., Ермолина Г.Б., Кичикова В.В., Борискина Е.В. Электрофоретическое типирование стафилококков, циркулирующих в акушерском стационаре // Известия Самарского научного центра РАН. 2008. Спец. выпуск: сб. материалов XIII Всероссийского конгресса «Экология и здоровье человека». Самара, 2008. Т.1. С.23-29.

Беляева Н.М., Трякина И.П., Ватутина О.В., Никитина Г.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЙШМАНИОЗА

Российская академия последипломного образования,
Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, г. Москва

Лейшманиоз – протозойная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи внутриклеточных паразитов – лейшманий (*Leshmania*). Лейшманиоз – паразитарный ретикулогистиоцитоз, встречается в республиках СНГ, Южной Европе, Северной Африке, включая страны Узбекистан, Казахстан, Грецию, Испанию, Францию, Италию, Иран, Ирак, Мексику и другие. Ежегодно регистрируют до двух миллионов новых случаев лейшманиоза, из них до пятисот тысяч висцерального. Умирает в мире более тридцати тысяч человек в год. В РФ лейшманиоз диагностировали в Крыму, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Благовещенске. Источники инфекции собаки, млекопитающие, грызуны, переносчиками возбудителя чаще всего являются москиты.

Инкубационный период заболевания колеблется от одного месяца до года. Клинические синдромы включают лихорадку, значительное увеличение селезенки и печени, изменения в гемограмме в виде анемии, лейкопении, гранулоцитопении, тромбоцитопении. В терминальной стадии развивается кахексия, вторичный иммунный дефицит, присоединяются бактериальные инфекции. Диагностика заболевания морфологическая, серологическая, молекулярно-биологическая.

Иллюстрацией может служить клинический случай наблюдения больного С.

Пациент С. 26 лет поступил в клинику больницы им. С.П.Боткина 12 января 2013 года с диагнозом «Лихорадка неясного генеза». Из анамнеза известно, что заболел 25 декабря 2012 года, когда поднялась температура до 40 0, отмечал озноб, слабость, нарушение сна. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ, затем больной был госпитализирован.

В отделении состояние оценивалось как средней тяжести. При сборе эпидемиологического анамнеза установлено, что пациент в сентябре 2012 года пребывал в Мексике, в октябре 2012 года был в Париже, а в декабре 2012 – в Испании.

При проведении обследования лихорадящего больного исключали: ВИЧ-инфекцию, тифо-паратифозные заболевания, малярию, сепсис, онкогематологические болезни.

В гемограммах отмечались снижение лейкоцитов, до 2,5 тыс. в мкл., тромбоцитопения до 80 тыс. в мкл. При УЗИ выявлена гепатоспленомегалия.

17 января была проведена стерильная пункция, где отмечено усиление пролиферации гранулоцитов и мегакариоцитов без нарушения созревания.

Пациент получал антибактериальную терапию, глюкокортикоиды, переливания тромбоцитарной массы. Лечение было неэффективным, больной продолжал лихорадить до 39 0.

28 января в препаратах костного мозга были найдены лейшмании. 31 января в ЦНИИ эпидемиологии (н.с. Л.С.Карань) методом ПЦР в крови, а позже и в материале костного мозга, была обнаружена ДНК лейшмании *donovani*, что дало основание к диагнозу «Висцеральный лейшманиоз».

Больному проводили лечение амфополпом (липосомальная форма амфотерицина В) в суточной дозе 300мг в течение пяти дней, с повторным введением препарата в виде двух инъекций с перерывом в 7 дней. В контрольных анализах лейшмании в крови и пунктате костного мозга не были найдены. Больной выписан на сороковой день пребывания в стационаре в удовлетворительном состоянии.

Т.о. инфицирование лейшманиями с последующим развитием болезни становится вероятным в связи с поездками наших граждан в страны с тропическим и субтропическим климатом. Необходимо учитывать эпидемиологический анамнез, а также характерные клинические симптомы на предмет исключения лейшманиоза.

Список литературы.

1. Паразитарные болезни человека. Руководство для врачей. Редактор: В.П.Сергиев, Ю.В.Лобзин, С.С.Карлов – СПб: Фолиант, 2006

2. Морозова Л.Ф, Тумольская Н.И. Завозной лейшманиоз: дифференциальная диагностика и лечение.//Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014. – № 1. – С. 47-51.

***Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Ескараева М., Турмагамбетова Ф.,
Мырзаева Г., Тастанбекова Э.***

ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ КОРОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Казахстан

Введение: для многих инфекционных болезней характерна цикличность эпидемиологических проявлений, в настоящее время в мире обострилась ситуация по кори, корь регистрируется почти на всех континентах, традиционно корь считалась более детской инфекцией, но современной корью болеют дети и чаще стали болеть взрослые. Корь опасна тяжелыми формами заболевания, проявляемыми в виде пневмоний, энцефалитов и др. Основным противостоянием для данной инфекции является вакцинация, исторически доказавшая свою состоятельность резким снижением заболеваемости корью в последние десятилетия, новая проблема эпидситуации по кори связана больше ростом непривитого, недостаточно привитого населения создающее серонегативность, а также участвующимся отказом от прививок. По сравнительным данным Департамента по защите прав потребителей по инфекционной заболеваемости населения ЮКО за январь – сентябрь 2014-2015 годов. заболеваемость корью на 100тыс. населения составила у взрослых 9,03 а у детей до 14 лет –

8,86. По республике заболеваемость корью в сравнении с прежними годами выросла в 13 раз.

Методы и материалы: ретроспективно по историям болезней ГИБ проанализированы клинико-эпидемиологические параметры больных детей с диагнозом: корь. В работе также использованы сравнительные данные Департамента по защите прав потребителей по инфекционной заболеваемости населения ЮКО за январь – сентябрь 2014-2015 годов.

Результаты или обсуждение: по итогам исследования было определено: контингент по возрастам- дети от 0-6 месяцев составили 10%; от 7-12 месяцев – 30%; от 1-3-х лет – 23,4%; от 4-7 лет – 13,3%; от 8-12 лет – 13,3%; от 13-15 лет – 13,3%; имеющие плановую вакцинацию – 48,5%, незаконченную вакцинацию 26,6%; непривитые 24,8%; организованные дети 65,8%; неорганизованные – 34,2%; по механизму заражения: воздушно-капельный составил – 60%; непосредственный контакт – 40%.; по месту жительства: городские жители – 85% случаев; сельские жители – 15%; по характеру поступления в ГИБ, поступил впервые – 93,3% больных, по направлению – 6,7%; по клинической симптоматике с проявлениями лихорадки – нормальная температура у 10% больных, субфебрильная у 30%; фебрильная у 60%. По характеру сыпи: появление пятен Бельского-Филатова-Коплика замечено у 89,3% больных; сыпь пятнисто-папулезного характера – у 90%, сохранение этапности высыпаний прослежено – у 63,4%; явления конъюнктивита со светобоязнью – у 3,3%, со слезотечением – у 93,3%; с яркой гиперемией небных дужек у 20%; с одутловатостью лица – у 53,3%; с отеком век у 10%; с обильным отделяемым из носа – у 46,7%; с кашлем у 16,6%; с проявления астенического синдрома в виде беспокойства у 76,6% больных; сонливости у 13,3%; ухудшением сна – у 36,6%; головная боль у 36,7%; извращение вкуса и обоняния у 13,5%, у части младших детей была диарея – 6,6%; клинические симптомы со стороны легких – у 42,5%. В общих анализах крови умеренно выраженная лейкопения, ускорение СОЭ, в общих анализах мочи белок у 6,6%; лейкоциты – у 33,3%; бактерии – у 16,6%; слизь – у 6,6%. Лечение проводилось согласно клинических протоколов РК по нозологиям. Распределение по клиническим формам: корь, с типичным течением, в легкой форме у 8,2%; средне-тяжелой форме у 89,6%, в тяжелой форме 2,2%; осложненная пневмонией 13,3%; с бронхитом-47,6%; с серозным менингитом – у 2,4%, без осложнений – у 25,2% больных. По количеству проведенных койкодней – 7 дней – 86,7% больных; 14 и более – 13,3%.

Выводы: отмечается высокая заболеваемость корью среди грудных детей и детей младшего возраста, чаще непривитых, преобладают городские жители, в клинике больше больных с фебрильной лихорадкой, характерно типичное течение кори с пятнисто-папулезной этапной сыпью, проявлениями конъюнктивита, катаральными проявлениями со стороны верхних дыхательных путей, замечено также частые проявления астенического синдрома, в целом превалирует средне-тяжелая форма заболевания, из осложнений чаще отмечен бронхит.

Список литературы.

1. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. Москва. 2001
2. Симованьян Э.М. Инфекционные болезни у детей. Справочник в вопросах и ответах – Ростов н/Д, 2000. – 936 с.
3. В.Н. Тимченко, Е.Б. Павлова, О.О. Федючек, Р.А. Иванова и др. Корь у детей в современных условиях// Педиатрическая фармакология – 2012-Т- 9- № 6-С 13-15
4. Алешкин В.А. Перспективы элиминации кори в России // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2002. – № 6. –С. 8–11.
5. Отчетные данные Департамента по защите прав потребителей ЮКО инфекционная заболеваемость за январь- сентябрь 2014-2015 гг.

*Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Сарыпбекова Л.Л.,
Усманова Ф., Калжанова А., Мырзабаева Ф.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГУС-СИНДРОМА, ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТЕЧЕНИЯХ ОКИ У ДЕТЕЙ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Казахстан

Введение: Южно-Казахстанская область имеет ряд таких факторов как: густонаселенность, высокая рождаемость, традиционная многодетность, проблемы снабжения жителей качественной питьевой водой, которые в определенной мере влияют на распространение и частоту зарегистрированных инфекционных заболеваний, в частности острых кишечных инфекций. Число заболеваний ОКИ на 100 000 населения инфекции в 2016 году – 80,03. Около 60-65% всех случаев ОКИ приходится на долю детей, чаще болеют дети младшего возраста от 1 года до 7 лет. Наиболее высокие показатели заболеваемости и летальности отмечены в возрастной группе до 2-х лет. Среди грозных осложнений ОКИ особое место занимает гемолитико-уремический синдром, проявляющийся ОПН, летальностью до 8-30%, а в случае выздоровления нередко может формироваться ХПН.

Методы и материалы: Ретроспективно по историям болезней ГИБ проанализированы клиничко-лабораторные параметры больных детей с диагнозом: ОКИ, гастроэнтероколит, предположительно инфекционного генеза, тяжелое течение. Осл. острой почечной недостаточностью в стадии олигоанурии. Гемолитико-уремический синдром.

Из 759 больных детей до 14 лет с диагнозом ОКИ, выявлено 5 осложненных ГУС синдромом. В работе также использованы сравнительные данные Департамента по защите прав потребителей по инфекционной заболеваемости населения ЮКО за январь – сентябрь 2015-2016 годов.

Результаты или обсуждение: в ходе исследования отмечено: из числа заболевших ОКИ детей ГУС синдромом течение осложнилось у 0,6%, летальный исход из 5-х детей у 1-20%. Все дети были в возрасте до 2-х лет, из них 4 ребенка старше года и один ребенок до года, средний возраст составил 1 г. 5 мес. До поступления в стационар больные получали в среднем амбулаторное лечение в течении 4-х дней (ОРС, смекту, пробиотики, бисептрим, фуразолидон и 1 ребенок принимал левомецетин). Клинические проявления: острое начало, интоксикационный синдром у-100%; наличие лихорадки – 100%, была рвота – 100%, характер инвазивной диареи по типу гастроэнтероколита – 100%; характерные признаки кишечного токсикоза с эксикозом – 100%; выраженная бледность кожных и слизистых покровов – 100%; гепатоспленомегалия – 80%. У всех детей при поступлении замечено снижение диуреза. Лабораторно-инструментальные исследования: ОАК – выраженная гемолитическая анемия, с токсическим характером проявляемым в виде анизо и пойкилоцитозом появлением юных клеток; Hb у наших больных составил в среднем 64,8 г/л, уровень эритроцитов $3,4 \times 10^{12}/л$; лейкоцитоз со сдвигом влево среднее значение – $19,5 \times 10^9/л$; среднее значение СОЭ – 22 мм/ч.; Ht – 23%; тромбоцитопения среднее значение – $117 \times 10^9/л$, в анализах коагулограммы гипокоагуляция, уменьшение времени свертывания крови, времени рекальцификации. В биохимических анализах были высокие уровни показателей мочевины среднее значение 20,1 ммоль/л; креатинин 252 мкмоль/л: отмечалось снижение общего белка среднее значение – 54,6 г/л; фракции альбумина 25,6 г/л; отмечена умеренная гипонатриемия, гипокальциемия; метаболический ацидоз. В копрологии у всех детей отмечались наличие слизи, лейкоцитов и эритроцитов. В бактериологических посевах 2 результата КИНЭ, 1 – клебсиелла *oxytoco*; 1 – *Enterobacter aerogeneses*, 1 – ЭПКП. Больным в ходе лечения было проведено лечение коррекция электролитных нарушений, трансфузионная, антикоагулянтная, антибактериальная терапии, проведены плазмаферез и гемодиализ. Положительная динамика отмечена у 4 детей, выписаны с выздоровлением среднее значение койко-дней – 18. Летальный исход – у 1, койко-дней – 3.

Выводы:

- болеют преимущественно дети раннего возраста до 2-х лет, чаще мальчики
- развитие ГУС синдрома происходит на фоне клиники инвазивной диареи по типу гастроэнтероколита, с явлениями интоксикации, анемии, тромбоцитопении, гепатоспленомегалии, снижение диуреза
- в биохимических анализах были высокие уровни показателей мочевины, креатинина, снижение общего белка, фракции альбумина, гипонатриемия, гипокальциемия; метаболический ацидоз
- важна настороженность врачей амбулаторного этапа по особенностям проявлений ГУС синдрома, своевременное направление таких больных в стационар снизит риски тяжелых осложнений.

Список литературы.

1. В.П. Молочный. Гемолитико-уремический синдром. Обзоры литературы. Лекция. ДГМУ. С – 74-79.
2. О.И. Андриянова, Ф.К. Манеров, Ю.А. Чурляев, И.Г. Хамин и др. Причины и лечение острой почечной недостаточности// Общая реаниматология – 2007. – т III – С 70-74
3. Макарова Т.П., Эмирова Х.М., Зверев Д.В., Осипова Н.В. Атипичный гемолитико-уремический синдром у детей // Практическая медицина. – 2012. – №7 (62). – С. 57-61.
4. Макарова Т.П., Мрасова В.К. Шакиров И.Д. и др. Гемолитико-уремический синдром у детей. // Педиатрия – 5 (19) ноябрь 2006 г. – С 18-20.
5. Отчетные данные Департамента по защите прав потребителей ЮКО-инфекционная заболеваемость за январь-сентябрь 2016 г.

***Блажняя Л.П., Авдеева М.Г., Угрюмова Л.А.,
Головчанская К.В., Черняевская О.В.***

ДИКРОЦЕЛИОЗ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Дикроцелиоз – редкое заболевание человека, из группы трематодозов, возникающее при случайном заглатывании вместе с овощами, фруктами или зеленью инвазированных муравьев, содержащих метацеркарии ланцетовидной двуустки *Dicrocoelium lanceatum*. Первый промежуточный хозяин паразита – наземные моллюски, второй – муравьи, окончательные хозяева – сельскохозяйственные и дикие животные, а также человек. Активность моллюсков максимально проявляется при 67-100% влажности и температуре воздуха 5-18°C. Поэтому церкарии выходят из моллюсков чаще после дождей. Яйца дикроцелий устойчивы во внешней среде. Высушивание при температуре 18-20°C не убивает их в течение недели. Они переносят также сильный холод: до – 23, а иногда до – 50°C [1].

Клинически дикроцелиоз проявляется симптомами поражения печени и желчевыводящих путей, имеет сходство с описторхозом [2]. Недостаточно изученная клиническая картина и плохая осведомленность врачей существенно затрудняют диагностику заболевания. Приводим описания клинического случая дикроцелиоза.

Больной Д., 60 лет, полгода назад переехал в Краснодарский край из Томска, где часто ходил на рыбалку с ночевкой на природе и употреблением в пищу рыбы. Болен в течение последнего года, когда отметил ухудшение общего состояния. Предъявляет жалобы на слабость, боли в суставах, более выраженные в правом коленном суставе, субфебрильную температуру тела, периодические боли в правом подреберье, чаще на голодный желудок. При обращении за медицинской помощью в Томске и проведении обследования в

кале однократно были обнаружены описторхисы, специфическое лечение не проводилось, получал патогенетическую терапию.

При объективном осмотре: кожные покровы обычной окраски, живот при пальпации болезнен в эпигастральной области и в точке желчного пузыря, пальпируется плотно-эластичный край увеличенной печени 11/0,5x10x9 см. Лабораторно в ОАК: лейкоциты – $5,59 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 54%. Биохимическое исследование крови без патологии. При УЗИ выявлены умеренные диффузные изменения печени. РИИ печени установило умеренно выраженные признаки хронического гепатита, косвенные признаки патологии желчного пузыря. При ЭКГ-исследовании определены очаговые нарушения внутрисердечной проводимости.

Обследование в ГБУЗ СКИБ г. Краснодара показало отсутствие описторхисов в кале и отрицательные результаты ИФА к описторхозному антигену. Это позволило исключить диагноз описторхоза. Повторные копрологические исследования выявили у больного яйца *Dicrocoelium lanceatum*.

При дополнительном исследовании определен положительный HBsAg и антитела IgG HBsAg, позволившие впервые диагностировать хронический гепатит В. Методом ИФА выявлены IgG к цитомегаловирусной инфекции и токсоплазмам.

В результате клинико-лабораторного исследования установлен клинический диагноз: Дикроцелиоз (обнаружение в кале яиц *Dicrocoelium lanceatum*). Сопутствующие заболевания: хронический гепатит В с минимальной активностью, хронический приобретенный токсоплазмоз вне обострения и приобретенная цитомегаловирусная инфекция латентное течение.

Проведено лечение: бильтрицид 75/мг/кг в три приема. На фоне лечения бильтрицидом отмечено кратковременное повышение трансаминаз – АЛТ до 2,5 норм, АСТ – до 1,5 норм, купированное назначением гепатопротекторов и инфузионной терапии. Контрольное исследование кала не выявило гельминтов.

Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностики дикроцелиоза при наличии сопутствующей патологии (вирусный гепатит В, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция) имеющей сходные клинические проявления. Определение ведущей причины патологического состояния должно проводиться с учетом всего клинико-лабораторного комплекса, эпидемиологического анамнеза (контакт с растительностью в скотоводческих районах) и результатов лабораторных исследований. Диагноз подтверждает обнаружение в дуоденальном содержимом и фекалиях яиц гельминта.

Список литературы.

1. Авдеева М.Г., Кулбужева М.И., Блажня Л.П., Ганжа А.А., Журавлев А.Ю., Цехомская Н.Р. Описторхоз в Краснодарском крае, клинико-эпидемиологическое наблюдение по данным ЛДО ГБУЗ «СКИБ» / В сборнике: «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России» Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии

по специальности «Инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ. 2016. С. 11-13.

2. Городин В.Н., Наумов Г.Н., Мойсова Д.Л., Еремина Г.А. и др. Специфическая лабораторная диагностика инфекционных заболеваний. (Учебно-методическое пособие для врачей всех специальностей, студентов медицинских вузов (бакалавриат), врачей – интернов и клинических ординаторов.). – Краснодар, 2015. – 116 с.

3. Черкасский Б.Л. Инфекционные и паразитарные болезни человека. М.:1994. – 617 с.

***Боженова И.В., Верещагин Н.Н., Корнеев А.Г.,
Самойлов М.И., Соловых В.В.***

РАЙОНИРОВАНИЕ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ТЕРРИТОРИЙ ОРЕНБУРЖЬЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Бруцеллез – инфекционно-аллергический зооноз, относящийся к особо опасным инфекциям [1]. Последствиями могут быть полиморфные клинические проявления со стороны внутренних органов и систем, в некоторых случаях – хронизация с возможной инвалидизацией со значительным экономическим ущербом. Бруцеллез представляет мировую проблему для здравоохранения [4]. В России эпидемиологическая обстановка сохраняется напряженной – в 2015 году зарегистрировано 393 случая заражения людей [2]. Оренбургская область, граничит с Республикой Казахстан, в которой регистрируется высокая заболеваемость бруцеллезом и не исключается возможность бесконтрольной миграции зараженных животных [3, 4]. Представленные факторы требуют совершенствования эпидемиологического надзора за бруцеллезом, в том числе дифференциации территорий по риску инфицирования бруцеллезом (РИБ). Это и явилось целью нашей работы применительно к Оренбургской области.

Материалы и методы: использованы данные формы №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», карты эпизоотолого-эпидемиологического обследования очагов зоонозного заболевания (форма 391/у) за 1990 – 2015 гг. Районирование территории области по РИБ проводилось с помощью метода Кологорова А.И. и соавторов, достоверность полученных результатов – методом ХИ-квадрата (χ^2).

Результаты и обсуждение: В области впервые провели дифференцировку административных территорий по показателю РИБ населения с определением степени опасности заражения. Область была разделена на территории с низкой, средней и высокой степенью опасности заражения бруцеллезом.

К территориям с низкой степенью опасности (РИБ от 0 до 0,4) относятся города: Абдулино, Бузулук, Бугуруслан, Гай, Кувандык, Медногорск, Ново-

троицк, Оренбург, Орск, Соль-Илецк, Сорочинск и Ясный; районы: Абдулинский, Адамовский, Александровский, Асекеевский, Бузулукский, Бугурусланский, Беляевский, Гайский, Грачевский, Илекский, Кваркенский, Красногвардейский, Кувандыкский, Курманаевский, Матвеевский, Новоорский, Новосергиевский, Октябрьский, Переволоцкий, Пономаревский, Сакмарский, Светлинский, Северный, Сорочинский, Ташлинский, Тоцкий, Тюльганский, Шарлыкский и Ясенский. В этой группе территорий 12 районов имеют общую границу с Республикой Казахстан. Вспышка бруцеллеза была зарегистрирована только в одном из них – Тюльганском. Основными характеристиками группы были: выделение от животных и людей в равной степени культуры *Br.melitensis* и *Br.abortus*; в качестве источника заболевания преобладал крупный рогатый скот (КРС) ($51,5 \pm 4,4\%$; $\chi^2=12,6$); пути передачи: контактно-бытовой ($81,9 \pm 3,5\%$), пищевой ($12,3 \pm 3,0\%$), воздушно-пылевой ($2,5 \pm 2,0\%$), сочетанный ($0,8 \pm 0,5\%$) и неустановленный путь передачи ($2,5 \pm 2,0\%$).

К территориям со средней степенью опасности (РИБ от 0,41 до 2,0) относятся Оренбургский район и район, имеющий общую границу с Республикой Казахстан – Первомайский. На территории Оренбургского района также зафиксирована одна вспышка. Источниками возбудителя бруцеллеза в данной группе территорий являются КРС и мелкий рогатый скот по $41,2 \pm 8,5\%$ случаев соответственно; пути передачи – контактно-бытовой ($93,3 \pm 4,6\%$) и пищевой ($6,7 \pm 4,6\%$); от животных и человека возбудитель не выделен.

Территории с высокой степенью опасности (РИБ от 2,01 до 3,19) – Акбулакский, Домбаровский и Соль-Илецкий районы, имеющие общую границу с Казахстаном. Наличие вспышек зарегистрировано в двух районах – Акбулакском и Соль-Илецком. Основным возбудителем заболевания является *Br.melitensis* (90,9%). В качестве источника возбудителя бруцеллеза отмечено преобладание КРС ($56,3 \pm 12,4\%$; $\chi^2=6,9$). Основными путями передачи являются контактно-бытовой ($75,0 \pm 10,8\%$) и пищевой ($25,0 \pm 10,8\%$).

Таким образом, представленное эпидемиологическое районирование по РИБ области позволило исключить факт отсутствия отдельных районов в списке территорий риска, а также усовершенствовать комплекс противобруцеллезных мероприятий для каждой группы.

Список литературы.

1. Бруцеллез – краевая патология Казахстана/А.А. Ким [и др.]//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 5. – С. 162 – 164.

2. Обзор эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Российской Федерации в 2015 г. и прогноз на 2016 г./Г.И. Лямкин [и др.]//Проблемы особо опасных инфекций. – 2016. – Вып.2. – С. 11 – 13.

3. Ряплова И.В. Бруцеллез в Оренбуржье/И.В. Ряплова//Вестник Оренбургского государственного университета. – 2011. – №16 (135) декабрь. – С. 337 – 339.

4. Уразаева С.Т., Нурмухамедова Ш.М., Умарова А.Е. Бруцеллез в Казахстане/С.Т. Уразаева, Ш.М. Нурмухамедова, А.Е. Умарова//Міжнародний науковий журнал. – 2016. – Т.1. – № 1. – С. 27-28.

Бойцова О.В., Вильчинская И.Д., Штоль И.Н., Томенко С.Р.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЯМИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Инфекционная больница №3 г. Новороссийск

Пневмоцистная пневмония – опасная для жизни форма пневмонии, возникающая у людей с ослабленной иммунной системой. Одна из распространенных оппортунистических инфекций при ВИЧ инфекции. Чтобы не допустить развития ПЦП, проводится профилактическое лечение такими препаратами, как бактрим, бисептол, дапсон, пентамидин в аэрозоли (Neburent, Aerorent) и другими.

Пневмоцистоз – оппортунистическая инфекция с преимущественным поражением легких, у больных с иммунодефицитом способная к генерализации. Относится к числу наиболее распространенных СПИД-индикаторных болезней.

Пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией (как в виде моноинфекции так и при её сочетании с другими вторичными поражениями легких) свойственен длительный начальный период с постепенным нарастанием одышки, лихорадки, сухого кашля, а в период разгара болезни – выраженная дыхательная недостаточность. У всех больных регистрируются: высокая СОЭ, высокие показатели активности суммарной ЛДГ, снижение рО₂ крови.

За период январь 2016 г. – октябрь 2016 г. в инфекционную больницу г. Новороссийска 4 инфекционное отделение поступило 62 ВИЧ положительных больных с острой пневмонией, из которых ПЦР диагностикой бронхиального секрета выделено 30 человек с ПП, что составило 48,3% от общего числа поступивших больных с пневмонией.

Сочетание пневмоцистной пневмонии с другими вторичными поражениями легких (туберкулез, цитомегаловирусная пневмония) зарегистрировано у 11 человек (17,7% больных). Наиболее тяжело пневмоцистная пневмония протекает при сочетании с ЦМВ-инфекцией.

Дыхательная недостаточность у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции прежде всего связана с прогрессированием ПП. Стандарт оказания медицинской помощи таким пациентам должен включать незамедлительное назначение, по жизненным показаниям – триметоприм/сульфаметоксазола (ТМП-СМЗ, бисептол 480) в дозе 120 мг/кг/сутки в течение 21 дня в комплексе с патогенетической терапией, с использованием кортикостероидов, сердечных гликозидов, увлажненного кислорода.

На гистологических срезах легких, пораженных пневмоцистами, возникает картина, характерная только для пневмоцистоза. Расширенные бронхио-

лы, альвеолы и мелкие бронхи заполнены эозинофильной пенистой массой. Альвеолярный эпителий, контактирующий с возбудителем, гипертрофирован, стенки альвеол утолщены за счет расширения капилляров и инфильтрации лимфоидно-гистиоцитарными элементами. Вокруг сосудов наблюдаются обильные скопления плазмочитов. На стенках бронхов и альвеол видны отдельные круглые формы и пласты пневмоцист, стелющиеся по стенкам альвеол. Выявляются разорванные цисты *P. carinii* с выбросом в окружающее пространство внутрицистных телец, которые наращивают цитоплазму и превращаются в трофозоиты, а потом созревают до цист. Гистологическая картина легких напоминает альвеолярный липопроотеиноз с явлениями экссудации, лейкоцитоза и сетчатого склероза. Заполненные пенистой массой группы альвеол и альвеолярные ходы чередуются с участками компрессионного ателектаза и эмфиземы.

На фоне клинического улучшения (10-14 день противопневмоцистной терапии) рекомендуется назначение антиретровирусной терапии. После окончания курса противопневмоцистной терапии необходимо назначение вторичной профилактики ПП во избежание развития рецидива (ТМП-СМЗ по 2 таблетки 3 раза в неделю до стойкого повышения уровня CD4 > 200 кл/мкл в течение не менее 3 месяцев).

При пневмоцистной пневмонии у взрослых, не страдающих СПИДом, прогноз более благоприятный и определяется тяжестью фонового заболевания. У больных СПИДом при отсутствии лечения пневмоцистной пневмонии всегда приводит к летальному исходу. При поздней диагностике летальность при первичном эпизоде – около 40%, своевременно начатое лечение позволяет снизить летальность до 25%. Однако даже через несколько месяцев возможны рецидивы (от 10 до 30%) пневмоцистной пневмонии. Лечение рецидивов проходит значительно труднее, так как у 50-80% больных развиваются выраженные побочные реакции на бактрим и пентамидин, и летальность увеличивается уже до 60%.

Список литературы.

1. Аравийский Р.А., Семенова Л.А., Михайлова М.А Патоморфология экспериментального пневмоцистоза и цитогенез возбудителя *Pneumocystis carinii* // Архив патологии. – Ленинград, 1991. – Т. 53 №2. – С. 33-37.

2. Ахмедова О.А., Савицкая И.М., Коваленко Е.Е., Книжник Т.А., Горюхин В.Н. Молекулярно-генетическая диагностика ВИЧ-ассоциированных инфекций // Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием – Сочи, 2015. – С. 15-16.

3. Воеводин А.Ф. ВИЧ-инфекция и пневмоцистная пневмония // Пульмонология. М., – 1992. – №1. – С.52-58.

4. Покровский В.В., Юрии О.Г., Беляева В.В. и др. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Практическое руководство для студентов, врачей-интернов, клинических ординаторов и врачей всех специальностей // М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001, 92.

5. Швачкина Н.С., Ковалевская О.И., Городин В.Н. Клинические особенности течения острой ВИЧ – инфекции // Социально – значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Материалы II Всероссийской научно – практической конференции с международным участием – Сочи, 2015. – С.184-185.

6. Шемшура А.Б., Городин В.Н., Наумов Г.Н., Матузкова А.Н., Колпаков Д.С., Моргачева Я.В., Саухат С.Р. Особенности эпидемии ВИЧ-инфекции на юге России и проблемы борьбы с ней в Краснодарском крае // Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием – Сочи, 2015. – С. 190.

Бондаренко А.Л.

ПАТОМОРФОЗ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Иерсиниозы – группа бактериальных инфекционных заболеваний, вызываемых микроорганизмами рода *Yersinia*, к которым относится кишечный иерсиниоз и псевдотуберкулез. Многообразие клинических проявлений иерсиниозов и склонность к хроническому течению затрудняет своевременную диагностику и лечение заболевания. Иерсиниозы распространены повсеместно, но чаще болезнь регистрируется в регионах с умеренным климатом, в том числе в Кировской области, расположенной на севере Волго-Вятского региона.

Целью нашего исследования являлся анализ клиническо-эпидемиологических особенностей иерсиниозной инфекции в Кировской области в динамике за последние 20 лет.

Нами проанализировано течение иерсиниозной инфекции у 89 больных в возрасте от 17 до 69 лет, находившихся на стационарном лечении в Кировской инфекционной клинической больнице с 1995 по 2014 годы. Из них мужчин было 54, женщин 35. Обнаружение антител в РНГА к *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis* в титрах 1/100-1/6400 регистрировалось у 100% обследуемых. Диагноз псевдотуберкулез выставлен 22 больным, иерсиниоза – 67. С целью выявления патоморфоза клинико-эпидемиологической картины иерсиниозной инфекции было сформировано 2 группы. Первая – 49 человек, находившихся на лечении в инфекционной больнице с 1995 по 2004 год, вторая – 40 человек (2009-2014 годы).

В 1-й группе (1995-2004 гг.) псевдотуберкулез выявлен у 18 больных (37%), иерсиниоз – 31 (63%). Инфекция чаще наблюдалась у мужчин (69,1%). Средний возраст заболевших составил $26,6 \pm 1,9$ лет. У 90% больных (36 человек) 2-й группы (2009-2014 гг.) диагностирован иерсиниоз, у 4 человек (10%) – псевдотуберкулез. В последние годы мужчин и женщин было поров-

ну. Средний возраст составил $31,2 \pm 2,3$ год. Преобладание иерсиниоза в современных условиях отмечается в целом по стране [1].

В конце 90-х годов (1995-2004 гг.) иерсиниоз протекал преимущественно в гастроинтестинальной форме (54,9%). При псевдотуберкулезе генерализованная форма диагностирована в 56,2% случаях, у остальных пациентов – гастроинтестинальная. Максимальное число заболевших приходилось на зимние месяцы (43%). Как при псевдотуберкулезе, так и при иерсиниозе преобладал пищевой путь передачи (82%). Заражение происходило при употреблении сырых овощей, длительно хранившихся в овощехранилищах. В 85% случаев отмечалась фебрильная лихорадка и артралгии, у 53% больных – скарлатиноподобная сыпь, в 45% случаев – гастроэнтерит или гастроэнтероколит, в 24% – поражение печени.

В последнее время (2009-2014 гг.) 80,5% больных иерсиниозом перенесли генерализованную форму, 19,5% – гастроинтестинальную. Псевдотуберкулез протекал в генерализованной форме. Из эпиданамнеза установлено, что больные псевдотуберкулезом употребляли в пищу овощи без термической обработки. В группе больных иерсиниозом 21 человек (28,3%) употребляли свежие корнеплоды из овощехранилищ, 12 (33,3%) – посещали загородные дома, а 3 (8,3%) – до заболевания имели контакт с больными ОРЗ в течение 10 дней. Подъем заболеваемости пришелся на апрель и сентябрь. Подобная тенденция в отношении сезонности иерсиниозов отмечается в некоторых центральных и восточных регионах России [3]. В 100% случаев иерсиниозная инфекция характеризовалась интоксикацией, 60% – экзантемой, 52% – поражением печени, 42% – вовлечением в патологический процесс опорно-двигательного аппарата, в 35% – гастроэнтеритом. На преобладание скарлатиноподобной сыпи у больных иерсиниозной инфекцией указывают и сибирские авторы [2].

Таким образом, в Кировской области в структуре иерсиниозной инфекции в последнее время преобладают генерализованные формы, пик заболеваемости сместился с зимних месяцев на сентябрь и апрель, в 1/3 случаев выявляется контактно-бытовой путь заражения, в 2 раза чаще развивается гепатит.

Список литературы.

1. Панин, А.Л. Микробиологический мониторинг иерсиний как основа санитарно-эпидемиологического надзора за иерсиниозами в организованных коллективах / А.Л. Панин, Л.А. Краева, В.Б. Сбойчаков, А.Б. Белов, В.Н. Болехан, Д.Ю. Власов, Г.Я. Ценева // Инфекция и иммунитет. – 2013 – №3. – С. 217-228.

2. Мартынова, Г.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика иерсиниозной инфекции у детей города Красноярска / Г.П. Мартынова, Я.А. Богвилене, И.В. Сайбель, Е.В. Вайцель // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – Т. 76, № 4. – С. 66 – 69.

3. Бениова, С.Н. Кишечный иерсиниоз в практике врача-педиатра / С.Н. Бениова // Практическая медицина. – 2007. – № 24. – С. 9-11.

Бондаренко А.Л., Сапожникова В.В.

СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕЗЭРИТЕМНОЙ ФОРМОЙ I СТАДИИ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

С 2013 по 2014 гг. под наблюдением в Кировской инфекционной клинической больнице находилось 30 пациентов с безэритемной формой I стадии боррелиозной инфекции в возрасте от 15 до 75 лет (средний возраст $46,1 \pm 15,64$ лет), из них мужчины – 53,3%. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров, сопоставимых по возрастному и половому составу. Диагноз безэритемной формы I стадии боррелиозной инфекции был поставлен на основании эпидемиологических, анамнестических, клинико-лабораторных данных. Серологические методы подтверждения диагноза включали определение IgM и IgG в реакции иммуноферментного анализа. Уровень интерлейкинов сыворотки крови исследовали у пациентов при госпитализации в стационар. В работе применялись диагностикумы Bender MedSystems, Uscscn Life Science Ins. Wuhan, автоматический анализатор ИФА «Personal Lab», Adaltis. Содержание интерлейкинов сыворотки крови рассчитывалось по стандартной калибровочной кривой зависимости оптической плотности от концентрации для стандартного антигена. Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием Microsoft Excel 2002 и StatSoft Statistica v 8.0. Для определения различий независимых выборок использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Различия значений являлись достоверными при критическом уровне значимости более 95% ($P < 0,05$). У пациентов уровень IL-17A, обладающего провоспалительными свойствами и ассоциированного с аутоиммунными процессами в 2 раза превышает показатели контрольной группы ($0,6 \pm 0,08$ пг/мл и $0,3 \pm 0,08$ пг/мл, $p < 0,01$). Концентрации противовоспалительного IL-35, являющегося супрессором IL-17A, в группе пациентов снижены в сравнении со здоровыми донорами ($13,43 \pm 2,17$ пг/мл и $24,08 \pm 2,99$ пг/мл, $p < 0,01$). Уровень провоспалительного Th1-цитокина IL-23, участвующего в аутоиммунных процессах, тканях в 38 раз выше у больных по сравнению с контрольной группой ($1050,5 \pm 100,19$ пг/мл и $27,1 \pm 2,92$ пг/мл, $p < 0,00001$). Содержание воспалительного Th2-цитокина IL-33, участвующего в развитии аллергических процессов, у пациентов превышает уровень здоровых лиц в 11 раз ($99,1 \pm 8,71$ пг/мл и $8,7 \pm 1,12$ пг/мл, $p < 0,00001$). Таким образом, у пациентов с безэритемной формой I стадии боррелиозной инфекции в начале заболевания выявлен смешанный Th1/Th2, а также Th-17-опосредованный тип иммунного ответа. Повышенное содержание провоспалительных цитокинов (IL-17A, IL-23, IL-33) свидетельствует о наличии аллергических, аутоиммунных воспалительных процессов.

Список литературы.

1. Human IL-33 ELISA. Bender MedSystems. 2015; ЗАО «БиоХимМак»: 1-6.
2. Human IL-17A ELISA. Bender MedSystems. 2015; ЗАО «БиоХимМак»: 1-6.
3. Human IL-23 ELISA. Bender MedSystems. 2015; ЗАО «БиоХимМак»: 1-6.

Бондаренко Л.С., Цыганков М.А.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ РОЛИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Медико-социальная значимость хронического гепатита С (ХГС) обусловлена высоким риском формирования цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [2, 5]. Существенную роль в патогенезе ХГС играет специфическая жировая дистрофия печени (ЖДП) [4]. Однако, имеющиеся сведения относительно влияния ЖДП на эффективность комбинированной противовирусной терапии (КПТ) ХГС носят фрагментарный и достаточно противоречивый характер [3].

Цель исследования – на основе комплексного изучения клинико-патогенетической роли специфической жировой дистрофии печени у больных ХГС оптимизировать проводимую им КПТ.

Материалы и методы исследования. Под наблюдение было взято 194 наивных больных ХГС. В группу сравнения вошли 36 практически здоровых лиц. При морфогистологическом исследовании биоптатов печени у больных ХГС наиболее часто регистрировалась умеренная (52%) и реже – слабая (28,9%) и минимальная (19,1%) степень активности. У 39,3% пациентов были выявлены признаки ЖДП, имевшей мелкокапельный характер. После проведенной КПТ повторное морфогистологическое исследование биоптатов было проведено у 49 пациентов. Для определения у больных ХГС компонентов липидного спектра использовали прибор для акустического безреагентного определения белкового липидного спектра сыворотки крови БИОМ 01. Уровень свободнорадикального окисления оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА) в плазме крови; о состоянии антиоксидантной системы крови судили, определяя в эритроцитах активность супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы по методу Misra и Королюк [1]. У больных ХГС как с наличием, так и отсутствием ЖДП исследовалась эффективность препарата глицирризиновой кислоты – фосфоглива в сочетании с КПТ. Из 68 больных с морфогистологическими признаками ЖДП у 56 оказалось возможным провести КПТ. Эти лица были рандомизированы на две подгруппы. Пациенты 1-й из них (n=29) получали стандартную КПТ. Больным 2-й подгруппы (n=27)

дополнительно вводили фосфоглив (2,5 г в/в 1 раз в три дня). В промежуточные два дня этот препарат пациенты принимали перорально (800 мг/сут). Из 105 больных ХГС без морфогистологических признаков ЖДП, КПТ смогли получить 80 человек, причем 40 – вместе с фосфогливом.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты позволили сделать следующие выводы: 1) показатели количественного содержания в крови компонентов липидного обмена (общие липиды, общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности) не выходят у больных хроническим гепатитом ХГС за пределы нормальных значений и не зависят от наличия или отсутствия специфической ЖДП; 2) у больных ХГС, независимо от наличия или отсутствия ЖДП, отмечается закономерное повышение в плазме крови уровня малонового диальдегида, а в эритроцитах супероксиддисмутаза при одновременном снижении активности эритроцитарной каталазы; 3) у больных ХГС с наличием специфической ЖДП УВО на КПТ достигается достоверно реже, чем у пациентов с отсутствием таковой; 4) применение у больных ХГС с наличием морфогистологических признаков специфического стеатоза печени КПТ в сочетании с фосфогливом достоверно чаще обеспечивает у получающих только КПТ, инволюцию ЖДП; 5) Повышение эффективности КПТ в сочетании с фосфогливом достоверно чаще достигается у больных ХГС с наличием специфического стеатоза печени.

Список литературы

1. Амбалов Ю.М., Донцов Д.В., Пройдаков М.А. и др. Анемия у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию. Клинические проявления. Особенности патогенеза // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/117-13272> (03.06.2014).

2. Амбалов Ю.М., Дубина Н.В., Донцов Д.В. и др. Роль комбинированной противовирусной терапии в патогенезе нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных хроническим гепатитом С // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 14-19.

3. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М. Способ прогноза интерферон-рибавирининдуцированной нейтропении у больных хроническим гепатитом С // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 3. – С. 67-69.

4. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Васильева В.В. Оценка степени активности хронического гепатита С // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/100-4949> (25.11.2011).

5. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И. Изменения иммунологических показателей при развитии гематологических осложнений у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/120-15311> (23.10.2014).

Бончук Ю.С., Нагорная Н.Ю., Онуфриенко И.Н.

**ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ
РЕБЕНКУ ОДНО ИЗ ГЛАВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ, НАПРАВЛЕННОЙ НА
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Белгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Белгород

По влиянию на эпидемиологический процесс вертикальная профилактика схожа с вакцинопрофилактикой, делает управляемым процесс передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Этот вид профилактической деятельности доступен, экономичен (около 40 тыс. рублей на 3-х этапный курс профилактики ВИЧ для пары мать-ребенок) и приносит эффект в ближайшем будущем.

Обязателен с моральной и этической точки зрения и полностью соответствует глобальному, социально-ориентированному курсу развития нашего государства.

Общие тенденции феминизации эпидемии ВИЧ-инфекции: в Белгородской области зарегистрирована 671 ВИЧ-позитивная женщина (42,8% в общей структуре выявленных), том числе 90% – фертильного возраста; более 80% беременностей у ВИЧ+женщин заканчиваются родами; отмечается рост числа беременностей с 47 – 2010 г. до 64 за 2015г. За весь период наблюдения 1992-2015 гг. родилось 304 ребенка от ВИЧ + женщин. Диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден у 19 детей.

Успех профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку складывается из эффективного решения следующих этапов:

1. Раннее выявление ВИЧ-инфекции у женщин детородного возраста;
2. Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных беременных;
3. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (АРВП во время беременности, во время родов и способ родоразрешения, применение АРВП ребенку и применение АРВП после родов).

В целях оптимизации профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции на территории Белгородской области внедрен в работу приказ Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области от 25.08.2015г. № 2360 «О совершенствовании мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Белгородской области», который регламентирует в целях раннего выявления ВИЧ-инфекции обследование половых партнеров однократно на сроке беременности женщины 20-26 недель. Если партнер недоступен, необходимо провести исследование крови беременной на РНК ВИЧ качественным методом в Центре СПИД, а в целях предупреждения инфицирования ВИЧ-инфекцией при грудном

вскармливания, организовано обследование кормящих матерей через 3 и 6 месяцев после родов в тест-системе для определения p24 антигена.

Эффективность работы в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции:

1. Процент перинатальной передачи сократился с 6,1 в 2009 г. до 1,8 – в 2015 г.

2. Охват обследованием на ВИЧ-инфекцию половых партнеров беременных составил 93%.

3. За 3 года выявлено 16 случаев ВИЧ-инфекции среди половых партнеров беременных женщин, из них 15 – впервые.

Проблемы в проведении эффективной профилактики:

1. Асоциальный образ жизни женщины.

2. Подверженность СПИД-диссидентским взглядам.

3. Зависимость женщины от взглядов на проблему ближайшего окружения (мужа, родителей).

Для эффективной профилактики необходимо:

1. Борьба со СПИД-диссидентскими взглядами в СМИ (особенно в социальных сетях).

2. Изменения в законодательство, т.к. в настоящее время невозможно обязать ВИЧ-позитивную беременную женщину принимать профилактическое лечение.

3. Работа по формированию приверженности женщины к приему профилактических препаратов, в т.ч. с ближайшим окружением женщины (муж, родители).

Список литературы.

1. Федеральный закон от 30 марта 1995г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)».

2. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2003г. №606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».

4. Методические указания Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека МУ 3.1.3342-16 «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией».

5. Методические материалы ОГБУЗ «Белгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» от 2015г. для медицинских работников лечебно-профилактических учреждений «Актуальные проблемы ВИЧ-инфекции».

Брюханова Г.Д., Городин В.Н.

ТРАНСФОРМАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА КОНФИГУРАЦИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ

Сочинский государственный университет, г. Сочи;
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Интерес человечества к проблеме инфекционных болезней в разных её аспектах сохраняется на протяжении всего исторического периода его сознательного существования, возрастая в период противостояний, смены социально-экономических формаций стран и регионов. Однако в XXI столетии он усилен глобальным геополитическим переформатированием мирового устройства, беспрецедентным антропогенным прессингом на природную среду, приводящим к её трансформации планетарного масштаба, истощением ресурсного потенциала производственной сферы, зарождением нового технологического уклада, который должен определить дальнейший путь развития цивилизации. Исходя из этого, риски внезапного и катастрофического ухудшения эпидемиологической обстановки в любом регионе мира обоснованно признаются рядом экспертов и международными организациями (ВОЗ, международными экономическими организациями) небывало высокими. Кроме того, ВОЗ, экономически и технологически развитые страны в последние годы столкнулись с рядом проблем, к которым оказались слабо подготовленными: события, вызванные эпидемией Болезни, вызванной вирусом Эбола (БВЭ) в Западной Африке, показали, что не только системы здравоохранения некоторых стран оказались «слабыми» в чрезвычайной эпидемической ситуации, но и организация медицинских служб на международном уровне в ряде случаев была неэффективной (в частности, ВОЗ не смогла прогнозировать масштабы профессионального заражения медицинских работников в очагах БВЭ и обеспечить равные условия доступности высоко квалифицированной медицинской помощи всем заразившимся БВЭ медицинским работникам из разных стран; в Испании, в США на первых этапах не удалось обеспечить на должном уровне профессиональную безопасность медработников в стационарах, где осуществляли лечение больных БВЭ, а вопросы сбора, утилизации отходов из этих стационаров в мегаполисах оказались наиболее сложными; недовольство медицинских работников базовым уровнем их подготовки к профессиональной деятельности в условиях строгого противоэпидемического режима освещалось средствами массовой информации [<http://www.promedmail.org>, 2014-2016]. Случай повторного рецидива БВЭ у медицинской сестры в Великобритании (через продолжительное время после клинического выздоровления, подтверждённого результатами лабораторных исследований) и выявление «депо» вируса в организме человека (спинномозговая жидкость) заслуживает как минимум более строгого отношения к профессиональной безопасности медицинского персонала. Необходимо отме-

туть, что в результате массовых кампаний со стороны СМИ, ВОЗ и государства подвергаются критике одинаково: объявляют ли они чрезвычайную ситуацию эпидемического характера международного значения или нет, поэтому может быть упущено время для принятия неотложных мер как на национальном, так и на международном уровнях.

На фоне неожиданно проявившегося феномена быстрой коадаптации микроорганизмов к новым хозяевам («паразитарного парадокса») [Aaron Sussman, 17 Feb 2015, <http://www.promedmail.org>, 2015], в ряде стран Африки были выявлены массовые факты «фейк-вакцинации» против жёлтой лихорадки (сертификаты были выданы не привитым лицам) [<http://www.promedmail.org>, 2015], что вызвало крайнюю тревогу в Индии в связи с возросшим риском завоза этой инфекции гастарбайтерами с перспективой её дальнейшего укоренения. В случае реализации этой угрозы эксперты прогнозируют гибель 6,5 млн человек в Юго-Восточной Азии [<http://www.promedmail.org>, 2016].

Между тем, появляется всё больше фактов, свидетельствующих о фенотипической гибкости микроорганизмов, обеспечивающей им новые и неожиданные места их локализации в инфицированном макроорганизме, и соответственно, пути передачи возбудителей инфекции. Всё более часто регистрируются летальные исходы в США, Китае среди лиц, употреблявших устрицы, контаминированные *Vibrio vulnificus*. Распространение галофильных вибрионов предположительно связано с потеплением морской и океанической воды вследствие изменения экологии океанов и морей.

Однако способствуют филогенетической диверсификации паразитарных связей не только разбалансировка климата и экологические проблемы, но и изменения, происходящие в человеческом обществе. Примером этому является эволюция эпидемиологии менингококковой инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ). Так, в 2001 г. в г. Торонто зарегистрирована ограниченная вспышка менингококкового менингита среди геев (результат заноса из Чикаго и Лос Анджелеса): из шести больных умерли двое. В 2012 г. в г. Нью Йорке среди больных МСМ, из 22 человек с клиникой менингококкового менингита умерли 7. Данные, полученные исследователями в текущем году (Франция, Германия, Бельгия), свидетельствуют о том, что среди МСМ менингококки передаются половым путем, но «вернулись» к фенотипу с повышенной выживаемостью бактерий в крови человека, повышая риск проявления болезни в форме менингита и менингококцемии. Кроме того, в таких странах как Австралия, Канада, США отмечен в текущем десятилетии резкий рост сифилиса (в том числе врождённого) и гонореи среди контингента МСМ, что побудило врачей рассылать смс сообщения потенциально уязвимым группам населения (в частности, студентам) с рекомендациями по эпидемиологически безопасному сексуальному поведению.

Центром по контролю за заболеваниями США (CDC) отслеживается эпидемиологическое неблагополучие по болезням с пищевым путём передачи, что позволяет выявить факторы риска распространения возбудителей ин-

фекций. При этом нередко эпидемиологическое расследование вынужденно проводится ретроспективно вследствие трудностей, связанных с онлайн торговлей пищевыми продуктами. Так, связь с конкретным производителем свежемороженых овощей, контаминированных листериями, обусловившими sporadическую заболеваемость листериозом в США и Канаде в период с 2013 г. по 2016 г., удалось установить в мае 2016 г. [<http://www.cdc.gov/listeria/outbreaks/frozen-vegetables-05-16/advice-consumers.html>].

Таким образом, в XXI веке мир столкнулся с новыми явлениями, которые имеют характерные черты и изменяют конфигурацию эпидемиологических рисков:

- скачкообразные и мало предсказуемые биологические изменения в системе отношений возбудитель – хозяин (человек, животное) – окружающая среда, что в корне меняет представления медицины о степени заразности и рисках заражения человека, определяет тенденцию исчерпанию эффективности антибиотиков: малярия, легионеллёз, вирус Зика, Болезнь, вызванная вирусом Эбола (БВЭ), коронавирус, менингит (МСМ);

- рост статистических сведений по микстинфекциям среди лиц, путешествующих в страны тропического пояса;

- рост массовой миграции, обусловленной военными конфликтами и разрушения привычной социальной среды в странах донорах и странах реципиентах; деструкция медицинской сферы в странах ближнего востока, в Украине;

- половой путь передачи вирусов от человека к человеку реконвалесцентами (носителями) при инфекциях, считавшихся ранее остропротекающими: БВЭ, Зика, возможно, других;

- вспышки, сопоставимые с событиями прошлых столетий по внезапности, глубине психологического воздействия на массы населения (подогреваемого средствами массовой информации и современными возможностями сети интернет): грипп, Болезнь, вызванная вирусом Эбола;

- высокая скорость распространения инфекционных болезней благодаря современному транспорту, а также ограниченности ресурсов и опыта и слабой коммуникации национальных медицинских служб в разных странах (по крайней мере на ранних этапах реагирования) на фоне противоречий между эпидемиологической безопасностью и местными обычаями, традициями и предрассудками: грипп (рыночная торговля живой птицей с возможностью реализации разных путей передачи вирусов гриппа), корь (отказы населения в разных странах от вакцинации из-за фобии, связанной с расстройствами аутистического спектра), БВЭ (ритуал похорон);

- региональная и глобальная онлайн торговля продуктами питания, что затрудняет своевременное выявление случаев заболевания инфекции с пищевым путём передачи, пролонгирование вспышки от нескольких месяцев и более, в том числе и в связи с разными возможностями государств по эпидемиологической, клинической и лабораторной диагностике: вспышка сальмонеллёза (23 штата США, 33 больных) и др.;

– бурное развитие широких возможностей интернет-коммуникации, благодаря которой инфекционный больной может анонимно получить не только дистанционную консультацию по диагностике и лечению (от консультанта с неизвестным уровнем квалификации) на фоне дорожающих медицинских услуг, но и проложить маршрут движения к высокотехнологичным медицинским центрам в обход «санитарных кордонов» (завозная жёлтая лихорадка в Китай);

– нарастание в человеческой популяции доли лиц со сниженным иммунитетом, перенесших трансплантацию, что определяет расширение группы людей, подверженных высокому риску заражения инфекционными болезнями (эндемичными, экзотическими при путешествии в другие страны): Лихорадка Рифт-Валли (занос во Францию из Мали больным с ослабленным иммунитетом после трансплантации почки);

– запаздывание полноты и достоверности медицинской информации об инфекционных болезнях на официальном международном уровне, что определяет уязвимость туристской индустрии в отношении эпидемиологических угроз;

– психологическое «привыкание» населения к информации об эпидемиологическом неблагополучии и снижение интереса к личным и общественным мерам профилактики на фоне регулярных кампаний в средствах массовой информации (СМИ) о проблемах медицины;

– снижение результативности информационно-разъяснительной работы через СМИ частично в силу предыдущей причины, частично в результате роста популярности другого формата общения (социальные сети) среди молодёжи.

Система контроля за рисками эпидемиологического характера постепенно совершенствовалась и приобрела современный вид. В Российской Федерации для проведения Универсиады в г. Казани была разработана методика качественной и количественной оценки потенциальной эпидемиологической опасности во время проведения международных массовых мероприятий [Онищенко Г.Г., Пятяшина М.А. и др., 2015; Пятяшина М.А., 2015].

Совокупную величину риска заноса конкретной болезни из эндемичных стран в место проведения ММ рассчитывали по формуле:

$$PЗ \text{ (риск заноса)} = PЗ_{\text{стр}1} + PЗ_{\text{стр}2} + \dots + PЗ_{\text{стр} n}.$$

Между тем, стало очевидным, что необходимо предусматривать и неожиданно возникающие ситуации эпидемического характера международного значения. Исходя из этого, в предложенную авторами методику предлагаем внести поправочный коэффициент на внезапное появление болезни с высоким эпидемическим потенциалом распространения:

$$PЗ \text{ (риск заноса)} = PЗ_{\text{стр}1} + PЗ_{\text{стр}2} + \dots + PЗ_{\text{стр} n} + PЗС.,$$

где PЗС – множественность механизмов передачи неожиданно проявившейся инфекционной болезни (коэффициент 0,1, соответствующий 10 баллам).

Это позволит в режиме реального времени вносить коррективы в планы профилактических и контрольных мероприятий, а также сформировать для этого федеральный и территориальный (противоэпидемический) резервы сил и средств.

Список литературы.

1. Онищенко Г.Г., Пятяшина М.А., Удовиченко С.К., Топорков А.В., Куклев Е.В., Топорков В.П., Кутырев В.В. Количественная оценка потенциальной эпидемической опасности массовых мероприятий с международным участием и ее апробация в условиях Универсиады-2013 // Пробл. особо опасных инф. – 2015. – Вып. 2. – С. 5–8.

2. Пятяшина М. А. Научные основы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия международных массовых мероприятий и их реализация на примере XXVII всемирной летней Универсиады в городе Казани. Автореф..... дисс. д.м.н. – Казань, 2015. – 43 с.

3. Mellou K., Potamiti-Komi M., Sideroglou T. et al. Detection and management of a norovirus gastroenteritis outbreak, Special Olympics World Summer Games, Greece, June 2011 // International Journal of Public Health and Epidemiology. – 2012. – Vol. 1 (2). – P. 20–24.

4. MS Sow et al. New Evidence of Long-lasting Persistence of Ebola Virus Genetic Material in Semen of Survivors. J Infect Dis. (2016).

5. ProMED-mail post <http://www.promedmail.org/> (2015 – 2016).

6. Taha M-K., Claus H., Lappann M., Veyrier F.J., Otto A., Becher D. et al. Evolutionary Events Associated with an Outbreak of Meningococcal Disease in Men Who Have Sex with Men <http://www.promedmail.org> (11 May 2016).

Бутыльченко О.В., Старостенко Е.В., Береснева Р.Е.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УСКОРЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕПАРАЦИИ

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, кафедра фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, г. Москва;

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова УКБ Фтизиопульмонологии, г. Москва

Аннотация: Рост числа впервые выявленных больных деструктивными бактериальными формами туберкулеза легких, и наблюдаемый клиницистами феномен отсутствия терапевтического эффекта в случаях «неуправляемого» компонента воспаления в условиях, казалось бы, адекватной своевременно начатой терапии, подтверждает значимость адаптационных систем макроорганизма для обоснования выбора оптимальной этиопатогенетической терапии.

Цель: Определить клинические показания для индивидуализации использования неспецифических патогенетических средств в комплексном лечении больных туберкулезом легких на основании клинико-лабораторных исследований.

Методы исследования: В работе использовались: показатели ПОЛ – соотношение уровня МДА в эритроцитах и сыворотке крови в двух группах наблюдения у 46-ти больных; иммунный статус у 56-ти больных по показателям Т-общей популяции, уровню субпопуляции Т-хелперов, цитокинов, активности лимфоидных элементов к интерлейкину-2, а также уровня НК; Клинический материал представлен 68-ю больными различными формами деструктивного бациллярного туберкулеза легких, которым в 21-м случае в комплексе антибактериальной терапии применены 2 антиоксиданта – 2 АО (натрий тиосульфат и альфа-токоферол,; Эффективность терапии оценивалась по срокам ликвидации явлений интоксикации, частоты и сроков прекращения бактериовыделения, заживления полостей распада и восстановление функциональных параметров при уменьшении формирования выраженных изменений в легочной ткани в сравнении с динамикой нормализации показателей иммунной системы.

Результаты: Выявлена положительная динамика по показателям частоты и сроков прекращения бактериовыделения у 100 и 90,2+2,4%, $p<0,05$, в сроки 3,1+2,1 и 3,8+4,3 мес., $p<0,05$; полости распада заживали чаще в 1-й группе по сравнению с 4-й группой (81,8+3,2% и 52,4+26%, $p<0,01$) и в более короткие сроки (3,5+4,2 и 7,0+4,8мес., $p<0,01$). Наименьшие сроки негативации мокроты (1,5+0,15 мес.) отмечены при использовании ПО ($p<0,05$), в то же время у лиц, получавших ЛПО и АО, негативация мокроты наступала в равные сроки, соответственно через 2,0+0,2 мес. и 2,1+0,9 мес., ($p<0,05$) от начала терапии. Целесообразность применения ЛПО – в случаях с преимущественно продуктивными тканевыми реакциями (фокусы типа туберкулем).

Выводы: На основании анализа клинических данных можно сделать заключение о целесообразности использования в комплексном лечении больных инфильтративным туберкулезом легких патогенетических средств различного механизма действия. Это обосновало дифференцированное применение неспецифических патогенетических средств в комплексной терапии туберкулеза.

Список литературы.

1. Мезенцева М.В., Стаханов В.А., Захарова М.В., Зотов И.Ф. и др. Перспективы иммунотерапии в комплексном лечении инфильтративного туберкулеза легких» Научно-практический журнал «Биопрепараты»;
2. Бутыльченко О.В., Старостенко Е.В., Шильникова В.В. Неспецифические патогенетические средства в комплексном лечении туберкулеза органов дыхания и кожи. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». №11, том 16/2014;
3. Старостенко Е.В. Оптимизация методов патогенетической терапии в

комплексном лечении больных туберкулезом легких. Автореферат докторской диссертации. С-Петербург., 1993;

4. Чужов А.Л., Беллендир Э. Н. Туберкулез и другие микобактериальные инфекции кожи. Патогенез, диагностика, лечение/ под редакцией член-корр. РАМН, профессора Ю.Н.Левашова., 2007- 128 с.

5. Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии. Учебное пособие для врачей под редакцией проф. А.К.Иванова. С-Пб. 2009.

***Быстрицкий Д.А., Милованова И.И., Кулагин В.В.,
Лебедев П.В., Палагута А.Е.***

О РАБОТЕ СЛУЖБЫ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ СО СПИД В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Краснодар

Краснодарский край по количеству ВИЧ-инфицированных занимает 22 место среди всех субъектов Российской Федерации. В настоящее время на территории края проживает более 14 тыс. человек с ВИЧ-инфекцией, показатель распространенности составляет 238,4 на 100 тыс. населения (по стране в целом – 550,0) и ежегодный прирост ВИЧ-инфицированных составляет 1,5-2 тыс. человек. В 2015 году в крае первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией российских граждан составила 36,0 на 100 тыс. населения, что на 21% выше показателя прошлого года и в 2 раза ниже, чем в России (64,0 на 100 тыс. населения). С 1987 года по настоящее время в крае зарегистрировано более 20 тысяч случаев заражения ВИЧ, в том числе 17 тысяч жителей Краснодарского края (83%), более 2 тысяч граждан других регионов РФ (11%) и 1,5 тысячи иностранных граждан (6%). В 2015 году зарегистрировано 2 245 случаев, в том числе 1 677 жителей края (75%), 476 жителей других субъектов (21%) и 92 иностранных граждан (4%).

Ежегодно доля ВИЧ-инфицированных граждан из других субъектов Российской Федерации увеличивается на 5%, а доля жителей края уменьшается на 4,0%. В возрастной структуре ВИЧ-инфицированных преобладают молодые трудоспособные люди от 18 до 40 лет, которые составляют 65,4%, лица старше 40 лет составляют 33,4%, дети до 17 лет – 1,2%. Особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции в крае является доминирование полового пути передачи ВИЧ-инфекции, доля которого составляет 67,1% (по России – 46%). Доля лиц, заразившихся ВИЧ инфекцией при парентеральном введении психоактивных веществ составляет 32,5%, (по России – 54%). В 2015 году число впервые выявленных ВИЧ-инфицированных наркоманов, употребляющих наркотики внутривенно, уменьшилась на 235 человек и составила 517 человек или 7% от всех наркоманов (в 2014 году их было 752 человека или 10%), что в 3 раза ниже, чем по России (21%). Случаев внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией пациентов и медицинского персонала в Краснодарском крае зарегистрировано не было.

Специализированная медицинская помощь ВИЧ-инфицированным в крае оказывается в пяти Центрах профилактики и борьбы со СПИД (г.Краснодар, Новороссийск, Сочи, Ейский и Туапсинский районы), где пациенты получают консультативную помощь врачей различных специальностей (инфекциониста, терапевта, офтальмолога, аллерголога-иммунолога, психиатра, гинеколога и др.), им назначается антиретровирусная терапия, проводится динамическое наблюдение и контроль лечения. В дальнейшем ВИЧ-инфицированные наблюдаются у врача-инфекциониста поликлиники, который проводит постоянное наблюдение за пациентом и контролирует выполнение рекомендаций врачей Центров СПИДа. Охват антиретровирусной терапией ВИЧ-инфицированных с 2011 года вырос на 10% и составляет 45,0% при индикаторном показателе 29% (по России – 37%). На протяжении последних лет охват диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных в крае сохраняется стабильно высоким – 85,5% (индикаторный показатель 72,2%). В 2015 году в крае в 1,5 раза выросло число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей – 312 (в 2010 году – 208). Трехэтапный курс химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции получили 92% пар «мать-ребенок» (индикаторный показатель – 85,5%). Все дети получили профилактическое лечение антивирусными препаратами. Из всех родившихся, 98% детей здоровы, 2% детей – ВИЧ-инфицированы.

Диагностика ВИЧ-инфекции проводится практически в каждом районе в 41 лаборатории. Территории, где нет лабораторной службы, направляют материалы в соседние районы. Ежегодно на ВИЧ-инфекцию обследуется около 800 тыс. человек, в том числе более 30 тысяч иностранцев. План по обследованию выполняется на 100% и более. В 2015 году запланировано к обследованию 768 000 чел., обследовано – 825 310 чел. (107%). В 2016 году запланировано 792 тыс. чел, уже обследовано более 600 тыс. чел.

Во всех муниципальных образованиях края работа по профилактике ВИЧ-инфекции среди различных групп населения проводится в соответствии Планом первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции на территории Краснодарского края в 2016-2017 годах, утвержденном заместителем главы администрации (губернатора) Краснодарского края. В крае действует постоянная Межведомственная комиссия по противодействию распространению социально-значимых инфекционных заболеваний (в том числе ВИЧ-инфекции), в состав которой вошли представители органов исполнительной власти (министерство труда и социального развития, министерство образования, науки и молодежной политики, министерство физической культуры и спорта) и Управлений Федеральных служб (Роспотребнадзор, МВД, ФСИН). Основной задачей комиссии является координация межведомственного взаимодействия в области профилактики распространения социально-значимых инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции.

В местах массового скопления людей регулярно проводится бесплатное и анонимное тестирование на ВИЧ экспресс-методом. В текущем году с во-

лонтерами высших учебных заведений края уже проведены 4 масштабные профилактические кампании «Узнай свой ВИЧ-статус». В рамках Всероссийской недели тестирования на ВИЧ в Городском саду г. Краснодара, как и во всех районах края, проведено анонимное тестирование всех желающих. Интерес к этой масштабной акции проявила в первую очередь молодежь, каждый второй пожелавший принять участие в акции, был моложе 30 лет. Более половины из них обследовались впервые. Всего в акциях протестировано более 25 тысяч человек, ВИЧ-инфекция выявлена у 374 чел. (1,5%). Профилактическая работа в крае уже показала свои результаты. За последние 5 лет первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией у молодых людей до 30 лет снизилась на 7%.

Итак, в крае заболеваемость ВИЧ-инфекцией ежегодно растет. Это обусловлено в первую очередь ростом числа мигрантов, прибывших с уже установленным диагнозом. Кроме того, увеличение объема обследований, массовые масштабные профилактические акции и тестирования привели к повышению выявляемости ВИЧ-инфицированных. Работа по профилактике ВИЧ-инфекции будет продолжена – необходимо повышать общий уровень информированности людей по этой теме. Мы будем делать упор на масштабную информационную работу с привлечением общественности, средств массовой информации, старшеклассников и молодежи, тестировать трудовые коллективы, расширять взаимодействие всех заинтересованных служб и ведомств.

Список литературы.

1. Ларин Ф.И., Лебедев В.В., Редько А.Н. Проблема ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае (социально-эпидемиологическое исследование) – Москва «Воскресенье», 2005.
2. Покровский В.В. Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция и СПИД» Второе, переработанное издание. Москва «ГОЭТАР-Медиа» 2010.
3. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. ВИЧ-инфекция. – СПб. – 2004.

***Быстрицкий Д.А., Топольская С.В., Бакулкина О.Г., Хасанов Х.А.,
Кулагин В.В., Городин В.Н., Шевченко Н.П.***

ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Краснодар;
Клинический противотуберкулезный диспансер, г. Краснодар;
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

В Краснодарском крае в 2015 году зарегистрирован 1 961 новый случай заболевания ВИЧ-инфекцией среди граждан России. На эпидемическую ситуацию по туберкулезу в крае существенное влияние оказывает распространение ВИЧ-инфекции, которая является самым серьезным фактором риска его развития. Среди больных туберкулезом, находящихся под диспансерным

наблюдением на конец 2015 года, 7% больных имели ВИЧ-инфекцию, а распространенность больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией с 2011 года выросла практически в 2 раза (в 2011 году – 3,6%).

За последние 5 лет территориальный показатель заболеваемости туберкулезом снизился на 31,5% и в 2015 году составил 45,0 на 100 тыс. населения, а интенсивный показатель впервые зарегистрированной заболеваемости российских граждан ВИЧ-инфекцией в крае в 2015 году вырос на 21,2% и составил 36,0 случаев на 100 тыс.

На диспансерном учете в настоящее время в крае состоит более 10 тыс. ВИЧ-инфицированных, около 10% из которых имеют клинические проявления синдрома приобретенного иммунодефицита. Клинические проявления ВИЧ-инфекции характеризуются значительным полиморфизмом. Основными оппортунистическими заболеваниями являются грибковые поражения – доля лиц, с кандидозом в 2015 году составила почти 25% от общего числа ВИЧ-инфицированных, имеющих 4 стадию заболевания. На втором месте, как и на протяжении нескольких лет подряд, остаются микобактериальные поражения – 15% пациентов имели туберкулез различных локализаций (85% – легочные формы, 15% – генерализованные).

Немаловажной медико-социальной задачей остается снижение уровня смертности населения края от туберкулеза, в том числе и среди лиц, инфицированных ВИЧ, в структуре причин летальных исходов которых на протяжении длительного периода лидируют именно микобактериальные поражения – в 2015 году причиной смерти 38% ВИЧ-инфицированных, умерших по причине прогрессии заболевания, являлся именно туберкулез. В сравнении с предыдущими годами отмечается уменьшение доли ВИЧ-инфицированных, умерших от туберкулеза – так в 2010 году он был причиной смерти у 45% больных, в 2012 г. – 43%, 2013 г. – 42%. Такая тенденция наблюдается не только в Краснодарском крае и по России в целом. Один из главных факторов, который позволяет снижать смертность от туберкулеза у ВИЧ-инфицированных – это раннее выявление заболевания. В 2015 году 95% ВИЧ-инфицированных прошли обследование на туберкулез, что выше аналогичного показателя за 2010 год почти на 7%. Снижению смерти ВИЧ-инфицированных по причине туберкулеза в Краснодарском крае так же способствует антиретровирусная терапия, назначаемая пациентам с активной формой туберкулеза в наиболее ранние сроки. В период с 2010 по 2015 год в Краснодарском крае доля ВИЧ-инфицированных лиц, имевших активную форму туберкулеза и получавших антиретровирусную терапию выросла с 34% до 70% – так, в 2011 году 291 ВИЧ-инфицированный с активным туберкулезом получал антиретровирусную терапию одновременно с противотуберкулезными препаратами, а в 2015 году – 423 человека (+60%).

С целью совершенствования мероприятий, направленных на снижение смертности от туберкулеза, проводимых в Краснодарском крае, проанализированы причины смерти 21 ВИЧ-инфицированного в Клиническом противотуберкулезном диспансере города Краснодара в 2015 году с летальным исхо-

дом по причине прогрессии ВИЧ-инфекции (В20.0). Средняя продолжительность нахождения ВИЧ-инфицированных на койке составила 33,5 дня (минимально 2 к/дня, максимально 195 к/дней). Возраст пациентов варьировал от 25 до 59 лет и в среднем составил 40,6 лет. Примечателен факт, что у 38% умерших «стаж» ВИЧ-инфекции составлял более 10 лет и в медицинских организациях, до момента госпитализации в стационар, не наблюдались, 33,4% – выявлены в 2015 году (из них 57% – выявлены во время стационарного лечения, 1 пациент выявлен посмертно).

Тяжелый иммунодефицит (CD4+лимфоциты менее 50 кл/мкл) имел место у 57% умерших, 28,5% имели уровень CD4+лимфоцитов от 50 до 100 кл/мкл. и у 14,5% этот показатель был в пределах от 100 до 270 кл/мкл. Уровень вирусной нагрузки у всех ВИЧ-инфицированных был более 100 тыс. копий/мл (максимально – 2,5 млн.).

Всем умершим ВИЧ-инфицированным проводилась активная противотуберкулезная терапия. В соответствии с действующими рекомендациями, с целью предотвращения развития синдрома восстановления иммунной системы и как следствие ухудшение течения туберкулеза, антиретровирусная терапия в 85,7% случаев у данной когорты больных назначена не была ввиду тяжелой иммуносупрессии и кратковременного пребывания пациентов в поле зрения врачей. Двоим пациентам с диссеминированным туберкулезом легких назначенная антиретровирусная терапия не повлияла на исход заболевания, однако оказалась эффективной ввиду снижения вирусной нагрузки. У одного пациента с туберкулезом легких специфическая терапия привела к генерализации туберкулезного процесса. В структуре генерализованного туберкулеза в 43% случаев имело место сочетанное поражение головного мозга и легких, при этом у одного пациента туберкулез протекал вместе с менингоэнцефалитом ЦМВ-этиологии.

В результате проведенного анализа можно сделать вывод, что уровень смертности от туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных в Краснодарском крае напрямую зависит от степени приверженности пациентов диспансерному наблюдению и доли лиц, выявленных на поздних стадиях заболевания – 67% умерших от туберкулеза это ВИЧ-инфицированные, выявленные 1-10 и более лет назад, не наблюдавшиеся в медицинских организациях, а 33% – лица, выявленные в стадии СПИДа с активным туберкулезным процессом. Таким образом, в настоящий момент важнейшее значение приобретает расширение охвата населения обследованием на ВИЧ-инфекцию со снижением доли лиц, выявленных на поздних стадиях процесса и удержание пациентов в рамках существующей системы помощи.

Список литературы.

1. Кравченко А.В. Принципы антиретровирусной терапии. – М. Consilium medicum – «Медиа Медика». – 2007.
2. Ларин Ф.И., Лебедев В.В., Редько А.Н. Проблема ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае (социально-эпидемиологическое исследование) – Москва «Воскресенье», 2005.

3. Лобзин Ю.В., Волжанин В.М., Буланьков Ю.И., Фомин Ю.А. Краткий справочник по терапии ВИЧ/СПИД. – СПб «Фолиант». – 2005.
4. Покровский В.В. Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция и СПИД» Второе, переработанное издание. Москва «ГОЭТАР-Медиа» 2010.
5. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. ВИЧ-инфекция. – СПб. – 2004.

Быхалов Л.С.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВИЧ/ТБ КО-ИНФЕКЦИИ С УЧЁТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград,
Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области,
г. Волгоград.

ВИЧ-инфекция и туберкулёз занимают ведущие места в проблематике социально-значимых инфекционных заболеваний. Характерной особенностью этих заболеваний является полиорганность поражений, что нередко приводит к длительной утрате трудоспособности с наступлением инвалидности. В динамике на фоне снижения количества случаев, признанных инвалидами в результате туберкулёза, отмечается рост стойкой нетрудоспособности в результате ВИЧ/ТБ ко-инфекции [1]. Абсолютное количество случаев, признанных инвалидами в результате ко-инфекции ВИЧ/ТБ в Волгоградской области за исследуемый период с 2004 по 2014 гг, выросло в 15 раз с 12 до 182 случаев в год, со средней ежегодной прибавкой в 28 случаев за последние 5 лет [2,3].

Медико-социальная экспертиза при ВИЧ/ТБ ко-инфекции на современном этапе основывается на положениях Конвенции ООН «О правах инвалидов» от 13 декабря 2006 г. и «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» утверждённой на 54 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г. Установление статуса инвалид в рамках законодательства РФ осуществляется в Федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы с использованием приказа Министерства труда и социальной защиты РФ № 1024 н от 17 декабря 2015 г. «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», включает количественную систему оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в баллах. Для сочетанной патологии ВИЧ/ТБ приказ № 1024 н полностью не адаптирован и нуждается в коррекции.

В соответствии с выявленными клинико-функциональными нарушениями среди инвалидов при ко-инфекции ВИЧ/ТБ, количественная оценка степе-

ни выраженности нарушений функций организма в баллах (процентах) при сочетанной патологии может выглядеть следующим образом:

0-30 баллам (процентам) соответствует ко-инфекция ВИЧ/ТБ с незначительными нарушениями функции иммунной системы с количеством CD4+ лимфоцитов 350 и более клеток в мкл., со стабильными показателями иммунорегуляторного соотношения CD4/CD8, и ВН с неактивным туберкулёзным процессом в лёгких в виде потери активности или в результате остаточных посттуберкулёзных изменений, с незначительной степенью выраженности нарушений дыхательной системы ДН 0-I, и/или незначительное нарушение других функциональных систем с отдаленными проявлениями последствий туберкулеза различных локализаций или в результате вторичных неуточнённых заболеваний при ВИЧ-инфекции.

40-60 баллам (процентам) соответствует ко-инфекция ВИЧ/ТБ с умеренными нарушениями функции иммунной системы с количеством CD4+ лимфоцитов 350 – 200 клеток в мкл., со стабильными показателями иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 со снижением до 0,25, и ВН до 100000 копий без «всплесков», неактивный туберкулёзный процесс в лёгких в фазе обратного развития (рентген признаки уменьшения контуров или сливных очагов) или в результате остаточных посттуберкулёзных изменений, с умеренной степенью выраженности нарушений дыхательной системы ДН I-II, в сочетании с ХСН I, ФК 1-2 и лёгким или умеренным интоксикационным синдромом, и/или в результате умеренных нарушений других функциональных систем с отдаленными проявлениями последствий туберкулеза различных локализаций или в результате вторичных неуточнённых заболеваний при ВИЧ-инфекции.

70-80 баллам (процентам) соответствует ко-инфекция ВИЧ/ТБ с выраженными нарушениями функции иммунной системы с количеством CD4+ лимфоцитов в диапазоне 200 – 100 клеток в мкл., со снижением показателей иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 до 0,10, и «всплеском» ВН более 100000 копий и/или активный туберкулёзный процесс в лёгких (нечёткость контуров инфильтративных теней), с выраженной степенью нарушения функции дыхания ДН II-III в сочетании с ХСН 2А, ФК 2-3 и умеренным или выраженным интоксикационным синдромом, и/или в результате выраженных нарушений других функциональных систем в последствии активного туберкулёза внелёгочных локализаций или с отдаленными проявлениями последствий туберкулеза, или неуточнённых вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции.

90-100 баллам (процентам) соответствует ко-инфекция ВИЧ/ТБ с резко выраженными нарушениями функции иммунной системы с количеством CD4+ лимфоцитов меньше 100 клеток в мкл., со снижением показателей иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 меньше 0,10, и «всплеском» ВН более 100000 копий и/или активный туберкулёзный процесс в легких или генерализованный, с резко выраженной степенью нарушения функции дыхания, ДН III в сочетании с ХСН 2Б-3, ФК 3,4 и резко выраженным интоксикационным синдромом, и/или в результате резко выраженных нарушений других функ-

циональных систем с проявлениями активного или последствий туберкулеза внелёгочных локализаций или неуточнённых вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции.

Список литературы:

1. Быхалов Л.С., Седова Н.Н., Деларю В.В. и др. Причины смерти и патоморфологическая характеристика органов при туберкулёзе, ассоциированном с ВИЧ-инфекцией // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013. – №3. – С.64-68.

2. Быхалов Л.С., Гичкун Л.П., Деревянченко Л.В., Литвинова М.В., Калуженина Н.И., Коробкин В.В., Простяков В.М., Елисеева О.Г., Тарасова Е.С. Анализ инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции и туберкулёза в Волгоградской области в 2009-2011 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – №2. – С. 23-26.

3. Быхалов Л.С., Деларю В.В., Быхалова Ю.А., Ибраимова Д.И. Эпидемиологические, медико-социальные и психологические аспекты ко-инфекции ВИЧ/туберкулёз в Волгоградской области по материалам социологического исследования // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №5. [Электронный журнал].

***Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзабаева Р.Т.,
Мамон Н.А., Арсланова Л.В., Хабелова Т.А.***

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Инфекционные болезни сохраняют свою актуальность и в наши дни, поскольку широко распространены, имеют нередко тяжелое течение, а также появляются новые болезни. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных болезней становится все более сложной задачей из-за эволюции их клинического течения, широкого распространения микст-инфекций, появления детских инфекций у взрослых [2].

Многие инфекционные заболевания были ликвидированы, но на смену им появились новые, несущие угрозу человечеству, примером которых стали ВИЧ инфекция, лихорадка Эбола, Зика и другие. Периодически «возвращаются» старые болезни, такие, как корь, сибирская язва, дифтерия, малярия, туберкулез.

В свете сказанного, любой врач первичного звена (терапевт, педиатр, врач скорой помощи) должен обладать большими знаниями по всем разделам медицины [2,3,5]. Все знать невозможно. Важно знать нужное, а не многое. Качество обучения врачей по инфекционным болезням зависит от уровня педагогической подготовки и квалификации преподавателей кафедр по дополнительному профессиональному образованию.

Современные условия выдвигают новые требования к профессиональному обучению. Важнейшими из них являются повышение эффективности, содержательности и практической направленности обучения. Врач должен приобрести знания, умения и практические навыки по инфекционным болезням, позволяющие ему проводить диагностическую, лечебную и профилактическую работу. Широко образованный специалист способен гибко перестраивать содержание своей деятельности в соответствии с потребностями общества. В реализации компетентного подхода, как основного принципа новых федеральных государственных образовательных стандартов, необходимо максимально обеспечить развитие практических умений, способность действовать в различных клинических ситуациях. Компетентный подход в обучении предполагает, чтобы врач освоил универсальные и профессиональные компетенции и в дальнейшем мог самостоятельно работать специалистом в коллективе [1,3,5]. В свете сказанного уровень квалификации преподавателей кафедр дополнительного профессионального образования должен быть высоким. Он должен обладать обширными общими медицинскими знаниями, быть специалистом не только в инфекционной патологии. На кафедре работают преподаватели, имеющие многолетний клинический опыт, прошедшие ординатуру, аспирантуру в центральных вузах, представляющих определенную школу, знакомые с отечественной и мировой литературой по инфекционной патологии, участвующие в республиканских, федеральных, международных конференциях, съездах, симпозиумах.

Реализация повышения профессионального уровня выпускников вузов осуществляется в интернатуре, ординатуре, а врачей – на циклах повышения квалификации и переподготовки. Обоснованными являются активные методы обучения с использованием технических средств, позволяющие подключить аналитическую способность обучающихся, способствуя формированию логического мышления, закреплению практических навыков работы [3,4,5]. При чтении лекций, при проведении семинаров и практических занятий широко используются технические средства обучения. Центральное место в учебном процессе занимают лекции. Тематический план лекций включает конкретные нозологические формы, которые являются актуальными для региона, а также зависят от сложившейся эпидемиологической ситуации. Для врачей терапевтического профиля отдельные лекции носят обзорный проблемный характер. Семинарские занятия включают клинические разборы конкретных больных и по архивным историям болезни. Используется тестовый контроль уровня знаний, в начале – исходный, затем текущий, а по завершении учебы – итоговый. Обязательно участие обучающихся в консультациях, обходах, в городских и республиканских конференциях. Весьма полезной и необходимой частью обучения является внеаудиторная самостоятельная работа с использованием отечественной и иностранной литературы последних лет, а также методических пособий и материалов кафедры.

Список литературы.

1. Белогурова В.А. Научная организация учебного процесса: учебное пособие / В. А. Белогурова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 445 с.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 32-35.
3. Компетентностно-ориентированное обучение в медицинском вузе [Электронный ресурс]: учебно-метод. пособие / А.И. Артюхина [и др.]; под ред. Е.В. Лопановой. – Электрон. текстовые дан. – М.: Флинта, 2014. – 256 с. – Режим доступа: <http://e.lanbook.com/view/book/48347/>
4. Педагогика [Текст]: учебное пособие / под ред. Т.И. Пидкасистого. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2012. – 511 с.
5. Романцов, М. Г. Педагогические технологии в медицине: учебное пособие / М. Г. Романцов, Т. В. Сологуб. – М.: Гэотар Медиа, 2007. – 111 с.

Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзабаева Р.Т., Мамон М.А., Асадуллина О.А., Мурзабулатова И.Х., Гайдукевич С.Р., Хасаншина Л.М

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ В Г. УФЕ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Энтеровирусные инфекции регистрируются в Российской Федерации с 1956 года. В последние годы в Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральном округах отмечен рост вспышек этих инфекций [1,3].

Источником инфекции является больной или вирусоноситель. Основной механизм передачи инфекции – фекально-оральный, при этом, в основном, реализуются водный и алиментарный пути заражения. Наиболее частыми факторами передачи оказываются вода, овощи, молоко. Восприимчивость высокая [1,2,4].

Заболевание характеризуется полиморфизмом клинической картины с поражением кожи, слизистых оболочек, мышц, центральной нервной системы [1,2,3,4].

По данным инфекционной клинической больницы №4 г. Уфы за 2014-2016 (6 месяцев) гг. зарегистрировано 273 больных с энтеровирусной инфекцией, среди которых преобладали дети (92,7%). При этом в 2014 году диагноз энтеровирусной инфекции был установлен 175 больным, из них взрослых 15, детей – 160, в 2015 году – 93 пациентам, среди которых 4 взрослых, 89 детей. За полгода 2016 года выявлено 5 больных, из них 1 взрослый и 4 ребенка.

Прослеживалась определенная сезонность, максимальная заболеваемость выявлена в летне-осенний период (с июня по октябрь месяцы).

У обследованных пациентов энтеровирусная инфекция протекала остро, фебрильной лихорадкой, сохранявшейся от 4 до 7 дней. Отмечены катаральные явления более чем у половины больных (65%), изменения на слизистой ротоглотки в виде герпетической ангины у трети пациентов (35%), сухой ка-

шель, насморк, конъюнктивит, изредка диарея (15%). У преобладающего большинства пациентов (90%) наблюдалась рвота с частотой от 3 до 15 раз на протяжении 1-3 дней, боли в животе, гепатомегалия, кореподобная экзантема (29%) с локализацией на конечностях, реже – на туловище. Основными клиническими формами энтеровирусных инфекций были герпангина, респираторная (малая болезнь), экзантема и серозный менингит. В 22% случаев (60 чел.) регистрировались смешанные формы заболевания. Малая болезнь характеризовалась кратковременной лихорадкой, слабостью, головными и мышечными болями, катаральными явлениями и болями в животе. У 7 больных (2,7%) выявлен серозный менингит, который проявлялся острым началом с повышения температуры до 38-39^oC, выраженной интоксикацией, развитием менингеального синдрома и его медленным обратным развитием в течение 8-10 дней. Характерными были гиперестезия, интенсивные головные боли, рвота с первых часов болезни. Лихорадка сохранялась 3-7 дней, имели место катаральные явления.

Для подтверждения диагноза проводилось исследование слизи из рото – и носоглотки, ликвора и испражнений генно-молекулярным методом (ПЦР) с целью выявления ДНК энтеровирусов, реже – серологическое исследование крови на наличие специфических антител к энтеровирусам. В ликворе определялся умеренный лимфоцитарный (70%) плеоцитоз до 140 клеток в 1 мкл. Уровень белка не превышал норму в 80% случаев [5]. В гемограмме определялись нейтрофильный лейкоцитоз от 9 до 20×10⁹/л, ускорение СОЭ у ¼ пациентов.

Заболевание в преобладающем большинстве случаев протекало в среднетяжелой форме (84%) с положительной динамикой и благоприятным исходом.

Проводилась комплексная терапия, которая включала дезинтоксикационные (глюкозо-солевые растворы), симптоматические и этиотропные (виферон, циклоферон) препараты [5]. Все больные выздоровели и выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койко-день составил 12 дней.

Список литературы.

1. Инфекционные болезни: национальное руководство [электронный ресурс]. <http://beta.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970415832.html>. /Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С.725-735.
2. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина, В.В. Васильева, К.В. Жданова и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Фолиант, 2013. – С. 385-409.
3. Лекции по инфекционным болезням: в 2 т. / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Т.2. – С. 208-224.
4. Тимченко, В.Н. Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача (руководство для врачей всех специальностей). СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. – С. 347-369.

5. Хаманова, Ю.Б. Иммунотропная терапия энтеровирусных менингитов у детей / Ю.Б. Хаманова, А.У. Сабитова, В.В. Фомин // Детские инфекции, 2013. – Т.12. – №1. – С 57-62.

Васильева И.И.

НОВЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Городская больница №4, г. Сочи

Инфекция, вызванная вирусом гепатита С, является в настоящее время одной из основных причин развития хронических заболеваний печени [2]. Несмотря на значительные успехи в изучении хронического гепатита С (ХГС), многие стороны его патогенеза остаются пока не расшифрованными [3, 4]. Для констатации стадии воспалительного процесса, прогноза его неблагоприятных исходов и оценки эффективности проводимой пациентам противовирусной терапии у больных ХГС необходимо определение степени активности хронического гепатита. Для оценки этого процесса используется т.н. индекс гистологической активности (ИГА) по Knodell (1981). Данный способ отличается высокой степенью точности и информативности, однако для его реализации требуются достаточно трудоемкие гистологические исследования пунктатов печени, длительные сроки диагностического исследования и невозможность немедленного получения результата. Как известно, в патогенезе многих инфекционных болезней важную роль играют сдвиги рН тканей, особенно там, где реплицируется возбудитель и где формируются выраженные гистоморфологические изменения. Таковой при ХГС бесспорно является печень [1, 5]. К сожалению, этот патогенетический аспект у больных ХГС не изучен, что связано, вероятнее всего, с отсутствием доступного метода определения рН тканей этого органа.

Цель исследования – на основе определения уровня кислотности ткани печени, разработать новый способ оценки степени активности хронического гепатита С.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находился 41 больной ХГС. Набор пациентов осуществляли сплошным методом, при этом критериями их включения в исследование были: 1) верифицированный диагноз ХГС; 2) возраст от 20 до 44 лет; 3) информированное согласие на обследование и лечение. Всем больным ХГС была проведена пункционная биопсия печени с последующим морфогистологическим исследованием. После проведения пункционной биопсии печени проводилась рН-метрия её пунктатов по методу С.В. Федоровича (1976).

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе полученных результатов была зарегистрирована четкая взаимосвязь показателей рН печени и ИГА ($r=0,8$). Это дало основание прийти к заключению, что при ХГС уровень рН гепатопунктатов адекватно отражает степень активности воспали-

тельного процесса в печени. Полученные результаты позволили разработать новый способ оценки степени активности хронического гепатита у больных ХГС (Патент РФ на изобретение №2469326). Было установлено, что при выявлении у пациентов уровня рН менее 6,76 ед. констатируется умеренная степень активности хронического гепатита (ИГА 9-12 баллов), при колебаниях рН от 6,76 ед. до 7,25 ед. с вероятностью 95,6% – слабовыраженная активность хронического гепатита (ИГА 4-8 баллов), и при величине рН более 7,25 ед. с вероятностью 90,9% – хронический гепатит с минимальной активностью патологического процесса (ИГА 1-3 балла). Предложенный способ, во-первых, технически прост, а во-вторых, позволяет практически сразу оценить степень активности воспалительного процесса в печени у больных ХГС.

Заключение. 1. Уровень кислотности пунктатов печени можно определить методом электрометрической рН-метрии. 2. Между показателями рН пунктатов печени и ИГА у больных ХГС выявлена четкая взаимосвязь. 3. Разработанный способ оценки степени активности хронического гепатита у больных ХГС, характеризуется технической простотой и позволяет быстро получить искомый результат.

Список литературы

1. Амбалов Ю.М., Донцов Д.В., Пройдаков М.А. и др. Анемия у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию. Клинические проявления. Особенности патогенеза // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/117-13272> (03.06.2014).

2. Амбалов Ю.М., Дубина Н.В., Донцов Д.В. и др. Роль комбинированной противовирусной терапии в патогенезе нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных хроническим гепатитом С // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 14-19.

3. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М. Способ прогноза интерферон-рибавирининдуцированной нейтропении у больных хроническим гепатитом С // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 3. – С. 67-69.

4. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Васильева В.В. Оценка степени активности хронического гепатита С // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/100-4949> (25.11.2011).

5. Донцов Д.В., Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И. Изменения иммунологических показателей при развитии гематологических осложнений у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/120-15311> (23.10.2014).

*Войтенков В.Б., Вильниц А.А., Скрипченко Н.В., Климкин А.В.,
Степанов С.Г., Аксенова А.И.*

АКУСТИЧЕСКИЕ СТВОЛОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА

Научно-исследовательский институт детских инфекций, г. Санкт-Петербург

Неинвазивная оценка состояния проводящих путей ЦНС является важным компонентом обследования пациентов с гнойными менингитами, позволяющим определять тактику лечения [Скрипченко Н.В. с соавт., 2015]. Методиками, позволяющими получить информацию по проведению по конкретным путям ЦНС, являются вызванные потенциалы. Чаще всего в клинике применяются акустические стволовые вызванные потенциалы (АСВП), зрительные вызванные потенциалы (ЗВП), соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП). Эти методы используются при различных формах воспалительного поражения центральной нервной системы у детей [Войтенков В.Б. с соавт., 2013]. АСВП при гнойных менингитах является ценной методикой контроля функционального состояния стволовых структур мозга, так, показано, что в динамике инфекционного процесса происходит улучшение их параметров. Это может свидетельствовать о том, что возникающие нарушения проводимости по стволу мозга носят преходящий характер [Команцев В.Н. с соавт., 2013]. В ФГБУ НИИДИ ФМБА России на протяжении ряда лет (2010-2015) проводился нейрофизиологический мониторинг состояния центральной нервной системы (ЦНС) у детей с острыми гнойными менингитами на разных этапах заболевания.

Цель: оценить чувствительность и специфичность акустических стволовых вызванных потенциалов в прогнозировании развития психоневрологического дефицита у детей после перенесенного острого гнойного менингита.

Материалы и методы: Обследовано 65 пациентов с острым гнойным менингитом и 46 пациентов группы сравнения, всего 111 детей в возрасте 1 год-14 лет. Пациентам проводилось исследование акустических стволовых вызванных потенциалов в остром периоде, затем осуществлялось катамнестическое наблюдение в течение 1-6 лет с оценкой характера течения периода восстановления. Выраженная атаксия, двигательного дефицита (парезы), симптоматическая эпилепсия, интеллектуально-мнестические и речевые нарушения в периоде восстановления расценивались как признаки наличия психоневрологического дефицита. При оценке АСВП оценивались амплитуды III и V пиков, соотношение амплитуд I/III и III/V, продолжительность интервалов I-III, III-V, I-V. Для оценки чувствительности и специфичности исследованных параметров АСВП применялся ROC-анализ.

Результаты. Выявлено, что удлинение интервала I-III (проведение на ме-дулло-понтинном уровне) и интервала I-V (общее время проведения по ство-

ловым слуховым путям) (область под кривой, снижение амплитуды III и V пиков АСВП обладало достаточной чувствительностью и специфичностью в прогнозировании неблагоприятного течения периода реконвалесценции после перенесенного острого гнойного менингита. Показатели области под кривой этих параметров составили, соответственно, 0,650 для амплитуды III пика, 0,736 для амплитуды V пика, 0,721 для интервала I-III и 0,736 для интервала I-V. Таким образом, замедление проведения по стволовым слуховым путям и снижение функциональной активности нейронов ядер стволового пути может указывать на развитие в периоде восстановления психоневрологических нарушений. III пик традиционно относят к активности верхнеоливарного комплекса, а V – нижнего бугорка четверохолмия.

Выводы. Замедление проведения по стволовым слуховым путям с удлинением продолжительности интервалов I-III и I-V и снижение функциональной активности нейронов ядер стволового пути со снижением амплитуд III и V пиков при исследовании АСВП может указывать на развитие у детей с острым гнойным менингитом психоневрологических нарушений в периоде восстановления.

Список литературы.

1. Скрипченко Н.В. с соавт. Нейроинфекции у детей. СПб., Тактик-Студио, 856 с.

2. Войтенков В.Б., Команцев В.Н., Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Суворцева А.В., Клишкин А.В. Состояние центральных моторных путей при рассеянном склерозе у детей. Вестник Российской академии медицинских наук. 2013. № 11. С. 34-37.

3. Команцев, В.Н., Скрипченко Н.В., Войтенков В.Б., Савина М.В., Иванова Г.П. Вызванные потенциалы головного мозга при нейроинфекциях у детей. Журнал инфектологии. 2013; 5 (2): 55-62.

Волкова В.М., Бургасова О.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛОГО КОНТИНГЕНТА

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Москва

Актуальность исследования.

Вирусный гепатит А сохраняет важное экономическое значение в структуре инфекционных заболеваний на территории Российской Федерации. Только по экономическим затратам ВГА занимает 5 место среди всех регистрируемых инфекций. В последние годы ВГА “повзрослел”. И несмотря на широкую доступность вакцинопрофилактики сохраняется высокая распространенность ВГА среди старших возрастных групп.

Цель исследования: оценить особенности течения вирусного гепатита А у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 65 больных с ВГА, в возрасте от 20 до 75 лет, госпитализированных в инфекционное отделение ГКБ им. Боткина на $8,9 \pm 4,8$ день болезни и $3,9 \pm 2,2$ день появления желтухи. В возрасте от 35 до 75 лет 53% (35 человек), от 20 до 35 лет – 46% (30 человек). Мужчин – 44,6% (29 м.), женщин – 55,3% (36 ж.). Сроки госпитализации составили $25,3 \pm 10,2$ койко-дня. Всем пациентам исследовали сыворотку крови на наличие антител к ВГА (anti-HAV IgG и/или anti-HAV IgM) в динамике заболевания с использованием ИФА-тест-систем «Вектор-Бест» (Россия), определение РНК HAV с использованием комплекта реагентов «АмплиСенс® HAV-FL» (ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора). В отдельных случаях: определяли антитела к ВГЕ с помощью ИФА-тест-системы «Вектор-Бест» (Россия).

Обсуждение: Длительность преджелтушного периода составляла в среднем от 5 до 20 дней. Желтушный вариант ВГА – у 93,8% (61 человек). Безжелтушный – у 6,1% (4 пациента с легким течением).

По тяжести течения заболевания: легкая – 15,3% (10 чел. возраст пациентов от 20-35 лет), среднетяжелая – 53,8% (35 чел. – 20 – в возрасте от 20-35 лет, а 15 – от 35-75 лет), из них у 3 пациентов ВГА развился на фоне токсического гепатита (алкогольного); тяжелая – 30,7% (20 пациентов в возрасте от 35-75 лет): из них – 15 пациентов имели сочетанные хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. У 3 пациентов – ВГА на фоне хронической HBV-инфекции и у 2-х пациентов ВГА – на фоне хронической HCV-инфекции. Холестатическая форма – у 47% (31 пациент в возрасте от 35-75 лет: из них 15 пациентов – с тяжелым течением; 16 пациентов – со среднетяжелым течением).

У 15% (10 пациентов в возрасте от 20-35 лет) ВГА протекал легко. Желтушный период составлял в среднем 5-10 дней. В этой группе отмечалась умеренная интоксикация, быстрое исчезновение желтухи и регресс цитолиза.

В группе со среднетяжелым течением – 53,8% (35 пациентов из них – 20 пациентов в возрасте от 20 до 35 лет, основную группу составили больные более молодого возраста и 15 пациентов в возрасте от 35-75 лет) у 16 пациентов развилась холестатическая форма ВГА. Все пациенты этой группы имели хронические заболевания желудочно-кишечного тракта: 2 – рефлюксная болезнь МКБ (K21.9), у 5 – хр. панкреатит (K86.1), у 3 – желче-каменная болезнь (K80.2), 3-е – хр. холецистит (K81.1), 3 – токсический гепатит (K71.2). Продолжительность заболевания составляла в среднем от 15 до 25 дней. Длительность желтушного периода от 7 до 15 дней. Длительность интоксикации у больных ВГА со среднетяжелым течением от 6 до 10 дней. При лабораторном тестировании отмечена умеренная гипербилирубинемия, преимущественно за счет прямого билирубина до 45 ммоль/л; умеренная цитолитическая активность: ALT от 145 до 1178 ед/л, AST от 133 до 986 ед/л, умеренная повышение маркеров холестаза – ЩФ от 45 до 95,5 ед/л, ГГТП от 95 до 112 ед/л/

В группе с тяжелым течением 30% (20 пациентов возрасте от 35-75 лет) из них 15 пациентов имели сочетанную патологию: ВГА развился на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта: у 5 – хр. панкреатит (K86.1), у 4 – хр. холецистит (K81.1), у 6 – хронический гастрит (K29.5) У 5 пациентов ВГА протекал на фоне хронического вирусного поражения печени: 3 пациента с HBV-инфекцией и 2 пациента HCV- инфекцией. Длительность желтушного периода в среднем составляла 30 дней. Исчезновение симптомов интоксикации наблюдалось на 15-20 день болезни. В клинике преобладала выраженная интоксикация, холестаза; лабораторно- высокая цитолитическая активность ферментов. В крови отмечалось высокая гипербилирубинемия, преимущественно за счет прямого билирубина до 150 ммоль/л; высокая цитолитическая активность: ALT от 1178 до 5963 ед/л, AST от 1986 до 6798 ед/л, повышение маркеров холестаза – ЩФ от 148 до 183 ед/л, ГГТП от 184 до 378 ед/л.

Холестатическая форма наблюдалась у 47% у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением возрасти от 3- до 75 лет. Продолжительность заболевания в среднем составила 40 дней. Интоксикация наблюдалась в течение 20 – 25 дней. В клинической картине преобладали симптомы холестаза, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, тошнота. При лабораторном тестировании отмечена гипербилирубинемия, преимущественно за счет прямого билирубина от 141 до 293 ммоль/л; цитолитическая активность: ALT от 790 до 1819 ед/л, AST от 1143 до 3628 ед/л, выраженный холестаза – ЩФ от 232 до 457 ед/л, ГГТП от 149 до 276 ед/л. сохраняющийся на протяжении 1,5 – 2х месяцев.

Выводы. Легкое течение ВГА с развитием безжелтушных форм заболевания наблюдали в группе пациентов молодого возраста, при отсутствии преморбидного фона. Тяжелое и среднетяжелое течение отмечено у пациентов в старших возрастных группах на фоне имеющейся патологии ж-к-тракта, в том числе вирусного поражения печени HBV- и HCV-инфекции. Ранняя диагностика ВГА у этой когорты больных позволит предотвратить уменьшить риски развития осложнений ВГА. В связи с увеличением роста заболеваемости ВГА у лиц в возрастной структуре 40 лет и старше экономически целесообразным и доступным является создание иммунной прослойки населения. Сегодня, несмотря на большие возможности проведения вакцинопрофилактики ВГА, для создания широкой иммунной прослойки населения необходимо расширить показания для проведения вакцинопрофилактики у лиц старших возрастных групп.

Список литературы.

1. Роспотребнадзор Инфекционные заболевания в Российской Федерации за 2014-15г. Форма [Электронный ресурс] №1 http://rosпотребнадзор.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=3268
2. Хохлова Н.И., Толоконская Н.П., Лапицкая Н.М., Губарева Е.А Вирусный гепатит А у взрослых на современном этапе // Инфекционные болезни. – 2006. – Т. 4, № 4. – С. 28–31.

3. Ющук Н.Д., Кареткина Г.Н. / Вирусный гепатит А – важная общеклиническая проблема // Клиническая медицина. – 2006. – Т. 84, № 5. – С. 19-25.

Волкова Н.А., Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Соловьев Д.В.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В Г, МОСКВЕ

Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве, г. Москва

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» является неотъемлемой частью системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора и обеспечивает, т.е. делает выполнимой, деятельность Управления Роспотребнадзора по городу Москве по осуществлению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в том числе в части государственного учета инфекционных заболеваний, сбора и обработки статистической информации.

С 1999 года в Москве функционирует автоматизированная информационная система «ОРУИБ», которая позволяет иметь оперативный доступ всех участников системы к полной и достоверной информации о состоянии инфекционной заболеваемости в городе и проводить регистрацию и государственный учёт инфекционных и паразитарных заболеваний в автоматизированном режиме. Система обеспечивает сбор, хранение, медико-статистическую обработку данных об инфекционной и паразитарной заболеваемости, позволяет проводить ретроспективный и оперативный анализ заболеваемости, подготовку форм федерального статистического наблюдения №№1,2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях».

В 2014 году ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» при поддержке Управления Роспотребнадзора по городу Москве и Департамента здравоохранения города Москвы проведена комплексная модернизация автоматизированной информационной системы «ОРУИБ». Одной из основных причин модернизации явилось увеличение численности населения Москвы по сравнению с 90-ми годами и как следствие пропорциональное увеличение заболеваемости. Численность населения Москвы по данным Росстата составляет 12 330 126 чел. (на 1 января 2016). Москва – крупнейший город России по количеству жителей и самый населённый из городов, полностью находящихся в Европе. Ежедневно в «ОРУИБ» регистрируется около 10 000 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний.

В ходе модернизации был кардинально изменен способ передачи информации. Передача по телефону оператору заменена электронной регистрацией случая заболеваний прямо на рабочем месте в медицинской организации, подключенной к серверу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве», где хранится база данных электронных карт инфекционных больных за последние 16 лет. Автоматизированной информационной систе-

мой «ОРУИБ» охвачены все медицинские организации, подведомственные Департаменту здравоохранения города Москвы, и часть крупных сетевых коммерческих медицинских организаций. Доступ к базе данных для ввода информации в электронную карту инфекционного больного (аналог ф. 058/у) стал круглосуточным, ранее он ограничивался работой операторов с 8.00 до 20.00.

Модернизация позволила ввести ряд полезных функций для самой медицинской организации, позволяющих не только осуществлять регистрацию случая заболевания, но и создавать собственный реестр больных, статическую обработку сведений и их анализ. Программа позволяет обмениваться данными о заболеваемости пациентов между различными медицинскими организациями с целью своевременного проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекционных заболеваний. В случае некачественного заполнения электронной карты инфекционного больного, уточнения информации предусмотрен электронный запрос обратной связи, который мгновенно информирует оператора медицинской организации о наличии неточности/ошибки.

Во исполнение федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» проведена значительная работа по обеспечению информационной безопасности и защиты персональных данных самой системы и отдельных рабочих мест.

Таким образом, существующая в настоящее время общегородская автоматизированная информационная система по регистрации и государственному учету инфекционных заболеваний – это очередной шаг на пути формирования качественно нового уровня использования информационно – коммуникационных технологий в управлении здравоохранением в части оценки и прогнозирования состояния здоровья населения.

Список литературы.

1. Исаева А.Г., Чернявская О.П. Современные подходы к учету заболеваемости населения// Эпидемиология. 2016 №1 (274). С 53-56.
2. Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения: Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 №364.
3. Шитова Ю.Ю., Шитов Ю.А. Маятниковая трудовая миграция в Московском регионе// Демоскоп Weekly/ 2013 №569-570. С1-17.

Волостнова Е.С.; Исаева Г.Ш.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КАК ОСНОВА ОЦЕНКИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ РИСКОВ ОЧАГОВ ГЛПС

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии; Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан

Заболееваемость геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в РФ занимает одно из первых мест по заболеваемости людей среди природно-очаговых инфекций и представляет серьезную проблему здравоохранения в связи с тяжестью болезни [3]. Источниками заражения человека являются мышевидные грызуны, хронически несущие хантавирус, что отражается на бессимптомном развитии инфекции, не оказывающем заметного влияния на жизнеспособность животных. Из федеральных округов наиболее неблагополучным по ГЛПС является Приволжский федеральный округ, где ежегодно регистрируется 90% заболевших от общей заболеваемости по РФ [1;2].

Эпидемиологическая обстановка по заболеваемости ГЛПС в Республике Татарстан остается напряженной. Наиболее активные природные очаги ГЛПС расположены в Альметьевском, Лениногорском, Бавлинском, Нижнекамском, Заинском, Бугульминском, Тукаевском, Чистопольском районах и г. Набережные Челны, на долю которых приходится более половины всех зарегистрированных случаев заболевания по Республике Татарстан. Неблагополучная ситуация по ГЛПС на территории нашей республики обусловлена наличием активных природных очагов, источником которых являются мышевидные грызуны.

Материалы и методы. За весенний период 2016 года было исследовано 90 проб легких грызунов на наличие вируса ГЛПС методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы «Хантагност» (ФГУП «ПИПВЭ им. М.П. Чумакова»). Всего за период 2011-2015 гг. было исследовано 1543 пробы легких грызунов с целью определения инфицированности вирусом ГЛПС (в 2011 году- 441, 2012 году-331, 2013 году-239, 2014 году-219, 2015 году-313).

Результаты исследования и их обсуждение.

Наличие антигена хантавирусов отмечалось в следующих районах Республики Татарстан: Чистопольский район – в 8 пробах обыкновенных полевков; Спасский район – в 7 пробах обыкновенных полевков; Лаишевский район – в 3 пробах рыжих полевков; Высокогорский район – в 1 пробе рыжей полевки; Верхне-Услонский район – в 1 пробе рыжей полевки; Зеленодольский район – в 1 пробе рыжей полевки; Мамадышский район- в 1 пробе обыкновенной полевки, 1 пробе лесной мыши, 1 пробе желтогорлой мыши; г. Набережные Челны – в 1 пробе рыжей полевки. Таким образом, из 25 позитивных на ГЛПС проб грызунов 64% приходится на инфицирование обыкновенных полевков, 28% – на рыжих полевков, 8% на прочие мыши. В отловах в лесоку-

старниковых стациях доминировала рыжая полевка, в закрытых луго – полевых стациях и открыто луго-полевых стациях доминировала обыкновенная полевка.

Анализ динамики инфицированности ГЛПС мелких мышевидных грызунов за аналогичные периоды за последние пять лет указывает на наличие различий в частоте их инфицирования. В 2011 году отмечался подъем инфицированности грызунов до 14,8%, а затем снижение до 7,9% в 2012 году и 5,6% в 2013 г. В 2014 году наблюдался незначительный подъем частоты обнаружения инфицированных грызунов до 8,2%, а в 2015 году произошло небольшое снижение до 7,8%. Основной процент инфицированности приходится на рыжих полевок, однако среди других видов мелких мышевидных грызунов также наблюдаются случаи инфицирования. Показатель численности мышевидных грызунов также имеет различные значения. Так в 2011 году отмечался рост численности грызунов и подъем общей инфицированности, а в 2013 году отмечался спад данных показателей. В осенний период численность мышевидных грызунов выше, чем в весенний, следовательно, можно предположить об увеличении инфицированности грызунов вирусом ГЛПС.

На территории РТ отмечается ряд эндемичных районов по ГЛПС, таких как Зеленодольский, Высокогорский, Лаишевский, Пестречинский, Чистопольский, Нижнекамский и другие. В данных районах отмечается инфицированность грызунов ГЛПС, а также регистрируются случаи заболевания данным вирусом. Заболеваемость ГЛПС преобладает главным образом в районах с широколиственными лесами, в которых обитают рыжие полёвки – основные источники инфекции на нашей территории. Анализ причин и путей заражения свидетельствует о превалировании очагов бытового и лесного типа. Противоэпидемические мероприятия, направленные на снижение численности грызунов, позволяют уменьшить активность природных очагов. Так, за пять месяцев 2016 года в Республике Татарстан зарегистрировано 130 случаев заболеваний ГЛПС, показатель заболеваемости составил 3,37 на 100 тысяч населения. Заболеваемость за аналогичный период ниже уровня прошлого года в несколько раз.

Таким образом, осенью 2016 года ожидается спорадическая заболеваемость ГЛПС среди людей, но не исключены и групповые случаи заболевания. В данный период возможен рост заболеваемости бытовых, сельскохозяйственных, промышленных и лесных случаев заболевания ГЛПС среди населения, что необходимо учесть при проведении профилактических и противоэпидемических работ.

Выводы.

1. Для вируса ГЛПС характерно циклическое развитие эпизоотического процесса в природных очагах, обусловленных возможным влиянием природно-климатических и антропогенных воздействий на численность и видовой состав мелких млекопитающих, биологическими особенностями возбудителя и другими факторами.

2. Основным резервуаром ГЛПС являются рыжие полевки, но не исключена и роль других видов мелких мышевидных грызунов, как источника инфекции, что требует дальнейшего изучения.

3. Развитие ГЛПС зависит от сезонных и погодных условий, что связано с условиями размножения грызунов.

4. Организация микробиологического мониторинга с проведением зоологических и эпидемиологических исследований является основой оценки прогностических рисков очагов ГЛПС.

Список литературы.

1. Бойко В.А., Трифонов В.А., Потапов В.С. и др. Природно-очаговые инфекции в лесах города Казани и Приказанского региона. //Казань. – Медицина. – 2011. – 109с

2. Шамсутдинов А.Ф., Бойко В.А., Трифонов В.А. и др. Анализ эпидемиологической обстановки по природно-очаговым зооантропонозам в краевой патологии Республики Татарстан. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)//Уральский медицинский журнал. – 2016. – Т.134. – №1. – с.72-76

3. Хунафиева Д.Х., Валишин А.Д., Шайхуллина Л.Р. и др. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (обзор литературы) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №8. – С.14-17.

Волынкина А.С., Лисицкая Я.В., Котенев Е.С.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИРУСА КРЫМСКОЙ-КОНГО ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НА ЮГЕ РОССИИ

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь

Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) – особо опасная природно-очаговая вирусная инфекция, характеризующаяся спорадической заболеваемостью с возникновением через непредвиденные периоды времени внезапных вспышек, с высоким уровнем летальности. Этиологическим агентом КГЛ является вирус Крымской-Конго геморрагической лихорадки (вирус ККГЛ), принадлежащий к роду *Nairovirus* семейства *Bunyaviridae*.

На юге европейской части России сохраняется неблагоприятная эпидемическая ситуация по КГЛ, в 1999-2015 гг. в ЮФО и СКФО выявлено 1884 больных, у 76 из них (4,03%) заболевание закончилось летальным исходом. Эпидемические проявления КГЛ зарегистрированы в восьми субъектах ЮФО и СКФО: Ставропольском крае, Ростовской, Астраханской, Волгоградской областях, Республиках Калмыкия, Дагестан, Карачаево-Черкесской Республике. Отмечались заносные случаи КГЛ на эндемичные территории: в г. Москва, г. Воронеж (из Крыма в 2013 г. и 2015 г. соответственно) [1]. Наблюдается постепенное расширение границ природного очага КГЛ на юге России, и вовлечение в эпидемический процесс новых районов.

Вирус ККГЛ является одним из наиболее генетически разнообразных среди арбовирусов. В настоящее время, на основании частичных и полных нуклеотидных последовательностей S- и L-сегментов генома вируса ККГЛ выделяют 7 генотипов вируса, имеющих корреляцию с географическим местом выделения: генотип I или «Африка-1», II или «Африка-2», III или «Африка-3», IVa или «Азия-1», IVb или «Азия-2», V или «Европа-1», VI или «Европа-2». Анализ частичных и полных последовательностей M-сегмента, позволяет выделить 5 генетических групп: M-1, M-2, M-3, M-4 и M-5 [2, 3].

Цель работы – изучение генетического разнообразия вируса Крымской Конго геморрагической лихорадки, циркулирующего на территории юга России

Материалом для исследования служили образцы полевого и клинического материала, положительные на наличие РНК вируса ККГЛ, с достаточной вирусной нагрузкой, собранные в 2007-2015 гг. в Ставропольском, Краснодарском крае, Ростовской, Астраханской, Волгоградской областях, Республиках Дагестан, Калмыкия и Крым.

Генетическое типирование изолятов РНК осуществляли методом прямого секвенирования 3-х участков генома вируса: фрагментов 115-652 кодирующей области малого (S) сегмента генома (538 п.о.), фрагмента 4620-5075 кодирующей области среднего (M) сегмента генома (435 п.о.) и фрагмента 105-541 кодирующей области большого (L) сегмента генома (437 п.о.) с последующим филогенетическим анализом (позиции фрагментов приводятся по полноразмерным последовательностям S-, M-, и L-сегментов генома штамма ROS/HUVLV-100, GenBank DQ206447, DQ206448, AY995166).

Проведено секвенирование фрагментов S-, M- и L-сегментов генома вируса ККГЛ, выявленного в 406 пробах сывороток крови больных и 57 пробах суспензий клещей, собранных в 2007-2014 гг. Полученные нуклеотидные последовательности использовались для проведения филогенетического анализа.

Филогенетические деревья, построенные по фрагментам S-, M-, и L-сегментов генома имели сходную топологию. Исследуемые образцы кластеризовались с представителями 2 описанных ранее генотипов: «Европа-1» (458 образцов) и «Африка-3» (1 образец). В пределах генотипа «Европа-1» исследуемые образцы относились к 3 субтипам: S:Va-M:Va-L:Va (подгруппа «Ставрополь-Ростов-Астрахань-1») – 312 образцов, S:Vb-M:Vb-L:Vb (подгруппа «Волгоград-Ростов-Ставрополь») – 108 образцов, S:Vd-M:Vd-L:Vd (подгруппа «Крым») – 4 образца. Кроме того, в пределах генотипа «Европа-1» выявлены реассортантные геноварианты вируса, S-, M-, и L-сегменты генома которых кластеризуются с представителями различных субтипов – 34 образца, в т.ч. принадлежащие к генетическим вариантам: S:Va-M:Vb-L:Va – 24 образца, S:Vb-M:Va-L:Vb – 1 образец, S:Vb-M:Vb-L:Va – 2 образца, S:Va-M:Vb-L:Vb – 2 образца, S:Vb-M:Va-L:Va – 2 образца, S:Vc-M:Va-L:Va – 2 образца, S:Vc-M:Vb-L:Va – 1 образец. Нуклеотидные последовательности, полученные из 1 образца сыворотки крови от больной из Ставропольского

края в 2009 г. и 3 проб суспензий клещей *Hyalomma marginatum*, собранных в 2012 г. в Республике Калмыкия не кластеризовались ни с одним из описанных ранее генотипов, и образовывали отдельный генотип «Калмыкия» (VII).

Таким образом, результаты молекулярно-генетического мониторинга популяции вируса ККГЛ на юге России позволили установить, что преобладающими на юге России являются изоляты вируса генотипа "Европа-1". Кроме того, выявлены изоляты, относящиеся к новому для территории юга России генотипу "Африка-3", и описанному впервые генотипу "Калмыкия" (VII).

Список литературы

1. Информационное письмо департамента здравоохранения г. Москвы от 07.02.2014 г. № 1-18/141.
2. Bente, D. A., et al. (2013). "Crimean-Congo hemorrhagic fever: history, epidemiology, pathogenesis, clinical syndrome and genetic diversity." *Antiviral Res* 100 (1): 159-189.
3. Hewson, R. *Molecular Epidemiology, Genomics, and Phylogeny of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Virus*. *Crimean-Congo Hemorrhagic Fever*. O. Ergonul and C. Whitehouse, Springer Netherlands: 45-55.

Воробьева Н.Н., Сумливая О.Н.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

На территории Пермского края существуют активные природные очаги иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ) [1, 2, 3]. Показатель заболеваемости в г. Перми составляет от 8,5 до 39,9 на 100 000 населения, что в 5-6 раз превышает общероссийский уровень. Целью работы явилось изучение клинико-патогенетических особенностей течения ИКБ на территории Пермского края. Материалы и методы – в 1991-2015 гг. в Краевой клинической инфекционной больнице г. Перми проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 1878 пациентов с ИКБ. Результаты. Анализ клинических наблюдений позволил установить особенности острого течения боррелиоза. Заболевание проявляется в двух формах: эритемной (77,5%) и безэритемной (22,5%) [1, 2]. Продолжительность инкубационного периода колеблется от 1 до 40 дней (в среднем $9,92 \pm 6,6$ дня). Инфекция характеризуется появлением основного патогномичного признака – мигрирующей эритемы (МЭ) в месте присасывания клеща диаметром от 5 до 72 см, чаще на туловище и конечностях (93,7%). У 60,8% пациентов формирование эритемы сопровождается зудом, жжением. У одной четвертой обследованных одновременно с появлением эритемы отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов. У 44,7% больных кожные поражения сопровождаются признаками общеинфекционного синдрома. Обратное развитие МЭ наступает через 3-5 дней после начала

специфической антибиотикотерапии. Поражения со стороны внутренних органов и систем наблюдаются редко.

При безэритемной форме в отличие от эритемной, в месте присасывания клеща мигрирующей эритемы нет. Заболевание обычно начинается с подъема температуры и развития общеинфекционного синдрома. Органная патология включает поражение нервной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, печени. Общеинфекционный синдром регистрируется у 93,9% человек. Поражение опорно-двигательного аппарата (59,0%) наблюдается с первых дней заболевания в виде кратковременных болей в крупных суставах, мышцах и костях. Со стороны нервной системы у 87,6% пациентов отмечается общемозговая симптоматика, преходящие синдромы энцефалита, менингоэнцефалита, энцефаломиелита и мононевропатии. Изменения сердечно-сосудистой системы определяются в виде кардиалгий, повышения артериального давления и нарушений на ЭКГ с развитием миокардитов. У 31,1% больных наблюдается умеренное увеличение печени с повышением активности АлАТ в сыворотке крови.

Одной из важных патогенетических закономерностей, установленных нами, было нарушение функции серотонинергической системы [3]. Анализ уровня нейромедиатора серотонина в тромбоцитах крови у больных боррелиозами выявил достоверное снижение данного показателя относительно контрольных значений [7]. Его количество имело отрицательную корреляционную связь с уровнем реактивной тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина ($p < 0,05$). Поскольку серотониновая система специализирована существенным образом на обеспечении антидепрессантного эффекта, то тревожно-депрессивный синдром, вероятно, при ИКБ является патогенетически обусловленным ее функциональной недостаточностью.

Высокие показатели заболеваемости боррелиозами, возможность развития их тяжелого и хронического течения диктуют необходимость проведения профилактики данной инфекции. В России вакцинация против ИКБ отсутствует, поэтому на основании паразитолого-микробиологических показаний был разработан и впервые широко опробирован метод экстренной антибиотикопрофилактики [1]. Он заключается в использовании антибиотиков (доксикалин, амоксициллин и азитромицин) у лиц с присасыванием инфицированных боррелиями клещей. Результаты наблюдений свидетельствуют о высокой профилактической эффективности этого метода (снижение заболеваемости в 10-12 раз) и дают основание рекомендовать его для широкого применения в работе медицинских учреждений практического здравоохранения России.

Выводы. Особенность острого течения боррелиоза заключается в поражении различных органов и систем, результатом которого является полиморфизм клинических симптомов. Установлено снижение активности церебральных серотонинергических структур при остром течении боррелиоза. Для предотвращения развития ИКБ эффективно назначения курса антибактериальной профилактики, который приводит к снижению заболеваемости в 10-12 раз.

Список литературы.

1. Воробьева Н.Н. Клиника, лечение и профилактика иксодовых клещевых боррелиозов. Пермь: Урал-Пресс 1998; 136.
2. Воробьева Н.Н., Сумливая О.Н. Клинические варианты иксодовых клещевых боррелиозов в остром периоде заболевания. Медицинская паразитология и паразитарные болезни 2003; 4: 3-7.
3. Сумливая О.Н., Каракулова Ю.В., Воробьева Н.Н. Мониторинг нейромедиатора серотонина при иксодовых клещевых боррелиозах. Неврологический журнал 2014; 4: 33-37.

Галиева А.М., Вафин А.Ю., Кравченко И.Э.

АНАЛИЗ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Уровень инфекционной заболеваемости является интегральным показателем, характеризующим социально-экономическое благополучие населения и организацию медицинской помощи инфекционным больным.

Цель: изучить динамику и структуру инфекционной заболеваемости (ИЗ) в Республике Татарстан за долгосрочный период (2005-2015гг.)

Материалы и методы. Проведен анализ данных официальной статистики по инфекционной заболеваемости в Республике Татарстан за 2005-2015 гг с расчетом коэффициентов корреляции (R), аппроксимации (R²) и вариации (Vs).

Результаты исследования. За анализируемый период времени инфекционная заболеваемость в Республике Татарстан (РТ) увеличилась на 17% (2005г. – 17862,4 на 100 тыс. нас., 2015г. – 19961, $p > 0,05$). Отмечается средний уровень вариации заболеваемости ($V_s = 11,39\%$). В структуре инфекционных заболеваний преобладают острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). С 2005 по 2015гг. уровень заболеваемости ОРВИ вырос на 15% (15066,9 и 17368,19 на 100 тыс. нас., соответственно, $p > 0,05$). Установлена сильная корреляционная связь между общей заболеваемостью и заболеваемостью ОРВИ ($R = 0,98$, $p < 0,01$).

Актуальной проблемой является заболеваемость населения вирусными гепатитами (ВГ). Отмечается рост заболеваемости острыми ВГ на 50% (2005 – 4,3 на 100 тыс. нас., 2015 – 6,46). Коэффициент достоверности аппроксимации – 0,60. Наблюдалось снижение заболеваемости хроническими ВГ с 2006 (57,5 на 100 тыс. нас.) по 2013 (36,0 на 100 тыс. нас.) годы в 1,6 раза, однако с 2014 года идет достоверный рост заболеваемости ($R^2 = 0,89$). Заболеваемость острыми кишечными инфекциями выросла на 43% (2005 – 151 на 100 тыс. нас., 2015 гг. – 215,81; $R^2 = 0,80$), преимущественно за счет ОКИ вирусной этиологии.

Республика Татарстан является эндемичной территорией по геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС). Заболеваемость ГЛПС имеет волнообразный характер с тенденцией к росту (2005 – 22,2 на 100 тыс. нас., 2014 – 32,94, 2015 – 28,31; $R^2 = 0,75$). Установлен высокий уровень вариации заболеваемости ГЛПС ($V_s = 46\%$). За анализируемый период значительно выросла заболеваемость ветряной оспой – максимальный уровень зарегистрирован в 2012 г. (649,94 на 100 тыс. нас.), минимальный – в 2010 г. (476,36). Интенсивность повышения заболеваемости составила 54% ($R^2 = 0,60$). Одновременно произошло достоверное (в 5,4 раза) снижение заболеваемости менингококковой инфекцией (2005 – 1,4 на 100 тыс. нас., 2015 – 0,26; $R^2 = 0,75$). Уровень инфекционной заболеваемости в крупных городах республики (Казань, Набережные Челны.) достоверно выше заболеваемости в сельской местности (26453,90 на 100 тыс. нас и 10684,89, соответственно, $p < 0,001$).

Выводы. Установлен низкий темп роста, средний уровень вариации инфекционной заболеваемости в Республике Татарстан с 2005-2015 гг., более высокий уровень ИЗ в городах. За анализируемый период в структуре инфекционных заболеваний преобладают ОРВИ. Установлен рост заболеваемости ОКИ, ветряной оспой, острыми и хроническими ВГ, снижение заболеваемости менингококковой инфекцией и высокий уровень вариации заболеваемости ГЛПС.

Список литературы.

1. Вафин А.Ю., Шерпутовский В.Г., Шишмарева Е.И., Молокович Н.И. [и др.] Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2010-2014 годы): Учебно-методическое пособие /. – Казань, 2014. – с. 76 – 77.

2. Вафин А.Ю., Шерпутовский В.Г., Шишмарева Е.И., Молокович Н.И. [и др.] Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2011-2015 годы): Учебно-методическое пособие /. – Казань, 2016. – с. 76 – 77.

3. Официальная статистика по инфекционной заболеваемости Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан за 2005-2015 годы.

Галиева А.Т., Валишин Д.А., Шайхуллина Л.Р., Дмитриев А.С.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Энтеровирусные инфекции на сегодняшний день остаются неуправляемыми инфекциями. Эта большая группа острых вирусных инфекций человека за последние годы имеет тенденцию к повышению заболеваемости практически на всей территории Российской Федерации [1, 3]. За последние три года в

Республике Башкортостан отмечается рост заболеваемости энтеровирусными инфекциями. Максимальный подъем заболеваемости отмечался в 2014 году, что составило 5,28 случаев на 100 тыс населения (в РФ – 6,43 на 100 тыс населения), тогда как в 2013 году заболеваемость составляла 5,0 на 100 тыс населения (в РФ – 11,26 на 100 тыс населения). Надо отметить, что с улучшением диагностической базы инфекционной больницы города увеличилось число подтверждаемых случаев этой инфекции. Проблемы с реактивами для ПЦР диагностики совпали со снижением выявляемых случаев в 2015 году – 2,06 на 100 тыс населения (РФ – 5,38 на 100 тыс населения). За сентябрь 2016 года на территории восточной части РФ было зафиксировано значительное повышение заболеваемости энтеровирусными инфекциями, что вынудило временно закрыть доступ для детей в бассейны.

Надо отметить, что более 85% заражений энтеровирусами проходит без клинических проявлений, и лишь 15% больных имеют клинически выраженные формы этой инфекции [2, 3].

За последние 5 месяцев текущего года в ГБУЗ РБ ИКБ№4 г. Уфа госпитализированы 34 больных энтеровирусной инфекцией. Первые пациенты были выявлены уже в апреле месяце, что указывает на возможное неблагополучие и будущий эпидподъем этой кишечной инфекции. Сезонность энтеровирусных инфекций приходится на летне-осенний период, но, как правило, перед подъемом заболеваемости уже с весны выявляются первые больные. Максимум заболеваемости приходится на конец июля-август, что связано с длительной жаркой погодой до конца августа, что способствовало удлинению купального сезона. Возрастной состав пациентов закономерно отмечается у детей от 1 до 5 лет, чаще неорганизованного контингента (до 53%), чем организованного (до 34%). При уточнении эпиданамнеза чаще указывалось на купание в водоемах – до 31%, контакт в семье с болеющими родственниками – до 16%. Из клинических форм преобладали типичные для энтеровирусной инфекции варианты: герпангина (59%), экзантема (25%); атипичные: энтеровирусный гастроэнтерит (6%), энтеровирусная лихорадка («малая болезнь» у 3%), полиомиелитоподобная форма (3%). Неврологические нарушения и поражение ЦНС в этом сезоне не были преобладающими. В результатах обследования крови и мочи выявлялись типичные для энтеровирусной инфекции сдвиги: умеренный лейкоцитоз или нормоцитоз, перед выпиской сменяющийся лимфоцитозом. Диагноз подтверждался во всех случаях методом ПЦР исследования на РНК энтеровируса в нестерильных материалах из зева и кала. Типирование энтеровирусов не проводилось в связи со сложностью проведения таких исследований.

Этиотропной терапии энтеровирусной инфекции на сегодняшний день не существует. Предложенный препарат плеконарил на территории РФ не зарегистрирован. Попытки назначения иммунных препаратов, интерферонов, индукторов интерферонов на сегодняшний день доказательной базы не имеют. Основное лечение кишечной инфекции патогенетическое, симптоматическое. В анализируемых историях болезни с противовирусным эффектом

назначался виферон (66% случаев), арпефлю (3%). Антибиотик цефалоспоринового ряда цефтриаксон назначался 41% больным длительностью от 4 до 7 дней. Глюкокортикостероиды назначались при фебрильных цифрах лихорадки и проявлении неврологических нарушений (31%).

Таким образом, для современного течения энтеровирусной инфекции сохраняются типичные клинические симптомы. Учитывая изменение климатических условий, миграционные процессы среди населения, улучшение диагностической базы медицинских организаций, выявляемость больных с атипичными клиническими формами энтеровирусной инфекции возрастет. Остается актуальной проблемой решение вопроса этиотропной терапии при развитии тяжелых форм с поражением паренхиматозных органов и ЦНС, особенно среди младшего детского возраста.

Список литературы.

1. Анохин В.А. Энтеровирусные инфекции: современные особенности / В.А. Анохин, А.М. Сабитова, И.Э. Кравченко, Т.М. Мартынова // Практическая медицина. – 2014. – № 9 (85). – С.52-59.

2. Мартынова Г.П. Энтеровирусная (неполио) инфекция у детей / Г.П. Мартынова // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – №3. – С100-106.

3. Эпидемиологический надзор и профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции. Методические указания МУ 3.1.1.2363-08. – 2008.

Галиева А.Т., Валишин Д.А., Шайхуллина Л.Р., Мингазова Э.М.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Заболеваемость геморрагической лихорадкой с почечным синдромом по РФ, так и по РБ характеризуется волнообразностью течения. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению патогенеза, клинического течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) эффективные методы терапии, позволяющие предупреждать развитие тяжелых клинических форм заболевания, до сих пор продолжают разрабатываться и совершенствоваться.

В настоящее время, учитывая известные на данный момент механизмы синтеза Хантавирусов, одним из наиболее давно используемых препаратов с известной точкой приложения является рибавирин (1-β-D-рибофуранозил-1,2,4-триазол-3-сабохамиде). Препарат вызывает снижение синтеза вирусных частиц путем образования рибавиринтрифосфата, который используется РНК полимеразой в качестве нуклеотида. Так же считается, что он ингибирует инозин монофосфат дегидрогеназу (IMPDH), что приводит к снижению внутриклеточного гуанозинтрифосфата (ГТФ), сопровождающееся снижением вирусной нагрузки. Впервые противовирусный эффект рибавирина при Хантавирусных инфекциях была выявлен в 1986 г. при исследовании в Vero

Е6 клетках (Хаггинс и др., 1986; Ким и МакКи, 1985). Мы исследовали эффективность рибавирина на базе ГБУЗ РБ «ИКБ №4» г. Уфа в 1992 – 2000 гг. Клиническая эффективность рибавирина была показана в работах Шамсиевой А.М., Хунафиной Д.Х. (1992-1995), которые применяли отечественный аналог рибавирина – рибамидил (в таблетках) по 0,2 г 4-5 раз в сутки в течение 5 дней, что снижало длительность лихорадки, интоксикации, проявления ДВС – синдрома, показатели мочевины и креатинина. Рибавирин также инфузионно применялся в дозах по 700 – 750 мг/сут в течение 3 дней в первые 4-5 дней. Таким образом, существуют выраженные ограничения при использовании данного препарата в клинике: так как он применяется в первые дни заболевания (учитывая механизм действия), а также выраженность побочных эффектов, в частности гемолитической анемии, что ограничивает применение рибавирина в том числе при тяжелом течении.

Одно из направлений противовирусной терапии – использование противовирусных и иммуномодулирующих препаратов, в частности α 1-интерферона (ИФН). Система интерферона значительно опережает ответ иммунной системы в отличие от антител, способных нейтрализовать лишь гомологичный вирус. Интерфероны активно подавляют продукцию большинства известных вирусов, формируя защитный барьер, активируют систему естественной цитотоксичности, функцией которой является лизис пораженных вирусом клеток, благодаря чему создается антивирусный эффект. Сотрудниками нашей кафедры проводилось изучение лечебной эффективности отечественного препарата рекомбинантного ИФН-альфа 2в в свечах – виферона. При разработке схемы лечебного применения виферона у больных ГЛПС учитывали фармакокинетику препарата, длительность вирусемии, состояние иммунной и интерфероновой систем в динамике заболевания, закономерности продукции ИФН в организме.

Одним из направлений в клинической иммунопатологии является использование иммуномодуляторов – индукторов синтеза интерферона. Применение индукторов ИФН имеет ряд преимуществ перед введением экзогенных ИФН. Индукторы стимулируют выработку собственных ИФН, которые не обладают антигенностью.

В целях поиска альтернативных путей коррекции иммунного интерферонового статуса было проведено изучение терапевтической эффективности нового препарата – йодантипирина (1-фенил-2,3-диметил-4 йодпиразолон-5). Препарат относится к группе нестероидных противовоспалительных средств, производных пиразолонна. Обладает противовоспалительными, антивирусными, иммуностимулирующими и интерферогенными свойствами. 1-фенил-2,3-диметил-4 йодпиразолон-5 является активным индуктором альфа- и бета-интерферонов, существенно повышает активность фибробластов и индуцирует их антивирусную резистентность, задерживает проникновение вируса в клетку за счет стабилизирующего действия на биологические мембраны, значительно стимулирует продукцию антител. Исследование клинической эффективности применения при ГЛПС указало положительное влияние на тече-

ние болезни, сокращая продолжительность интоксикационного и болевого синдрома, ускоренное восстановление параметров клеточного иммунитета, повышение способности лейкоцитов продуцировать альфа-интерферон.

Патологический каскад, запущенный вирусом ГЛПС, не прерывается при использовании ни одной из имеющихся групп препаратов. Отмечается снижение частоты формирования тяжелых и осложненных форм заболевания, однако прервать клинику на одном из периодов заболевания не удается, что открывает перспективы для дальнейшего поиска новых лекарственных средств.

Список литературы.

1. Валишин Д.А. Гормонально-иммунологический статус у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом / Д.А. Валишин // Автореф. дисс... д-ра мед. наук. – Москва, 1999. – 31с.

2. Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Рабинович В.И., Матвеева И.Б., Мамон А.П., Малеев В.В., Мурзагалева Л.В. Патогенетические аспекты геморрагической лихорадки с почечным синдромом / Р.Т. Мурзабаева, Д.А. Валишин, В.И. Рабинович и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. – № 2. – С. 31

3. Хунафина Д.Х. Совершенствование этиотропной терапии геморрагической лихорадки с почечным синдромом / Д.Х. Хунафина, Р.Т. Мурзабаева, А.Н. Бурганова и др. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2008. – №12. – 223 – 224.

Гасанова М.А., Арбулиева Е.А., Магомедова С.А., Тагирбекова А.Р.

ГРИПП И ОРВИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН В ЭПИДСЕЗОН 2015-2016 гг.

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала

В Российской Федерации завершился эпидемический сезон гриппа и ОРВИ 2015-2016 гг., который характеризовался широким географическим распространением с включением в эпидемический процесс всех возрастных групп населения, умеренной интенсивностью и длительностью, доминированием в циркуляции вируса гриппа А (H1N1)2009.

В республике за период с 40 недели 2015 г. (октябрь) по 12 неделю 2016 г. (до 1 марта) зарегистрировано 88139 случаев гриппа и ОРВИ (2947,4) против 80571 случая за аналогичный период эпидсезона 2014-2015 гг. (2704,4). Темп прироста суммарной заболеваемости составил 8,9%.

Среди детей до 17 лет зарегистрирован 60201 случай заболевания (6812,0) против 59828 в эпидсезон 2014-2015 гг. (6774,0). Удельный вес детей в структуре заболеваемости снизился и составил 68,3% (в сезон 2014-2015гг. – 74,2%), что связано с большим вовлечением в эпидемический процесс взрослого непривитого населения трудоспособного возраста.

По результатам ежедневного и еженедельного мониторинга за заболеваемостью гриппом и ОРВИ ситуация в республике характеризовалась как неэпидемическая с доминированием в циркуляции вируса гриппа А (H1N1)pdm09, вызывающей у непривитого, неиммунного населения тяжелые формы гриппа, зачастую осложненные пневмониями. Увеличение интенсивности эпидемического процесса по совокупному населению Республики Дагестан отмечено с 47 недели 2015 г. по 5 неделю 2016 г. Пик эпидемического процесса был отмечен в 4,5,6 недели 2016 г. (с 25 января по 14 февраля), после чего отметилось плавное снижение заболеваемости. В этот же период были отмечены самые высокие цифры регистрации вызовов и госпитализации.

Зарегистрировано 5 лабораторно подтвержденных случаев гриппа А H1N1 (SW) с летальными исходами. Диагнозы при госпитализации: в 4-х случаях внебольничная двухсторонняя пневмония, в 1-м случае – ОРВИ, гипертермический синдром, отек головного мозга, геморрагический синдром. Прижизненный забор материала для вирусологических исследований и направление его в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РД» проведен в первые дни госпитализации. Все заболевшие с летальными исходами не были привиты против гриппа, по причине отказа от проведения профилактических прививок.

В республике круглогодичном режиме осуществляется мониторинг за циркуляцией вирусов гриппа и ОРВИ. До 47 недели 2015 года в вирусологическом пейзаже выделялись вирусы не гриппозной этиологии. Начиная с 47 недели 2015г. в республике в структуре циркулирующих респираторных вирусов стали превалировать вирусы гриппа А А (H1N1)pdm09 (81,5% от всех выделенных вирусов гриппа), доля вирусов гриппа А H3N2 составила 11,6% и вируса гриппа В – 6,8%.

Всего с начала сентября 2015г. в клиническом материале от больных гриппом и ОРВИ обнаружено 200 положительных находок, в том числе гриппа 146 (А (H1N1) – 119, А (H3N2) – 17 и гриппа В – 10).

Преобладающее большинство случаев гриппа зарегистрировано у взрослого трудоспособного населения (73,9%), официально не работающего (38,9%). Среди беременных зарегистрировано 16 случаев гриппа (15 H1N1 и 1 случай гриппа В).

В эпидсезон 2015-2016 гг. привито 978 281 человек, что составило 33,0% населения республики (513281 ребенок, 450974 взрослых, 14026 беременных).

В рамках национального календаря профилактических прививок полный курс вакцинации против пневмококковой вакцины в 2015 г. получили 49230 (95,1%) от подлежащего вакцинации контингента (52 115 детей).

На 2016 г. заявлено 985 тыс. доз вакцины, что позволит охватить иммунизацией 32% население.

Список литературы.

1. Бектемиров Т. А. Птичий грипп и возможная пандемия // Новости вакцинопрофилактики. Вакцинация (информ. бюл.). 2004. № 3. С. 7-8.

2. Гендон Ю. 3. Анализ активности гриппа в эпидемический сезон 2003/2004 г. // Новости вакцинопрофилактики. Вакцинация (информ. бюл.). 2004. № 3. С. 6.

3. Киселев О. И. с соавт. Антивирусные препараты для лечения гриппа и ОРВИ. СПб., 2000.

4. Малов В.П. Грипп и другие ОРВИ. М.: ГЕОТАР- Медиа, 2012.

*Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В.,
Глузмина В.Ю., Чакрян А.А., Аврамец Е.В.*

ТЕНДЕНЦИИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РФ

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Актуальность: негативное влияние хламидийной инфекции в виде бесплодия, развития воспалительных заболеваний органов малого таза, патологии в форме болезни Рейтера указывает на актуальность проблем выявляемости хламидий и своевременной санации. Этиологическим агентом уретритов у мужчин в 15-40% являются хламидии.

Материал и методы: проведен анализ данных из форм Государственной статистической отчетности №9 и №34 за 20 последних лет.

Результаты: тренд заболеваемости хламидиозом в Краснодарском крае с 1995 года характеризуется разнонаправленностью: периоды роста отмечены в 1997-1998 гг., 2003-2004 гг., 2006-2007 гг.; периоды снижения наблюдались в 1999-2002 гг., 2005 г., 2008-2015 гг. Пиковые показатели зафиксированы в 1995 г. – 85,1 на 100 тыс. населения края, 1998 г. – 85,1 на 100 тыс., 2004 г. – 84,0 на 100 тыс., 2007 г. – 84,4 на 100 тыс. В целом за анализируемый период «волны» совпадают с общероссийской тенденцией. Устойчивое снижение регистрации числа случаев хламидиоза в крае отмечается с 2008 года, коррелируя со средними данными по РФ. На протяжении 2004-2014 гг. в Российской Федерации заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), имеет стойкую тенденцию к снижению.

За 15 лет зарегистрированный уровень заболеваемости хламидиозом в Краснодарском крае снизился в 3 раза, из них за последние 5 лет – в 2 раза. В 2015 году заболеваемость в крае составила 25,2 на 100 тыс. населения, что на 37,8% ниже данных по России.

Учитывая многообразие проявлений, важным эпидемиологическим моментом является готовность врачей офтальмологов, ревматологов, инфекционистов, дерматовенерологов к диагностике у больных хламидий при выявлении диссеминированной (висцеральной) патологии, в основе развития которой может лежать хламидийная инфекция, с последующим специальным обследованием. Не всегда соблюдается в полном объеме преемственность между акушерами-гинекологами и дерматовенерологами при обследовании половых партнеров мужчин и женщин.

Согласно Клиническим рекомендациям РОДВиК от 2015 года единственным объективным и достоверным методом диагностики, подтверждающим диагноз хламидиоза, является ПЦР. Для контроля излеченности рекомендуется к применению Nasba RNV, не регламентированная для первичной диагностики.

Несмотря на это, в ряде случаев продолжают использоваться в качестве отборочных диагностических тестов ПИФ, РНИФ и ИФА крови на антитела к хламидиям, особенно у беременных в составе TORCH-инфекций.

Негативное влияние на лабораторную аналитику оказывают трудности диагностики из-за отсутствия в части государственных и муниципальных учреждений здравоохранения молекулярно-биологических лабораторий: подмена ПЦР использованием нерегламентированного ИФА-теста на хламидии не воспринимается дерматовенерологами как новый диагностический случай и не определяет поток выявления хламидийной инфекции.

Выводы: мнимое эпидемиологическое благополучие по хламидийной инфекции требует активизации работы всех заинтересованных служб здравоохранения, преемственности и взаимодействия, нормативного единообразия в подходах к диагностике и лечению ИППП.

Список литературы.

1. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Дерматовенерология в Российской Федерации. Итоги 2014г. Успехи, достижения. Основные пути развития. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (4):13-26.
2. Чеботарев В.В. «Клинические аспекты урогенитальной хламидийной инфекции». Ставрополь, 2006.
3. Глузмин М.И. «Некоторые особенности эпидемиологии, патогенеза и диагностики хронического уретрогенного простатита», Автореф. Канд. Мед. наук. Москва, 1991.
4. Молочков В.А., Ильин И.И. «Хронический уретрогенный простатит» М., Москва, 2004.
5. Приказ Минздрава России от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем».

***Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В.,
Чакрян А.А., Шевченко Г.А., Самойлик И.Б.***

К ВОПРОСУ ТРЕНДА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРИХОМОНИАЗОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ ВО ВТОРОМ ДЕСЯТИЛЕТИИ XXI ВЕКА

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Актуальность: трихомонады являются доминирующими патогенными представителями биотопа урогенитального тракта. Актуальность выявления и санации трихомониаза обусловлена особенностями влияния трихомонад на других возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том

числе в аспекте биологической устойчивости к специфическим препаратам для их лечения.

Цель исследования: проанализировать уровень выявления урогенитального трихомониаза в Краснодарском крае, в сравнении с РФ, определить объективные причины отрицательного тренда развития эпидситуации по данной ИППП.

Материал и методы: проведен анализ данных из форм Государственной статистической отчетности №9 и №34 за 20 последних лет.

Результаты и обсуждение: с 1997 по 2000 год в крае имел место рост заболеваемости трихомониазом, на фоне сохраняющегося высокого уровня по России в целом. Пиковые показатели зафиксированы в 1995 г. – 297,9 на 100 тыс. населения края, 2000 г. – 294,8 на 100 тыс. С 2001 года наблюдается устойчивая тенденция к снижению регистрации числа случаев заболеваний трихомонадной инфекцией, совпадающая с общероссийским трендом. За 15 лет уровень регистрируемой заболеваемости трихомониазом в Краснодарском крае снизился в 7,8 раза, в том числе за последние 5 лет – в 2,6 раза. В 2015 году заболеваемость в крае составила 37,1 на 100 тыс. населения, что на 39,8% ниже данных по России.

Снижение числа случаев регистрации патологии может быть связано с несколькими аспектами. С одной стороны, период кризиса 90-х годов способствовал росту социально-обусловленных инфекционных заболеваний, а в последующем, в связи с улучшением социально-экономической обстановки заболеваемость пошла на спад. С другой стороны, высокие цифры заболеваемости трихомониазом в период «бурного расцвета» негосударственных медицинских структур (НГМО) отчасти обусловлены гипердиагностикой ввиду коммерческой составляющей. Дальнейшее развитие диагностических возможностей ЛПУ и лечение за счет бюджета снизило актуальность коммерческого подхода, что повлекло за собой уменьшение заболеваемости.

Однако тенденции последних лет качнули уровень регистрации в обратную сторону, возможно, создав эффект «мнимого» благополучия в области ИППП. Низкие цифры выявляемости могут не отражать истинного уровня заболеваемости по различным причинам.

Во-первых, страдает собственно регистрация случаев по причине нежелания врачей, диагностировавших инфекцию, подавать извещение о выявленном ИППП. Негативное влияние на заболеваемость оказывает работа НГМО без учета и регистрации случаев ИППП: в крае работает более 50 НГМО и медицинских лабораторных центров, в то же время на их долю в 2015 году приходится всего 1,5% официально выявленных случаев трихомониаза (30 человек из 2023 всего по краю).

Во-вторых, практически тотальный переход на диагностику ИППП методами молекулярно-биологической диагностики (ПЦР) и отказ от недорогих и доступных, но при этом эффективных, чувствительных и высокоспецифичных методов (нативное и культуральное исследования) привел к снижению охвата пациентов диагностическими исследованиями, т.к. метод ПЦР практи-

чески везде используется только на коммерческой основе, в основном в НГМО, лабораторных центрах и, часто, без консультации врача-специалиста.

В-третьих, изменился подход к диагностике трихомонадной инфекции у женщин в результате выхода Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (утв. приказом Минздрава России от 1.11.2012 № 572н). Данный Порядок определяет большую значимость других возбудителей ВЗОМТ, в том числе и комменсалов, таких как микоплазмы, при этом трихомонадная инфекция, являющаяся абсолютным патогеном, отодвигается на второй план. Кроме того, Порядок не определяет приоритетный метод диагностики трихомонадной инфекции у женщин, за исключением травм и заболеваний вульвы и влагалища в случаях семейного инфицирования, изнасилования и т.п., когда используется ПЦР-диагностика.

Распространенной практикой среди акушеров-гинекологов является назначение лечения (без предварительного обследования) половому партнеру женщины, больной трихомониазом, по аналогичной схеме. Также не проводится контроль излеченности полового партнера, что может приводить к реинфекции, которая трактуется как осечка в лечении и приводит к неоднократным курсам терапии женщины без достоверной санации полового партнера. Часто не выявляется внешний источник заражения пары.

Наличие феномена эндоцитобиоза трихомонадами других инфекционных возбудителей обуславливает необходимость обследования на другие ИППП в случае подтверждения диагноза трихомониаза.

Выводы: качественную выявляемость и регистрацию трихомониаза возможно обеспечить путем тесного взаимодействия и коллегиальности врачей акушеров-гинекологов, урологов и дерматовенерологов. Необходимо обязательное обследование с применением специальных диагностических тестов и санацию всех половых партнеров больных трихомонозом, а также обеспечить обследование на другие ИППП при подтвержденном трихомониазе.

Список литературы.

1. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальным трихомониазом РОДВиК, Москва, 2015.

2. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Дерматовенерология в Российской Федерации. Итоги 2014г. Успехи, достижения. Основные пути развития. Вестник дерматологии и венерологии, 2014; (4) с.13-26.

3. Отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями» за 1996–2015 годы.

Гололобова Т.В., Акимкин В.Г., Шестопалова Т.Н.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЧАТОК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ»

Научно-исследовательский институт дезинфектологии, Москва

Реализация профилактических (противоэпидемических) мероприятий – важнейшее условие обеспечения качества и безопасности медицинской помощи.

Недостатки в обеспечении эпидемиологической безопасности при оказании медицинских услуг являются одной из основных причин гнойно-септических инфекций. В частности, несоблюдение медицинским персоналом правил гигиенической обработки рук и использования медицинских перчаток, по мнению специалистов, является причиной до 70% гнойно-септических инфекций в медицинских организациях.

Для получения объективных данных о состоянии безопасности медицинской помощи, роли технологий обработки рук и использования медицинских перчаток, а также для оценки уровня знаний и навыков персонала медицинских организаций в этой сфере, нами в 2015 было проведено социологическое исследование в коллективах врачей и средних медицинских работников различных медицинских организаций Москвы.

Результаты исследования подтвердили наше предположение о наличии серьезных проблем и недостатков в вопросах обработки рук и использования медицинских перчаток. Так, 79% опрошенных считают, что обладают знаниями по вопросам правильного использования медицинских перчаток при оказании медицинской помощи, но при этом более половины указали, что медицинские перчатки предназначены исключительно для защиты рук медицинского персонала.

Недостаточное внимание к вопросам использования медицинских перчаток подтверждается и тем, что 79% респондентов не смогли ответить утвердительно на вопрос о наличии в их отделении утвержденных руководителем инструкций (схемы, стандарты и др.) по правилам использования медицинских перчаток, 19% затруднились ответить, какой вид перчаток (хирургические или смотровые) они используют в своей работе.

Выявлены и статистически подтверждены и другие недостатки в работе по подготовке персонала, в контроле за правильной обработкой рук, использованием перчаток, что подтверждает роль «грязных рук» в формировании гнойно-септических заболеваний в медицинских организациях.

Анализ полученных материалов позволил разработать и сформулировать предложения, вошедшие в Методические рекомендации «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» МР 3.5.1.0113-16 [1]. В документе при-

ведена современная классификация, правила применения, техника надевания и снятия медицинских перчаток. Особое внимание уделяется вопросам выбора медицинских перчаток и особенностям работы в хирургических перчатках с позиции эпидемиологической безопасности.

Список литературы:

1. МР 3.5.1.0113-16 от 02 июня 2016г. «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях».

Гореликова Е.В.

СТАНДАРТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЯ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Пермский институт повышения квалификации работников здравоохранения,
г. Пермь

В условиях массовой иммунизации против коклюша значительная часть заболеваний протекает бессимптомно или с минимальными клиническими проявлениями [2]. На фоне преобладания легких и стертых форм коклюша возникают трудности в диагностике этой инфекции [1].

Целью настоящего исследования явилась разработка стандартного случая коклюшной инфекции.

Работа выполнена на основании анализа 140 историй развития детей больных коклюшем. Наблюдения проведены в 2-х группах детей. В группу наблюдения вошли дети с лабораторно (бактериологически и серологически) подтвержденным коклюшем. В качестве контрольной группы взяты дети с диагнозом острое респираторное заболевание («ОРЗ»).

В исследовании случай-контроль выявлены ряд клинических проявлений, частота встречаемости которых среди детей с лабораторно подтвержденным коклюшем, статистически значимо отличалась от таковой в группе детей с диагнозом «ОРЗ».

Таковыми клиническими признаками явились: приступообразный, сухой кашель продолжительностью более 21 дня, который наблюдался у всех больных детей лабораторно подтвержденным коклюшем. В группе детей с диагнозом «ОРЗ» кашель был отмечен в 35,4% случаев, при этом в 27% случаев он был сухой, в 9,5% – влажный. Приступообразный кашель в группе сравнения был отмечен в 4,2%, максимальная продолжительность кашля составила 4 дня. У 63,5% детей с лабораторно подтвержденным коклюшем кашель сопровождался рвотой и у 44,7% репризами, более чем у 80% детей при этом отмечалась гиперемия лица. Среди больных с диагнозом «ОРЗ» данных проявлений не регистрировалось.

Большинство больных (> 80%) с диагнозом «Коклюш» имели нормальную температуру. У детей с диагнозом «ОРЗ» нормальная температура была отмечена лишь в 7,4% случаев. При аускультации у 77,4% детей с лаборатор-

но подтвержденным коклюшем выявлено жесткое дыхание, в то время как у больных детей с диагнозом «ОРЗ» дыхание было везикулярным и только в 14,5% жестким.

У детей с диагнозом «Коклюш» в 69,3% случаев был выявлен лимфоцитоз. В группе сравнения лимфоцитоз имел место лишь у 2,5% детей.

Достоверные различия выявлены и в состоянии документированной привитости против коклюша: 95,6% лиц из группы сравнения были привиты АКДС и БУБО-Кок вакцинами, в группе же больных коклюшем большинство детей получили АДС-м анатоксин и только одна треть была привита против коклюша.

Таким образом, выявленные в ходе исследования клинико-лабораторные признаки могут быть использованы педиатрами и терапевтами в качестве стандартного определения случая, что позволит обеспечить своевременность постановки диагноза и оптимизировать лечебно-диагностические и противоэпидемические мероприятия в очагах коклюшной инфекции.

Список литературы.

1. Селезнева Т.С. Серологический мониторинг за инфекциями, управляемыми средствами вакцинопрофилактики: Проблемы и перспективы // Журнал эпидемиология и вакцинопрофилактика. – № 5. – 2004. – С. 14-16.

2. He Q., Viljanen M.K. Outcomes of *Bordetella pertussis* infection in different age groups of an immunized population. *J Infect Dis* 1994; 170:873-7.

Городин В.Н., Бахтина В.А., Зотов С.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Лептоспироз широко распространенный природно-очаговый зооноз, как правило имеющий тяжелое течение и серьезные медико-социальные последствия. На территории постсоветского пространства наибольшая заболеваемость лептоспирозом приходится на Краснодарский край. Результаты лечения и исходы заболевания нередко зависят от сроков обращения пациентов за медицинской помощью и госпитализации их в специализированные отделения (стационары). Ранняя диагностика может вызывать трудности (в случае отсутствия типичного эпидемиологического анамнеза) в силу неспецифичности клинических проявлений начального периода заболевания, связанных с развитием эндогенной интоксикации.

Целью настоящей работы стало изучение клинической характеристики начальных проявлений лептоспироза.

Материалы и методы. Проведена ретроспективная оценка 254 случаев случаев иктерогеморрагического лептоспироза у больных леченных в краевом лептоспирозном центре г. Краснодара (ГБУЗ «Специализированная кли-

ническая инфекционная больница» Минздрава Краснодарского края). Больные по степени тяжести течения заболевания были разделены на 2 группы: со среднетяжелым течением (70) и тяжелым (184) течением болезни. Среди наблюдавшихся больных преобладали лица мужского пола (92,1%) трудоспособного возраста (71,3%).

Результаты и обсуждения. На первой неделе заболевания клиническая симптоматика у больных лептоспирозом характеризуется большим полиморфизмом. Наиболее часто встречающимися симптомами были: лихорадка (100%), острое начало заболевания (96,5%), выраженная общая слабость (94,9%), головная боль (90,2%), боли в мышцах (94,9%), инъекция сосудов склер (79,5%). Эти клинические признаки являются начальными проявлением синдрома интоксикации и встречаются как при тяжелой форме заболевания, так и при среднетяжелой. Лихорадка наблюдалась у всех больных. Характер температурной кривой проанализирован у 210 больных, имевших достоверный догоспитальный анамнез заболевания. В первый день заболевания температура $39,5^{\circ}\text{C}$ и выше была у 153 (72, 9%); $38,0-39,5^{\circ}\text{C}$ – у 54 (25,7%); $37,5-37,9^{\circ}\text{C}$ – у 3 (1,4%) больных. Максимально высокая температура регистрировалась в первые три дня заболевания и была выше $39,0^{\circ}\text{C}$ у 197 (93,8%) человек, находилась в пределах $38,0-38,9^{\circ}\text{C}$ – у 13 (6,2%). Лихорадка носила постоянный или ремиттирующий характер. Продолжительность первой лихорадочной волны находилась в пределах 2-12 дней, в среднем, составляла $5,8\pm 0,2$ дней. Средняя длительность лихорадки при тяжелой форме лептоспироза составляла $5,9\pm 0,2$, при среднетяжелой – $5,8\pm 0,1$ дней, то есть от степени тяжести заболевания не зависела ($p>0,05$). Однако, у больных тяжелой формой лептоспироза без желтухи продолжительность первой лихорадочной волны была достоверно короче, чем у больных с желтухой, соответственно – $5,2\pm 0,2$ и $6,1\pm 0,2$ дней ($p<0,01$). Критическое снижение температуры наблюдалось у 116 (55,2%), коротким лизисом – у 54 (25,7%), литически – у 40 (19,1%) человек. У 18 больных тяжелой желтушной формой лептоспироза первая лихорадочная волна переходила в длительный субфебрилитет, продолжающийся 2-4 недели. Вторая лихорадочная волна имела место в 32 (15, 2%) случаях.

Повторное повышение температуры наблюдалось после 1-25 дней апиреksии и продолжалось в течение 1-20 дней, в среднем – $4,8\pm 0,4$ дня. Три лихорадочные волны и более наблюдались в 9 (4,3%) случаях. Лихорадка у 77,2% больных сопровождалась ознобами, которые продолжались в течение 1-3 дней с момента начала заболевания.

Головная боль регистрировалась у 90,2% заболевших, при тяжелой форме лептоспироза отмечалась до 6-14 дня болезни, при среднетяжелой – до 2-10. С нормализацией температуры головная боль в большинстве случаев не исчезала, позже 6 дня заболевания она оставалась у 54,3% больных.

Боли в мышцах имели место в 94,9% случаев лептоспироза: в первый день болезни они появились у 38,6%, в первые три дня – у 71,4% заболевших. При тяжелой форме лептоспироза мышечные боли сохранялись до 5-20 дня

болезни ($7,3 \pm 0,5$), при среднетяжелой – до 3-20 ($7,5 \pm 0,6$) дней. Позже 6 дня заболевания боли в мышцах продолжали беспокоить 47,6% больных. Наиболее постоянно отмечались боли в икроножных и бедренных мышцах, причем при тяжелой форме лептоспироза они были более выраженными и встречались в 1,6 раза чаще, чем у больных при среднетяжелой форме заболевания. Для тяжелых форм характерно одновременное сочетание миалгий нескольких локализаций. Боли в поясничных мышцах регистрировались в 6,6% случаев, реже наблюдались боли в мышцах живота (5,8%), шеи (3,3%), грудной клетки и туловища (4,2%).

Боли в суставах без каких-либо объективных признаков их воспаления имели место у 16,9% больных.

Частыми симптомами первой недели заболевания были тошнота и рвота. Тошнота отмечалась у 212 (83,5%) больных. При тяжелой форме заболевания рвота наблюдалась в 83,5%, жидкий стул в 9,8% случаев.

Инъекция сосудов склер имела место у 79,5% заболевших, реже наблюдалась гиперемия кожи лица, шеи, грудной клетки – в 13,8% случаев. Нарушения микроциркуляции отмечались у 70,9% больных и проявлялись усилением «сосудистого рисунка» кожных покровов, увеличением времени «белого пятна» (симптом Маневича), спазмом артериального колена микроциркуляторного русла (МЦР) при бульбарной микроскопии. Микроциркуляторные нарушения достоверно в 2,6 раза чаще отмечались при тяжелом течении заболевания.

К концу 1-й недели заболевания у 52,8% больных отмечалась гипотония, у 41,3% приглушенность тонов сердца, практически у всех больных (94,5%) была тахикардия.

У 132 больных (71,7%) с тяжелым течением заболевания наблюдались признаки поражения дыхательной системы: затруднение дыхания – у 45 больных, боли в грудной клетке – у 21 больного, сухие хрипы в легких – у 35 больных, одышка – у 31 больного.

У 84 (45,7%) больных с тяжелым течением болезни со 2-4 дней болезни отмечалось снижение диуреза и изменения в общем анализе мочи.

К концу 1-й недели болезни у 106 больных с тяжелым течением заболевания (57,6%) наблюдалось изменение окраски кожных покровов, у 29 (15,8%) появление мелкоочечной петехиальной сыпи.

Выводы. У наблюдавшихся больных лептоспирозом наиболее частыми проявлениями синдрома эндогенной интоксикации на первой неделе заболевания были: лихорадка (100%), острое начало заболевания (96,5%), общая слабость (94,9%), головная боль (90,2%), боли в мышцах (94,9%), тошнота (83,5%), рвота (67,7%), инъекция сосудов склер (79,5%), нарушения микроциркуляции (70,9%), гипотония (52,8%). Проявлениям синдрома интоксикации были более выражены у пациентов с тяжелым течением болезни.

Список литературы.

1. Городин В.Н. Клинико-лабораторная характеристика стадий эндогенной интоксикации при лептоспирозе// Актуальные вопросы инфекционной

патологии и современные методы лечения. – Мат. III-Всерос. научн. – практ. конф. – Пенза, 1999. – С. 58-60.

2. Городин В.Н. Патогенетическое обоснование и оптимизация интенсивной терапии тяжелых форм лептоспироза: Автореф. дис...доктора мед.наук. – Ростов-на-Дону, 2007.– 75 с.

3. Городин В.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика лептоспироза в Краснодарском крае // Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» министерства здравоохранения РФ, Краснодар, 2016, С. 62-66.

4. Городин В.Н., Лебедев В.В., Зотов С.В., Бахтина В.А., Христова А.А. Синдром системного воспалительного ответа при лептоспирозе// Инфекционные болезни, 2013, т.11, прилож. №1. Мат. V Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням – С. 107.

5. Лебедев В.В., Авдеева М.Г., Шубич М.Г., Ананьина Ю.В., Турьянов М.Х., Лучшев В.И. Иктерогеморрагический лептоспироз. Под редакцией В.В. Лебедева. Краснодар, Советская Кубань, 2001 г., 208 с.

Городин В.Н., Пронин М.Г., Ванюков А.А., Дубина Н.А., Шубина Г.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЛЕПТОСПИРОЗА

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Лептоспироз остается одним из самых актуальных природно-очаговых зоонозов на территории Краснодарского края, который в тяжелых случаях протекает как бактериальный сепсис с формированием полиорганной недостаточности и частыми неблагоприятными исходами. Это обуславливает постоянный поиск путей оптимизации интенсивной терапии лептоспироза.

Проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных данных 2-х групп больных лептоспирозом: пролеченных в ОРИТ ГБУЗ «СКИБ» за период 2014-2015 гг. (1 группа) и пролеченных в 2016 г. (2 группа).

В 1 группе больных ОРИТ ГБУЗ СКИБ находилось 32 человека в возрасте $47,8 \pm 15,6$ лет, из них: две женщины (6%), мужчин – 30 (94%). Продолжительность лечения в условиях ОРИТ составила $8,9 \pm 8,5$ койко-дней. На фоне проводимой интенсивной терапии 27 (84%) пациентов были переведены из ОРИТ с улучшением, у 5 больных наступил летальный исход (16%). Что касается структуры органной дисфункции, то наиболее значимыми синдромами были: инфекционно-токсический (септический) шок – регистрировался у 22 (68,7%) больных; острая печеночно-почечная недостаточность (ОППН) – у 24 (75%); ДВС – синдром – у 21 (65,6%); острая дыхательная недостаточность (ОДН) – у 21 (65,6%); острая сердечная недостаточность со снижением миокардиальной сократимости (ОСН) – у 10 (31,2%); нарушение ритма серд-

ца – 4 (12,5%); делирий – у 9 (28,1%); кома – у 4 (12,5%); желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) – у 2 (6,25%), синдром полиорганной недостаточности (СПОН) – у 25 (78%). Из числа больных, находившихся в ОРИТ, 12-ти (37,5%) пациентам проводилась ИВЛ в течение 1-12 суток, в среднем $8,0 \pm 1,1$ дней. Почечно-заместительная терапия (ПЗТ) проводилась 14 (44%) больным. Метод выбора – продленная вено-венозная гемофильтрация (ПВВГФ) в комбинации с параллельным проведением ультрафильтрации (УФ). В среднем за время нахождения в ОРИТ потребовалось по 1,9 сеанса ПВВГФ на человека.

В течение 2016 года в ОРИТ ГБУЗ «СКИБ» пролечено 24 человека с диагнозом лептоспироз, средний возраст которых составил $45,1 \pm 12,9$ лет, все лица мужского пола. Средний койко-день в ОРИТ составил – $7,7 \pm 4,3$. Все больные с улучшением были переведены из ОРИТ. Структура органических нарушений: септический шок – регистрировался у 16 (66,6%) больных; СПОН – у 23 человек (95,8%); ОППН – у 20 (83%); ДВС-синдром – у 23 (95,8%); ОДН – у 14 (58,3%); ОСН – у 3 (12,5%); нарушение ритма сердца – у 3 (12,5%); делирий – у 7 (29,2%); ЖКК – у 1 (4,2%). В проведении ИВЛ нуждались 5 пациентов (20,8%), средняя длительность респираторной поддержки – 7,6 дней. ПЗТ применялась у 11 больных (45,8%) в среднем по 1,2 сеанса на больного. В отличие от 2014-15 гг. в 2016 году метод ПВВГФ до стабилизации гемодинамики не комбинировался с УФ.

В ходе анализа установлено, что группы сравнения сопоставимы по количеству, полу, возрасту, структуре органических нарушений. Но имеются качественные отличия в группах по следующим показателям: средний койко-день в ОРИТ, продолжительность ИВЛ, количество лиц, требующих аппаратной респираторной поддержки, число проведенных процедур ПВВГФ на одного больного, летальность. Во 2-й группе больных результаты были существенно лучше по всем показателям. Различия можно связать с проведенной оптимизацией терапии в некоторых аспектах программы лечения больных лептоспирозом в 2016 году (2-я группа пациентов), а именно: приоритет в выборе деэскалационного режима эмпирической «стартовой» антибактериальной терапии в ОРИТ; принципиальные изменения в подходе к седации пациентов с делирием и находящихся на ИВЛ, т.е., она должна быть короткодействующей, контролируемой, управляемой – это те условия, которым отвечает активное применение нами препарата группы селективных агонистов альфа-2-адренорецепторов дексметомидина (дексдора). Этим отчасти можно объяснить меньшую потребность в респираторной поддержке и длительность ее проведения. Важным моментом представляется отказ от включения в программу ПЗТ метода УФ до стабилизации гемодинамики в пользу изолированной ПВВГФ. Полученные предварительные сравнительные данные требуют дальнейшего изучения и интерпретации с позиции доказательной медицины.

Список литературы.

1. Городин В.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика лептоспироза в Краснодарском крае // Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» министерства здравоохранения РФ, Краснодар, 2016, С. 62-66.
2. Дорошенко М.В., Ковтун С.И., Пронин М.Г., Городин В.Н., Бахтина В.А. Анализ диализно-фильтрационных методов в комплексной терапии у пациентов с лептоспирозом и ГЛПС. // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, приуроченной к 110-летию ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК. Краснодар 2013.
3. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. // Практическое руководство под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. 2-е изд., доп. и перер. – М: ООО «МИА», 2011. – 352 с.
4. Шевченко Ю.Л., Замятин М.Н., Гороховатский Ю.И., Вахляев А.В. Диагностика делирия у пациентов в отделениях реаниматологии и интенсивной терапии. // Клиническая патофизиология, 2014, №2 – С.65-77.
5. Pandharipande P.P., Sanders R.D., Girard T.D., Mc Grane S., Thompson J.L., Shinanti A.K., et al. Effect of dexmedetomidine versus lorazepam on outcome in patients with sepsis: an a priori-designed analysis of the MENDS randomized controlled trial. Crit. Care 2010; 14: R38.

Городин В.Н., Пронин М.Г., Зотов С.В., Бахтина В.А.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Тяжелое течение лептоспироза нередко сопровождается развитием критического состояния. Выраженная эндотоксемия запускает каскад избыточной выработки медиаторов воспаления с соответствующими патофизиологическими и патобиохимическими реакциями, что в конечном итоге приводит к развитию инфекционно-токсического шока (ИТШ) у больных лептоспирозом в конце начального периода – начале периода органических поражений. Причем, в эти же сроки болезни ИТШ является основной причиной неблагоприятных исходов.

Целью настоящей работы стало изучение клиническо-инструментальных данных ИТШ у 280 больных иктерогеморрагическим лептоспирозом в двух группах сравнения (с благоприятным исходом – 155, с летальными исходами – 128).

Инфекционно-токсический шок наблюдался у 206 (73,6%) больных с тяжелым течением лептоспироза. Развивался он на 3 – 8 сутки болезни, в сред-

нем на $5,3 \pm 0,2$ день. ИТШ I ст. был у 23,8% больных, ИТШ II ст. – у 47,6%, ИТШ III ст. – у 28,6% больных. Стадии шока определялись на основании общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных данных согласно классификации В.И. Покровского (1977). Использовались также критерии (индекс) Алговера. У больных с ИТШ I ст. он был равен $1,2 \pm 0,1$; при ИТШ II ст. – $1,48 \pm 0,2$; при ИТШ III ст. – $1,89 \pm 0,3$.

Продолжительность шока у больных с неблагоприятным исходом составила в среднем $2,4 \pm 0,1$ дня и была больше в 1,3 раза, чем в группе тяжелых больных с благоприятным исходом. Изучение показателей центральной и периферической гемодинамики проведено у 80 больных лептоспирозом. Нарушения микроциркуляции у больных лептоспирозом развивались одновременно с признаками циркуляторного шока, иногда (12% случаев) опережали их. Помимо сосудистых изменений переднего отрезка глаза, у больных тяжелым течением лептоспироза значительно удлинялось время «белого пятна» (симптом Маневича). У 67,3% больных с тяжелым течением заболевания отмечалась «мраморность» кожных покровов, у 15,8% – геморрагическая сыпь. Нарушения микроциркуляции у 96,8% тяжелых больных сопровождались гемореологическими расстройствами.

Были изучены показатели центральной гемодинамики у 30 больных лептоспирозом. На фоне снижения ОЦК ($61,29 \pm 2,0$ мл/кг), резкого нарастания ОПСС $2911,36 \pm 768,06$ [дин/ (сек \times см $^{-5}$)] и УПС $77,38 \pm 23,21$ [дин/ (сек \times см $^{-5}$)] существенно снижалась мощность левого желудочка ($1,76 \pm 0,23$ Вт), требовался бóльший расход энергии на перемещение литра крови ($12,63 \pm 1,02$ Вт/л). Такая ситуация приводила к резкому снижению возможностей насосной функции сердца и развитию гиподинамического типа гемоциркуляции.

На фоне проводимой патогенетической терапии, на второй неделе болезни, у больных с тяжелым течением лептоспироза, отмечались положительные сдвиги с развитием гипердинамического типа гемоциркуляции. По сравнению с первой неделей заболевания, в этот период уменьшается ОПСС – $2104,33 \pm 457,84$ [дин/ (сек \times см $^{-5}$)], УПС – $51,03 \pm 10,17$ [дин/ (сек \times см $^{-5}$)], нарастают мощность левого желудочка – $2,76 \pm 0,51$ Вт., ОЦК ($75,61 \pm 1,8$ мл/кг), УОК ($64,86 \pm 10,38$ мл), МОК ($4,11 \pm 0,71$ л/мин), ОСВ ($226,63 \pm 42,53$ мл/сек), ЛСДК ($49,11 \pm 8,74$ см/сек).

Сопоставление изменений некоторых показателей центральной гемодинамики с клинико-лабораторными показателями интоксикации при лептоспирозе выявило, что вместе с умеренным прогрессированием эндогенной интоксикации в разгар заболевания в 2,5 раза увеличивался УОК, в 2,8 раза – УИ. Показатели МОК возрастали в 1,9, ОСВ в 2 раза соответственно. Однако, на фоне комплексной интенсивной терапии с применением вазоактивных препаратов (дофамин), отмечено снижение ОПСС в 1,6 раза и УПС в 1,9 раза, что является прогностически неблагоприятным признаком.

В течение ближайших 12-36 часов от момента развития шока у больных с тяжелым течением лептоспироза развивался ряд последовательных органических дисфункций, приводящих к нарушению важнейших систем жизнеобеспечения.

Список литературы.

1. Авдеева М.Г., Городин В.Н., Пронин М.Г., Ганжа А.А. Лептоспироз: осложнения, причины смерти. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы экологии человека», Уфа 2015, т.1, С. 15.

2. Городин В.Н. Шок и полиорганная недостаточность как маркеры сепсиса у больных лептоспирозом// Сепсис. Проблемы диагностики, терапии и профилактики. Мат. науч. – практ. конф. с межд. участием – Харьков, 2006, С.73-74.

3. Городин В.Н., Заболотских И.Б., Лебедев В.В., Ковтун С.И., Дорошенко М.В., Зотов С.В., Ванюков А.А., Астапов К.А., Фрейлах О.И., Мунасыпова Н.А. Упреждающая интенсивная терапия критических состояний при лептоспирозе// Актуальные вопросы инфекционной патологии. Мат. IV научно-практической конференции южного федерального округа с международным участием. – Анапа, 2009. – С.46-48.

4. Городин В.Н., Лебедев В.В. Критическое состояние у больных лептоспирозом// Актуальные вопросы инфекционной патологии/ Мат. V научн. – практ. конф. Южного федерального округа, Сочи, – 2010, с. 43-46.

5. Городин В.Н., Лебедев В.В., Зотов С.В., Ковтун С.И., Пронин М.Г., Дорошенко М.В. Современные подходы в терапии инфекционно-токсического шока при лептоспирозе// Мат-лы VIII научно-практ. конф. ЮФО с междунар. участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии». – Краснодар, 2013. – С.31-33.

Гречухина Т.И.

ОЦЕНКА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ

Астраханский государственный медицинский университет, г.Астрахань

Социально значимые заболевания, в том числе инфекционной этиологии, характеризующиеся высокой заболеваемостью, временной нетрудоспособностью, инвалидностью и смертностью, требуют значительных затрат на диагностику, реабилитацию, профилактику, причиняя экономический ущерб для общества [1-5].

Целью настоящей работы явилась оценка основных показателей инфекционной заболеваемости в Астраханской области. При осуществлении анализа были использованы данные официальной статистики, опубликованные ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и ин-

форматизации здравоохранения» МЗ РФ», сборники «Социально-значимые заболевания» и «Заболеваемость населения» за 2010-2015 годы.

Анализ динамики первичной заболеваемости по классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» населения Астраханского региона показал, что за 2010-2015 гг её уровень понизился на 39,2% с 2728,4 до 1659,8 на 100000 населения, был ниже, чем в Российской Федерации (РФ), в которой также наблюдалось снижение показателя на 14,6% с 3293,40/0000 до 2814,20/0000. Уровень общей заболеваемости по этому классу болезней повысился в Астраханской области (АО) на 7,5% с 2661,80/0000 до 2860,80/0000, на 8,9% по РФ с 4066,8 до 4430,30/0000.

За 2010-2015 гг. доля класса «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» в структуре первичной заболеваемости уменьшилась от 4,5% до 2,7% и он переместился с седьмого места на десятое, а в общей заболеваемости данный показатель снизился от 3,5% до 2,5%, переместившись с десятого места на тринадцатое.

За рассматриваемые шесть лет число больных с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в АО увеличилось в 2,7 раза с 6,00/0000 до 16,20/0000, в то время как в РФ показатель возрос на 55,3% (с 44,10/0000 до 68,50/0000).

Заболеваемость активным туберкулезом в АО от 2010 до 2015 гг. повысилась на 17,1% с 89,30/0000 до 104,60/0000, в целом по стране отмечалось снижение показателя на 25,1% с 77,20/0000 до 57,80/0000. Необходимо отметить, что за весь период наблюдения частота заболеваемости активным туберкулезом в АО превышал таковую в РФ.

Уровень первичной заболеваемости вирусным гепатитом в АО за шесть лет снизился на 7,8% с 33,40/0000 до 30,80/0000, в то же время среднероссийский показатель понизился на 16,2% (с 78,20/0000 до 65,50/0000). Следует отметить, что относительно 2014 года в 2015 году отмечался увеличение уровня первичной заболеваемости вирусным гепатитом в АО на 13,7%. Общая заболеваемость данной нозологией в АО возросла на 36,8%, а в РФ на 2,7%.

Таким образом, анализ основных показателей инфекционной заболеваемости в Астраханском регионе свидетельствует об их росте в отношении ВИЧ-инфекции, активного туберкулеза, вирусных гепатитов, являющихся социально значимыми. Это в свою очередь требует совершенствования подходов в их профилактике.

Список литературы.

1. Ефимов Е.И., Ершов В.И., Мартынова Н.Е. Инфекционная заболеваемость в ПФО за 2015 год // Ремедиум Приволжье. – 2016. – № 3 (143). – С. 40-44.
2. Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 № 1472 «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы). М.; 2012.

3. Пузин С.Н., Шургая М.А, Богова О.Т. и др. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – №3. – С. 3-10.

4. Социально значимые болезни в Российской Федерации/ Под ред. Л. А. Бокерия, И. Н. Ступакова. – (М:НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. – 2006. – 326 с.

5. Эпидемиология инфекционных болезней: учеб. пособие / Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов, Е.В. Кухтевич, Ю.Ю. Гришина. – 3-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 496 с.

Груздева О.А., Филатов Н.Н., Тартаковский И.С., Марьин ГГ.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗОМ В РОССИИ

Первый Московский государственный медицинский университет им.

И.М. Сеченова, г. Москва;

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

Филиал №5 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко,
г. Москва

Введение. Уровень спорадической заболеваемости легионеллезом для стран Европы и США составляет 1,1-1,2 случаев на 100 тыс. населения. Основная клиническая форма легионеллеза – легионеллезная пневмония. Ведущая роль в инфекционной патологии легионеллеза принадлежит серогруппе 1 *Legionella Pneumophila*. Штаммы других серогрупп *Legionella pneumophila* и других видов легионелл вызывают, в основном, случаи нозокомиальной инфекции у лиц со сниженным иммунным статусом. Особенности болезни легионеров является отсутствие специфической клинической симптоматики, позволяющей дифференцировать ее от тяжелых пневмоний, вызванных другими этиологическими агентами. В качестве этиологического фактора внебольничных пневмоний у лиц, поступающих в стационары, легионелла занимает 3-4 место, возбудитель легионеллеза вызывает до 20% групповых очагов пневмонии у взрослых в Европе [1, 2].

Цель исследования провести ретроспективный анализ уровня заболеваемости легионеллезом в России.

Результаты. В России, в основном, регистрируются спорадические случаи заболевания. Крупная вспышка легионеллеза зарегистрирована в 2007 г.: 62 случая болезни легионеров и 12 случаев лихорадки Понтиак [3].

За период 1998-2015 гг. в РФ зарегистрировано 340 случаев заболевания легионеллезом. Показатель заболеваемости составляет 0,01-0,02 случая на 100 тысяч населения. Частота заболеваемости легионеллезом остается на минимальном уровне, прослеживается тенденция к росту, средний темп прироста составляет 6,0%. Данные о заболеваемости по федеральным округам свидетельствуют о том, что регистрация заболевания осуществляется неравно-

мерно. Максимальное количество случаев заболевания зарегистрировано в Северо-Западном федеральном округе (32%). Случаи заболевания регистрируются только в 19 регионах. В Москве за указанный период наблюдается небольшой рост показателя заболеваемости от 0,01 до 0,04 на 100 тыс. населения. В то же время известно, что официальная регистрация случаев заболевания легионеллезом осуществляется не в полном объеме, особенно, если речь идет о случаях заболевания внутрибольничным легионеллезом, также как и регистрация других инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Кроме того, этиологическая расшифровка внебольничных пневмоний (ВП) в России составляет по данным разных авторов от 30,0 до 57,0% у взрослых. Анализ этиологической структуры ВП за период 2011-2015 гг. свидетельствует о том, что в 60,0% случаев зарегистрированных ВП возбудитель заболевания не установлен, что свидетельствует о недостаточном выявлении случаев заболеваний легионеллезом [4]. В исследовании, проведенном Галстян Г.М., частота выявленных случаев легионеллеза среди пациентов из группы риска с тяжелой пневмонией, составила 9,5% [5].

Изучение факторов риска в отношении легионеллеза в Москве и Московской области показало, что уровень колонизации легионеллой систем горячего водоснабжения составил от 6×10^1 до $6,4 \times 10^5$ КОЕ/л в обследованных зданиях общественного назначения. Доля наиболее опасного в эпидемиологическом плане штамма *L. pneumophila* серогруппы 1 составила 18,0%. Таким образом, в мегаполисе существует эпидемиологический риск возникновения очагов легионеллезной инфекции.

Выводы. В настоящее время на территории России имеются проблемы диагностики легионеллеза, связанные или с отсутствием необходимых диагностических систем, или с отсутствием необходимых знаний у медицинского персонала. Существует вероятность, что часть случаев легионеллеза (основная клиническая форма – тяжелая пневмония), «скрывается под маской» пневмонии неустановленной этиологии. Выполнение в полном объеме требований «Стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями», предусматривающего проведение лабораторной диагностики для уточнения возбудителя, решит проблему диагностики и раннего назначения адекватной терапии больным с легионеллезом.

Список литературы.

1. Vergis, E.N. Legionella as a cause of severe pneumonia / E.N. Vergis, E. Akbas, V.L. Yu // Seminars in respiratory and critical care medicine. – 2000. – № 21 (4) – P. 295–304.

2. Torres, A. The aetiology and antibiotic management of community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review / A. Torres, F. Blasi, W.E. Peetermans, G. Viegi // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 2014. – № 33. P. 1065–1079.

3. Бобылева, З.Д. Легионеллезная пневмония: диагностика, клиническая картина, лечение, отдаленные результаты (по материалам эпидемической

вспышки легионеллеза в Свердловской области) / З.Д. Бобылева // Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2010.

4. Демина, Ю.В. Научно-методические основы эпидемиологического надзора и профилактики внебольничных пневмоний в Российской Федерации / Ю.В. Демина // Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2014.

5. Галстян, Г.М. Клинические проявления легионеллезной пневмонии у гематологических больных / Г.М. Галстян, И.Э. Костина, С.А. Катрыш и др. // Терапевтический архив. – 2014. – Т. 86. – № 3. – С. 45–52.

Десяткин А.В., Кардонова Е.В., Базарова М.В., Карань Л.С.

ЛИХОРАДКА ЗИКА: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ПРОФИЛАКТИКА

Инфекционная клиническая больница №1, г. Москва;
Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва

Вирус Зика – вирус, переносимый комарами, рода: флавивирусов, обладающий выраженным нейротропизмом. Впервые был обнаружен у макака-резус в Уганде в 1947 году в рамках мониторинга за лесной формой желтой лихорадки. В 1952 году вирус был выявлен у людей в Уганде и в Объединенной Республике Танзания. Вспышки болезни, вызванной вирусом Зика, зарегистрированы в Африке, Северной и Южной Америке, Азии и Тихоокеанском регионе. Первые сообщения о вспышках болезни, вызванной вирусом Зика, поступили из Тихоокеанского региона в 2007 и 2013 годах (острова Яп и Французская Полинезия). В 2015 году на американском континенте началась крупнейшая в истории вспышка болезни, вызванной вирусом Зика.

В настоящее время случаи инфицирования вирусом Зика зарегистрированы уже более чем в 60 странах и территориях мира: Североамериканского, Южноамериканского и Азиатско-тихоокеанского региона. Отмечены отдельные завозные случаи в США, Швеции, Дании, Швейцарии, Великобритании при возвращении туристов из неблагополучных регионов

Переносчиком являются самки комаров рода *Aedes*, в основном вида *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, обитающих в тропических регионах. Эти же комары являются переносчиками лихорадки денге, лихорадки чикунгуньи и желтой лихорадки. Инкубационный период в комарах составляет примерно 10 дней. Позвоночными носителями вируса, как правило, являются обезьяны и люди.

Лихорадка Зика является трансмиссивной инфекцией, возбудитель которой в соответствии с санитарными правилами СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами 1-2 групп патогенности (опасности) относится ко 2 группе патогенности. Вирус Зика может передаваться через кровь и другие биологические жидкости инфицированного человека, что требует соблюдения мер предосторожности при оказании помощи заболевшим.

Механизм передачи – трансмиссивный. Пути передачи: через укусы комаров, с донорской кровью, половым путем, через плаценту. Кроме того, ви-

рус обнаруживается в грудном молоке, однако фактов передачи не зарегистрировано.

Инкубационный период болезни, вызванной вирусом Зика, точно не известен, но, вероятно, составляет от 3 до 12 суток.

Симптомы заболевания похожи на симптомы других арбовирусных инфекций: повышенная температура, макуло-папулезная сыпь, конъюнктивит, боль в мышцах и суставах, недомогание, головная боль. При этом отсутствует симптоматика предрасположенности к геморрагиям (симптомы щипка, жгута). Реже регистрируется диарея. Отсутствуют цитолитические нарушения функции печени. В периферической крови менее выражена лейкопения, возможно незначительное снижение тромбоцитов, не регистрируются нарушения гемостаза. Симптомы обычно сохраняются в течение 2–7 дней. До настоящего времени лихорадка Зика считается достаточно легким заболеванием. Только у 1 человека из 4-5 проявляются симптомы заболевания. Однако, возможны неврологические осложнения: энцефалит, миелит, неврит зрительного нерва, менингоэнцефалит, полинейропатия Гийена-Барре, Смертность отсутствует. Однако истинный потенциал вируса до сих пор не известен.

Вирусная инфекция Зика может быть заподозрена на основе клинических симптомов и эпидемиологического анамнеза (проживание или поездка в какой-либо район с известным присутствием вируса Зика).

Разработаны иммуноферментные тесты для определения вируса Зика в сыворотке, выделенной во время острой фазы заболевания, построенные на определении специфичного иммуноглобулина М, которые часто дают перекрестные реакции с вирусом денге, реже – с вирусами желтой лихорадки, лихорадки Западного Нила, японского энцефалита. Подтвердить вирус Зика можно только путем лабораторного тестирования на наличие РНК вируса Зика в крови или другой физиологической жидкости, такой как моча или слюна, сперма. ПЦР-тесты могут проводиться с использованием образцов, полученных не позднее 10 дней после начала заболевания.

Болезнь, вызванная вирусом Зика, обычно протекает легко и не требует специфического лечения. Возможно применение жаропонижающих, болеутоляющих средств, дезинтоксикационных растворов. По состоянию на июнь 2016 года не существует вакцин и лекарств для профилактики и специфического лечения лихорадки Зика.

Во время крупных вспышек во Французской Полинезии в 2013 г. и в Бразилии в 2015 г. национальные органы здравоохранения сообщали о возможных неврологических и аутоиммунных осложнениях болезни, вызванной вирусом Зика. Связь с микроцефалией у новорожденных от инфицированных матерей в настоящее время считается вероятной. В Бразилии отметили рост числа случаев развития болезни, вызванной вирусом Зика, как в общей популяции, так и среди младенцев, родившихся с микроэнцефалией. Кроме того, в Бразилии местные органы здравоохранения наблюдают также увеличение случаев синдрома Гийена–Барре, которое совпало с заражением населения вирусом Зика. Тем не менее, для лучшего понимания связи между развитием

указанных состояний и инфицированием вирусом Зика необходимы дальнейшие наблюдения и исследования.

Беременность является отягощающим фактором риска возникновения осложнений у матери и плода. Ведение таких больных проводится врачом-инфекционистом и акушер-гинекологом. Все беременные женщины, вернувшиеся из эндемичных районов, должны быть лабораторно обследованы независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов болезни. Госпитализация показана всем беременным с симптомами заболевания, не исключая лихорадку Зика, в течение 2 недель после поездки. Проводится динамическое УЗИ-исследование плода для выявления микроцефалии или кальцификатов в головном мозге и в плаценте. При обнаружении указанных изменений показано проведение амниоцентеза для диагностики вируса Зика.

На 1 октября 2016 г. в Российской Федерации зарегистрировано 8 подтвержденных случаев заболевания лихорадкой Зика, из них 7 в городе Москве, в том числе 1 беременная женщина. Все случаи завозные. Информация о клиническом течении и особенностях наблюдения будет подробно представлена в докладе.

Список литературы.

1. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 10.02.2016 № 14 «О мерах по недопущению распространения на территории Российской Федерации лихорадки Зика»

2. Письмо Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве от 16.02.2016 № И-18-2/6 «О мерах по недопущению распространения на территории Российской Федерации лихорадки Зика»

3. Информационное письмо Минздрава России от 11.02.2016 г. № 14-5/10/2-750: Материалы по дифференциальной диагностике, рекомендации по обследованию беременных женщин, детей с возможно внутриутробным инфицированием вирусом Зика

4. Информационное письмо Минздрава России от 29.03.2016 г. 15-4/10/2-1893 «Ведение беременных с подозрением на инфицирование вирусом Зика»

5. Материалы ВОЗ <http://www.who.int>

Девяткин А.В., Митюшина С.А.

ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА

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

На территории Московской и рядом расположенных областей исторически существуют природные очаги некоторых инфекционных заболеваний. Наибольшее эпидемическое значение для жителей Московского региона

представляют геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) и клещевой иксодовый боррелиоз (КИБ). В последние годы в связи с развитием отечественного и зарубежного туризма все чаще стали выявляться завозные природно-очаговые инфекции, такие как лихорадка денге (ЛД), клещевой вирусный энцефалит (КВЭ), лихорадка Западного Нила (ЛЗН) и др.

В 2012-2014 гг. в инфекционном стационаре многопрофильной больницы у 109 больных были диагностированы природно-очаговые инфекционные заболевания: ГЛПС – у 41 больного, КИБ – у 36 больных, ЛД – у 24 больных, туляремия – у 4 больных, КВЭ – у 2 больных, ЛЗН – у 1 больного, южноафриканский клещевой боррелиоз – у 1 больного. Клинический диагноз во всех случаях был подтвержден лабораторно.

Больные ГЛПС были в возрасте от 26 до 70 лет, преобладали мужчины – 77%. У 37 (76%) больных заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 3 (18%) – в тяжелой и у 1 (6%) – в легкой форме. Непосредственный контакт с мышевидными грызунами и их выделениями был установлен у 40 (94%) больных. Наиболее частыми симптомами в начальном периоде заболевания ГЛПС были: повышение температуры тела выше 39°C на фоне выраженной интоксикации – 94% больных, боль в поясничной области – 59%, геморрагические высыпания на коже и слизистых – 47%, олигурия – 65%. Все больные получали патогенетическую и симптоматическую терапию, трем из них проведено от 2 до 4 сеансов гемодиализа. Все больные выписаны с выздоровлением.

Больные КИБ были в возрасте от 20 до 78 лет, преобладали женщины – 67%. Наиболее характерным и ранним симптомом была кольцевидная эритема в месте присасывания клеща (67% больных), у 54% отмечалась локальная миалгия. Неврологические симптомы (головная боль, парестезии) были выявлены у 25% больных, артралгии – у 21%. Факт присасывания клеща установлен у 83% больных. Все больные посещали лесопарковую зону Москвы и Московской области. Наблюдалась характерная весенне-летняя сезонность заражения с пиком в мае–июле – 71% случаев.

Больные ЛД имели возраст от 24 до 48 лет, гендерное соотношение было практически одинаковым: 52% женщин и 48% мужчин. Все случаи были завозными, заболевание началось во время или после поездки в Таиланд, Индонезию, Вьетнам, Камбоджу, Индию, Шри-Ланку, на Мальдивские острова. Клиника ЛД у россиян-жителей Московского региона соответствовала классической среднетяжелой форме болезни. Основными клиническими симптомами были: высокая температура с ознобом – у 100% больных, головная боль – у 94%, полиморфная сыпь – у 76%, диарея – у 58%, миалгии – у 35% и артралгии в крупных суставах – у 41%, лимфаденопатия – у 29%, гепатомегалия – у 17%, тошнота – у 23%, рвота на высоте температуры – у 12% больных. На фоне дезинтоксикационной и симптоматической терапии симптомы болезни быстро регрессировали.

Лицам, выезжающим в лесопарковые зоны Московской области и других регионов страны, а также на отдых в зарубежные страны, необходимо

иметь подробную информацию о природно-очаговых инфекциях в зоне будущего пребывания, ранних клинических проявлениях и мерах профилактики.

Дессау М.И., Лиознов Д.А., Журкин А.Т.

СТИГМАТИЗАЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПРИВЕРЖЕННЫХ И НЕПРИВЕРЖЕННЫХ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Приверженность больных ВИЧ-инфекцией диспансерному наблюдению и лечению является ключевым фактором в достижении контроля заболевания и эффективности терапии. В свою очередь, среди факторов, влияющих на приверженность, особое место принадлежит стигматизации и дискриминации больных ВИЧ-инфекцией.

Цель. Оценить уровень стигматизации и качество жизни больных ВИЧ-инфекцией, приверженных и неприверженных диспансерному наблюдению и лечению.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 67 больных ВИЧ-инфекцией, наблюдаемых в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ) и в инфекционном отделении Центральной районной больницы Ломоносовского района Санкт-Петербурга в 2010-2011 гг. Больные были распределены в 2 группы в зависимости от приверженности диспансерному наблюдению и лечению. Приверженными считали пациентов, которые с момента выявления у них ВИЧ-инфекции проходили диспансерное обследование не менее 2 раз в год, и больных, получающих АРВТ и регулярно наблюдающихся в КИЗ.

Для анонимного анкетирования использовали опросник для оценки качества жизни больных ВИЧ-инфекцией и анкету ВИЧ-стигматизации.

Результаты. В группу больных, приверженных диспансерному наблюдению и лечению, вошли 50 человек (75%). Среди всех опрошенных преобладали мужчины (43 человека, 64%), однако в группе приверженных пациентов женщины составили 86%.

Средний показатель стигматизации у обследованных больных составил $102,5 \pm 1,9$ баллов, что соответствует умеренному уровню ВИЧ-стигматизации (81-120 баллов). Не выявлено различий в показателях стигматизации у больных обеих групп. Наибольшее эмоциональное значение для всех пациентов имели вопросы, связанные с раскрытием диагноза. Следующими по значимости для приверженных больных были вопросы, связанные с отношением окружающих (дискриминация, социальный комфорт), личностной травмой (ощущением изолированности и отверженности), и негативным личным образом (чувство вины, стыда, самоуничижение). В свою очередь, непривержен-

ные больные больше испытывали беспокойство по поводу личной травмы, негативного личного образа и отношения окружающих.

Оценка качества жизни больных не выявила различий между группами по большинству изучаемых параметров. В тоже время, неприверженные больные имели достоверно более низкие показатели по шкале «совладание с диагнозом» ($p < 0,024$). Показатели ниже 50-балльного порогового уровня зарегистрированы у приверженных больных по следующим шкалам: «финансовые тревоги», «опасения разглашения информации» и «тревога о здоровье». В свою очередь у неприверженных больных – по шкалам «опасения разглашения информации», «совладание с диагнозом ВИЧ-инфекции» и «финансовые тревоги».

Выявлены достоверные корреляционные связи между некоторыми результатами оценки стигматизации и качества жизни больных ВИЧ-инфекцией. Так, совладание с диагнозом ВИЧ-инфекции коррелировало со снижением тревоги о здоровье и улучшением общего состояния, и отрицательно коррелировало с чувством изолированности. Выявлена негативная связь между ощущением пациентами дискриминации со стороны общества и финансовым обеспечением, уровнем удовлетворенности жизнью, общим состоянием, нарушенной сексуальной функцией.

Выводы. Для больных ВИЧ-инфекцией, независимо от степени вовлеченности в оказание специализированной медицинской помощи, характерна стигматизация и опасения раскрытия диагноза. Значимым фактором, влияющим на приверженность диспансерному наблюдению и лечению, а также на улучшение соматического и психоэмоционального состояния, является принятие больным диагноза ВИЧ-инфекции.

Таким образом, для вовлечения и удержания пациентов на диспансерном наблюдении и повышения приверженности лечению, целесообразно внедрять программы психологической поддержки больных с целью раннего и полного принятия диагноза.

Список литературы.

1. Лиознов Д.А., Николаенко С.Л., Жигалов А.А., Горчакова О.В., Сабадаш Н.В., Алексеева Е.А. Стигматизация у больных с ВИЧ-инфекцией и сопутствующей опийной наркоманией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. – 2012. – Т. 4, № 3. – С. 52-56.

2. HIV-related Stigma and Discrimination: A Summary of Recent Literature / UNAIDS, 2009. – 18 p.

Доброхотский О.Н., Муцак И.П.

УПРАВЛЕНИЕ БИОРИСКАМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медико-санитарная часть №164, п. Оболенск

Актуальность проблемы инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) заключается в том, что в России по данным официальной статистики ежегодно регистрируется примерно 30 тыс. случаев ИСМП, однако эксперты считают, что их истинное число составляет не менее 2-2,5 млн. человек, а экономический ущерб, причиняемый ИСМП, достигает 10-15 млрд. руб. в год [1].

С целью реализации национальной концепции профилактики ИСМП (Концепция) и в соответствии с приказом Федерального медико-биологического агентства России (ФМБА) [2] в ФГБУЗ МСЧ № 164 разработана и внедрена программы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Так как одно из положений Концепции предлагает развитие подходов к оценке риска возникновения и распространения ИСМП, нами предложен методический подход по оценке и управлению рисками возникновения и распространения ИСМП в лечебно-профилактических организациях (ЛПО) на основе российских нормативно-методических документов [3-6].

Риск возникновения и распространения ИСМП определяется, как вероятность наступления неблагоприятного события, которое может привести к причинению ущерба.

Неблагоприятным событием в ЛПО является ситуация, при которой создается реальная или потенциальная возможность заражения пациентов, персонала, выделения патогенного биологического агента (ПБА) в воздух рабочей зоны или окружающую среду.

Ущерб в лечебно-профилактической организации проявляется в виде заболеваний пациентов, персонала или населения, при выходе ПБА в окружающую среду.

Мероприятия по оценке и управлению рисками возникновения и распространения ИСМП условно разделяются на четыре этапа:

Этап 1. Планирование и организация мероприятий:

- обоснование используемых методов оценки риска
- определение критериев приемлемого биориска

Этап 2. Идентификация опасностей.

Примерный реестр опасностей при работе в ЛПО, которые могут быть источником ущерба (заболевания людей):

- инфекционные больные и носители
- контакт с биоматериалом
- нарушения работы систем вентиляции

- психоэмоциональные перегрузки при работе с ПБА
- недостаточные образование, профессиональная подготовка, квалификация, стаж, опыт
- нарушение нормативных требований биобезопасности
- несоответствующее состояние здоровья
- наличие вредных привычек (алкоголизм, наркомания)

Этап 3. Оценка рисков.

Основная цель оценки рисков – предоставление руководству ЛПО, объективной информации о рисках возникновения и распространения ИСМП, сведений о наиболее опасных местах с точки зрения биобезопасности, обоснование рекомендаций по уменьшению величины рисков.

В качестве количественных показателей ущерба можно использовать:

- количество и тяжесть инфекционных заболеваний
- продолжительность временной утраты трудоспособности
- сумму пособий по временной нетрудоспособности
- количество случаев стойкой утраты профессиональной трудоспособности
- степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах
- сумму расходов на обеспечение по страхованию

Для определения вероятности наступления ущерба можно применять методический подход, базирующийся на построении логико-вероятностных цепей на основе исходных моделей сценариев методом «деревьев событий»

Этап 4. Управление биорисками.

На основании документированной оценки рисков в ЛПО разрабатываются и внедряются мероприятия по управлению биорисками с целью снижения до допустимого приемлемого уровня риска возникновения и распространения ИСМП.

После проверки, внедренных мероприятий, проводятся корректирующие меры для непрерывного (процессного) управления биорисками

С целью непрерывного совершенствования системы биобезопасности ЛПО должна непрерывно совершенствовать систему управления биорисками посредством:

- реализации программы само-аудита
- результатов аудита
- анализа данных оценки риска
- корректирующих и профилактических мер
- проверки со стороны администрации

Список литературы.

1. «Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», утверждена Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации ГГ.Онищенко 6 ноября 2011 года

2. Приказ ФМБА от 6 июня 2013 г. №147 «О совершенствовании подходов и методов многоуровневой профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи».

3. ГОСТ Р 51898-2002 «Аспекты безопасности. Правила включения в стандарты»
4. ГОСТ Р 55234.2-2013 Практические аспекты менеджмента риска. Менеджмент биориска
5. ГОСТ Р 12.0.010-2009 «Определение опасностей и оценка рисков»
6. Р 3.1.3013-12 «Руководство по составлению документа, подтверждающего безопасность биологически опасного объекта».

Долбин Д.А., Тюрин Ю.А., Хайрутдинова Э.И.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И ПРОТОЗООЗОВ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и
микробиологии, г. Казань
Республиканский центр по борьбе со СПИД и инфекционными
заболеваниями, г. Казань

Гельминтозы и протозойные болезни составляют существенную часть инфекционной патологии, развивающейся на фоне иммунодефицитов. По данным ВОЗ, паразитарными болезнями в мире поражено более 4,5 млрд. человек [1]. В связи с этим проведено изучение структуры поражённости гельминтозам и протозойными инвазиями у лиц с вторичным иммунодефицитом, вызванным ВИЧ-инфекцией, получающих АРВТ, для оптимизации терапевтической тактики. Исследование проведено согласно двухстороннему договору с РЦПБ СПИД и ИЗ Министерства Здравоохранения Республики Татарстан.

Первое место, в структуре инвазий желудочно-кишечного тракта у ВИЧ-инфицированных пациентов г. Казани, получающих АРВТ, занимает протозойная инвазия, вызванная *Giardia duodenalis* (наиболее распространённое простейшее паразит тонкого кишечника, род жгутиковых протистов). Второе место в структуре, по данным серологической диагностики, у ВИЧ-инфицированных мужчин, имеющих сочетанное поражение печени, желчного пузыря и поджелудочной железы занимает хроническая инвазия трематодой *Opisthorchis felinus*, подтверждённая наличием ЦИК с описторхозным антигеном.

Впервые установлено, что на фоне АРВТ первое место в структуре паразитарных инвазий занимает протозойная инвазия, вызванная *Giardia duodenalis*. При хронической патологии печени (хронические вирусные гепатиты), желчного пузыря и поджелудочной железы второе место по частоте среди ВИЧ-инфицированных мужчин занимает хроническая инвазия трематодой *Opisthorchis felinus*, подтверждённая наличием ЦИК с описторхозным антигеном.

Применением флотационных и комбинированных методов, в том числе и вновь разработанных оптимизированных способов [2; 3; 4] исследования фекалий, позволило раскрыть этиологическую структуру гельминтозов и протозойных инвазий при ВИЧ-инфекции на фоне АРВТ, что может быть использовано для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий в этой группе риска.

Список литературы.

1. Сергиев, В. П. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) / Сергиев, В. П., Лобзин Ю. В. и др. // – С. – Петербург, «Фолиант». – 2008. – С. 12 – 616.

2. Долбин, Д. А. Пути улучшения качества лабораторной диагностики гельминтозов / Долбин Д. А., Агафонова Е. В., Смирнова Л. Р., Хазиева С. // М.: – Казмед ж. – 2007. – Т. LXXXVIII. – № 4. – С. 398 – 402.

3. Долбин, Д.А. Диагностика кишечных гельминтозов у пациентов с атопической патологией / Долбин, Д.А., Смирнова Л. Р., Тюрин Ю.А., Куликов С.Н, // Практи. Мед. – 2007. – № 4. – С. 36 – 47.

4. Лутфуллин М.Х. Способ определения яиц токсокар в фекалиях / Лутфуллин, М.Х., Лутфуллина Н.А., Долбин Д.А // Патент на изобретение № 2473899. Зарегистрирован на 27 января 2013 г.

Должикова И.В., Токарская Е.А., Зубкова О.В., Тухватулин А.И., Джаруллаева А.Ш., Тутыхина И.Л., Шмаров М.М., Пантюхов В.Б., Сыромятникова С.И., Шатохина И.В., Сизикова Т.В., Румянцева И.Г., Андрус А.Ф., Боярская Н.В., Войтюк А.Н., Кутеев Д.А., Борисевич С.В., Логунов Д.Ю., Народицкий Б.С., Гинцбург А.Л.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ПРИМАТОВ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ВЕКТОРНОЙ ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ЭБОЛА

Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи, г. Москва
48 центральный научно-исследовательский институт, г. Сергиев Посад

Болезнь, вызванная вирусом Эбола (БВВЭ) – одно из самых опасных вирусных заболеваний, поражающих человека, приматов и некоторых других животных. Болезнь характеризуется тяжелым течением, общей интоксикацией и высоким уровнем летальности, достигающим 90% (в среднем 50%).¹ Впервые БВВЭ была выявлена на 1976 году в Ямбуку (Демократическая Республика Конго, в то время – северная часть Заира) и в Нзаре (Судан). В том же году был впервые выделен возбудитель БВВЭ – вирус Эбола (Ebolavirus) – от больного, который проживал вблизи реки Эбола. С момента выделения патогена и до настоящего времени было зарегистрировано более 10 вспышек БВВЭ, самая крупная из которых в 2014-2016 годах переросла в эпидемию и

унесла жизни более 11000 человек.² Наиболее эффективным и экономичным способом защиты от эпидемий является вакцинопрофилактика, однако к началу последней вспышки БВВЭ в мире не было ни одной разрешенной к применению вакцины. В настоящее время большое количество вакцин против БВВЭ находятся на разных стадиях доклинических и клинических исследований. Восемь вакцинных препаратов показали высокую иммуногенность в клинических исследованиях.³ Одной из проблем разработанных вакцин против БВВЭ является снижение протективного иммунного ответа через несколько месяцев после иммунизации. Данную проблему можно решить при использовании гетерологичных вакцин, которые вводятся в режиме прайм-буст.⁴

Нами была разработана гетерологичная комбинированная векторная вакцина против БВВЭ, основанная на двух рекомбинантных вирусных векторах, экспрессирующих гликопротеин вируса Эбола – рекомбинантном вирусе везикулярного стоматита (VSV-GP) и рекомбинантном аденовирусе человека 5 серотипа (Ad-GP) – для введения в режиме прайм-буст. Целью данной работы являлось исследование напряженности протективного иммунитета у приматов через 5 месяцев после иммунизации комбинированной векторной вакциной против БВВЭ.

Исследования длительности протективного иммунитета комбинированной векторной вакцины проводили совместно с ФГБУ «48 ЦНИИ» Минобороны России на модели летальной инфекции на приматах (*Macaca mulatta*). Животных иммунизировали дважды с промежутком в 21 день. Через 5 месяцев после последней иммунизации у животных отбирали сыворотку крови и анализировали общий титр IgG к гликопротеину вируса Эбола методом ИФА, а также анализировали титр вирус-нейтрализующих антител (ВНА) к вирусу Эбола. Далее животных заражали вирусом Эбола в дозе 15 ЛД₅₀ на животное и анализировали выживаемость в течение 30 дней.

Общий титр GP-специфичных IgG в сыворотке крови приматов через 5 месяцев после иммунизации составил 1:4287, титр ВНА к вирусу Эбола – 1:6,3. У неиммунизированных животных GP-специфичных IgG и ВНА к вирусу Эбола в сыворотке крови обнаружено не было. Выживаемость в опытной группе животных, иммунизированных вакциной, составила 100% (7/7). Выживаемость в контрольной группе неиммунизированных животных составила 0% (0/6). Животные в контрольной группе погибли в течение 10 дней после заражения.

В проведенном исследовании было показано, разработанная нами вакцина вызывает длительный напряженный иммунитет у приматов и позволяет защитить 100% животных от летальной инфекции через 5 месяцев после иммунизации.

По результатам проведенных доклинических и клинических исследований, где была показана высокая эффективность и безопасность разработанной вакцины, в 2015 году в РФ была зарегистрирована вакцина против БВВЭ,

разработанная и произведенная в ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи» Минздрава России.

Список литературы.

1. Geisbert T.W. Marburg and Ebola Hemorrhagic Fever (Filoviruses). In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Eighth Edition. – Philadelphia: Elsevier. – 2015. – P. 1995-1999
2. World Health Organization. Ebola situation report-21 October 2015. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2015 Oct 21.
3. Ohimain EI. // Virus Res. 2016 Jan 4;211:174-85.
4. Moorthy V, Fast P, Greenwood B. Heterologous prime-boost immunisation in Ebola vaccine development, testing and licensure. Report of a WHO Consultation held on 21 November 2014, Geneva, Switzerland

Домашенко О.Н., Черкасова Т.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНИНГИТА ИЕРСИНИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк

В этиологической структуре менингитов роль иерсиний окончательно не установлена [1-3]. Менингит, обусловленный *Y. Enterocolitica*, встречается редко и развивается как вторичный процесс, возникающий в исходе гастроинтестинальной, абдоминальной или генерализованной форм и относят менингит ко вторично-очаговым проявлениям иерсиниоза [4]. В процессе обследования 92 больных генерализованной формой иерсиниоза привлекали внимание изменения в деятельности нервной системы, что является проявлением общей интоксикации. В процессе обследования больных с высокой частотой выделяются изменения, свидетельствующие об изменении функции вегетативной нервной системы. У большинства больных выявляется гиперемия кожи лица, резкое усиление потливости, стойкий красный дермографизм, изменение частоты пульса, не соответствующее лихорадочной реакции, нарушение сна. У трети больных иерсиниозом отмечались более или менее выраженные радикулалгии. Перечисленные симптомы являются проявлением общего токсикоза, сопровождающего иерсиниоз, их выраженность соответствовало тяжести болезни. Вместе с тем, мы наблюдали 9 (9,8%) больных менингитом, развитие которого началось при генерализованном течении иерсиниоза. Все заболевшие – мужчины в возрасте 16-48 лет. В начальном периоде у этих больных возникал выраженный общеинтоксикационный синдром. При этом у трех пациентов имело место внезапное повышение температуры до 39,0-40,0 ° С с ознобом, у двух – подострое нарастание лихорадки в течение 3-4-х дней. Больные жаловались на выраженную общую слабость, боль в глазах, светобоязнь и головную боль преимущественно в лобно-височной области. У 3 больных нестерпимая головная боль сопровождалась рвотой, у

других с 3-4-го дня болезни – тошнотой. У всех больных со 2-3-го дня возникли боли в крупных и мелких суставах конечностей, у 4 отмечены малоподвижность и отек фаланговых сочленений кистей рук в сочетании с эритемой ладоней. Умеренные миалгии были у 5 больных, двое жаловались на насморк и першение в горле, 3 – на сухой кашель. У всех обнаружили склерит, конъюнктивит, гиперемию задней стенки глотки, обложенный серым налетом язык с малиновым краем и гипертрофированными сосочками, яркую гиперемию лица. У 5 обнаружено увеличение до 1,0-1,5 см в диаметре подчелюстных, заднешейных, у 2 – подмышечных лимфоузлов. У всех на 3-5-й день на коже появились высыпания – у 3 скарлатиноподобные с преимущественной локализацией на туловище, голених, стопах, предплечьях, кистях рук; у 4 – разные по размерам пятнисто-папулезные элементы в виде полос, сливающихся в области суставов, у 2 – пятнисто-геморрагические. У 4 обнаружена субиктеричность склер, увеличение печени до 2-2,5 см; у 5 – при пальпации в околопупочной и илеоцекальной участках – урчание, незначительная болезненность. Отмечены также тахикардия и приглушенность тонов сердца. У всех пациентов ригидность мышц затылка, симптом Кернига, нижний симптом Брудзинского были выражены умеренно. У одного пациента отмечены горизонтальный нистагм и сглаженность носогубной складки.

У 6 (66,7%) больных спинномозговая жидкость была прозрачной, вытекала под давлением 220-270 мм вод. ст. Цитоз составил 134-670 в мм³ с явным преимуществом нейтрофилов – 60-82%, а количество белка составила 550-1100 мг/л. У 3 (33,3%) больных спинномозговая жидкость была несколько мутной, а цитоз равен 1000-2800 в мм³, с содержанием нейтрофилов – 89-90%. Количество сахара и хлоридов в спинномозговой жидкости соответствовали норме. В анализе крови у 2 больных был нормоцитоз, у 10 – лейкоцитоз ($10,5-20,3 \times 10^9/\text{л}$), во всех случаях нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ до 20-35 мм / ч. Больным проводилось бактериологическое, вирусологическое исследование. Иерсиниозная этиология менингита нашла подтверждение у 6 больных нарастанием титра антител в РНГА с иерсиниозным диагностикумом О3 в титрах 1:400 – 1:800, у 2 – РА с сероварами О2а, в 1 – РА с сероварами О2, О8, О3 в титре 1:640-1:1280. На фоне лечения, включавшего дезинтоксикационные, десенсибилизирующие и дегидратационные средства, а также гентамицин, фторхинолоны, цефтриаксон, цефепим, наступило выздоровление. При этом продолжительность лихорадки составила 7-14 суток, а менингеальные знаки регрессировали в течение 7-16-ти дней. Сыпь сохранялась до 8-12-го дня, полная санация спинномозговой жидкости наступила к середине 3-й недели болезни.

Список литературы.

1. Титов М.Б. Гнойные менингиты / М.Б. Титов, Б.Д.Луцик – К.: Здоров'я, 1990. – 160 с.
2. Деконенко Е. Бактериальные менингиты // Врач. – 2001. – № 6. – С. 21-23.

3. Етіологічна структура гнійних бактеріальних менінгітів в Україні в 1992-2004 роках / Г.А.Мохорт, М.М. Колесников, Т.Г. Глушкевич та ін. // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 25-26.

4. Иерсиниозы / Н.Д.Ющук, Г.Я.Ценева, Г.Н.Кареткина и др. – М., 2003. – 208 с.

Домашенко О.Н., Скорик Е.Б., Галенко Л.А., Новикова Ю.О.

ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького;
Центральная городская клиническая больница №1, г. Донецк

Поражение печени у беременных разнообразно по этиологии и патогенезу, требует быстрой клинико-эпидемиологической дифференциации, подтвержденной лабораторной диагностикой, квалифицированной лечебной тактики [1-2]. Цель работы – провести анализ заболеваний печени у беременных, клинических и акушерских исходов. За период с 2005 по 2015 г. г. под наблюдением в инфекционном отделении, гепатологическом центре, областном центре охраны материнства и детства находились 183 пациентки в возрасте от 15 до 39 лет со сроками гестации от 5-6 до 38-39 недель. Вирусный гепатит А выявлен у 16, ВГВ – у 58, ВГС – у 11, ХВГВ – у 17, ХВГС – у 39, сочетанный хронический вирусный гепатит (ХВГВ+ХВГС) – у 2, лекарственный гепатит – у 8, вирусный гепатит неуточненной этиологии – у 15, острая жировая дистрофия печени – у 2, HELLP-синдром – у 2, рвота беременных – у 8, хронический гастрит – у 3-х, ЖКБ – у 2 больных. У 6,0% обследованных был выявлен ВИЧ. Основными синдромами указанных заболеваний были желтушный с разной степенью выраженности, цитолитический, диспептический, астенический. ВГА наблюдался в различные сроки гестации у женщин до 30 лет, подтвержден выявлением IgM HAV в крови. У 31,3% наблюдалась анемия. В одном случае ВГА выявлен латентный сифилис, у этой же пациентки в анамнезе – ХВГС с минимальной цитолитической активностью (IgG+, RNA-). В желтушном периоде у данной больной была угроза прерывания беременности (6,3%). Преждевременные роды отмечены у 12,5% пациенток с ВГА. Преимущественно ВГА протекал в среднетяжелой (75%), в одном случае – в тяжелой (6,25%) форме, без осложнений. Острые парентеральные гепатиты (ВГВ и ВГС) составили 52,5% всех болезней печени у беременных. По данным эпиданализа ведущими путями передачи парентеральной гепатитной инфекции у беременных были искусственный и природный (половой). Доля искусственного пути передачи инфекции, который связан с парентеральными манипуляциями в учреждениях здравоохранения, составила 80%, что значительно превышало данный показатель в общей популяции (2,9%) [3]. ВГВ диагностирован у 65,0% наблюдаемых пациенток. Заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой форме (85,2%). У 7,4% беременных наблюдалось тяжелое течение ВГВ. Осложнения в течении беременности от-

мечены в виде выкидышей у 2,2%, преждевременных родов в сроках гестации 32-34 недели – у 10,3% больных. Острый ВГС сопровождался среднетяжелым течением у всех пациенток, при этом отмечена высокая активность сывороточных ферментов (800-2200 МЕ/мл), выявлены 1в (81,8%) и 3 а/в (18,2%) генотипы. Течение ВГС было гладким с длительной умеренно-низкой гиперферментемией в периоде реконвалесценции, осложнения беременности наблюдались в виде самопроизвольного аборта у 18,2%. Неуточненная этиология ВГ была обусловлена отсутствием материальной возможности в этиологической расшифровке диагноза у беременных. Лекарственно индуцированный гепатит клинически напоминал острый вирусный гепатит с умеренным цитолизом и холестатическим синдромом. В отдельных случаях активность сывороточных ферментов наряду со значительным уровнем ГГТ была высокой, что затрудняло дифференциальный диагноз с острыми вирусными гепатитами. Наиболее частой причиной данного заболевания было назначение акушерами гестагенов (утрожестан, дюфастон), особенно при повышении суточной дозы этих препаратов или длительном их приеме. У 2-х больных лекарственное поражение печени возникло на фоне хронических вирусных гепатитов В и С, ранее протекавших с минимальной активностью. Снижение дозы, а затем отмена указанных препаратов способствовали быстрой нормализации биохимических показателей. Существенного влияния на беременность и вес новорожденных лекарственные гепатиты не оказывали. Хронические вирусные гепатиты В и С относятся к социально значимым инфекциям, получившим широкое распространение [4]. При хронических вирусных парентеральных гепатитах (В и С) в половине случаев отмечена минимальная активность процесса, при этом диагноз нередко устанавливался случайно при скрининговом обследовании, такое течение заболеваний не оказывало негативного влияния на беременность. У остальных пациенток с ХВГВ отмечена умеренная (29,4%) и высокая цитолитическая активность гепатита (17,6%) при слабовыраженной клинической симптоматике. У 51,3% беременных с ХВГС наблюдалась умеренная цитолитическая активность процесса, 1/3 из них нуждались в госпитализации и базисной терапии. Случаи самопроизвольных выкидышей в различные сроки гестации встречались у 11,8% и 15,4% беременных при ХВГВ и ХВГС соответственно. Сочетанный хронический вирусный гепатит (ХВГВ+ХВГС) выявлен у 2 беременных с коинфекцией ВИЧ, у одной из них во второй половине беременности наблюдался умеренный холестаза. Таким образом, беременность не оказывала неблагоприятное влияние на течение вирусных гепатитов, однако наличие острых и хронических гепатитов было причиной прерывания беременности в различные сроки гестации. Обращала внимание частота лекарственного поражения печени у беременных, что требует обоснованного подхода к назначению гепатотоксичных препаратов, выбору дозы и длительности их применения.

Список литературы.

1. Игнатова Т. М. Хронический гепатит С и беременность/Т.М. Игнатова // Клиническая гепатология. – 2008. – № 1. – С. 3-9.

2. Фарбер Н. А. Вирусные гепатиты у беременных/ Н.А.Фарбер, К.А. Мартынов, Б.Л. Гуртовой //М.: Медицина, 1990. – 208 с.

3. Домашенко О.М., Біломеря Т.А., Дараган Г.М., Філіппова Т.І., Ткаченко І.М. Про захворюваність на парентеральні гепатити в Донецькій області у 2013 році // Актуальна інфектологія. – 2014. – №3 (4). – С.31-35.

4. Алексеева Е. А., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Евтушенко И. Д. Тактика ведения беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С/ Е.А. Алексеева, К.И. Чуйкова, Т.А. Ковалева, И.Д. Евтушенко// Тезисы (ч. 1) VIII Российской научно-практической конференции с международным участием «Вирусные гепатиты эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика». – Мир вирусных гепатитов. 2009. – С. 2-4.

Емельянова А.Н., Мороз В.В., Чупрова Г.А., Веселова Е.В., Юрчук С.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАЙМ – БОРРЕЛИОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Читинская государственная медицинская академия;
Краевая клиническая инфекционная больница, г. Чита

Забайкалье относится к числу активных природных очагов иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) в Российской Федерации. Ландшафтно-географические особенности Забайкальского края и высокая численность клеща *Ixodes persulcatus* – основного переносчика боррелий способствует широкому распространению иксодового клещевого боррелиоза в данном регионе [4].

Проблема боррелиозной инфекции в регионе в последние годы становится всё более актуальной.

Цель работы – оценить эпидемиологические особенности Лайм-боррелиоза в Забайкальском крае.

На протяжении последних десяти лет в крае постоянно регистрируется заболеваемость ИКБ. В период 2003-2015 гг. в регионе зарегистрировано 456 случаев заболевания ИКБ, ежегодно регистрируется от 8 до 98 случаев заболевания [5]

По данным оперативного мониторинга в Забайкальском крае только в 2011 г. от укусов клещей пострадало 5 045 человек, что в 4 раза выше, чем в предыдущем 2010 г., в том числе детей – 2 095.

В 2012 г. первый случай нападения клеща был зафиксирован 16 марта, тогда как в 2011 г. эпидемический сезон начался 28 марта.

В 2015 г. в Забайкалье эпидемиологическая ситуация остаётся напряжённой. По сравнению с 2014 г. зарегистрирован рост заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом на 21,3%. Регистрация присасываний клещей началась с 13 недели (29 марта), динамика обращаемости характеризовалась медленным нарастанием с пиком на 25 неделе (15-21 июня). Доля иксодового клещевого боррелиоза продолжает увеличиваться, как в общей структуре

природно-очаговых инфекций (2015 г. – 48,7%, 2014 г. – 45,3%, 2013 г. – 30,6%), так и в структуре инфекций, передающихся через укус клеща (2015 г. – 53,6%, 2014 г. – 50,0%, 2013 г. – 36,4%). В 2015 г. зарегистрировано 75 больных ИКБ в 19 административных территориях Забайкальского края, показатель заболеваемости составил 6,90 на 100 тыс. населения (2014 г. – 5,69, 2013 г. – 4,38), что выше среднероссийского показателя (5,05) на 36,6% и сопоставимо с показателем по СФО (6,95). По сравнению с 2014 г. отмечается рост заболеваемости ИКБ на 21,3%, в том числе среди детей до 17 лет – на 21,2%. Прогнозный уровень заболеваемости ИКБ на 2016 г. составляет 7,8 на 100 тыс. населения [5].

Заболевание ИКБ в Забайкальском крае регистрируется чаще среди горожан трудоспособного возраста. Это согласуется с материалами авторов из других регионов России [1]. Наибольшая доля больных представлена возрастной группой 36-50 лет (36%), средний возраст – 48 лет. Такое распределение определяется более частыми контактами населения активного возраста с природными очагами инфекции. Во все года в половой структуре больных несущественно преобладали лица мужского пола (52,7% против 41,3%).

При уточнении эпидемиологического анамнеза, большая часть больных указывали на факт присасывания клеща в разные сроки от начала клинических проявлений болезни (78,2%), остальные 22,8% – отрицали это. Однако во всех случаях в анамнезе указана связь заболевания с пребыванием в лесу или на дачном участке (87%), в «зелёной» зоне города (13%).

Таким образом, регистрируемый в Забайкальском крае ИКБ характеризуется ростом числа больных, подвергшихся нападению клещей в черте города. Уровень заболеваемости Лайм – боррелиозом в Забайкальском крае имеет выраженный потенциал роста в ближайшие годы.

Список литературы.

1. Алыпova И.И., Коренберг Э.И., Воробьева Н.Н. Клинические проявления хронических форм иксодовых клещевых боррелиозов у жителей Пермской области // Журнал эпидемиологии и инфекционных болезней. – М., 2002. – №3. – С.25-28.
2. Гордеев А.В., Ерохина Л.Г., Малашенкова В.Г., Аникина О.Л. Особенности и частота КБ у детей в Приморском крае // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – Хабаровск, 2002. – №2. – С.53-55
3. Гузнищева Н.Г., Закиров И.Г., Сямина Ю.Н., Федчук Т.Н. Клинико-эпидемиологические особенности клещевого боррелиоза в Удмуртии // Сборник науч. трудов. Актуальные проблемы инфекционной и неинфекционной патологии. – Ростов-на-Дону, 2005. – С.59-61.
4. Емельянова А.Н., Кижло Л.Б. Клинико-эпидемиологические особенности иксодового клещевого боррелиоза в Забайкальском крае // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, – 2012. – № 5. – С.103 – 105
5. «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Забайкальском крае в 2015 году». Государственный доклад – Управле-

ние Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю. – 233 с.

**Емене Ч.Ч., Хайбуллина. С.Ф., Кравченко И.Э.,
Айбатова Г.И., Лукина Н.В., Ризванов А.А.**

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань;
Казанский федеральный университет, г. Казань

На сегодняшний день широко изучены патогенетические механизмы развития рожи, однако недостаточно изучена роль цитокинов в развитии заболевания.

Цель: провести сравнительный анализ уровня цитокинов у больных рожей и здоровых лиц и определить роль цитокинов в развитии заболевания.

Материал и методы. Исследованы сыворотки крови от 50 больных рожей в возрасте $63,89 \pm 10,33$ лет (основная группа) и 26 здоровых лиц в возрасте $58,34 \pm 6,93$ (контрольная группа). Уровни 48 цитокинов в сыворотке измеряли с помощью Bio-Plex™ Pro цитокина человека 27-Plex Анализ # M50-0KCAF0Y и Bio-Plex Pro™ цитокин человека 21-Plex Анализ # MF0-005KMII мультиплекс комплектов. Статистический анализ проводили методом логистической регрессии с вычислением статистической разницы (p) и коэффициента корреляции Пирсона (K). Величина $K > 0,4$ указывает на высокую степень корреляции.

Результаты. В соответствии с наблюдаемыми различиями уровня цитокинов в группе больных рожей и здоровых лиц условно были выделены 4 группы цитокинов: 1 группа – (цитокины IL1 β , Eotaxin, IL2ra, HGF и MIG), уровень которых у больных рожей достоверно отличался от уровня у здоровых лиц в острую стадию ($p < 0,05$) и достигал показателей контрольной группы в период реконвалесценции ($p > 0,05$); 2 группа (цитокины IL7, IL8, PDGF β , MIP1 β и SDF1 α) – уровень которых в основной группе не отличался от показателей в контрольной группе в острый период ($p > 0,05$), но достоверно отличался в стадии реконвалесценции ($p < 0,05$). В 3 группу вошли цитокины IL5, IL6, IL9, IL10, IL13, IL15, IL17, G-CSF, GM-CSF, IP10, MCP1, MIP1 α , VEGF, MIF, SCF и SCGF, уровень которых достоверно отличался в сравниваемых группах в острый период заболевания и в период реконвалесценции ($p < 0,05$). Также выделена 4 группа цитокинов, которые не имели статистически значимых отличий в основной и контрольной группах на всех этапах исследования ($p > 0,05$). К ним относятся 18 цитокинов, IL1ra, IL2, IL4, IL12p70, FGF, IFN γ , RANTES, TNF α , IL3, IL12p40, IL16, IL18, CTACK, GRO α , IFN α , MCP1, TRAIL и β NGF.

Далее были определены цитокины, играющие наиболее важную роль в развитии рожи. Так, уровень IL1 β в острый период был достоверно выше в основной группе ($p = 0,046$) и достигал показателей контрольной группы в

период реконвалесценции ($p = 0,158$). Установлена значимая корреляционная связь уровня $IL1\beta$ с периодами заболевания ($K = 0,434$). Установлена достоверная разница между уровнями цитокина эотаксина в основной и контрольной группах в острый период ($p = 0,002$) и восстановление до показателей здоровых лиц в период реконвалесценции ($p = 0,962$), а также высокая степень корреляции данного цитокина с периодами заболевания ($K = 0,432$). Выявлено достоверное снижение уровня цитокина $IL2Ra$ в острой фазе заболевания ($p = 0,009$), повышение до уровня контрольной группы в период реконвалесценции ($p=0,055$) и высокая степень корреляции цитокина $IL2Ra$ с периодами заболевания ($K = 0,511$). Установлен достоверно высокий уровень цитокина MIG в острый период ($p = 0,016$) со снижением в период реконвалесценции ($p = 0,051$) и высокая степень корреляции ($K = 0,436$). Уровень цитокина $TRAIL$ в острый период рожы был достоверно повышен ($p = 0,046$) и снижался в стадию выздоровления ($p = 0,091$). Имеется сильная корреляционная связь $TRAIL$ с периодами заболевания ($K = 0,677$).

Заключение. Основные цитокины ($IL10$ и $IL13$), осуществляющие гуморальную защиту [1], повышены в острый период и стадию реконвалесценции. Развитие воспалительной реакции ($IL1\beta$) [2] в ответ на бактериальную инфекцию (эотаксина, MIG) [3] [4] обуславливает повреждение кожи [5] и активацию факторов роста для восстановления поврежденных тканей (HGF). В период реконвалесценции активируется система защиты организма ($IL7$) [6]. Проведенный анализ показал, что уровни цитокинов $IL1B$, эотаксина, $IL2Ra$, MIG и $TRAIL$ у больных рожей могут быть связаны с выраженностью клинических симптомов заболевания.

Список литературы.

1 P.C. Ng, K. Li, R.P.O. Wong, K. Chui, E. Wong, G. Li, and T.F. Fok, "Proinflammatory and anti-inflammatory cytokine responses in preterm infants with systemic infections.," *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.*, vol. 88, no. 3, pp. F209-13, 2003.

2 G.A. Duque and A. Descoteaux, "Macrophage cytokines: Involvement in immunity and infectious diseases," *Frontiers in Immunology*, vol. 5, no. OCT. 2014.

3 R. Issa, R. Sorrentino, M. B. Sukkar, S. Sriskandan, K. F. Chung, and J. a Mitchell, "Differential regulation of $CCL-11/eotaxin-1$ and $CXCL-8/IL-8$ by gram-positive and gram-negative bacteria in human airway smooth muscle cells.," *Respir. Res.*, vol. 9, p. 30, 2008.

4 A. Egesten, M. Eliasson, H. M. Johansson, A. I. Olin, M. Morgelin, A. Mueller, J. E. Pease, I. – M. Frick, and L. Bjorck, "The CXC chemokine $MIG/CXCL9$ is important in innate immunity against *Streptococcus pyogenes*." *J. Infect. Dis.*, vol. 195, no. 5, pp. 684–693, 2007.

5 P.R.S. Oliveira, H. Dessen, A. Romano, S. Cabantous, M.E.F. de Brito, F. Santoro, M. G. R. Pitta, V. Pereira, L. C. Pontes-de-Carvalho, V. Rodrigues, S. Rafati, L. Argiro, and A. J. Dessen, "IL2RA Genetic Variants Reduce IL-2–

Dependent Responses and Aggravate Human Cutaneous Leishmaniasis,” J. Immunol., vol. 194, no. 6, pp. 2664–2672, 2015.

6 M. J. Maeurer, P. Trinder, G. Hommel, W. Walter, K. Freitag, D. Atkins, and S. Störkel, “Interleukin-7 or interleukin-15 enhances survival of Mycobacterium tuberculosis-infected mice,” Infect. Immun., vol. 68, no. 5, pp. 2962–2970, 2000.

*Епремян Х.Х., Жернов Ю.В., Гринкина С.Д., Корнилаева Г.В.,
Каминский Г.Д., Пронин А.Ю., Кармаев Э.В.*

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ГЕНЕТИКА ШТАММОВ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА-1 ТИПА, РАСПРОСТРАНЕННЫХ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, Лаборатория иммунохимии, г. Москва, Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Москва

Введение. В настоящее время эпидемия ВИЧ в России носит угрожающий характер. По состоянию на 31.12.2014 на территории РФ зарегистрировано 907607 ВИЧ-инфицированных, из которых 52581 проживают в Москве и 49359 в Московской области [1]. Исследования, проведенные ранее, показали, что на территории России ВИЧ-инфекция в основном вызвана субтипами А, В и рекомбинантной формой А/В, при этом в большинстве регионов, в том числе Московском, доминирует субтип А [2].

Цель работы. Выявить актуальные на современном этапе эпидемиологические особенности течения эпидемии ВИЧ, а также определить молекулярно-генетическую картину циркулирующих вариантов ВИЧ-1 для формирования эффективной стратегии контроля, лечения и диагностики, и максимально точного прогноза развития эпидемии.

Материалы и методы. Образцы плазмы были собраны в Московской области. Все пациенты были ранние сероконверторы. РНК экстрагировали из плазмы и амплифицировали с помощью ПЦР с обратной транскрипцией. Получены сиквенсы по участкам гена *pol* кодирующим протеазу и обратную транскриптазу для 26 образцов. Филогенетический анализ последовательностей был сделан с помощью компьютерных программ FastTree, RIP и Simplot.

Результаты. Эпидемиологические данные были получены от 75 ВИЧ-инфицированных лиц, проживающих в Москве и Московской области и не получающих АРТ. Данные указывают на то, что в Московском регионе основной путь передачи для женщин является гетеросексуальный (81%), остальные 19% были инфицированы при в/в ПАВ, а для мужчин гомосексуальный (52%), остальные 32% при гетеросексуальных контактах и 15% при в/в ПАВ. Нуклеотидная последовательность участка гена *pol* ВИЧ-1 была определена у 26 случайно отобранных ВИЧ-инфицированных пациента. Фи-

логенетический анализ показал, что 13 из 26 вариантов ВИЧ относятся к субтипу А1 (50%), субтип В обнаружен в 6 образцах (23%), и субтип G в 2 образцах (8%). Остальные 5 образцов (19%) представлены рекомбинантными формами: 3 образца между А1 и В (URF), 1 образец CRF02_AG и один между CRF02_AG и А1 (URF). Интересно, что ни одна из последовательностей этого исследования не содержала основных мутации резистентности к лекарствам.

Вывод

Филогенетический анализ показал, что для всех субтипов вируса нет четкой корреляции между полом инфицированного или путем передачи инфекции. Это и увеличение случаев передачи инфекции при гетеросексуальном половом контакте, говорит о выходе инфекции из групп риска в общую популяцию. Исследование показало, что нет возможности проследить общий источник заражения у обследованных пациентов, то есть обнаруживается высокая степень гетерогенности циркулирующих вариантов вируса. Эти данные говорят об увеличении эволюционной дистанции между циркулирующими вариантами ВИЧ, что свидетельствует о старении ВИЧ-инфекции в Московском регионе. Также в данной выборке показано высокое количество рекомбинантных форм. Если в 2008 году в выборке их определялось 3-5%, то теперь эта цифра составляет 19%. Такое нарастание числа рекомбинаций вариантов вируса говорит о столкновении различных волн эпидемии. Это можно связать с высоким уровнем миграции (в особенности маятниковой) в Московском регионе.

Работа выполнена в лаборатории иммунохимии ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи».

Список литературы.

1. Справка Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г. руководитель – В.В. Покровский
2. А.Ф.Бобков, Е.В.Казеннова, Л.М.Селимова, Т.А.Ханина, М.Р.Бобкова, Н.Н.Ладная, А.В.Кравченко, В.В.Покровский, Дж.Н. Вебер. Нуклеотидные последовательности генов GAG и ENV изолятов вируса иммунодефицита человека типа 1, выявленных в России: обнаружение новых рекомбинантных вариантов // Вопросы вирусологии. – 2000.7 – №6. – С.17-20.

Ермоленко Д.К., Закревская А.В., Желтакова И.Р., Ермоленко К.Д.

СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ ВИРУСОВ ЭПШТЕЙНА-БАРР У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, г. Санкт-Петербург

Целый ряд молекулярно-биологических и сероэпидемиологических исследований, проведённых как в нашей стране [1], так и за рубежом [2], наглядно продемонстрировали возможность полового пути передачи 5 пред-

ставителей семейства Herpesviridae, поражающих человека. Это вирусы простого герпеса 1 и 2 типов (ВПГ 1 и 2), вирусы Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирусы и вирусы герпеса человека 8 типа. Однако факторы, способствующие «холодному» вирусовыделению этих патогенов, а также особенности их взаимодействия при данном биологическом феномене до сих пор подробно не изучены и вызывают большой интерес у исследователей [3, 4].

Целью проведённой работы явилось определение частоты выделения ВЭБ из органов урогенитального тракта у женщин с тяжёлым течением генитального герпеса (ГГ) с монотонным типом рецидивирования инфекционного процесса.

Под наблюдением находилось 40 пациенток с рецидивирующим течением ГГ в возрасте от 25 до 34 лет (частота рецидивов до 1 раза в месяц) без нарушений менструального цикла и сопутствующих протозойных и бактериальных инфекций органов урогенитального тракта. Диагностика заболевания осуществлялась на основании характерных анамнестических и клинических данных и подтверждалась обнаружением ДНК ВПГ 1 и 2 в содержимом пузырьков, соскобов из цервикального канала, шейки матки, влагалища и уретры методом полимеразной цепной реакции. Параллельно, полученный материал отслеживался на наличие ДНК ВЭБ. Для определения стадии инфекции, связанной с ВЭБ, исследовали сыворотку крови на наличие антител к капсидному антигену (IgM VCA), раннему антигену (IgG EA) и ядерному антигену (IgG NA) возбудителя. Забор материала осуществлялся в первые двое суток от начала рецидива, а затем, повторно, через 14-18 дней после его завершения.

Анализ полученных результатов показал, что ни в одном случае, как во время рецидива ГГ, так и в период ремиссии у больных не отмечено серологических изменений, характерных для активной фазы инфекционного процесса, обусловленного ВЭБ. В тоже время, в 11 (27,5%) образцах материала, полученного из урогенитального тракта пациенток в период рецидива ГГ выделена также ДНК ВЭБ. В аналогичных образцах, но полученных уже во время ремиссии ГГ, ВЭБ обнаруживались у 7 (17,5%) человек.

Указанные данные позволяют полагать, что при рецидивирующем течении ГГ создаются условия для субклинического выделения в биологическом материале из органов урогенитального тракта еще одного представителя семейства Herpesviridae герпесвирусов – ВЭБ. Причем данный феномен наблюдается и в период рецидива заболевания, и, хотя реже, в период ремиссии. Это создаёт возможность для полового пути передачи при ГГ не только ВПГ 1 и 2 типов, но и ВЭБ, а также подчеркивает необходимость дальнейшего изучения патогенетических особенностей заболевания для успешной борьбы с подобным явлением.

Список литературы.

1. Калинина Н. М., Дрыгина Л. Б., Горейко Т. В. Современные представления об иммунопатогенезе инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр //Инфекция и иммунитет. – 2011. – Т. 1. – №. 2. – С. 121-130.

2. Vince A., Dušek D. Herpesviruses and Sexually Transmitted Diseases //MEDICUS. – 2006. – Т. 15. – №. 2_UG infekcije. – С. 317-326.

3. Lieberman P. M. Epstein-Barr Virus Turns 50 //Science. – 2014. – Т. 343. – №. 6177. – С. 1323-1325.

4. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al. Recommendations for reducing the risk of viral transmission during fertility treatment with the use of autologous gametes: a committee opinion //Fertility and Sterility. – 2013. – Т. 99. – №. 2. – С. 340-346.

Ермолова Н.В.

О НАХОДКАХ КОМАРОВ Aedes (Stegomyia) albopictus Skuse В НЕКОТОРЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ЧЕРНОМОРСКОГО ПОБЕРЕЖЬЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь

Aedes albopictus является эффективным переносчиком таких арбовирусных инфекций, как лихорадка Зика, Денге, Чикунгунья, Западного Нила и некоторых других. Ранее [1], Ганушкина Л.А. указывала на распространение комаров этого вида по Черноморскому побережью Кавказа в пределах г.Сухум – г.Туапсе.

Нами осуществлен выезд для обследования территории Черноморского побережья Краснодарского края на наличие кровососущих комаров в августе 2016 года. Отлов комаров производился методом «на наблюдателя» в течение 20 мин. в каждой природной станции.

Группа специалистов-энтомологов из ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора и ФКУЗ Причерноморская противочумная станция Роспотребнадзора – осуществляли энтомологическое наблюдение на территории п. Сукко, Большой Утриш, Су-Псех, Варваровка, Рассвет Анапского района Краснодарского края и города Новороссийск Краснодарского края. Обследовано 9 открытых станций. На кладбищах поселков Сукко, Большой Утриш, Су-Псех, Варваровка, Рассвет кровососущих комаров отловлено не было, личинки не найдены. Необходимо отметить, что в данном регионе на протяжении многих дней стояла сухая, жаркая погода, что привело к пересыханию небольших водоемов, мест выплода комаров.

В г. Новороссийске обследованы кладбища: Солнечное, Мысхакское, придворовые территории частных подворий по Мысхакскому шоссе, ул. Сулеймана Стальского. Отловлено 12 особей *Aedes albopictus*, так же визуально учтено 13 особей *Aedes albopictus*. Личинок кровососущих комаров не обнаружено.

Проведено энтомологическое наблюдение на территории г. Тамань, п. Приморский, Сенной, Михайловский перевал, Бетта, Криница, Береговой Краснодарского края. Обследовано 7 открытых станций. На кладбищах посел-

ков Приморский, Сенной, Криница, Береговое кровососущих комаров отловлено не было, личинки не найдены.

Осуществлялось энтомологическое наблюдение на территории п. Большие Хутора, Абрау, Дюрсо, Глебовка Краснодарского края. Обследовано 9 открытых стаций. На кладбищах поселков Большие Хутора, Абрау, Дюрсо, Глебовка кровососущих комаров отловлено не было, личинки не найдены.

В г. Геленджик обследовано 2 городских кладбища. На кладбище городском личинки и имаго кровососущих комаров не найдены. На кладбище по ул. Горной визуально наблюдали 2 особи *Aedes albopictus*. Личинок кровососущих комаров не обнаружено. В г. Новороссийске (парк им. Фрунзе), на набережной г. Геленджик кровососущих комаров обнаружено не было.

Таким образом, нами всего обследовано 25 открытых стаций, отловлено 13 особей комаров *Aedes albopictus* в г. Новороссийск, п. Бетта. Как ранее прогнозировалось Ганушкиной Л.А. [2], произошло расширение ареала комаров *Aedes albopictus* на северо-запад Черноморского побережья Краснодарского края. Распространение кровососущих комаров *Aedes albopictus* по Черноморскому побережью Кавказа, где проводят свой летний отдых миллионы туристов из России и некоторых других стран, диктует необходимость продолжения энтомологического мониторинга на данной территории.

Список литературы.

1. Ганушкина Л.А., Распространение комаров *Aedes (Stegomyia) aegypti* L. и *Aedes (Stegomyia) albopictus* Skuse. На Черноморском побережье Кавказа / Ганушкина Л.А., Безжонова О.В., Патраман И.В., Таныгина Е.Ю., Сергиев В.П. //Мед. паразитол. – 2013. – №1. – С. 45-46.

2. Ганушкина Л.А., Оценка риска расширения ареала комаров *Aedes aegypti* L. и *Aedes albopictus* Skuse. на территории России / Ганушкина Л.А., Морозова Л.Ф., Патраман И.В., Сергиев В.П. //Мед. паразитол. – 2014. – №4. – С. 8-10.

***Жаворонок С.В., Арабей А.А., Зновец Т. В., Яговдик Е.Н., Давыдов В.В.,
Красочко П.А., Кюрегян К.К., Михайлов М.И., Алаторцева Г.И.***

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Е СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ЖИВОТНЫХ И ЛЮДЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск;
Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток
им. И.И. Мечникова, г. Москва

В 1980 году учёные выявили новую форму вирусного гепатита с энтеральным механизмом передачи, который был назван гепатитом Е [1]. В 1983 году данный вирус описали Балаян М.С. и соавт. [2], вследствие самозаражения добровольца материалом от больных гепатитом Е людей. В настоящее время сложилось научно обоснованное понимание, что при ГЕ существует два принципиально разных эпидпроцесса, которые характерны для регионов с

жарким (гиперэндемичных) и умеренным (эндемичных и неэндемичные) климатом. На гиперэндемичных территориях циркулирует 1 и 2 генотипы вируса ГЕ (ВГЕ), где его основным источником являются больные люди. На эндемичных и неэндемичных территориях циркулирует вирус 3-го и 4-го генотипа. Причем источником этих генотипов, наряду с больными людьми, служат животные [3]. В 2012 году Rein D.V. и соавторы оценили бремя гепатита Е для здравоохранения мира [4]. Они отметили, что за год регистрируется около 3,4 млн. случаев инфекции, в результате которого умирают 70 тыс. больных и происходит около 3 тыс. мертворождений. Особую тревогу вызывает факт роста числа случаев в Европейских странах. В России также увеличилось число случаев ГЕ, которые являются местными [5].

С целью выявления факта циркуляции ВГЕ на территории Республики Беларусь и предварительной оценки интенсивности эпидемического процесса в предполагаемых группах риска осуществлено исследование сывороток крови пациентов и животных – предполагаемых резервуарах инфекции на наличие анти-ВГЕ-IgG и анти-ВГЕ-IgM в ИФА.

Качестве контрольной группы обследовано 404 человека городских жители в возрасте от 20 до 60 лет. Анти-ВГЕ-IgG выявлены у 27 (6,7%) из них, анти-ВГЕ-IgM – не выявлены ни у одного. При исследовании 320 иностранных граждан в возрасте от 19 до 25 лет, проживающих на территории РБ у 19 (6%) выявлены иммуноглобулины класса G к ВГЕ, причём большинство из носителей оказались жителями Туркменистана (n=12). Среди носителей иммуноглобулинов к ВГЕ выявлены в том числе жители Ливана (n=2), Швеции (n=1), Сирии (n=1), Намибии (n=1), Китая (n=1) и Грузии (n=1). При этом у четверых из данной группы обследованных были также обнаружены иммуноглобулины класса M к ВГЕ и симптомы безжелтушного острого гепатита, что свидетельствует об остро протекающей инфекции.

В результате исследований 132 беременных женщин на втором и третьем триместре беременности с клиническими симптомами поражения печени анти-ВГЕ-IgG выявлены у 8, из них 5 имели анти-ВГЕ-IgM и повышение АлАт в сыворотке крови. У одной из них беременность закончилась антенатальной гибелью плода. Все анти-ВГЕ позитивные пациентки из республики в течение года не выезжали, однако имели контакты с сырым мясом свинней. Источник инфицирования беременных ВГЕ во всех случаях остался неустановленным.

Среди 109 пациентов с хроническими гепатитами и циррозом печени анти-ВГЕ-IgG обнаружены у 11 из них, анти-ВГЕ-IgM – не выявлены ни у одного.

Среди 16 лиц с трансплантацией печени анти-ВГЕ-IgG и IgM были обнаружены у одного из них с симптомами острого холестатического гепатита спустя месяц после трансплантации.

Среди 98 пациентов с туберкулезом легких анти-ВГЕ-IgG были обнаружены у 10 и IgM – у одного.

Среди животных антитела к полипептидам «человеческого» – ВГЕ были обнаружены у 11 из 57 кроликов, что составило 19,3%. При генотипировании ВГЕ, выделенного от кроликов установлен 3 генотип, близкий к человеческому.

При исследовании 48 образцов сывороток крови взрослых свиноматок свинокомплекса на наличие анти-ВГЕ IgG было обнаружено 4 положительных результата.

Таким образом доказана циркуляция автохтонного вируса гепатита Е среди людей и животных в Республике Беларусь, а также возможность завоза гепатита Е из регионов с высоким уровнем распространения данной инфекции. Кролики могут служить в качестве экспериментальной модели для изучения вирусного гепатита Е, а серологическое сходство анти-ВГЕ предполагает использование кроличьего ВГЕ в качестве кандидата на вакцину против ВГЕ.

Список литературы.

1. Wong D.C., Purcell R.H., Sreenivasan M.A., Prasad S.R., Pavri K.M. Epidemic and endemic hepatitis in India: evidence for a non-A, non-B hepatitis virus etiology., 1980. Lancet. – p. 876–879.

2. Balayan M.S., Andjaparidze A.G., Savinskaya S.S., Ketiladze E.S., Braginsky D.M., Savinov A.P., Poleschuk V.F. Evidence for a virus in non-A non-B hepatitis transmitted via the fecal-oral route // Intervirology. – 1983. – Vol.20. – P. 23–31.

3. Lu L., Li C., Hagedorn C.H. Phylogenetic analysis of global hepatitis E virus sequences: genetic diversity, subtypes and zoonosis // Rev. Med. Virol. – 2006. – Vol. 16. – P.5–36.

4. Rein D.B. The global burden of hepatitis E virus genotypes 1 and 2 in 2005 // Hepatology. – 2012. Vol. 55, № 4. – P. 988-997

5. Малинникова Е.Ю., Коптюг В.Г., Михайлов М.И. Характеристика клинического течения автохтонного гепатита Е в Центральном регионе России // Журнал инфектологии. – 2013. Том 5, №3, с. 56-60.

**Жаворонок С.В., Мицура В.М., Воропаев Е.В.,
Солдатенко О.В., Барьяш Т.М., Гутмане В.Р., Стратиенко Д.И.,
Терешков Д.В., Яговдик Е.Н.**

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С: ОТ ИНТЕРФЕРОНОВ К ПРЕПАРАТАМ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск;
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель;
Городская инфекционная клиническая больница, г. Минск

До последнего времени эти схемы «пегилированный» интерферон (ПЭГ-ИФН) в комбинации с рибаверином (РБВ) считались стандартом лечения хронического вирусного гепатита С (ХВГС) [1, 2]. Недостатками схем лече-

ния на основе ИФН и ПЭГ-ИФН являются длительность лечения, инъекционная форма введения, частые побочные эффекты [1,2, 3]. В последние годы начиналась новая эра в лечении ХВГС, основанная на применении препаратов прямого противовирусного действия (ПППД), мишенями для которых являются неструктурные белки HCV. Рекомендуемые схемы включают как комбинации ПППД с препаратами ИФН, так и безинтерфероновые схемы [3, 4,5].

Цель: Оценить результативность двухкомпонентной противовирусной терапии ХВГС (ИФН/РБВ или ПЭГ-ИФН/РБВ), с учётом генотипа HCV, наличия мутаций гена ИЛ-28В и оценить предварительные результаты лечения ПППД пациентов, не ответивших на интерферонотерапию.

Материал и методы. Методом сплошной выборки отобрано 844 взрослых пациента с ХВГС, которые прошли курс лечения «стандартными» ИФН и РБВ или ПЭГ-ИФН и РБВ в период с 2009 по 2015 гг с известным СВО. Лечение стандартным интерфероном и рибавирином (ИФН/РБВ) получали 324 пациента, пегилированным интерфероном и рибавирином (ПЭГ-ИФН/РБВ) – 520 пациентов. Методом полимеразной цепной реакции определялись однонуклеотидные полиморфизмы (ОНП) гена ИЛ-28В rs12979860 и rs8099917. ПППД пролечено 87 пациентов с 1 генотипом HCV, имеющих генотипы СТ/ТТ (rs12979860) или ТG/GG (rs8099917), а также не ответивших ранее на противовирусное лечение. Из них комбинированные схемы: паритапревир/ритонавир, омбитасвир, дасабувир получили 14 пациентов, софосбувира и ледипасвира – 71 и софосбувира и даклатасвира – 2.

Результаты и обсуждение.

Среди обследованных пациентов генотип 1 HCV выявлен у 435 (51,5%), генотип 2 – у 51 (6,0%), генотип 3 у 352 (41,7%), смешанный (1+3 или 2+3) – у 6 (0,7%). Субтипирование генотипа 1 HCV выполнялось у 151 человека, субтип 1a выявлен у 9 (6,0%), 1b – у 142 (94,0%). Эффективность- стойкий вирусологический ответ (СВО) схемы ИФН/РБВ для всех пациентов 23,9% (18,0–31,1), ПЭГ-ИФН/РБВ – 48,4% (42,5–54,3).

Эффективность лечения в зависимости от варианта ОНП rs12979860 гена ИЛ-28В проанализирована у 193 пациентов с 1 генотипом HCV. У 43 (22,3%) пациентов с «благоприятным» генотипом СС СВО составил 79,1% (64,6–88,8), у 114 (59,1%) лиц с вариантом СТ – 20,2% (13,8–28,5), у 36 лиц с «неблагоприятным» генотипом ТТ – 2,8% (0–15,4). При генотипе СС эффективность схем ИФН/РБВ составила 73,3% (47,6–89,5), значимо не отличаясь от эффективности схем ПЭГ-ИФН/РБВ – 82,1% (63,9–92,6), $p=0,38$, точный критерий Фишера. При генотипе СТ эффективность схем на основе ПЭГ-ИФН (27,5%; 18,9–38,2) была значимо выше ($p=0,002$, точный критерий Фишера), чем на схеме ИФН/РБВ (2,9%; 0–16,2).

ОНП rs8099917 гена ИЛ-28В проанализирован у 115 пациентов, частота генотипов: ТТ – 43 (37,4%), ТG – 63 (54,8%), GG – 9 (7,8%). Результативность лечения была наибольшей при генотипе ТТ: 50,0% (29,0–71,0) на схеме ИФН/РБВ и 52,0% (33,5–70,0) при использовании ПЭГ-ИФН/РБВ. При гено-

типе TG частота СВО составила 0% (0–14,8) на схеме ИФН/РБВ и 22,2% (11,5–38,3) на схеме ПЭГ-ИФН/РБВ. Ни один из 9 пациентов с генотипом м GG на терапию не ответил (0%). Традиционные схемы на основе ИФН и РБВ высокоэффективны для лечения пациентов с 3 и 2 генотипами HCV, предпочтение следует отдать схемам на основе ПЭГ-ИФН/РБВ (СВО 86,5%) по сравнению со схемой ИФН/РБВ (СВО 70,8%).

Неудачи в лечении связаны с неблагоприятными вариантами ОНП rs12979860 и rs8099917 гена ИЛ-28В (для пациентов с 1 генотипом HCV), а также с возрастом старше 40 лет. Необходимо отметить большую частоту продвинутых стадий фиброза у не ответивших, что указывает на необходимость лечения на ранних стадиях заболевания.

Все 87 пациентов с 1 генотипом HCV, имеющих генотипы СТ/ТТ (rs12979860) или TG/GG (rs8099917), а также не ответивших ранее на противовирусное лечение, успешно завершили терапию ПППД (СВО 100%)

Заключение. Традиционные схемы на основе ИФН и РБВ высокоэффективны для лечения пациентов с 3 и 2 генотипами HCV, предпочтение следует отдать схемам на основе ПЭГ-ИФН/РБВ (СВО 86,5%) по сравнению со схемой ИФН/РБВ (СВО 70,8%).

Неудачи в лечении пациентов с 1 генотипом HCV ИФН и РБВ связаны с неблагоприятными вариантами ОНП rs12979860 и rs8099917 гена ИЛ-28В, а также с возрастом старше 40 лет. Необходимо отметить большую частоту продвинутых стадий фиброза у не ответивших, что указывает на необходимость лечения на ранних стадиях заболевания.

Для лечения пациентов с 1 генотипом HCV, в особенности имеющих генотипы СТ/ТТ (rs12979860) или TG/GG (rs8099917), а также для лиц, не ответивших ранее на противовирусное лечение, перспективно использовать безинтерфероновые режимы на основе комбинации препаратов прямого противовирусного действия.

Список литературы.

1. Мицура В. М., Воропаев Е. В., Жаворонок С. В. Гепатит С вирусная инфекция (диагностика, структура клинических проявлений и исходов, молекулярно-генетические и иммунные механизмы патогенеза, лечение в современных условиях). – Москва: «Новое знание», 2014. – 302 с.
2. Бацких С.Н. // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. – 2014. – Т.24. – №4. – С.23-31.
3. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015 // J. Hepatol. – 2015. – Vol. 63, N1. – P.199-236.
4. Klibanov O.M., Gale S.E., Santevecchi B. // Ann Pharmacother. – 2015. – Vol. 49, N5. – P.566-581.
5. McQuaid T., Savini C., Seyedkazemi S. // J. Clin. Transl. Hepatol. – 2015. – Vol. 3, N1. – P. 27-35.

Жаворонок С.В., Тумаш О.Л.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЭКСПРЕССИИ АНТИГЕНА FAS/APO-1 (CD 95) НА CD 3,4,8 ЛИМФОЦИТАХ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск;
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Основным механизмом реализации процесса гибели лимфоцитов при ВИЧ-инфекции является повышенная чувствительность CD4 клеток к активационно-индуцированному апоптозу и основная роль в механизмах апоптоза принадлежит рецептору Fas/Apo-1 (CD95). Установлено, что стойкая виремия и/или состояние хроническое иммунной активации, характеризующие ВИЧ-инфекции, могут быть первичным механизмом, ответственным за ускорение темпов апоптоза лимфоцитов при СПИДе [1-3] и величина апоптоза коррелирует с прогрессированием иммунодефицита на фоне ВИЧ-инфекции [4,5]. Однако до конца не выяснены закономерности апоптоза в различных популяциях и субпопуляциях лимфоцитов при ВИЧ-инфекции.

Цель исследования: Оценить уровни экспрессии Fas/Apo-1 (CD95+) антигена на лимфоцитах ВИЧ-инфицированных пациентов на различных стадиях заболевания.

Материалы и методы: были использованы данные клинико-иммунологических исследований 59 ВИЧ-инфицированных больных, состоящих на диспансерном учете в консультативно-диспансерном кабинете УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница». Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием статистического модуля программы Microsoft Excel 2003 и STATISTICA v.8.0.

Результаты и обсуждения: В ходе исследования уровня CD95+, экспрессированного на иммуннокомпетентных клетках CD3+, CD4+, CD8+, была выявлена зависимость нарастания доли CD4+ клеток с CD95+ рецептором по мере усугубления иммуносупрессии ($p=0,019$). Достигая уровня 95,8% (80,0; 100,0) у пациентов с уровнем CD4+ клеток менее 200 кл/мкл ($H(2, N=48) = 11,39401$ $p = ,0034$). Однако данная закономерность не прослеживалась для популяции лимфоцитов CD3+ и CD8+ (соответственно $p=0,45$ и $p=0,9$).

Для оценки прогностической значимости CD4+95+ на течение ВИЧ-инфекции все пациенты были разбиты на две группы: с клиникой СПИДа и без. Пациенты, отнесенные к стадии СПИД, имели статистически значимо более высокий уровень экспрессии CD95+ на CD4+ лимфоцитах ($U=93,5$, $p<0,001$) и CD3+ лимфоцитах ($U=163,5$, $p<0,05$) по сравнению с пациентами без явлений СПИДа.

На экспрессию CD95+ антигена на CD4+, CD3+ и CD8+лимфоцитах оказывает влияние АРТ. У пациентов, получающих АРТ частота выявления повышенных уровней CD95+ на CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитах статистически значимо ниже по отношению к пациентам наивных по АРТ ($p=0,029$, $0,005$ и $0,007$ соответственно).

Выводы. Увеличение экспрессии CD95+ на лимфоцитах зависит от уровня иммуносупрессии, нарастает по мере увеличения уровня вирусемии и прогрессирования ВИЧ-инфекции.

На фоне АРТ происходит снижение доли иммунокомпетентных клеток экспрессирующих CD95+ на своей поверхности

Список литературы.

1. Барышников А.Ю., Шишкин Ю.В. Иммунологические проблемы апоптоза. – М.: Эдиториал УРСС, 2002. – 320с.

2. Новиков В.В., Барышников А.Ю., Караулов А.В. Растворимые формы мембранных антигенов клеток иммунной системы. // Иммунология 2007. – №4. – с. 249-253.

3. Рыжов С.В., Новиков В.В. Молекулярные механизмы апоптотических процессов. // Российский биотерапевтический журнал. – 2002. – Том 1, №3. – с. 27-33.

4. Marcus E., Ralph C. Budd, Julie Desbarats et al. The CD95 Receptor: Apoptosis Revisited. // Cell. – May 4 2007. – P. 129.

5. Gougeon ML, Olivier R, Garcia S, et al. Evidence for an engagement process towards cell death by apoptosis in lymphocytes of HIV infected patients. C R Acad Sci III 1991; 312: 529-37.

Жукова Л.И., Шахвердян Ю.Г., Кулагин В.В., Топольская С.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Краснодар

Опоясывающий герпес, как и другие герпесвирусные инфекции, представляет определенную опасность для беременных женщин, относящихся к группе риска по физиологическому иммунодефициту [1,2,3,4].

Цель исследования: клиническая характеристика и частота встречаемости манифестных форм опоясывающего герпеса у ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Материалы и методы исследования. В ГБУЗ «Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД» проведено комплексное наблюдение за течением беременности у 287 женщин с ВИЧ-инфекцией. (возраст 18 – 40 лет). Контрольную группу составили 116 беременных женщин, консультировавшихся в лечебно-диагностическом отделении ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница».

Результаты исследования и их обсуждение. Диагноз опоясывающего лишая был выставлен за весь период наблюдения трем (1,0%) беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией. Во всех случаях заболевание протекало в среднетяжелой типичной форме без осложнений и последствий в виде постгерпетической невралгии с локализацией пузырьковых высыпаний на туловище. В

двух случаях рецидив возник при 4А стадии ВИЧ-инфекции с уровнем РНК ВИЧ менее 500 и 225000 коп/мл крови, уровнем CD4+ Т-лимфоцитов соответственно 925 клеток и 313 клеток в 1 мкл крови. В третьем случае опоясывающий герпес наблюдался у беременной с ВИЧ-инфекцией 3 стадии (субклинической), но с выраженными иммунологическими нарушениями (CD4+ Т-лимфоциты – 290 клеток 1 мкл крови, РНК ВИЧ – 129 копий/мл крови). Примечательно, что манифестация данного заболевания достоверно чаще происходила у беременных женщин без ВИЧ-инфекции (4 – 3,4% против 1,0% у ВИЧ-инфицированных беременных, Q=0,5). При этом сроки беременности, при которых манифестировали проявления опоясывающего герпеса (третий триместр), локализация высыпаний на туловище, средняя степень тяжести заболевания и отсутствие осложнений были одинаковы у женщин с ВИЧ-инфекцией и без таковой.

Выводы. Редкая частота рецидивов опоясывающего герпеса у беременных с ВИЧ-инфекцией может быть обусловлена относительно компенсированными иммунными расстройствами с учетом стадии заболевания, а также приемом антиретровирусных препаратов, возможно ингибирующих и вирус опоясывающего герпеса.

Список литературы.

1. Викулов Г.Х. Герпесвирусные инфекции человека в новом тысячелетии: классификация, эпидемиология и медико-социальное значение //Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2014. – №3. – С.35-40
2. Жукова Л.И., Шахвердян Ю.Г. Некоторые герпесвирусные инфекции у беременных с ВИЧ-инфекцией //Матер. X научно-практич. конф. ЮФО. – Краснодар: ОАО «Полиграф-ЮГ», 2015. – С.82-84
3. Жукова Л.И., Шахвердян Ю.Г. Цитомегаловирусная инфекция у беременных женщин с ВИЧ-инфекцией //Матер. межрегион. форума специалистов «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России» с заседанием профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» МЗ РФ. – М.: ООО «Буки Веди». – 2016. – С. 97 – 98.
4. Швачкина Н.С., Ковалевская О.И., Жукова Л.И. Опыт применения препарата «Вирдел» при лечении опоясывающего герпеса по материалам ГБУЗ «СКИБ» //Матер. X научно-практич. конф. ЮФО. – Краснодар: ОАО «Полиграф-ЮГ», 2015. – С.222-223.

Зайцева Е.А., Попова Л.Л., Константинов Д.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО НВЕАГ-НЕГАТИВНОГО ГЕПАТИТА В

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Цель работы: оценить эффективность и переносимость противовирусной терапии препаратом прямого противовирусного действия (энтекавир) у боль-

ных HBeAg-негативным гепатитом В, получавших лечение в течение 12 месяцев.

Материалы и методы: проведён анализ результатов лечения больных HBeAg-негативным гепатитом В (n=72), в возрасте от 20 до 55 лет, преимущественно женщины (54%). Вирусная нагрузка в сыворотке крови выше 20 000 МЕ/мл определялась в 75% случаев. Лечение энтекавиром проводилось в течение 12 месяцев по 1 таблетке (0,5 мг) ежедневно.

Результаты: Переносимость и эффективность оценивались по данным клиники, биохимического и вирусологического ответов. На старте противовирусной терапии у больных (62%) имелись признаки астеновегетативного, диспепсического синдромов и гепатоспленомегалии. Повышение показателей цитолитической активности до 3-4N регистрировались в 63,6% случаев, в пределах нормы у 36,4%. К периоду завершения терапии биохимический ответ был достигнут в 98%. Переносимость терапии у 92,8% больных, была хорошей. В остальных случаях пациентов беспокоили проявления астеновегетативного синдрома – 2,3%, жалобы со стороны ЖКТ – 4,9%, обострение сопутствующих заболеваний-5,6%.

В результате лечения отмечено, что авиремия была достигнута к 24 неделе лечения в 85,9% случаев, при этом у трети больных – к 9-10 неделе терапии, у остальных к 16 неделе. У 3 больных (4,1%) ДНК HBV оставалось положительным в сыворотке крови на протяжении 24 недель, в связи с чем терапия была прекращена. Спустя 6 месяцев после завершения лечения ДНК HBV вновь стала определяться у большинства пациентов (74%).

Выводы: Применение энтекавира у больных HBeAg-негативным гепатитом В показало его хорошую переносимость. Однако, несмотря на высокие показатели непосредственного вирусологического ответа, устойчивый вирусологический ответ был достигнут лишь в 17,2%, что подтверждает необходимость более длительного приёма энтекавира (не менее 2х лет).

Список литературы:

1. Габдрахманов И.А. [и др.] Взаимосвязи вирусологических и морфологических показателей в фазах иммунного контроля и реактивации у больных хроническим гепатитом В //Журнал инфектологии, Т.7 №4, 2015, с.37-41.
2. Жданов К.В. Вирусные гепатиты / К.В. Жданов [и др.] – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2011. – 26 с.
3. EASL clinical practice guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection. J Hepatol 2012; 57 (1): 167–185.
4. World Health Organization. Hepatitis B Fact sheet, July 2012. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>. Accessed November 1, 2012.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Детская городская клиническая больница №2», г. Якутск
Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова, г. Якутск

Актуальность. Сальмонеллез – острое инфекционное заболевание, вызываемое сальмонеллами, протекает в различных формах, от бессимптомной до септикопиемической, но наиболее часто по типу гастроэнтероколита [2,3].

Цель: изучение особенностей течения сальмонеллеза у детей по материалам детской инфекционной больницы г.Якутска.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты стационарных больных детей инфекционного отделения ДГКБ №2 в период с 2010 по 2015 гг. Верификация диагноза проводилась на основании клинических, эпидемиологических, бактериологических и иммунологических данных.

Результаты. В этиологической структуре преобладал сальмонеллез, обусловленный *S.enteritidis* (95%), что согласуется с данными литературы [1]. Спорадические заболевания отмечены у 40% пациентов первого года жизни. Вспышки сальмонеллеза регистрировались только у больных старше одного года, причем 90% из них старше 3 лет жизни, что обусловлено изменением характера питания и увеличением числа организованных детей. Одной из особенностей инфекции явилось развитие ее на неблагоприятном преморбидном фоне, наиболее часто выявлено раннее искусственное вскармливание – 39,2%, атопический дерматит – 35,5%, последствия перинатального поражения ЦНС – 40,2%, рахит – 12,1%, дисбактериоз кишечника – 10,3%, гипотрофия 10,3%. У части детей регистрировался семейный анамнез заболевания, у ухаживающих за детьми родителей пациентов.

Признаки энтероколита и гастроэнтероколита отмечены у всех детей грудного возраста, у большинства пациентов – от одного до 3 лет и старше 3 лет (94,4%) и (76,2%), соответственно.

У большинства больных (98%) заболевание начиналось остро. Все дети были госпитализированы в первые три дня болезни. У 73% пациентов первого года жизни отмечена фебрильная, у 11% – субфебрильная температура тела. Продолжительность лихорадки составила примерно 3 дня, рвота наблюдалась в основном у детей до 1 года жизни.

Признаки диареи регистрировались у всех больных. Боли в животе выявлены у 50% больных. У 40% пациентов раннего возраста имело место развитие токсикоза продолжительностью в среднем 3 дня. При этом у 60% детей регистрировался токсикоз 1 степени, у 40% детей токсикоз 2 степени. Признаки эксикоза выявлены у 70% больных, при этом преобладал изотонический вид обезвоживания (70%).

На основании оценки местных и общих проявлений заболевания определялась форма тяжести сальмонеллеза. Среднетяжелая форма сальмонеллеза зарегистрирована у 80% больных.

Анализ гематологических данных выявил в остром периоде заболевания лейкоцитоз у 70% больных, повышение СОЭ у 40%, нейтрофилез у 75% и анемию у 15% обследуемых.

Изменения в анализах мочи, характеризующиеся обнаружением белка и лейкоцитурией, отмечены у 30% больных.

Энтероколит зарегистрирован у 90% больных в возрасте от одного года до 3 лет. Примеси слизи обнаружены у 90% больных, крови у 15% больных, длительность диарейного синдрома составляла 5-6 дней, частота 5-8 раз в сутки.

Болевой синдром наблюдался у 25% детей. Сальмонеллез протекал с явлениями токсикоза у 30% детей в возрасте от одного до 3 лет, из них у 2/3 больных выявлен токсикоз 1 степени. Продолжительность токсикоза составила 2-3 дня. У большинства больных регистрировалась среднетяжелая форма заболевания (78%), тогда как тяжелая форма у 22% детей.

В возрасте старше 3 лет жизни фебрильная температура регистрировалась у 90% больных, длительностью 2-3 дня. У большинства больных (80%) рвота частотой 2-2,5 раза в сутки, продолжительностью 1-2 дня

Заключение: В последние годы отмечается в инфекционном отделении рост поступлений детей с сальмонеллезом, высокий процент заболеваемости сальмонеллезной инфекции наблюдается в организованных группах, у детей, посещающих детские сады и школы. Среди больных встречается также и семейный анамнез заболевания, в этиологической структуре преобладает *Salmonella enteritidis* (95%).

Список литературы:

1. Анганова Е.В. Острые кишечные инфекции у детей на фоне выделения условно-патогенных микроорганизмов / Е.В. Анганова // Казанский медицинский журнал. 2009. – №1. – С. 111-112.

2. Малеев В.В. Инфекционные болезни в России: проблемы и пути решения / В.В. Малеев // Инфекционные болезни. 2004. – Т.2. – №1. – С. 7-11.

3. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова, М., ГЭОТАР. – 2010.

***Зиятдинов В.Б., Сабирзянов А.Р., Хакимзянова М.В., Карпова И.А.,
Зайнутдинова Н.Ф., Карпова И.А.***

ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА ИНФЕКЦИОННОЙ И ПАРАЗИТАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан, г. Казань

Мониторинг за инфекционными и паразитарными заболеваниями является достаточно сложным и неоднозначным явлением, поэтому его целесообразно рассматривать с позиции системного подхода.

Системный подход предполагает рассмотрение мониторинга как единой системы, целостного комплекса взаимосвязанных элементов, реализующих общие функции.

В целях реализации Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации, утвержденной Президентом Российской Федерации 07.02.2008 ПР – №212, и оптимизации работы по формированию федерального и регионального информационного фонда данных для проведения социально-гигиенического мониторинга, обеспечения статистического наблюдения, государственного учета инфекционных, профессиональных, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) «Центром гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)» совместно Министерством здравоохранения Республики разработана система автоматизированного представления оперативных данных (САПОД).

Основной задачей САПОД является:

- 1) создание централизованного информационного ресурса, направленного на сбор, хранение и обработку данных по обеспечению мониторинга;
- 2) повышение качества предоставляемых данных;
- 3) повышение контроля исполнительской дисциплины на всех этапах предоставления данных;
- 4) формирование единого информационного пространства Бюджетного учреждения, медицинских учреждений, а также учреждений, организаций и ведомств Республики Татарстан;
- 5) формирование отчетности в автоматическом режиме в разрезе региона, города, района и каждого лечебно-профилактического учреждения;
- 6) оптимизация рабочего времени сотрудника ЛПО и сотрудника филиала Центра, в связи с исключением дублирования ввода данных в филиалах;
- 7) простота и удобство использования.

Областью применения Системы является эпидемиологический мониторинг инфекционной заболеваемости населения на всей территории Республики, составляющий первичную основу организации и проведения государственного эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями, регламентированный законодательными и нормативно-правовыми актами, а также организационно-распорядительными и методическими документами.

Возможности САПОД:

- создание централизованного информационного ресурса, направленного на обеспечение эпидемиологического надзора;
- формирование единого информационного пространства Бюджетного учреждения, медицинских учреждений, а также учреждений, организаций и ведомств Республики Татарстан;
- логический контроль вводимых данных;
- повышение качества предоставляемых данных;
- повышение контроля исполнительской дисциплины на всех этапах предоставления данных;

- формирование отчетности в автоматическом режиме в разрезе региона, города, района и каждого лечебно-профилактического учреждения;

Первичные пользователи системы:

- учреждения первичного звена здравоохранения, включая амбулаторно-поликлинические учреждения, стационары всех ведомств и другие медицинские учреждения и подразделения любого профиля и форм собственности всех ведомств; – лаборатории Бюджетного учреждения, Республиканская клиническая инфекционная больница; инфекционная больница г.Набережные Челны, городского диагностического центра;

Конечные пользователи системы:

- Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан) и территориальные отделы Роспотребнадзора;

- Минздрав Республики Татарстан,

- ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)» и его филиалы в районах.

Использование централизованных информационных ресурсов и введение единого стандарта работы в процессе представления информации, обеспечивает управляемость, качество, защищенность и доступность данных и позволяет успешно решать задачи, с принятием оперативных и качественных управленческих мер.

Список литературы.

1. Пятяшина М.А. Противоэпидемическое обеспечение XXVII Всемирной летней Универсиады 2013 года в городе Казани // Практическая медицина. – 2014. № 7 – С.7-10

2. XXVII Всемирная летняя универсиада 2013 года в Казани. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия / Под ред. академика РАМН ГГ. Онищенко, академика РАМН В.В. Кутырева.

Зыкова О.А., Баранова И.П., Свистунова Н.В., Герсов М.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА А (H1N1) У ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ В ЭПИДСЕЗОНЕ 2015/16 гг.

Пензенский институт усовершенствования врачей;

Пензенский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи, г. Пенза

Грипп последнего эпидемического сезона был связан с преимущественным распространением вируса А (H1N1). Исследования показали, что вирус гриппа А (H1N1) с относительно умеренными патогенными свойствами и антигенной новизной обладает всеми качествами пандемического вируса. Известно, что ежегодные эпидемии гриппа приводят к росту госпитализации и увеличению смертности, что происходит, в основном, за счет пациентов из групп риска – детей до 5 лет, беременных женщин, лиц старше 65 лет и пациентов с хроническими заболеваниями. В этой связи изучение эпидемиологи-

ческих и клинических особенностей прошедшего сезона гриппа у пациентов младше 18 лет имеет важное прогностическое значение.

Цель исследования: изучить эпидемиологические и некоторые клинические особенности гриппа А (H1N1) у больных младше 18 лет, пролеченных в областном клиническом центре.

Материалы и методы исследования: для проведения анализа использовали отчетные формы ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи». Для анализа данных были взяты только лабораторно расшифрованные случаи заболевания. Этиология гриппа считалась установленной при определении РНК вируса гриппа А (H1N1) в носоглоточном отделяемом методом ПЦР в реальном времени.

Результаты и обсуждение: результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающих грипп А (H1N1), были получены у 126 пациентов младше 18 лет. Основное число заболевших пришлось на январь – 27,3%, февраль – 52,4% и март – 14,1%. Медиана возраста больных составила $5,9 \pm 0,3$ лет. Лишь 18,7% пациентов отметили предшествующую вакцинацию от гриппа.

По результатам клинического течения заболевания сформированы 2 группы больных: 1 группа пациентов (13 детей) имели осложненное вирусной-бактериальной пневмонией течение гриппа; 2 группа (113 детей) – больные без признаков пневмонии. Средний возраст больных первой группы составил $4,37 \pm 0,8$ года, среди них организованные дети составили 70%. Средняя продолжительность госпитализации у пациентов 1 группы – $10,85 \pm 0,9$ дней. Частота встречаемости осложненного течения гриппа А (H1N1) среди девочек (48,8%) была несколько ниже, чем среди мальчиков (51,2%). Наибольшее число осложненных случаев гриппа наблюдалось у детей в возрастной группе от 1 до 3 лет (46,2%), в возрасте 4-7 лет – 30,8%, в возрасте 8-14 лет – 23%. Среди детей до 1 года и подростков 15-18 лет регистрировались не осложненные формы гриппа.

Средний возраст больных 2-й группы – $6,6 \pm 0,96$ лет, среди них организованные пациенты составили 85,4%. Средняя продолжительность госпитализации во второй группе детей была $7,33 \pm 0,78$ дней. Достоверно чаще не осложненное течение заболевания наблюдалось среди мальчиков (56,3%), чем среди девочек (43,7%). Среди пациентов второй группы в 43% случаев были госпитализированы дети в возрасте 4-7 лет, в возрасте 1-3 лет – 34%, в возрасте 8-14 лет – 13,3%, подростки 15-18 лет – 9,7%. В группе детей до 1 года заболевших не было.

Как в 1-й, так и во 2-й группе больных летальных исходов не было.

Заключение. По данным проведенного исследования в эпидемическом сезоне 2015/16гг. грипп у пациентов младше 18 лет имел следующие особенности:

- наибольшее число заболевших зарегистрировано в первые три месяца 2016 года;

- среди госпитализированных в стационар детей преобладали мальчики, у которых отмечалось преимущественно осложненные пневмонией формы заболевания;

- около 80% госпитализированных детей не имели положительного прививочного анамнеза против гриппа;

- средний возраст детей с осложненной формой гриппа был достоверно ниже, чем у пациентов с не осложненным течением заболевания

- наибольшее число осложненных случаев гриппа наблюдалось у детей в возрастной группе от 1 до 7 лет.

Список литературы.

1. Деева Э.Г., Мельникова Т.И., Сологуб Т.В., Киселев О.И. Химиопрепараты для лечения гриппа – современное состояние. – Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. – №5. – с. 26-32

2. Малеев В.В., Селькова Е.П., Простяков И.В., Осипова Е.А Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в сезоне 2010/11гг. – Инфекционные болезни. – 2012. – т.10. – №3. – с.15-23

Ирсимбетова Н.А., Долтаева Б.З., Сапарбаева С.М.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСОМП) ЗА 2014-2015 ГОДЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Центр дезинфекции по городу Шымкент, г. Шымкент, Казахстан

По области зарегистрировано 27 случаев инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСОМП) показатель на 1000 госпитализированных составил 0,08. По сравнению с прошлым годом отмечается снижение заболеваемости инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСОМП) на 14 случаев (41 случаев, показатель-0,11). Среди гнойно-септических инфекции зарегистрировано: 5 случаев послехирургических осложнений, 16 случаев среди родильниц и 2 случая среди новорожденных, 3 случая постинъекционных осложнений и 1 случай после стоматологических вмешательств. В структуре общей заболеваемости инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСОМП) наибольший удельный вес приходится на гнойно-септические инфекции и составляет 100%, в т.ч. в хирургических стационарах 18,5%, в учреждениях родовспоможения 66,7%. Удельный вес лабораторных подтверждений инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСОМП) составил 63% (в 2014 году-51,2%). Невысокое лабораторное подтверждение гнойно-септические инфекции, помимо объективных причин (отсутствие собственных микробиологических лабораторий у ряда ЛПО), объясняется широким применением антибиотиков и других лекарственных препаратов до установления (подозрения) диагноза, исследова-

ния больных, возможно также связано с нарушениями правил взятия (сроков, техники), хранения, доставки анализов и проблемами в работе самой лабораторий. Основными причинами возникновения гнойно-септических инфекции явились несоблюдение правил асептики и антисептики, режимов дезинфекции и стерилизации в медицинских организациях, нерациональная антибиотикотерапия, а также низкий индекс здоровья рожаящих женщин и связанные с этим предпосылки для возникновения гнойно-септические инфекции. Всего в стационарах области проведено 51998 оперативных вмешательств. При этом зарегистрировано 5 случаев гнойно-септические инфекции: после плановых операций- 2, после экстренных- 3, показатель на 1000 составил 0,10 (2014г. – 0,17). По структуре: 1 случай абцесса, 3 случая нагноения послеоперационных ран и 1 случай другого осложнения. Лабораторно подтверждено – 3 случая (60%) с выделением условно патогенной микрофлоры (66,6%) и анаэробов (33,3%). За 2015г. проведено 75046 родов, в том числе 10376 с кесаревым сечением. Зарегистрировано 16 случаев осложнений, что составило 0,21 на 1000 родов. Из них 12,5% (2014г. – 30%) после физиологических родов, после кесарева сечения 87,5% (2014г. – 70%). В структуре гнойно-септические инфекции преобладают эндометриты 75% (12случаев), перитониты – 19% (3 случая), гнойно-септические инфекции по месту послеоперационной раны составил 6,25% (1случай). Лабораторно подтверждено – 8 случаев (50%), в пейзаже выделено: золотистый стафилококк – 1 культура, другие стафилококки- 1 культура, бактерии группы кишечной палочки- 4 культуры и другие (ассоциация) – 2 культуры микроорганизмов. В стоматологических организациях зарегистрирован 1 случай внутрибольничной заболеваемости, в том числе по нозологиям: одонтогенная флегмона-1случай (в 2014г. – 5 случаев внутрибольничной заболеваемости). Заболеваемость инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСОМП) на протяжении последних лет обнаруживает тенденцию к снижению.

Список литературы.

1. Ирсимбетова Н.А., Абуова Г.Н., Тулепова З.Т. – Эпидемиология. Учебник. – Книга. – Шымкент, 2012. – С.544.
2. Приказ МЗ РК №19 от 15.01.2014г. «Правила проведения инфекционного контроля в медицинских организациях»
3. Приказ МНЭ Республики Казахстан №48 от 27 января 2015 года №48 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации»
4. Данные Департамента защиты прав потребителей Южно-Казахстанской области.
5. www.03portalkz|...|24220-prikaz; cyberleninka.ru

Ирсимбетова Н.А., Сарыпбекова Л.Л., Умирзакова Г.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ОКИ) ЗА 2014-2015 ГОДЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Казахстан

Острые кишечные инфекции остаются одними из самых массовых инфекционных заболеваний и характеризуются повсеместным распространением, высокой частотой развития тяжелых форм и осложнений (особенно у детей раннего возраста), риском формирования хронической гастроэнтерологической патологии. ОКИ регистрируются в любое время года, вирусной этиологии – чаще в холодное время, а с наступлением жарких дней опасность заражения острыми кишечными инфекциями возрастает. При несоблюдении правил хранения, в условиях повышенной температуры воздуха возбудители ОКИ могут активно размножаться и накапливаться в пищевых продуктах.

В целом по Южно-Казахстанской области идет тенденция к снижению заболеваемости острых кишечных инфекций. За 2015 год по области заболеваемость группы ОКИ зарегистрировано – 2345 случаев, показатель на 100 тыс. населения составляет – 83,7% (в 2014 г. – 2717 случаев, показатель на 100 тыс. населения составляет 93,3%). В основном заболеваемость приходится на детей до 14 лет и составляет –182,2%, зарегистрировано – 1727 случаев, в сравнении с аналогичным периодом 2014 года отмечается снижение на 37,5% (2014 г. –2002сл, показатель – 219,7). По оперативному анализу высокий показатель заболеваемости приходится на неорганизованных детей в возрасте до 6 лет, среди которых зарегистрировано 1727 случаев, что составляет 81,7% от общего количества заболевших среди детей до 14 лет, в том числе удельный вес детей до 1 года – 354 сл. (2014г. – 428сл.), от 1 до 2-х лет – 405сл, (2014г. – 448 сл.), от 2-х до 3 лет – 142сл. (2014г. – 100сл.), от 3-х-и до 5 лет – 89сл. (2014г. – 60сл.), от 5-ти до 14 лет – 76сл. (2014г. – 60сл.). Анализ заболеваемости показал, что высокий удельный вес заболеваемости ОКИ (81,34%) приходится на неорганизованных детей от 0 до 2-х лет, что в основном связано с отсутствием должного ухода за детьми, нарушением правил и режима кормления и отсутствием контроля за соблюдением правил личной гигиены детей со стороны родителей. По социально-профессиональному составу кроме неорганизованных детей приходится на неработающих 389 сл. (10,8%). При анализе многолетней динамики за 2006-2015 годы показал, что до 2015 года заболеваемость острыми кишечными инфекциями на фоне общей тенденции к снижению характеризуется регулярными периодами подъемов и спадов. В интервале между циклическими повышениями заболеваемости наблюдаются годы подъемы (2006-2009) и годы спада заболеваемости (2009-2015), т.е. в динамике заболеваемости отмечается цикличность с периодом 5 лет и с меньшей амплитудой. Теоретически по прогнозу в 2015 году заболе-

ваемость острыми кишечными инфекциями будет варьировать в пределах показателей от 67,44 до 122,13. Но вместе с тем, если учитывать многолетнюю тенденцию к снижению и проявляющуюся цикличность, при отсутствии вспышечной и групповой заболеваемости, на 2016 год ожидается снижение заболеваемости в пределах показателей от 35,44 до 83,7. Таким образом, в целях профилактики острых кишечных инфекций усилить мер по профилактике острых кишечных инфекций, усилить санитарно-эпидемиологический надзор за безопасностью питьевой воды, реализацией пищевых продуктов, активизации санитарно-просветительной работы среди населения.

Список литературы.

1. Ирсимбетова Н.А., Абуова Г.Н., Тулепова З.Т. – Эпидемиология. Учебник. – Книга. – Шымкент, 2012. – С. 544.

2. Постановление Правительства РК №8 от 22.01.2014 «О внесении изменения в приказ председателя Комитета Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан».

3. Постановление Правительства РК №33 от 12.01.2012 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»

4. Данные Департамента защиты прав потребителей Южно-Казахстанской области.

5. Online.zakon.kz|Dokument/?dok_id-30790881

Исмаилова С.О., Городин В.Н.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;

Актуальность проблемы. В связи с существованием естественных резервуаров возбудителя сибирской язвы (сибиреязвенные скотомогильники – стойкий почвенный очаг), полная ликвидация инфекции не возможна. Существует риск возникновения спорадических заболеваний и крупных вспышек. Нельзя не учитывать возможность применение возбудителя сибирской язвы в качестве биологического оружия и средства биотерроризма, что может привести к возникновению тяжелых форм заболевания (ингаляционный путь передачи). Скотомогильники являются естественными резервуарами возбудителя сибирской язвы и причиной неравномерности территориального распространения, усиливающие риск эпизоотологического и эпидемиологического неблагополучия. Поскольку факторами передачи *B. anthracis* служат мясо и мясопродукты, реже шкуры и кожа сельскохозяйственных животных, вынужденный убой скота, разделка туши и снятие шкур обуславливают преобладание кожной формы болезни.

Цель исследования: изучение эпидемиологических, клинических особенностей и лечения сибирской язвы в Краснодарском крае.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ карт эпид следования и медицинской документации случаев сибирской язвы по материалам инфекционных стационаров Краснодарского края.

Результаты и обсуждения: установлено, что в Краснодарском крае в 2005-2009 гг. случаи сибирской язвы не регистрировалось, в 2010-2011 гг. зарегистрировано 4 случая заболевания: 2 случая зарегистрированы в 2010 г. (всего в РФ – 22 случая), болели мужчины, осуществлявшие убой скота (больные были привиты); 2 случая в 2011 году (в РФ – 4 случая), болели женщины, занимающиеся разделкой инфицированного мяса (привиты не были). Заболевание возникало среди лиц как городского, так и сельского населения трудоспособного возраста (24-52 года). Источником инфекции во всех случаях были больные животные. Заболевание протекало в кожной форме. Сроки обращения за медицинской помощью: заболевшие в 2010 г. обратились в первый день болезни, в 2011 г. на 5-6 день болезни.

У всех больных диагноз подтвержден лабораторно методом ПЦР (отделяемое карбункула). Методом нМФА- обнаружены противосибирезвенные АТ (1:40), у всех больных были положительные результаты постановки алергической пробы с антраксином *in vitro*.

Начальными проявлениями болезни были повышение температуры тела до 39°C, общая слабость, вялость, зудящие безболезненные образования округлой формы с трансформацией в папулы, затем в пустулы с геморрагическим содержимым. У двух больных отмечалось появление новых высыпаний вокруг первичного аффекта. Увеличение подмышечных и кубитальных лимфоузлов отмечались у всех больных на стороне поражения. Сыпь локализовывалась на верхних конечностях в числе от 1 до 5 элементов. Затем пустулы вскрывались, на их месте образовывалась язвочка, покрытая черным струпом. Струпы отторгались на фоне проводимого лечения в разные сроки под ними обнаруживались участки эпителизации. Больные выписывались с клиническим выздоровлением. У болевших в 2010 г. заболевание протекало легче, так как больные были привиты (короче проявления и выраженность интоксикационного синдрома, сроки эпителизации язв).

В качестве этиотропной терапии у всех больных использовалась комбинация ципрофлоксацина (400 мг/сут) и цефтриаксона (2,0 г/сут). Сроки проведения антибактериальной терапии колебались от 10 до 14 дней. Критерием отмены антибактериальной терапии были нормализация температуры тела, исчезновение проявлений интоксикационного синдрома и регресс местных кожных проявлений в местах локальных поражений. В течение первых 2-3х дней госпитализации проводилась дезинтоксикационная инфузионная терапия. Больные находились на лечении в стационаре от 18 до 26 дней (в среднем, 23 дня).

Выводы: В Краснодарском крае спорадическая заболеваемость связана с наличием естественных резервуаров возбудителя сибирской язвы. У всех за-

болеющих отмечалась кожная форма заболевания и среднетяжелое течение. Наличие вакцинации в анамнезе приводило к более легкому течению болезни. Для предотвращения заболеваний сибирской язвы на территории Краснодарского края необходимо продолжить комплекс профилактических мероприятий, включающих в себя: мероприятия по утилизации сибиреязвенных скотомогильников, проведение вакцинации против сибирской язвы в группах риска (рабочие, привлекаемые к земляным работам, работники по разделке мяса, снятию шкур). Доминирующее место в своевременном оказании специализированной медицинской помощи больным сибирской язвой занимает специфическая индикация возбудителя.

Список литературы.

1. Антюганов С.Н., Рязанова А.Г., Еременко Е.И., Куличенко А.Н. Сибирская язва в Российской Федерации и за рубежом// Эпидемиология и инфекционные болезни №5. – 2012. – С.4-8.
2. Городин В.Н., Жукова Л.И., Зотов С.В. Сибирская язва (эпидемиология, клиника, лечение, профилактика, мероприятия в очаге). Учебно-методическое пособие. – Краснодар, 2013. – 98 с.
3. Методические указания 4.2.2413-08 «Лабораторная диагностика и обнаружение возбудителя сибирской язвы».
4. Санитарные правила 3.1.7.2629-10 «Профилактика сибирской язвы».
5. Симонова Е.Г., Галкин В.В., Локтионова М.Н., Ладный В.И. Сибиреязвенные скотомогильники на территории РФ и их биологическая безопасность. Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии 2010; 4: 23-26.

Кабин В.В., Агапов Б.Л., Рыбкин В.С.

ЭПИЗООТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ В СЕВЕРНОМ ПРИКАСПИИ

Астраханская противочумная станция, г. Астрахань
Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

На территории Северного Прикаспия возникающие в настоящее время эпизоотии носят в основном локальный характер и охватывают поселения грызунов в антропогенно измененных ландшафтах. В то же время важное эпидемиологическое значение природных очагов инфекций, связанное с возросшим миграционным процессом населения, экономическими связями с различными регионами страны, требуют постоянного эпидемиологического надзора за природно-очаговыми и основными инфекционными заболеваниями (Кутырев В.В. с соавт., 2015; Кудрявцева Т.Ю. с соавт., 2016; Волынкина А.С. с соавт., 2016).

В данном сообщении представлена информация об эпизоотической ситуации по природно-очаговым инфекциям на территории Астраханской области за 2013-2015 гг. Исследовался материал, полученный от мелких млекопи-

тающих, кровососущих членистоногих и летающих кровососов и др. объектов внешней среды, комплексным методом при помощи бактериологического, иммунологического и молекулярно-генетического методов.

Проведенные в 2013 году лабораторные исследования не выявили возбудителей природно-очаговых инфекций в полевом материале. Но при исследовании на туляремии (грызуны, насекомоядные, кровососущие членистоногие, вода поверхностных водоемов, погадки хищных птиц) обнаружена ДНК возбудителя у домовых мышей, отловленных в Волго-Ахтубинской пойме на территории Харабалинского (2 случая) и Енотаевского (1 случай) районов. Следует отметить, что возбудитель туляремии на данных территориях был выделен последний раз, соответственно в 1989 и 1986 гг.

При исследовании на лептоспироз обнаружена РНК патогенных геновидов лептоспир у мелких млекопитающих в 10 случаях, в Енотаевском (8 случаев) и Лиманском (2 случая) районах.

В иксодовых клещах, собранных с КРС, обнаружен антиген ККГЛ в 2 случаях в Красноярском и в 1 случае в Икрянинском районах.

Возбудитель лихорадки Западного Нила в комарах выявлен в виде маркеров (6 случаев) или антигена (2 случая), что превышает число положительных результатов 2012 года (3 случая). В летающих кровососах в 3 случаях обнаружен антиген вируса Синдбис.

В 2014 году на территории Лиманского района выделено 2 штамма возбудителя чумы: от домовых мышей в 15 км и от малого тушканчика в 21 км от поселка Лиман. Общая площадь зараженной территории составила 200 км².

При комплексном исследовании материала культур возбудителей туляремии и других природно-очаговых инфекций не зарегистрировано.

Использование ПЦР позволило обнаружить эпизоотию лептоспироза на территории ряда сельских районов Астраханской области. В 40 пробах был отмечен положительный результат на РНК патогенных геновидов лептоспир: в 15 случаях в материале, добытом на территории Харабалинского района, в 11 случаях в материале из Ахтубинского, в 4 случаях из Красноярского, по 3 случая из материалов Енотаевского и Лиманского и по 2 случая из материалов из Черноярского и Наримановского районов. Положительные результаты регистрировались в основном в пробах от домовых и полевых мышей и полевых.

При исследовании иксодовых клещей из природных биотопов и различных хозяйств в одной пробе (Красноярский район) был получен положительный результат в ИФА на антиген вируса ККГЛ в титре 1:20.

При проведении комплексного обследования полевого материала в 2015 году возбудителей чумы, туляремии и других природно-очаговых инфекций не выделено. В то же время в исследуемом материале в 39 случаях выявлена РНК патогенных лептоспир. Как и в 2014 г. положительный результат регистрировался в пробах, доставленных из Красноярского (16 случаев), Енотаевского (10 случаев), Харабалинского (7 случаев), Ахтубинского (4 случая), Икрянинского (4 случая) и Лиманского (1 случай) районов.

В материалах от иксодовых клещей, собранных с КРС в Приволжском районе в 2 случаях получен положительный результат на антиген вируса ККГЛ в титре 1:20. В сыворотке крови лошадей, выпасающихся на территории соседнего района (Камызякский), были обнаружены антитела (6 случаев) к вирусу ККГЛ (титр 1:20).

Исследование основных переносчиков вируса (комары), проведенное в ходе мониторинга возбудителя ЛЗН и его маркеров, позволило выявить в 3 случаях маркер ВЗН (Лиманский район), а при исследовании сывороток крови животных в 11 случаях обнаружить антитела к вирусу в титре 1:20 (Камызякский район).

Результаты выполненных работ свидетельствуют о циркуляции возбудителей природно-очаговых инфекций на территории Астраханской области. Данный факт подтверждает потенциальную опасность инфицирования населения природно-очаговыми инфекциями и требует постоянного мониторинга и проведения соответствующих профилактических мероприятий.

Список литературы.

1. утырев В.В., Попова А.Ю., Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Пакскина Н.Д., Безсмертный В.Е., Топорков В.П., Попов Н.В., Кабин В.В., Яшкулов К.Б., Бамматов Д.М., Ковтунов А.И., Санджиев Д.Н., Зенкевич Е.С., Гражданов А.К., Матросов А.Н., Кузнецов А.А., Шарова И.Н., Лопатин А.А., Григорьев М.П., Куличенко А.Н. Обеспечение эпидемиологического благополучия по чуме в условиях обострения эпизоотической обстановки в Прикаспийском песчаном природном очаге в 2014 г. // Пробл. особо опасных инф., 2015; №4, С.22-29.

2. Кудрявцева Т.Ю., Транквилевский Д.В., Мокриевич А.Н., Попов В.П., Морозова Н.С., Зароченцев М.В., Мазепа А.В., Окунев Л.П., Холин А.В., Косилко С.А., Федоров Ю.М., Храмов М.В., Дятлов И.А. Эпизоотическая и эпидемическая ситуация по туляремии в Российской Федерации в 2015 г. и прогноз на 2016 г. // Пробл. особо опасных инф., 2016; №1, С.28-32.

3. Волынкина А.С., Котенев Е.С., Лисицкая Я.В., Малецкая О.В., Шапошникова Л.И., Куличенко А.Н. Обзор эпидемической ситуации по Крымской геморрагической лихорадке в Российской Федерации в 2015 г. и прогноз на 2016 г. // Пробл. особо опасных инф., 2016; №1, С.44-47.

Кадкина В.А., Кравченко И.Э., Айбатова Г.И., Козлова О.С., Ризванов А.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОХРОМА У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань;
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань;
Республиканская клиническая инфекционная больница
им. проф. А.Ф. Агафонова, г. Казань

Заболевания, вызванные стрептококком группы А (*Streptococcus pyogenes*), широко распространены во всем мире, при этом рожа (*Streptococcus erysipelas*) занимает четвертое место [1]. К стрептококковой инфекции (группы А) относят группу заболеваний, вызываемых бактерией вида *Streptococcus pyogenes* передаваемых преимущественно воздушно-капельным путем, характеризующихся поражением верхних дыхательных путей, кожных покровов с местными нагноительными процессами и развитием постстрептококковых аутоиммунных и токсико-септических осложнений. Заболеваемость рожей (*S. erysipelas*) в России составляет 10-12 чел. на 10 тысяч населения [2], в странах Европы – 4,3 на 10 тысяч населения [Godoyetal, Smolle 2000, JL Schmit, 2001]. Отмечается рост случаев тяжелых форм рожи и рецидивирующего течения заболевания [1].

Цель: выявить ассоциации полиморфизма гена CYP1A1 (Ile 462Val) (rs1048943) в развитии заболевания рожей (*erysipelas*) у пациентов РТ.

Материалы и методы: Основную группу составили 71 пациентов различными формами рожи (эритематозная – у 33 (46%) и эритематозно-буллезная – у 38 (54%) больных, соответственно) в возрасте от 55 до 78 лет. Достоверно чаще заболевание встречалось у женщин (69%), чем у мужчин (31%). Первичная рожа диагностирована у 38 (53%), рецидивирующая у 33 (47%) больных. Группу контроля составили 71 здоровых. ДНК выделяли из венозной крови с использованием стандартной процедуры, включающей выделение и лизис клеток крови, гидролиз белков протеиназой К, очистку ДНК экстракцией фенолом/хлороформом и осаждение ДНК этанолом. Генотипирование полиморфных локусов проводили методом ПЦР.

Результаты: В результате проведенных исследований получены статистические оценки частот аллелей и генотипов исследуемых ДНК-локусов ОНП гена CYP1A1 (Ile 462Val) первой фазы детоксикации ксенобиотиков у больных рожей, и выявлены генетические маркеры предрасположенности к заболеванию у лиц, проживающих в Республике Татарстан. Установлено, что полиморфизм Ile462Val гена CYP1A1 чаще регистрируется у больных рожей ($x_2 = 15,485$, при $p=0,001$) генотипа Ile/Val – 79% (ОШ=4.3, 95% CI: 2,059-8,978, $p<0,001$) и Val/Val- 3% (ОШ= 2,03, 95% CI=0,1798 – 22,896; $p>0,05$) с частотой аллеля *Val (ОШ=2,2369 95% CI=1,348- 3,7121; $p<0,001$) по сравнению с группой здоровых лиц и достоверно коррелирует с развитием рожи.

Согласно ранее проведенным исследованиям замена аминокислоты изолейцина (Ile) на валин (Val) в 462 кодоне 7 экзона (в двух аллелях) молекулы цитохрома P-450 CYP1A1 (Ile462Val) приводят к синтезу фермента, активность которого в 2 раза выше, чем в исходном белке, что ведет к увеличению токсических метаболитов I фазы детоксикации [3]. Активация генов цитохрома P-450 стимулирует развитие окислительного стресса, усиливает синтез провоспалительных цитокинов [4].

Возможно, полиморфный вариант Val гена CYP1A1, увеличивая активность фермента, приводит к образованию большого количества токсичных интермедиатов, ускорению свободнорадикальных процессов в клетках, окислительному стрессу и дисбалансу в окислительно-антиоксидантной системе, что является ведущим патогенетическим механизмом развития рожи [5].

Нами выявлено влияние носительства генотипа Ile/Val и Val/Val на изменение показателей уровня детоксикации. с развитием заболевания и увеличением в значительной мере как у лиц женского, так и у лиц мужского пола.

Таким образом, генотипирование полиморфизма CYP1A1 (462 Ile /Val) может являться дополнительным маркером ранней диагностики и профилактики рожи у населения РТ.

Список литературы.

1. Briko, N. I., Glushkova, E. V, Nosik, A. G., Dmitriev, A. V, Dmitrieva, N. F., Kleimenov, D. A., & Lipatov, K. V. (2014). Frequency of diseases caused by group A streptococci among invasive infections of soft tissues and characteristics of the causative agent. *Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii, i immunobiologii.* – 2014; (5), 24–31.

2. Erovischenkov A.A., Briko N.I., Malyshev N.A., Potekaeva S.A., Kovalyov E.V., Kardonova E.V., Ivanova I.V., Mikhaylenko O.S., Sanin B.I., Prokhorov N.A., Sinitsyn O.V., Pyrozhkov G.Y., Chernyaeva T.A., Borisenkova L.I., Adamovskaya T.V. Clinical and epidemiological characteristics of erysipelas in Moscow in recent years // *Infectious diseases.* – 2015. – Т. 13, № 1. – S. 46-52.

3. Genova O.A., Morozova O.I., Lebedko O.A., Kozlov V.K.. Peculiarities of oxidative status and polymorphism in genes of xenobiotics detoxication enzymes in adolescents with non-differentiated connective tissue dysplasia. // *Far Eastern State Medical University Mother And Child Care Institute at SB RAMS.* 2010; 3:114-116.

4. Emene, C. P., Kravchenko, I. E., Aibatova, G. I., & Rizvanov, A. A. Polymorphism of genes of the antioxidant system in patients with erysipelas and their role in development of the disease. // *Genes and Cells.* 2015;10 (4): 118–122.

5. Garmonov S.Yu., Shitova N.S., Yakovleva A.V., Kravchenko I.E., Zaripova R.G., Fazylov V.Kh. Inderect determination of the microsomal oxidase activity of hepatocytes and the effect of this activity during streptococcal angina // *Pharmaceutical Chemistry Journal.* 2008; 42 (12):659-664.

Карбышева Н.В., Бобровский Е.А., Салдан И.П.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ КАК СИСТЕМНЫЙ ПРОЦЕСС В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Среди многочисленных причин, влияющих на состояние здоровья современного человека, 4-е место занимают болезни, вызываемые паразитическими червями – гельминтами. Высокий, по сравнению с микроорганизмами, уровень организации эукариот определяет взаимодействие с организмом хозяина гораздо более сложное и многообразное, чем у паразитических прокариот. В то же время при гельминтозах развиваются не только аллергия, но и нарушения функций многих органов и систем: печени, почек, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, системы пищеварения, жирового, углеводного, минерального обменов, гормонального фона. Такой клинический полиморфизм, обусловленный, в ряде случаев, системным характером патологии, нередко не ассоциируется с глистной инвазией и недостаточно известен врачам как симптомы паразитарного заболевания. В их числе – вульвовагиниты, алопеция, поражение глаз, кожи, суставов, дисбактериозы, мигрени и т. д. При этом возрастает чувствительность зараженного организма к инфицированию другими возбудителями инфекций, и, одновременно, снижается его резистентность к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. И пациенты в течение длительного времени безуспешно пытаются найти решение проблем у пульмонологов, аллергологов, гастроэнтерологов, иммунологов, кардиологов и других специалистов.

Особое место среди системных гельминтозов занимает описторхоз вследствие многолетней формы сосуществования паразита с организмом хозяина. Как показали исследования, в процессе длительной персистенции *Op. felineus* развиваются выраженная деструкция и системность поражения, о чем свидетельствуют результаты определения уровня аутоантител к антигенам нативной и денатурированной ДНК у больных хроническим описторхозом. Необходимо отметить, что наличие выраженной деструкции не зависит от течения описторхоза – латентного или манифестного. В процессе проведенных исследований было установлено, что продолжительность деструктивных процессов (свыше полугода) превышает регламентируемые сроки диспансерного наблюдения таких больных. Высокие уровни аутоантител к нативной и денатурированной ДНК выявляются весь период наблюдения – в течение полугода. Это является отражением роли аутоиммунных реакций в патогенезе инвазии, обуславливает неполное клиническое выздоровление и может быть существенной составляющей постописторхозных явлений, даже при эффективной дегельминтизации.

Отражением нарастания проблемы инвазированности и снижения качества жизни населения является преодоление межвидового барьера нематодами животных, яйца и личинки которых, попадая в организм человека, могут

проходить в нем ранние стадии развития, но не способны завершить свой жизненный цикл. Личинки этих несвойственных организму человека паразитов (*Toxocara canis*, *Toxocara mystax (cati)*, *Dirofilaria repens*, *Gnathostoma hispidum* и др.) совершают извращенную миграцию и нередко длительно сохраняются в жизненно важных органах. Комплекс симптомов, возникающих в результате таких ларвальных (личиночных) инвазий, обозначается обобщенным термином «*Larva migrans*» и формирует проявления системности в виде кожной, висцеральной, глазной, неврологической и смешанной форм паразитозов, что представляется важным, в первую очередь, с позиции своевременности определения квалифицированным специалистом тактики ведения таких больных.

Развивающийся полиморфизм клинической симптоматики как проявление системного процесса патологии при ряде гельминтозов, как антропонозных, так и зоонозных расширяет актуальность данной проблемы, требует повышения знаний врачей всех специальностей, приобретая характер междисциплинарной при оказании своевременной помощи больным и участия врачей разных специальностей

Список литературы.

1. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы): Руководство для врачей /под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2006. — 592 с.

2. Карбышева Н.В., Бобровский Е.А. Оказание помощи больным паразитарными инвазиями. Медицинское обозрение. Наука и практика. 2014;2:25-8.

3. Карбышева Н.В., Лебедева О.А., Садыкова Е.Г., Кудряшова Л.В. Способ комплексного лечения больных паразитарными заболеваниями. XIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Сборник материалов конгресса. — Москва, 2012; 109.

Качина Т.Н., Лиознов Д.А.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В НИЖНЕИЛИМСКОМ РАЙОНЕ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 1999-2015 гг.

Железногорская районная больница, г. Железногорск-Илимский;
Научно- исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, г. Санкт-Петербург;
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Введение. В Российской Федерации на 31 декабря 2015 г. умерли по разным причинам 212579 ВИЧ-инфицированных, в том числе 27564 в 2015 году, что на 12,9% больше, чем в 2014 г. Показано, что наиболее вероятная причина сохраняющегося уровня смертности, связанной с ВИЧ-инфекцией, является позднее начало антиретровирусной терапии.

Цель – анализ причин смерти больных ВИЧ-инфекцией, умерших в Нижнеилимском районе Иркутской области в 1999-2015 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 15 медицинских свидетельств о смерти, 62 извещений о смерти больного ВИЧ-инфекцией, 47 результатов протоколов вскрытий всех больных ВИЧ-инфекцией, умерших в районной больнице (РБ) и участковых больницах Нижнеилимского района Иркутской области, а также лиц, доставленных в патологоанатомическое отделение РБ Нижнеилимского района для аутопсии из дома или найденных на улице в 1999-2015 гг.

Результаты. Из 62 умерших пациентов 66% (41 человек) составили мужчины. Средний возраст – $32,7 \pm 4,6$ лет. Вследствие ВИЧ-инфекции умерли 28 человек (45,1%), ведущим посмертным диагнозом у 18 человек (64,2%) был туберкулез, преимущественно протекавший в генерализованной форме. Вследствие соматических причин или насильственной смерти умерли 25 (40,3%) и 9 человек (14,5%) соответственно. Из 18 больных умерших в стационарах Нижнеилимского района у 4 человек (22%) смерть наступила в первые сутки после госпитализации и 5 человек (27,8%) погибли в первые 3-е суток нахождения в стационаре. Ретроспективный анализ 24 историй болезни умерших больных, включая истории болезни предыдущих госпитализаций, в том числе не связанных с ВИЧ-инфекцией, показал, что лишь 6 больных находились на диспансерном наблюдении и получали антиретровирусные препараты, из них 5 пациентов не были привержены терапии и нарушали режим лечения. Остальные больные не регулярно наблюдались или не состояли на диспансерном наблюдении у врача-инфекциониста.

Отмечено изменение причин смерти больных ВИЧ-инфекцией в динамике, и, в частности, увеличение с 2009 г. числа умерших, вследствие заболеваний, обусловленных специфической иммуносупрессией. Возможно, это связано с естественным течением ВИЧ-инфекции и ее прогрессированием у больных, инфицированных в середине и конце 90-годов прошлого столетия.

Заключение. Почти у половины больных смерть была обусловлена прогрессированием ВИЧ-инфекции. Для всех умерших была характерна недостаточная приверженность диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции.

Полученные результаты подтверждают важность своевременного и раннего выявления лиц, инфицированных ВИЧ, проведение их регулярного диспансерного наблюдения и повышение приверженности наблюдению и антиретровирусной терапии.

Список литературы.

1. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2012. ЮНЭЙДС, Женева, С.212.

2. Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ. <http://www.hivrussia.org/files/spravkaHIV2014.pdf>

3. Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г. ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора. https://docviewer.yandex.ru/?url=http%3A%2F%2Faid-centr.perm.ru%2Fimages%2F4%2Fhiv_in_russia%2Fhiv_in_rf.PDF&name=hiv_in_rf.PDF&lang=ru&c=57edc0408637

4. Юрин О.Г., Шахгильдян В.И., Ермак Т.Н., Кравченко Л.В. Анализ причин летальных исходов больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2010, Т.3, С.19-22.

5. Аитов К.А., Шарифулина Н.Л., Макарова С.В.. Анализ смертности ВИЧ-инфекцией в терминальной стадии заболевания // MEDICUS, 2016, №3 (9), с.53-55.

Klempa B.

BROAD RESERVOIR HOST RANGE OF HANTAVIRUSES UNDERLINES THEIR ZONOTIC POTENTIAL

Institute of Virology, Biomedical Research Center, Slovak Academy of Sciences, Bratislava, Slovakia, and Institute of Medical Virology, Helmut-Ruska-Haus, Charité Medical School, Berlin, Germany

Hantaviruses are important human zoonotic pathogens causing a febrile illness with renal and/or pulmonary impairment, also called hemorrhagic fever with renal syndrome or hantavirus cardiopulmonary syndrome. Hantaviruses were for decades considered to be typical rodent-borne viruses. However, since 2007, more than 30 new hantaviruses were described in unexpected hosts such as shrews, moles and most recently even bats, world-wide.

In general, hantaviruses are very strictly associated with their natural reservoir hosts. This strict association is reflected also in their phylogeny; rodent-associated hantaviruses form three major evolutionary clades which correspond to the three Muridae subfamilies of their natural hosts. Important human pathogens such as Hantaan virus (HTNV), Seoul virus (SEOV), and Dobrava-Belgrade virus (DOBV) are examples of Murinae-associated hantaviruses, Puumala virus (PUUV) belongs to the Arvicolinae-associated hantaviruses while the American Sin Nombre virus or Andes virus are members of Sigmodontinae-associated hantaviruses. The novel non-rodent-associated hantaviruses form additional two phylogenetic groups. Interestingly, recent phylogenetic studies indicate that, although overlooked, the shrew-, mole- and bat-borne hantaviruses are in fact evolutionary older than the well-recognized rodent-borne hantaviruses.

The ongoing discovery of many new hantaviruses in new reservoir hosts raises the questions whether these viruses can infect humans and induce disease as rodent-borne hantaviruses do. These newfound hantaviruses show very high sequence diversity in comparison with rodent-borne viruses causing that there is no or little serological cross-reactivity with the 'conventional' hantaviruses widely used as antigens in diagnostics. This fact most likely explains why these viruses remained

undetected for such a long period of time and their human pathogenic potential is currently unknown. However, there are first reports suggesting that shrew-borne hantaviruses might be pathogenic for humans. Our recent seroepidemiological study utilizing antigens derived from shrew-borne hantaviruses endemic in Africa showed for the first time that also shrew-borne hantaviruses can infect humans.

1. Heinemann P, et al, Human infections by non-rodent associated hantaviruses in Africa. *J Infect Dis* 2016 Sep 6. [Epub ahead of print]

2. Witkowski PT, et al, Phylogenetic analysis of a newfound bat-borne hantavirus supports a laurasiatherian host association for ancestral mammalian hantaviruses. *Infect Genet Evol* 2016; 41: 113-9.

Козлов С.Н., Марков Е.Ю., Урбанович Л.Я.

ГИАЛУРОНИДАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ *VIBRIO CHOLERAЕ*

Иркутский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока, г. Иркутск

Введение. Микробные гидролазы принимают широкое участие в метаболических процессах бактериальной клетки и играют определённую роль в процессах адаптации и персистенции в окружающей среде. Известно, что большое количество патогенных грамотрицательных бактерий продуцируют значительное число гидролитических ферментов, среди которых гиалуронидазам отводится роль в инвазии и дальнейшего распространения патогена через эпителиальные и слизистые барьеры посредством деградации гиалуроновой кислоты, являющейся одним из компонентов экстрацеллюлярного матрикса [1]. У некоторых галофильных представителей семейства *Vibrio* гиалуронидазы играют ключевую роль в развитии заболевания [2] и образования биоплёнок. Сведений о наличии и характеристике гиалуронидаз у холерных вибрионов в доступной литературе нам обнаружить не удалось. Наиболее информативным и наглядным способом, позволяющим определить наличие, состав и свойства ферментов гиалуронидазного комплекса, является проведение субстратного электрофореза в полиакриламидном геле.

Цель работы – изучить способность к гидролизу синтетических аналогов гиалуроновой кислоты препаратами культуральных фильтратов *Vibrio cholerae* eltor O1 и *Vibrio cholerae* O139 серогрупп.

Материалы и методы. В работе было использовано 10 штаммов *Vibrio cholerae* eltor O1, 2 штамма *Vibrio cholerae* O139 серогруппы, и один штамм холерного вибриона классического биовара, выделенных во время эпидемиологических и в благополучный по холере период. Бактерии выращивали на щелочном мясо-пептонном агаре при 37 °С в течение суток. После суточной инкубации культуру смывали физиологическим раствором, определяли концентрацию взвеси и переносили во флаконы с мясо-пептонным бульоном (рН 7,6) с тем расчётом, чтобы в 1 мл содержалось 2×10^8 клеток. Через 2 часа при комнатной температуре с целью стерилизации во флаконы с бактериальной

взвесью добавляли мертиолят натрия в конечной концентрации 0,01% и инкубировали их в течение двух суток на холоду, после чего материал подвергали проверке на специфическую стерильность. После подтверждения специфической стерильности проводили центрифугирование материала при 10000 об/мин, далее супернатант (бесклеточная культуральная жидкость) был диализован и лиофильно высушен. Зимографический анализ осуществляли посредством ДСН-электрофореза в блоках 8% и 12% полиакриламидного геля, содержащего калиевую соль гиалуроновой кислоты в конечной концентрации 0,1% по методу [3]. О наличии гидролитической активности судили визуально по формированию прозрачных полос гидролиза на фоне окрашенного 0,1% алциановым синим субстрата.

Результаты. Сравнительный зимографический анализ показал, что препараты культуральных фильтратов, полученные из клинических токсигенных штаммов холерного вибриона *Vibrio cholerae* eltor O1 M-878, И-1300, *Vibrio cholerae* O139 И-11, И-12, и трёх водных нетоксигенных штаммов O1 серогруппы обладают гиалуронидазной активностью. В спектре ферментов у указанных препаратов насчитывается около 6 гиалуронидаз, молекулярная масса которых лежит от 120 до 50 кДа. Интересно отметить, что у препаратов *Vibrio cholerae* классического биовара гиалуронидаз обнаружено не было.

Заключение. С помощью субстратного электрофореза нами впервые выявлена активность секретируемых гидролитических ферментов в отношении гиалуроновой кислоты, обнаружены качественные и количественные различия их состава в зависимости от эпидзначимости исходных штаммов.

Список литературы.

1. Singh B., Fleury C., Jalalvand F., Riesbeck K. Human pathogens utilize host extracellular matrix proteins laminin and collagen for adhesion and invasion of the host // *FEMS Microbiol. Lett.* – 2012. – Vol. 36, N 6. – P. 1122–1180.
2. Percival S.L., Chalmers R.M., Embrey M., Hunter P.R., Sellwood J., Wyn-Jones P. *Microbiology of waterborne diseases* // Elsevier Academic Press, London. – 2004. – P. 197–209.
3. Miura R.O., Yamagata S., Miura Y., Harada T., Yamagata T. Analysis glycosaminoglycan-degrading enzymes by substrate gel electrophoresis (zymography) // *Anal. Biochem.* – 1995. – Vol. 225, N 2. – P. 333–340.

***Корнева А. В., Николаев В. Б., Иванова Т. А., Мухтургин Г. Б.,
Старовойтова Т. П., Марков Е. Ю., Мазепа А. В., Попова Ю. О.***

ПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТОВ КЛЕТОЧНЫХ СТЕНОК ТУЛЯРЕМИЙНОГО МИКРОБА РАЗНЫХ ПОДВИДОВ

Иркутский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока, г. Иркутск

Туляремия – зоонозная инфекция, ее этиологическим агентом является *Francisella tularensis*, природные очаги которой широко распространены во

всем Северном полушарии, в том числе на территории Российской Федерации, и приурочены к различным климатическим зонам с разнообразными ландшафтами. Природным резервуаром туляремийного микроба являются, главным образом, грызуны и зайцеобразные. Заражение происходит контактным, трансмиссивным, алиментарным и аспирационным путями [1].

В связи с высокой вирулентностью, контагиозностью и возможностью заражения трансмиссивным и аспирационным путем, *F. tularensis* внесена в список потенциально опасных агентов биотерроризма [2].

Локализация иммунодоминантных антигенных детерминант (липополисахаридов, белков наружных мембран) на поверхности клеток туляремийного микроба, формирующих его характерную полиэпитопную антигенную структуру, а также данные о высокой протективной активности субклеточных фракций и белков наружных мембран туляремийного микроба [3, 4] обуславливают возможность использования таких комплексных антигенов, в качестве компонентов при создании безопасных и эффективных профилактических и диагностических препаратов.

Используемые в большинстве исследований способы обеззараживания (кипячение, обработка формалином или фенолом) в значительной степени оказывают деструктивное воздействие на биологические свойства клеточных структур, в том числе белков микробной клетки, что делает актуальным поиск щадящих способов инактивации микробной массы, позволяющих получать специфически стерильные препараты субклеточных фракций с сохранением биологических свойств для их последующего изучения.

В связи с этим перспективным является способ получения препаратов субклеточных фракций возбудителя туляремии путем обработки микробной массы 4,5 М раствором мочевины с последующим ее инкубированием при 37 °С в течение 24 ч. и дальнейшего дифференциального центрифугирования. Установлено, что обработка раствором мочевины живых туляремийных клеток позволяет получать специфически стерильные лизаты для выделения препаратов субклеточных фракций с сохранением их иммунобиологических свойств.

В работе использованы шесть препаратов клеточных стенок (КС), полученных из штаммов живых культур: *F.tularensis* Utah 112 subsp. *novicida*, *F. tularensis* A-61 subsp. *mediasiatica*, *F.tularensis* B-399 A-Cole subsp. *tularensis*, *F. tularensis* 21/400 subsp. *holarctica*, *F.tularensis* 306 subsp. *holarctica*, *F. tularensis* 15 НИИЭГ subsp. *holarctica* музея живых культур Иркутского научно-исследовательского противочумного института.

Сертифицированных белых беспородных мышей массой 18-20 г обоих полов (по шесть особей в группе) иммунизировали препаратами исследуемых штаммов *F. tularensis* подкожно в дозах от 3,8 до 95 мкг/мышь в расчете на содержание белка в препарате. Контрольной группой служили мыши, получившие подкожно по 0.5 мл физиологического раствора. На 14 и 28 сут. после иммунизации проводили заражение животных вирулентным штаммом *F.tularensis* 306 subsp. *holarctica* подкожно дозой 100 DCL (100 м. кл.). Живот-

ные после заражения находились под наблюдением в течение 14 сут. Работа с животными выполнялась в соответствии с «Правилами лабораторной практики» утвержденных Приказом МЗ и СР РФ №708н от 23.08.2010 г.

В результате проведенных исследований показано, что наиболее высокой протективной активностью при заражении животных на 14 сут. обладали препараты КС *F. tularensis* A-61 subsp. *mediasiatica* (ЕД50 87,0 мкг), на 28 сут. КО *F. tularensis* A-61 subsp. *mediasiatica* и *F. tularensis* B-399 A-Cole subsp. *tularensis* (ЕД 50 74.8 и 51.5 мкг соответственно).

Таким образом, с помощью обработки живых клеток *F. tularensis* раствором мочевины с последующим дифференциальным центрифугированием были получены субклеточные фракции, обладающие протективными свойствами в экспериментах с лабораторными животными. Приведенные данные позволяют рассматривать полученные препараты клеточных оболочек туляремийного микроба в качестве перспективных компонентов для создания иммунопрофилактических средств.

Список литературы.

1. Олсуфьев Н.Г., Руднев Г.П. Туляремия. – М.: Медгиз. 1960. – 459 с.
2. Онищенко Г. Г., Сандахчиев Л.С., Нетесов С.В., Мартынюк Р.А. Биотерроризм: национальная и глобальная угроза. // Вестник РАН. – 2003. – № 3 (73). – С. 195–204.
3. Huntley J F, Conley P G, Rasko D A et al. Native outer membrane proteins protect mice against pulmonary challenge with virulent type A *Francisella tularensis* // *Infect. Immun.* – 2008. – Vol. 76. – P. 3664 – 3671.
4. Марков Е. Ю., Николаев В. Б., Загоскина Т. Ю. и др. Протективная активность субклеточных фракций *Yersinia pestis* при экспериментальной чуме у белых мышей // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. – 2004. – №3 (64). – С. 123–127.

Котту Б. К.

СПЕЦИФИЧНОСТЬ ПАРАЗИТО-ХОЗЯИННЫХ СВЯЗЕЙ ПЕРЕНОСЧИКОВ ЧУМЫ

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь

Специфичность условий определяет жизнедеятельность блох и, как следствие, их роль в трансмиссии чумы. Природные очаги чумы на территории России и сопредельных стран расположены в пределах степной и пустынной природных зон (Онищенко и др., 2004).

Важным аспектом оценки значения отдельных экологических факторов в условиях конкретной природной зоны являются характеристика отношений, формирующихся между блохами и их хозяевами, – млекопитающими и птицами.

Нашей целью было составить краткий обзор имеющихся в печати сведений о паразито-хозяйинных связях блох на этой территории, в первую очередь, о блохах млекопитающих.

В России и сопредельных странах обитают блохи, относимые к 410 видам (Котти, 2013). В границах рассматриваемой территории известны представители 266 видов. Из них 238 связаны с млекопитающими, 28 – паразиты птиц.

Подавляющее число видов блох млекопитающих приходится здесь на паразитов грызунов, в несколько раз меньше блох, связанных с зайцеобразными, рукокрылыми, хищными и насекомоядными и только 4 вида паразитируют на парнокопытных.

Каждый вид паразитирует, как правило, на представителях одного отряда млекопитающих. Можно привести лишь несколько примеров паразитирования отдельных видов блох на зверях двух отрядов. Так, блохи *Callopsylla caspia* и *Frontopsylla hetera* связаны с грызунами (Cricetidae) и зайцеобразными (Ochotonidae). а *Hystriehopsylla talpae* и *H. satunini*, являются паразитами насекомоядных (Talpidae) и грызунов (Cricetidae). Представители семейства Vermipsyllidae поражают многих хищных и некоторых парнокопытных. Семейство Pulicidae включает паразитов всех отрядов зверей, имеющих блох, кроме рукокрылых. Только рукокрылых поражают представители сем. Ischnopsyllidae.

Звери отряда хищных являются основными хозяевами для блох 16 видов. *Pulex irritans* – блоха, поражающая зверей сем. псовых (Canidae), куньих (Mustelidae) и кошачьих (Felidae). Несколько видов являются общими паразитами для зверей семейств псовые и куньи. Среди других представителей куньих виды куниц (род *Martes*) служат хозяевами для блох других видов. Мелкие куньи, ласка и горностай (род *Mustela*) – общие прокормители *C. homoea*; бурый медведь – основной хозяин *C. hyaena*.

Грызуны служат основными хозяевами для большинства видов блох: всех представителей Coptopsyllidae и большинства видов блох семейств Ceratophyllidae, Leptopsyllidae и Hystriehopsyllidae.

Некоторые из этих блох поражают широкий круг хозяев, включающий представителей разных семейств, обитающих в одних и тех же стациях. Для таких живущих в степных ландшафтах хомяковых (сем. Cricetidae), как полевочки (подсем. Arvicolinae) а также сусликов из семейства беличьих (Sciuridae) многие блохи являются общими.

Вместе с тем, каждое из семейств грызунов обладает свойственными только ему блохами. Таковы беличьи, два семейства тушканчиков, хомяковые. Для ряда совместно обитающих видов подсемейств Cricetinae и Arvicolinae многие виды блох являются общими. Для ряда видов грызунов этих подсемейств можно назвать специфичных блох.

В природных очагах чумы обитают, как правило, те же виды блох, что и на окружающей территории. Однако, ведущее значение в трансмиссии имеют блохи грызунов и зайцеобразных. Для природных очагов чумы на территории

России число переносчиков ограничено несколькими десятками видов (Матросов, 2007).

Список литературы.

1. Котти Б.К. Каталог блох (Siphonaptera) фауны России и сопредельных стран. Ставрополь: Альфа Принт, 2013. – 156 с.
2. Матросов А.Н. Совершенствование эколого-эпизоотологического мониторинга и неспецифической профилактики в природных очагах чумы на территории Российской Федерации. Автореф. дисс. докт. биол. наук. Саратов, 2007. – 47 с.
3. Онищенко Г.Г. и др. Природные очаги чумы Кавказа, Прикаспия, Средней Азии и Сибири. – М.: Медицина, 2004. – 192 с.

***Краснова Е.И., Жираковская Е.В., Капустин Д.В., Хохлова Н.И.,
Соколов С.Н., Тикунова Н.В., Позднякова Л.Л.***

ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГАСТРОЭНТЕРИТЫ У ВЗРОСЛЫХ

Новосибирский государственный медицинский университет, кафедра
инфекционных болезней, г. Новосибирск;
Институт химической биологии и фундаментальной медицины, лаборатория
молекулярной микробиологии, г. Новосибирск;
Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор»,
р.п. Кольцово;
Городская инфекционная клиническая больница №1, г. Новосибирск

Острый гастроэнтерит (ОГЭ) остается глобальной проблемой здравоохранения во многих странах мира [1]. В последние десятилетия, благодаря развитию методов молекулярной биологии, достигнут значительный прогресс в диагностике и изучении вирусных ОГЭ, большая часть исследований касается детской популяции [2, 3]. Данные о частоте вирусных ОГЭ и их проявлениях у взрослых немногочисленны [4, 5]. Цель исследования – изучение частоты и клинико-лабораторных особенностей вирусных ОГЭ у взрослых жителей Новосибирска.

Обследованы 363 больных в возрасте от 16 до 82 лет, без признаков иммуносупрессии, госпитализированных с диагнозом «острый гастроэнтерит» в зимне-весеннем сезоне 2016 г. Наряду с общепринятыми методами диагностики, методом полимеразной цепной реакции исследовались фекалии для выявления и дифференциации ротавирусов группы А (HRVA) и группы С (HRVC), норовирусов второй геногруппы (HNoV GII) и астровирусов (HAstV) с использованием набора оригинальных специфических праймеров.

Из числа обследованных 363 больных ОГЭ доля верифицированных бактериальных инфекций была 13,4%, протозоозов – 1,7%. С применением метода ПЦР вирусные инфекции были диагностированы у 71 больного и составили 19,6% Преобладающей была норовирусная инфекция – 10,2% случаев всех

ОГЭ, реже выявлялись ротавирусная и астровирусная инфекции – 7,7% и 1,7% соответственно.

Доля вирусных диарей в общей структуре ОГЭ у взрослых была выше в зимние месяцы – 29,3% в январе и 29,7% в феврале, а затем снизилась в весенние месяцы. Преобладание норовирусов в зимнем сезоне сменилось преобладанием ротавирусов в весеннем сезоне 2016 г. Частота выявления астровирусов не зависела от сезона. Среди пациентов с вирусным ОГЭ доминировали лица молодого возраста. Среди больных вирусной диареей женщины составляли большинство – 62,0%. Практически у всех больных (99,4%) была диагностирована среднетяжелая форма болезни.

Заболевание начиналось с лихорадки, которая была у двух третей больных субфебрильной и у остальных умеренной, ее продолжительность варьировала от 1 до 4 дней. У всех пациентов наблюдалась водянистая диарея, которая чаще продолжалась от 2 до 3 дней. Рвота отмечалась у 58,3% больных и была кратковременной – 1-2 дня. Боли в животе были слабой интенсивности и локализовались преимущественно в эпигастрии и мезогастррии. Сопоставление частоты и продолжительности клинических симптомов в группах больных вирусными ОГЭ различной этиологии не выявило достоверных отличий. При копроскопии у больных вирусным ОГЭ лишь в трети случаев трети выявлены единичные измененные лейкоциты. В гемограмме у больных вирусным ОГЭ при поступлении число лейкоцитов было в норме у большинства (89,2%). У десятой части пациентов регистрировался лейкоцитоз, его уровень варьировал от 10,7 до 13,3 x 10⁹/л. Лейкопения выявлена у 4,2% больных. Изменения в лейкоцитарной формуле были представлены лимфоцитозом у каждого пятого и нейтрофиллезом у каждого десятого пациента.

Полученные результаты соответствуют данным литературы о значительной доле вирусных агентов в этиологической структуре ОГЭ с преобладанием норовирусов и малой частотой выявления астровирусов у взрослых, зимней сезонности вирусных диарей [1, 3-5]. Сравнительный анализ ведущих симптомов, показателей гемограммы и копрограммы в группах больных с различной этиологией вирусного ОГЭ не выявил достоверных отличий. Это определяет необходимость разработки и внедрения в практику универсальных тест-систем для выявления наиболее распространенных вирусных агентов, возбудителей ОГЭ.

Список литературы.

1. Desselberger U. Global issues related to enteric viral infections. *Virus disease* 2014; 25 (2): 147-149.
2. Agócs M.M. WHO global rotavirus surveillance network: a strategic review of the first 5 years, 2008-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014; 63 (29): 634-637.
3. Ahmed S.M. Global prevalence of norovirus in cases of gastroenteritis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2014; 14 (8): 725-730.

4. Сагалова О.И., Подколзин А.Т., Абрамычева Н.Ю. и соавт. Острые кишечные инфекции вирусной этиологии у взрослых. Терапевтический архив 2006;78 (11):17-23.

5. Жираковская Е.В., Тикунов А.Ю., Курильщиков А.М. и соавт. Этиологическая структура острых кишечных инфекций у взрослых в Новосибирске. Инфекционные болезни 2013; 11 (2): 31-37.

Креницына Э.В., Демина О.К.

БРУЦЕЛЛЁЗ И ПРОБЛЕМЫ ЕГО ДИАГНОСТИКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Акционерное Общество «Вектор-Бест», г. Новосибирск

В Российской Федерации (РФ), по данным органов государственного санэпиднадзора и Россельхознадзора, эпидемиологическая обстановка по бруцеллезу на протяжении ряда лет остается неблагоприятной [1,2]. Это инфекционное социально-значимое заболевание по-прежнему является сложной и актуальной проблемой для РФ.

Но по данным официальной статистики бруцеллез не относится к широко распространенным в РФ инфекциям. «Официальная» заболеваемость бруцеллезом составляет не более 0,3 и варьирует от 0,02 до 6,04, в зависимости от региона, случая на 100 тыс. населения [1]. С целью выяснения prevalентности (пораженности) этой инфекцией населения, мы провели исследования крови 8057 доноров нескольких сибирских регионов (средне- и высокоэндемичных по бруцеллезу) на наличие антител (АТ) к бруцеллам.

Все образцы донорской крови тестировали в иммуноферментном анализе (ИФА) на наличие специфических АТ классов А, G и М к бруцеллам и в серологических тестах, выявляющих агглютинирующие и не агглютинирующие АТ.

Получены следующие результаты: IgA и/или IgG и/или IgM к бруцеллам выявлены у 68 (1,88%) человек из 3 616 доноров крови из средне-эндемичных районов и у 474 (10,7%) из 4 441 человека, проживающего в высокоэндемичном регионе.

Причин низкой выявляемости бруцеллеза несколько: недостаточная настороженность и информированность врачей разных специальностей по отношению к этой инфекции, в результате чего бруцеллез часто проходит под другими диагнозами; объем обследований групп риска по бруцеллезу не всегда адекватен; использование низко-информативных методов лабораторной диагностики.

Несмотря на то, что почти все лаборатории особо опасных инфекций в РФ оснащены необходимыми средствами диагностики, на практике внедрение современных лабораторных методов проходит медленно. В части лабораторий для диагностики и наблюдения в динамике при хроническом бруцеллезе до сих пор используется реакция Райта в качестве единственного метода,

что не соответствует рекомендациям МУ 3.1.7.1189-03 и выявляет не более 33% больных [3,4].

В 75% лабораторий, где уже внедрена иммуноферментная диагностика, возможности этого метода используются не в полном объеме, что снижает его диагностическую ценность: исследование пациентов только на IgG или на IgG и IgM при подозрении на хронический бруцеллез позволяет выявить не более 76% больных, тогда как при тестировании на все три маркера (IgA, IgG, IgM) возможности точной диагностики достигают 95%.

Выводы. Проведенные исследования показывают, что процент населения, инфицированного возбудителем бруцеллеза, в неблагополучных по этой инфекции регионах достаточно высок. При экстраполяции полученных данных на население СФО эти значения составляют 1,8-10%, тогда как официально регистрируемая заболеваемость бруцеллезом в этих регионах составляет 0,15 – 3,51 на 100 000 населения [1].

Вместе с тем, в этих регионах отмечается неудовлетворительный уровень лабораторной диагностики бруцеллеза, особенно его хронических форм. Это приводит к существенному несоответствию статистических данных по заболеваемости и реальной эпизоотолого-эпидемиологической ситуации по бруцеллезу.

Список литературы.

1. Анализ эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Российской Федерации в 2015 году и прогноз на 2016 год. Приложение к письму Роспотребнадзора от 11.03.16. №01/2915-16-32.

2. Боровой В.Н., Коломыцев С.А. Эпизоотическая ситуация по социально значимым и особо опасным болезням животных в Российской Федерации за 2015 год. <http://www.vgnki.ru/news/2015/439/>

3. Casanova A., Ariza J., Rubio M. et al.//Clin. Vaccine Immunol. 2009. V.16.N.2. P. 844-851.

4. Нурпейсова А.Х., Сафонов А.Д., Рудакков Н.В. и др.//Национальные приоритеты России. 2009. №2. С. 138-139.

***Круглова О.В., Руденко И.В., Андрушенко О.Н.,
Сацута С.В., Бондаренко Я.В.***

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Луганский государственный медицинский университет, г. Рубежное

Этиологические причины современных острых инфекционных диарей достаточно разнообразны [1]. Согласно данным медицинской статистики, большинство случаев острых инфекционных гастроэнтеритов в настоящее время вызвано вирусами, тогда как бактериальные или протозойные возбудители выделяют сегодня лишь в 15-26% случаев [1]. В целом уменьшение показателя инцидентности бактериальных диарей – одна из основных особенно-

стей современных кишечных инфекций [3]. Все это, на наш взгляд, определяет необходимость пересмотра основных направлений этиотропной и патогенетической терапии острых кишечных инфекций с учетом вирусной этиологии заболевания.

Как известно, сорбенты широко используются в терапии острых диарейных заболеваний [3, 4]. Для проведения рациональной комплексной терапии больных ротавирусной инфекцией наше внимание привлекла возможность использования современного кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь». Для реализации цели исследования было проведено клиническое обследование 62 пациентов с ротавирусной инфекцией, средний возраст обследованных больных был $26,6 \pm 8,8,1$ лет (от 17 до 55 лет), из них мужчин – 52% (32 пациента). Больные, находившиеся под наблюдением, были разделены на две рандомизированные по полу и возрасту группы. Основную группу составили 31 пациент, которые наряду с базисной терапией получали кремнеземный энтеросорбент «Белый уголь» по 2-3 таблетки за 30-40 минут до приема пищи или лекарственных препаратов 3-4 раза в день на протяжении 5-7 дней. Группа сопоставления также включала 31 больного, при лечении которых применяли только базисную терапию (оральная либо парентеральная регидратация, сорбенты (другой фармгруппы), ферменты).

У всех пациентов, находившихся под наблюдением, вирусная этиология заболевания подтверждалась методами иммуноферментного анализа, проводимых на 1-е сутки госпитализации. Все больные переносили заболевание в среднетяжелой форме, при этом у 50 (80,6%) лиц ротавирусная инфекция протекала по типу гастроэнтерита, у 4 (6,4%) – энтерита, у 8 (12,9%) – гастроэнтероколита, при этом стул был водянистый, пенистый с небольшим количеством патологических примесей. Максимальная кратность стула отмечалась на 2-й день заболевания. Рвота у большинства больных (83,9%) регистрировалась с первого дня болезни. Температура достигала фебрильных значений у 82,3% больных. Всех пациентов беспокоили слабость, вялость, снижение или отсутствие аппетита, сонливость, в ряде случаев (58,1%) – тошнота.

Оценка клинического течения ротавирусной инфекции у обследованных больных показала, что включение в комплексную терапию препарата «Белый уголь» способствовало сокращению продолжительности основных проявлений заболевания, улучшилось общее состояние и самочувствие в виде уменьшения слабости, практически у всех больных улучшился аппетит, нормализовался характер стула. В группе сопоставления на фоне базисной терапии в течение 5 дней динамика была менее выражена, хотя отмечалось небольшое улучшение общего самочувствия. Применение препарата «Белый уголь» приводило к достоверному сокращению длительности периода интоксикации и лихорадки. Слабость, вялость, снижение аппетита, сонливость при ротавирусной инфекции купировались быстро и составили в среднем $2,3 \pm 0,22$ ($p \leq 0,05$). Длительность астеновегетативного синдрома при использовании только базисной терапии была достоверно более продолжительной и состави-

ла в среднем при ротавирусной инфекции $3,2 \pm 0,22$ ($p \leq 0,05$). Сокращалась продолжительность лихорадки у больных с ротавирусной инфекцией после приема препарата «Белый уголь» соответственно до $2,4 \pm 0,31$ ($p \leq 0,05$) дней, в то время как длительность лихорадки при использовании только базисной терапии равнялась в среднем $3,2 \pm 0,33$ ($p \leq 0,05$) дней. В группе больных, получавших препарат «Белый уголь» имела место более быстрая нормализация характера и кратности стула, при этом сокращалась длительность диареи до $3,1 \pm 0,45$ дней ($p \leq 0,05$), тогда как в группе больных, получавших только базисную терапию, длительность диареи составила, соответственно $5,5 \pm 0,53$ дней ($p \leq 0,05$). Средняя длительность госпитализации оказалась меньше у лиц основной группы – $7,1 \pm 1,0$ дня, по сравнению с больными группы сопоставления – $7,9 \pm 0$, дня.

Таким образом, как видно из полученных данных, применение сорбента «Белый уголь» в терапии больных ротавирусной инфекцией является клинически эффективным, что позволяет рекомендовать данное назначение препарата в комплексе лечения данной патологии.

Список литературы.

1. Анастасий И. А. Острые инфекционные диареи: алгоритмы ведения пациентов //Ж. Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. – 2006. – Т. 6. – С. 50-54.

2. Попова В.С. Острые кишечные инфекции – современное состояние проблемы // В.С. Попова, Кашина М.В., Рядечко В.В. //Проблемы экологической и клинической иммунологии, аллергологии. – 2015. – Вып. 3. – С. 87-89.

3. Халлиулина С.В. Терапия острых кишечных инфекций (обзор литературы) / С.В. Халлиулина, В.А. Анохин // Журнал инфектологии (приложение). – 2014. – Том 6, №4. – С. 9-18. – С. 9-18.

4. Энтеросорбция / под ред. Н.А. Белякова. – Л.: Центр сорбционных технологий, 1991. – 329 с.

Kruger D.H.

HANTAVIRUS DISEASE AS A GLOBALLY EMERGING HEALTH THREAT

Institute of Medical Virology, Helmut-Ruska-Haus, Charité Medical School,
Berlin, Germany

Hantaviruses are considered to belong to the group of emerging viruses; this has mainly to do with the frequent identification of novel hantaviruses and their role as life-threatening human pathogens. The viruses are harbored by small mammals as natural reservoirs and transmitted to humans mainly by aerosols. The different hantaviruses are typically carried by a specific animal reservoir each.

After an incubation time of usually 2 – 3 weeks, the clinical picture is dominated by rapid onset of high fever and “flu-like” symptoms, back/flank/abdominal

pain, in a next phase hypotension and occasional bleedings, and in severe cases the development of renal and/or cardiopulmonary failure. The pathogenesis of hantavirus disease is characterized by changes in blood coagulation, vasodilatation and disturbances in the barrier function of the capillaries, resulting in extravasation of blood and inflammatory processes in the affected organs. The case-fatality rate depends on the particular hantavirus which infected the patient (as well as on the standard of medical care); it can reach levels of 30-50% after infection by South American viruses.

In Europe, in addition to the nearly ubiquitous Puumala hantavirus, Dobrava-Belgrade hantavirus (DOBV) plays an important role as human pathogen. In the Central European Russia, we have characterized large disease outbreaks caused by DOBV genotype Kurkino. Very recently we have discovered a novel DOBV genotype, Sochi, in the Black Sea region of Southern European Russia. Sochi virus infections lead to moderate to severe clinical courses with case-fatality rates as high as 15%.

Treatment of the disease is based on clinical symptoms and occasionally includes hemodialysis, oxygenization and/or shock therapy, moreover, there are single reports on new promising treatment options. Active immunization on the basis of inactivated virus preparations is used in countries like China and Korea, however, there are no licensed vaccines available in many other regions. Therefore, exposition prophylaxis is the most important approach to prevent hantavirus infections. All these efforts focus on the prevention of contacts between humans and potentially infectious small mammals or their excreta.

1. Kruger DH, Figueiredo LTM, Song JW, Klempa B: Hantaviruses – global-ly emerging pathogens. J Clin Virol 2015; 64:128-36.

2. Kruger DH, Tkachenko EA, Morozov VG, et al: Life-threatening Sochi virus infections, Russia. Emerg Inf Dis 2015; 21:2204-8.

*Курдин А.А., Амбалов Ю.М., Коваленко А.П.,
Донцов Д.В., Скрипкина Н.А., Пшенецкая О.А., Бондаренко Л.С.*

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОВЫШЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ КОЖИ И ПОЛИМОРФИЗМОВ ИЛ-28 В У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И ДРУГИМИ ОРВИ

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Несмотря на лидирующее место гриппа и других острых респираторно-вирусных инфекций в острой патологии человека многие аспекты патогенеза этих заболеваний остаются недостаточно понятными (1, 2). Естественно это не может не отразиться самым негативным образом на их лечении и профилактике (2). В частности, не изучена патогенетическая роль полиморфизмов гена ИЛ-28 В у больных гриппом и другими острыми респираторно-вирусными заболеваниями. Между тем, именно этот ген причастен к произ-

водству в организме человека одного из самых мощных факторов неспецифической защиты от вирусных инфекций – лямбда-интерферона (2, 3).

Не так давно мы столкнулись с достаточно странным явлением, которое наблюдалось у больных гриппом и другими острыми респираторно-вирусными инфекциями. Речь идет о повышении кислотности кожи у заболевших людей (2). Глубоко же этот патогенетический феномен не исследован.

В связи с этим, целью работы явилось определение клинко-патогенетической роли полиморфизмов гена ИЛ-28 В, кислотности кожи у больных гриппом и другими острыми респираторно-вирусными инфекциями.

В исследование было включено 185 больных с верифицированными с помощью ПЦР гриппом (79 человек), аденовирусной инфекцией (64) и парагриппом (42), находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении со среднетяжелой и тяжелой формами этих заболеваний. Кроме того, под наблюдение были взяты ещё 75 человек с легкими формами гриппа и других острых респираторно-вирусных инфекций, являвшихся членами семей госпитализированных пациентов.

Было установлено, что, если распределение полиморфизмов одной из полинуклеотидных последовательностей ИЛ-28 В rs 12979860 в общей популяции ростовчан (92 человека) выглядит как СС – 56,5±5,2%, СТ – 37,0±5,0% и ТТ – 6,5±2,6%, то у стационарных больных гриппом и другими острыми респираторно-вирусными инфекциями принципиально по-другому, а именно: СС – 1,6±0,9% (т.е. достоверно реже), СТ – 89,7±2,2% (достоверно чаще) и ТТ – также (8,6±2,1%). Но еще более поразительно, что у лиц с легкими формами этих заболеваний распределение rs 12979860 было совершенно иным. СС регистрировался у них в 80,0±4,6% случаев, СТ – в 20,0±4,6%, а ТТ – не встречался вообще. Поскольку СС – является мажорной аллелью, полученные результаты говорят сами за себя. Речь идет о реальном участии лямбда-интерферона в формировании тяжести течения указанных заболеваний.

В отношении rs 8099917 были получены сходные закономерности.

Что касается кислотности кожи, то она оценивалась с помощью портативного рН-метра Extech рН 110 на ладонной поверхности правого предплечья. Удалось установить, что, если показатель рН кожи в норме составляет 5,57±0,025, то у больных гриппом и других ОРВИ в начальном периоде заболевания 4,90±0,01, на 3-и сутки болезни – 5,04±0,01 и при выписке – 5,25±0,01 (во всех случаях $p < 0,001$). Речь идет о явном повышении кислотности кожи у больных гриппом и другими ОРВИ. Причем, удалось зарегистрировать корреляционную зависимость этого показателя от тяжести течения заболевания. Патогенетическая трактовка полученных данных будет обсуждаться в докладе.

Список литературы.

1) Городин В.Н., Мойсова Д.Л., Яковчук Е.Е. и др. Диагностическое значение уровней КФК и ЛДГ при гриппе // Сборник работ "Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России: материалы межрегионального

форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности "инфекционные болезни" Минздрава РФ. – 2016. – С. 71-72.

2) Курдин А.А. Изменение показателей кислотности кожных покровов у больных острыми респираторными инфекциями // Межрегиональная практическая конференция с международным участием "Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика актуальных инфекций и паразитарных болезней". – Ростов-на-Дону, 2015 С. 59-62.

3) Пшеничная Н.Ю., Усаткин А.В., Шмайленко О.А. и др. Грипп В: клинические особенности течения в сезон 2014-2015 гг. // Инфекционные болезни. – 2016. – Т.14. – Прил. №1: матер. VIII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием. – С. 238.

Лазаренко Е.В., Шкарлет Г.П., Жильцова А.Ю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНТОМОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ АБХАЗИЯ С ЦЕЛЬЮ МОНИТОРИНГА ЧИСЛЕННОСТИ И РАЗМЕЩЕНИЯ КОМАРОВ *Aedes (Stegomyia)* *albopictus* Skuse, 1895 В ИЮЛЕ 2016 ГОДА

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь

Aedes albopictus – переносчик возбудителей желтой лихорадки, лихорадок Денге, Зика, Западного Нила и других. За последние три десятилетия из своего первоначального ареала в западной части Тихого океана и Юго-Восточной Азии вид проник в Европу, Африку, на Ближний Восток, Северную, Южную Америку и Карибский бассейн. На Черноморском побережье Кавказа *Ae. albopictus* впервые был обнаружен в районе Большого Сочи в п. Хоста в июле 2011 г. [1]. В результате энтомологического обследования на наличие кровососущих комаров в июле 2016 г. нами выявлено широкое распространение вида *Ae. albopictus* по территории Республики Абхазия. Большое количество отдыхающих граждан Российской Федерации летом 2016 года и высокий пассажиропоток через границу с Республикой Абхазия обуславливают необходимость мониторинга за кровососущими комарами на ее территории.

В период с 19 по 24 июля 2016 г. обследованы 52 (109 точек) открытые станции в г. Сухум, г. Гагра, г. Гудаута, п. Новый Афон, п. Пицунда и п. Цандрыпш. Определение экземпляров проведено по определительным таблицам [2]. Учтено 402 имаго *Ae. albopictus*. При учете на наблюдателя максимальный индекс обилия составил 79,5 (г. Сухум, дендропарк), минимальный 16,5.

Максимальное количество *Ae. albopictus* было отловлено в г. Сухум (179 экз. 44,5% от общего количества отловленных комаров), в лесу на северной окраине с. Маджары (60 экз., 14,9%), в г. Пицунда (54 экз., 13,4%).

Комар *Ae. albopictus* отловлен исключительно в специфических местах обитания: лесные насаждения и придомовая территория, в которых присутствует бытовой пластиковый мусор, наполненный водой; на кладбищах, где выплод происходит в ёмкостях для цветов.

В открытых станциях населенных пунктов Республики Абхазия отловлены 1879 экземпляров личинок *Ae. albopictus*.

Проведенное энтомологическое обследование в июле 2016 г. показало наличие имаго и преимагинальных фаз комара *Ae. albopictus* на территории Республики Абхазия. Необходим дальнейший энтомологический мониторинг зоны риска заселения и обитания *Ae. Albopictus* на юге России и сопредельных территориях, направленный на выявление новых местообитаний, изучение численности и экологических особенностей с целью совершенствования профилактических мероприятий.

Список цитированной литературы:

1. Ганушкина Л.А., Об обнаружении комаров *Aedes (Stegomyia) albopictus* Skuse. На территории Российской Федерации./ Ганушкина Л.А., Таныгина Е.Ю., Безжонова О.В., Сергиев В.П.// Мед. Паразитол. – 2012. – № 1. – С. 3-4.

2. Гуцевич А.В. Комары (Семейство Culicidae)/ Гуцевич А.В., Мончадский А.С., Штакельберг А.А. /Фауна СССР. Насекомые двукрылые. – Л., 1970. – Т. 3, вып. 4.

Лейбов М.И., Лейбова Н.И., Ермакова И.М.

КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Тольяттинская городская клиническая больница №5, г. Тольятти

Цель работы: изучить эхографические особенности печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы и селезенки у больных ВИЧ-инфекцией с обострением хронического вирусного гепатита, находящихся на лечении в инфекционном стационаре.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 160 больных в возрасте 30-45 лет, у которых при клинико-лабораторном обследовании установлено обострение хронического вирусного гепатита. Мужчин было 117 (73,1%), Женщин - 43 (26,9%). Из них гепатитом В страдали 64 пациента – 40,0% (45 мужчин и 19 женщин), гепатитом С – 37-21,9% пациентов (18 мужчин и 19 женщин) и сочетанием гепатит В+С – 61 пациент - 38,1% (54 мужчины и 7 женщин). Всем больным выполнено комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости на аппарате EN VIZOR фирмы ФИЛ-ЛИПС.\ конвексным датчиком частотой 3,5 МГц по стандартной методике.

Результаты. Увеличение размеров печени отмечено у 143 (89,4%) пациентов. Причем диффузное увеличение размеров печени отмечено у 63 (98,3%)

больных гепатитом В, у 7 (17%) больных гепатитом С и у 16 (23%) больных сочетанием гепатита В+С, увеличение только правой доли печени выявлено у 8 (20%) больных гепатитом С и у 26 (43%) сочетанным гепатитом В+С, увеличение левой доли печени отмечено у 23 (55%) больных гепатитом С.

Кроме увеличения и диффузных изменений паренхимы печени у 48% больных преимущественно в группе с увеличением всех размеров печени, независимо от вида гепатита, выявлено неравномерное ограниченное или диффузное утолщение стенки желчного пузыря. У 29 больных (20,1%) отмечалось увеличение размеров и диффузные изменения поджелудочной железы.

Наряду с диффузным увеличением печени во всех группах выявлено увеличение селезенки и признаки портальной гипертензии – расширение воротной вены, гиперваскуляризация паренхимы печени и наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Выводы. При обострении хронического гепатита у больных коинфекцией выявляются изменения желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, что необходимо учитывать в комплексном комбинированном лечении.

Список литературы.

1. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский и соавт.; под общ. ред. В. В. Покровского. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000г.
2. GBV-C-инфекция у ВИЧ-инфицированных пациентов в Российской Федерации / П. Н. Дмитриев и др. / Вопросы вирусологии № 1. – С. 23-26.
3. Эпидемиология и профилактика инфекционных заболеваний: туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В, С. Социально значимые заболевания. /Т.А. Баянова, А.Д. Ботвинкин, Н.Ю. Куприянова/ Учебное пособие. – Иркутск, 2015г.
4. ВИЧ и патогенез СПИДА / Д.Э. Леви; пер. 3-го изд. с англ. Е.А. Монастырской; под ред. Г. А. Игнатъевой/ – М.: Научный мир, 2010.
5. ВИЧ-инфекция и хронические гепатиты: Медицинский тематический архив / Под ред. Н.А.Белякова, А.Г.Рахмановой, В.В.Рассохина. 2014. – №7.

Лиознов Д.А., Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Дьячков А.Г., Кирякова Е.А.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург;
Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина, Санкт-Петербург

Для получения официального разрешения на работу в Российской Федерации трудовые мигранты должны пройти обязательно медицинское обследование. В 2014 году в Санкт-Петербурге среди 365 366 трудовых мигрантов, прошедших обязательное обследование, было выявлено 352 человека, инфицированных ВИЧ, 497 и 456 больных туберкулезом и сифилисом соответ-

ственно. Данные о структуре инфекционной заболеваемости госпитализированных иностранных граждан ограничены.

Цель исследования: охарактеризовать нозологическую структуру инфекционных заболеваний у иностранных граждан, госпитализированных в инфекционный стационар в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ статистических данных о госпитализации иностранных граждан в Санкт-Петербургскую Клиническую инфекционную больницу им. С.П. Боткина в 2015 году.

Результаты. В 2015 году в КИБ им. С.П. Боткина было госпитализировано 1727 иностранных граждан из 69 стран, что оставило 3,9% от общего числа стационарных больных. Большинство пациентов были трудовыми мигрантами и чаще всего имели гражданство Узбекистана, Украины и Таджикистана (27,3%, 13,0% и 12,7% больных соответственно). Средний возраст больных – $31,8 \pm 12,4$ лет. Женщины составили 37% обследованных, из них 20% были беременными с сопутствующей инфекционной патологией или непрошедшие необходимое дородовое обследование.

Основными причинами госпитализаций иностранных граждан были острые кишечные инфекции (35%), острые респираторные вирусные инфекции (28%), тонзиллиты, включая паратонзиллярные абсцессы (15%) и вирусные гепатиты (7%). По данным бактериологического и молекулярно-биологического исследований у больных острыми кишечными инфекциями в 16% случаев был выявлен сальмонеллез, в 5% – ротавирусная инфекция, и по 3% – кампилобактериоз и острая дизентерия. Брюшной тиф выявлен у 2 пациентов. У 72% больных этиологию острых кишечных инфекций расшифровать не удалось. Туберкулез легких установлен у 11 человек. ВИЧ-инфекция была диагностирована у 35 больных (2%), включая 7 беременных и 6 больных с сопутствующим туберкулезом.

Выводы. Таким образом, иностранные граждане, прежде всего, трудовые мигранты, составляют незначительную долю пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар в мегаполисе. Практика обязательного медицинского обследования трудовых мигрантов снижает частоту их госпитализации в инфекционный стационар с диагнозом ВИЧ-инфекция и/или туберкулез. Ведущими в структуре инфекционной заболеваемости являются острые кишечные и острые респираторные инфекции.

Список литературы.

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2014 году». Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. – СПб, 2015. – 215 с.

Лунин А.Д., Тихонов Н.Ю.

ЧС ВЫЗВАННАЯ НАРУШЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ЦИКЛОНА (ТАЙФУНА ЛАНРОК)

Дальневосточный Государственный медицинский университет, г. Хабаровск;
Тихоокеанский Государственный медицинский университет, г. Владивосток

На территории Приморского края с начала ухудшения паводковой обстановки вследствие прохождения циклона подверглось подтоплению более 5500 жилых домов и 6500 приусадебных участков на территории Дальнереченского, Чугуевского, Кавалеровского и Тернейского районов с населением 17099 человек, в том числе 2877 детей, а также 28800 га сельскохозяйственных земель и 18 социально-значимых объектов. Отсутствовала связь и отключались от электроснабжения 52 населенных пункта с 7141 домом, в которых проживает 28599 чел., из них 5827 детей. Наблюдались переливы на 43 участках дорог общей протяженностью 221 км, оставались отрезанными 48 населенных пунктов с 5825 домами, в которых проживает 30154 человека. Было повреждено 72 автомобильных моста. Потенциально опасные объекты, скотомогильники и кладбища в зону подтопления не попали.

В зоне подтопления, по данным департамента сельского хозяйства и продовольствия Приморского края, находилось более 28,8 тыс. га сельскохозяйственных земель.

С начала подтопления было эвакуировано 1436 человек, в том числе 248 детей.

Было подготовлено 25 ПВР, в 4 ПВР находилось 45 человек, в том числе 17 детей.

На территории Приморского края была развернута группировка сил и средств РСЧС, в том числе от Министерства здравоохранения, МЧС России и от Восточного военного округа Минобороны России.

Силами развёрнутой группировки с начала периода ухудшения паводковой обстановки отремонтированы и восстановлены подъездные пути к 34 автомобильным мостам; проведена очистка русел рек от деревьев, мусора, общей протяженностью 11,3 км), проведена распиловка деревьев в объёме 89 м³, укреплено береговой линии 9850 м; произведена откачка 265931 м³ воды из подвалов 29 жилых и 8 административных помещений, и 145 придомовых территории; произведено 33 выезда по доставке технической воды пострадавшему населению; оказана адресная помощь владельцам в очистке от мусора и разборе завалов в 1431 подворьях, вывезено 3303 м³ мусора; осуществлена просушка 191 домов и котельного оборудования на котельных, освободившихся от воды; гуманитарная помощь была оказана 25680 нуждающимся.

Работа по доставке гуманитарной помощи продолжается.

- отремонтированы и восстановлены подъездные пути к 34 автомобильным мостам;
- восстановлено 182 км на 20-и участках дорог;
- проведена очистка просек для проведения связи и электропередачи – 46 км.

Проводился весь комплекс мероприятий, направленных на возможных возбудителей инфекционных заболеваний (на устранение условий для их размножения), на повышение резистентности организма людей, оказавшихся в зоне ЧС, на прерывание возможных путей передачи инфекционных заболеваний.

Выездными бригадами Роспотребнадзора организован контроль качества питьевой воды, воды открытых водоемов, сточных вод, в том числе контроль за неорганизованными источниками водоснабжения.

Всего взято и исследовано 147 проб воды. На водозаборах введена дополнительная водоподготовка, гиперхлорирование.

Проведена очистка местности, утилизация трупов погибших животных и дезинфекционные мероприятия.

В районы ЧС доставлено и выдано населению около 20 тонн бутилированной воды.

Оказание медицинской помощи и доставка медикаментов и дез.средств в ЛПУ края организованы. Санитарно-эпидемиологическая обстановка характеризуется, как стабильная.

Всего вакцинировано 53653 человека, проведено применение бактериофага.

Данные, полученные во время работы в пгт Светлая выездной бригады врачей, свидетельствуют об эффективности проведенных профилактических мероприятий. В первую неделю работы за медицинской помощью обратились 92 человека. У 38% пациентов были диагностированы острые респираторные вирусные инфекции, протекающие в виде острого фарингита, ринита, бронхита. 30% пациентов обратились по поводу обострения хронических заболеваний преимущественно сердечно-сосудистой системы. Ни у одного из обратившихся не были диагностированы пищевая токсикоинфекция, острый вирусный гепатит А или заболевания тифо-паратифозной группы. Кроме лечебной работы проводились подворовые обходы населенного пункта и санитарно-просветительская работа среди населения. В поселке организована медицинская эвакуация тяжелобольных и доставка медикаментов.

Список литературы.

1. Руководство по противоэпидемиологическому обеспечению населения в чрезвычайных ситуациях. – М.: МЧС России, Госкомсанэпиднадзор Российской Федерации, Минздрав Российской Федерации, ВНИИ ГОЧС, ВЦМК «Защита», 1995.

2. Методические рекомендации от 25 сентября 2001 г. № 2510/9978-01-34 «Санитарно-противоэпидемиологическое обеспечение пострадавших и вынужденных переселенцев в чрезвычайной ситуации».

3. Методические рекомендации МР 1.1.0093-14 «Условия организации и функционирования пунктов временного размещения и пунктов длительного пребывания людей, прибывающих из зон чрезвычайных ситуаций».

Любезнова О.Н., Долгих Д.С., Колдаев А.К.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИРОДНО-АНТРОПУРГИЧЕСКИХ ОЧАГОВ «КЛЕЩЕВЫХ» ИНФЕКЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПУТНИКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Кировская область является активным природным очагом «клещевых» инфекций [1]. Нарастающая урбанизация прилегающих к городу Кирову территорий и возрастание числа контактов городских жителей с естественной средой обитания иксодовых клещей приводит к формированию природно-антропургических очагов. Это ведет к повышению эпидемиологических рисков для населения. В настоящее время для изучения границ таких очагов, их типизации, определения эпидемиологического потенциала активно используются спутниковые технологии (геоинформационные системы, методы дистанционного зондирования Земли) [2].

Целью нашего исследования стало проведение эпидемиологической оценки природно-антропургических очагов «клещевых» инфекций с использованием спутниковых технологий на примере модельной территории пригорода г. Кирова с последующей разработкой профилактических мероприятий среди населения.

Материалы и методы. Информация по числу лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу факта присасывания клеща за 2013-2015 гг. была предоставлена Управлением Роспотребнадзора по Кировской области. Обработка данных проводилась с использованием таблиц Microsoft Excel. Спутниковые снимки территорий были получены с помощью геоинформационной системы Yandex Maps. Дешифрирование спутниковых снимков проводилось путем сравнения с соответствующими тематическими картами. В качестве модельной территории было выбрано юго-западное направление пригорода г. Кирова. Области антропогенной трансформации территории контрастировались в условных цветах для улучшения визуального восприятия. Классификация модельной территории по эпидемиологическому риску проводилась исходя из количества лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу факта присасывания клеща.

Результаты и обсуждение. В г. Кирове и пригородах за последние 3 года всего было зарегистрировано 3178 обращений за медицинской помощью по поводу присасывания клеща (в 2013 – 862, в 2014 – 1131, в 2015 – 1185).

Мы выделили 4 основные зоны пригорода – южное направление (район Чистых прудов), юго-западное направление (Чухломинский, Дороницы, Петелинское кладбище), северо-восточное направление (Заречный парк, Пороши-

но, Большая и Малая Субботихи) и северо-западное направление (район Ганино). За период 2013-2015 гг. количество присасываний клещей составило: южное направление – 291, юго-западное направление – 637, северо-восточное направление – 1525, северо-западное направление – 399.

Затем графически мы разбили территорию юго-западного направления, которое явилось модельным на 5 основных типов антропогенно-трансформированных ландшафтов: садово-огородный, жилой частный, жилой городской, промышленный, лесопарковый.

В данных типах ландшафтов было отмечено следующее количество случаев присасывания клещей: садово-огородный – 279, жилой частный – 96, жилой городской – 83, промышленный – 64, лесопарковый – 18.

Модельная территория была классифицирована по эпидемиологическому риску и потенциалу, выявлены наиболее опасные районы по вероятности присасывания клеща. Это поселок Дороницы с деревней Бони, Чистые пруды и садово-огородная территория рядом с ТЭЦ-5. Это связано с наличием большого числа людей, регулярно посещающих данные районы с целью отдыха и садово-огородных работ, а также с близостью природных очагов к данным территориям. То есть в этом природно-антропургическом очаге существуют все условия для дальнейшего роста эпидемиологической опасности, а именно: подходящий тип антропогенно-трансформированного ландшафта, тесное соседство с естественными природными ландшафтами, которые являются «зелеными коридорами» для расширения природных очагов и обилие возможных хозяев для присасывания иксодовых клещей.

Таким образом, работа со спутниковыми технологиями позволяет наглядно представить эпидемиологическую обстановку в конкретном районе, открывает путь для составления подобных карт всех пригородных территорий города Кирова. Это позволит оценить эпидемиологический риск и потенциал данных территорий, а также разработать комплекс профилактических мероприятий. Проведение «прицельных» акарицидных обработок территорий с высоким эпидемическим потенциалом, активная санитарно-просветительская работа среди населения, увеличение охвата вакцинацией будет способствовать снижению риска присасывания клещей и, как следствие, уменьшению заболеваемости «клещевыми» инфекциями.

Список литературы.

1. Любезнова О.Н., Бондаренко А.Л. Эпидемиология клещевых инфекций на севере Волго-Вятского региона // Медицинский альманах. – 2013. – №2 (6). – С.13-117.

2. Рябова А.В. Оценка и прогнозирование эпизоотической активности сочетанных природных очагов ГЛПС, клещевого вирусного энцефалита и иксодовых клещевых боррелиозов (на примере территорий Приволжского и Уральского федеральных округов). Автореф. дис...канд. мед. наук. – Саратов, 2014. – 16с.

Манапова Э.Р., Фазылов В.Х., Гурьянова С.В.

КОРРЕКЦИЯ ЦИТОПЕНИИ ПРИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНОТИПОМ 1

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань,
Институт биоорганической химии им. ак. М.М.Шемякина и
Ю.А.Овчинникова, г. Москва,
АО «Пептек», г. Москва

Среди основных причин неэффективности противовирусной терапии (ПВТ) больных с хроническим гепатитом С (ХГС), – развитие лейко- и нейтропении (НП), при достижении определенной степени выраженности они могут снижать качество жизни, приверженность к ПВТ, что повышает вероятность снижения доз препаратов, перерывов и отмены лечения, что крайне нежелательно, особенно если речь идет о 1 генотипе вируса и, как следствие, приводит к низкой частоте достижения стойкого вирусологического ответа СВО [1,2]. Цель исследования: оценить значение развития цитопений (лейко- и нейтропении) как нежелательных явлений при противовирусной терапии Пег-ИФН- α 2а и рибавирином у пациентов с ВГС-инфекцией (генотип 1) и корректирующую эффективность глюкозаминилмурамилдипептида. В настоящее исследование были включены 63 пациента (59% мужчин и 41% женщин) с ХГС, ранее не получавших ПВТ, все с генотипом ВГС-1 (из них с генотипом 1а – 15 пациентов, с 1b – 42 человека, с генотипами (1а+1b) – 6 исследованных); в возрасте $33,8 \pm 0,7$ года, со сроком инфицирования $6,1 \pm 0,8$ года, с ИМТ $22,4 \pm 1,02$. Исходные показатели определялись высокой вирусной нагрузкой РНК ВГС ($> 400\ 000$ Ме/мл) у 39 (62%) пациентов; уровнем АлАТ – $76,82 \pm 7,84$ ед/л, у мужчин – $66,1 \pm 7,37$ ед/л и $45,0 \pm 4,26$ ед/л у женщин; стадиями F0-F2 (диапазон 2,8-8,6 кРа) по METAVIR.

СВО получен у 51 (81%), не ответили на ПВТ: 8 (13%) человек, рецидив заболевания зафиксирован у 4 (6%) пациентов. У больных до начала лечения среднее количество лейкоцитов и нейтрофилов в периферической крови не отличалось ($p > 0,05$) от уровня здоровых лиц. Число лейкоцитов на сроках 4, 24 и 48 недель снижались на 50% ($p < 0,001$) по сравнению с данными до начала ПВТ с нормализацией к 6 месяцам ($p < 0,001$) после ее окончания. При 1b и 1а+1b генотипах по сравнению с данными при 1а уровни лейкоцитов были достоверно ($p < 0,01$) ниже на сроке 24 недели ПВТ. В процессе ПВТ легкая степень ($1,0-1,3 \cdot 10^9$ /мкл) НП определялась у 27% пациентов, средняя ($0,75-0,99 \cdot 10^9$ /мкл) и тяжелая ($0,5-0,75 \cdot 10^9$ /мкл) – у 35%; крайне тяжелая ($< 0,5 \cdot 10^9$ /мкл) – у 4,5%. Глюкозаминилмурамилдипептид (ГМДП) – представляет собой полусинтетический аналог мурамилпептидов с дополнительным сахарным остатком (N-ацетилглюкозамин) и обладает выраженной иммуномодулирующей [3,4] и гемопоэтической активностью [5], обусловленной его способностью индуцировать секрецию макрофагами гемостимулирующих цитокинов и, в частности, колониестимулирующих факторов и IL-1. С целью кор-

рекции НП пациентам в начале лечения (1–4 месяцы ПВТ) назначался ГМДП в таблетках по 1 мг 2 раза в день сублингвально в течение 20 дней под контролем ОАК с лейкоформулой один раз в неделю, так как именно на ранних сроках наблюдалось развитие НП. Основным критерием использования препарата была средне-тяжелая степень НП, все пациенты имели генотип 1b ВГС. У пациентов с ХГС, находившихся на ПВТ после курса ГМДП, наблюдались увеличение уровня лейкоцитов и повышение ($p < 0,001$) числа нейтрофилов.

Таким образом, при назначении Пег-ИФН- $\alpha 2a$ в комбинации с рибавирином достоверное снижение числа лейкоцитов и нейтрофилов преобладает у пациентов ВГС-моноинфекцией 1b генотипа на стадиях F0-F2 (2,8-8,6 кРа) по METAVIR. При развитии среднетяжелой «ранней» (до 12 недели ПВТ) и для профилактики «поздней» (после 12 недели лечения) нейтропении назначение ГМДП у пациентов с ХГС (генотип 1b) с фиброзом $< F3$ стимулирует лейкопоз и повышает число нейтрофилов, что позволяет не снижать дозы интерферона и повысить эффективность ПВТ.

Список литературы.

1. Бурневич Э.З. Коррекция и профилактика гематологических нежелательных явлений при противовирусной терапии хронического гепатита С. Гепатологический форум. 2006; 2: 15-22.

2. Sulkowski MS. Management of the hematologic complications of hepatitis C therapy. Clin. Liver. Dis. 2005; 9 (4): 601-16.

3. Иванов В.Т., Хаитов Р.М., Андропова Т.М., Пинегин Б.В. Ликопид (глюкозаминилмурамилдипептид) – новый отечественный высокоэффективный иммуномодулятор для лечения и профилактики заболеваний, связанных со вторичной иммунологической недостаточностью. Иммунология. 1996; 2: 4-6.

4. Попова Л. Л. Клинико-патогенетическое обоснование стратегии и тактики иммунотерапии при хроническом вирусном гепатите С: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.10, 14.00.36 / Попова Лариса Леонидовна. – Санкт-Петербург, 2009. – 45 с.

5. Андриянова И.Е., Г.И. Филимонова, Т.М. Андропова. Влияние иммуномодулятора глюкозаминилмурамилдипептида на кроветворение мышей с экспериментальной цитопенией. Радиобиология. 1992; 32 (4): 566-570

*Марьин Г.Г., Бутаков С.С., Кузин А.А., Жарков Д.А.,
Николаев Р.В., Волынков И.О., Сибилев В.И.*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Филиал №5 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко,
г. Москва; 736 Главный центр государственного санитарно-
эпидемиологического надзора, г. Москва;

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;
Медицинская служба Московского гарнизона Минобороны России, Москва;
Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, г. Москва

Стрептококковые инфекции представляют собой совокупность многих нозологических форм, вызываемых бактериями семейства и рода «Стрептококки». По данным ВОЗ на поражения сердца, связанные со стрептококковыми инфекциями, приходится около 50% всех его заболеваний. От заболеваний, вызванных β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), ежегодно умирает около 514 тыс. человек, регистрируется более 1,8 млн. случаев генерализованной инфекции, более 111 млн. случаев – кожных форм и 615 млн. случаев – фарингита и тонзиллита. Только острыми тонзиллитами ежегодно в России переболевает свыше 1 млн. человек, стрептодермия регистрируется более чем у половины заболевших инфекциями кожи и подкожной клетчатки [1, 2, 3, 4].

Профилактика стрептококковых инфекций (стрептококкозов) является серьезной проблемой не только для современной медицины, но и для медицинской службы вооруженных сил любого государства, включая, в том числе и Россию. В коллективах военнослужащих стрептококковые инфекции по уровню военно-эпидемиологической значимости устойчиво занимают ведущее место среди всех болезней. В 1999-2013 гг. доля стрептококковых инфекций в структуре общей заболеваемости у военнослужащих по призыву составила около 15%, у военнослужащих по контракту – около 12%. В структуре стрептококковых инфекций, вызываемых стрептококками группы А, преобладают острые респираторные инфекции (ОРИ БГСА этиологии составляют 20% от всех ОРИ) и острые тонзиллиты, доля которых среди стрептококкозов у военнослужащих по призыву достигает 30% и 27,6% соответственно, у военнослужащих по контракту – более 50% и 26,8% соответственно. Выраженная гетерогенность антигенной структуры возбудителя, политропность и полипатогенность обуславливают особенности клинико-эпидемиологических проявлений множества нозологических единиц (болезней и их форм), включенных почти во все классы «Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра (МКБ-10; ВОЗ, 1995). Эти особенности в сочетании со сложными конкурентными межвидовыми и внутривидовыми взаимоотношениями стрептококков

разных серогрупп и возбудителей других воздушно-капельных инфекций определяют интенсивность эпидемического процесса и клиническую картину разных стрептококковых болезней, при этом их этиологическая общность позволяет эффективно применять в медицинской практике эффективные противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия [5].

Цель исследования – сравнительная оценка экспресс-диагностики в профилактике стрептококковой инфекции в организованных воинских коллективах с высоким уровнем заболеваемости болезнями органов дыхания.

Материалы и методы. Изучение профилактической эффективности экспресс-диагностики с использованием экспресс-диагностической системы «Стрептатест» (иммунохроматографический тест для выявления антигенов стрептококка группы А в образцах мазков, взятых из гортани пациента) проведено в декабре 2015 г. – мае 2016 г. в воинских подразделениях Московского гарнизона. В сравнительном исследовании принимали участие 730 военнослужащих по призыву в возрасте от 18 до 20 лет, имеющих одинаковые условия службы и быта. Экспресс-диагностика проводилась военнослужащим 5-ти подразделений с различными нозологическими формами Острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей (J00-J04), Других острых респираторных инфекций нижних дыхательных путей (J20-J22) Болезней органов дыхания (КЛАСС X МКБ-10). Всего обследовано: 525 больных, из них 178 (33,9%) военнослужащих призыв I – 2015 г., 347 (65,1%) – призыв II-2015 г.; 205 здоровых (антиген БГСА не выявлен). В ходе проведенного обследования у 69-ти (13,1%) больных в образцах, взятых из гортани выявлен антиген БГСА. Всем больным проведена антибактериальная терапия в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями «Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции».

Следует отметить, что до начала антибактериальной терапии 69 больных (с положительным «Стрептатестом») обращались за медицинской помощью 191 раз с различными нозологическими формами болезней органов дыхания, после лечения 36 из них (52,2%) за медицинской помощью не обращались, у 26-ти (37,6%) количество обращений уменьшилось до 1-2-х раз.

Результаты. В результате применения экспресс-диагностической системы «Стрептатест», выявления источников БГСА и их этиотропного лечения уровень заболеваемости в подразделениях за исследуемый период по сравнению с подразделениями, не принимавшими участие в исследовании, снизился: болезнями органов дыхания на 48,0-53,0%, в том числе острым тонзиллитом – на 33,0-59,0%, острыми респираторными инфекциями – на 25,1-35,9%, острым бронхитом – в 1,9-2,5 раза, внебольничной пневмонией – в 2,3-3,5 раза ($p < 0,05$). За аналогичный период прошлого года (декабрь 2014 г. – май 2015 г.) уровень заболеваемости снизился – на 49,0-54,0%; на 58,0-68,0%; на 28,0-31,0%; в 1,8-2,8 раза; в 1,3-1,8 раза, соответственно. Кроме этого, отмечено снижение уровня заболеваемости болезнями кожи (КЛАСС XII) – в 1,7-1,9 раза, за аналогичный период прошлого года в 1,7-2,1 раза, соответственно.

Выводы. Таким образом, при применении экспресс-диагностической системы «Стрептатест», отмечается выраженный профилактический эффект – снижение заболеваемости актуальными для воинских коллективов острыми респираторными инфекциями стрептококковой этиологии. Внедрение в медицинскую практику современной экспресс-диагностики позволит снизить уровень острых респираторных инфекций и кожной заболеваемости, актуальных для воинских частей Вооруженных Сил Российской Федерации.

Список литературы.

1. Покровский В.И., Стрептококки и стрептококкозы / В.И. Покровский, Н.И. Брико, Л.А. Ряпис. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 544 с.
2. Дарманян, А.С. Экспресс-диагностика острого стрептококкового тонзиллита / А.С. Дарманян, А.Е. Малахова, Е.В. Старовойтова, А.С.Никулина, Т.В. Куличенко // Вопросы диагностики в педиатрии. – 2012. – Т. 4, № 1. – С. 24-27.
3. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции. Федеральные клинические рекомендации. – М: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2013. – 43 с.
4. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции: Санитарно-эпидемические правила.–М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2014. –15 с.
5. Клиническая апробация экспресс-диагностических тестов «Стрептатест»: Отчет о научно-исследовательской работе. – С-Пб.: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2015. – 27 с.

Мельникова Г.Н., Пантелеева Л.Г., Шестопалова Т.Н.

ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ – ПУТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИСМП В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Научно-исследовательский институт дезинфектологии, г. Москва

Учитывая эпидемиологические особенности ИСМП, современные пути передачи возбудителей ИСМП, гнойно-септических и других инфекций в различных подразделениях медицинских организаций, необходимо усиление требований к их профилактике, включая обеззараживание рук и кожных покровов пациентов. С этой целью разработаны современные антисептические средства, обеспечивающие гибель возбудителей инфекций и направленные на предупреждение возникновения постманипуляционных и послеоперационных осложнений.

Располагая обширным количеством отечественных и зарубежных кожных антисептиков (далее – антисептиков), необходим правильный выбор для их адекватного применения с учетом конкретного вида обработки, который основывается на целевом назначении антисептика и сфере применения, хи-

мическом составе и спектре антимикробного действия, рекомендованном способе и режиме применения.

Основополагающими критериями выбора антисептика является безопасность для медицинских работников и пациентов и его антимикробная активность в отношении актуальных для конкретной медицинской организации/отделения госпитальных штаммов возбудителей ИСМП, в том числе резистентных к антибиотикам. У средств, предназначенных для обработки рук хирургов, необходимо наличие пролонгированного антимикробного действия.

В связи с большим разнообразием антисептиков правильный выбор средства во многом определяет качество проводимой обработки в реальных условиях применения. При выборе антисептика предпочтение следует отдавать готовым к применению средствам. Наиболее популярны антисептики с широкой сферой применения – для гигиенической обработки рук, обработки рук хирургов, обработки локтевых сгибов доноров, операционного и инъекционного полей. Однако требования к ним по составу и критериям эффективности различны, поэтому такой подход к их выбору недостаточно обоснован.

Преобладающее большинство антисептиков содержит спирты – этиловый (в концентрации не менее 70% – по массе), изопропиловый или пропиловый спирты (в концентрации не менее 60%) или смесь этих спиртов (в концентрациях 60-70%). В антисептиках в виде геля содержание спирта может составлять до 80% (включительно). В состав антисептиков входят и другие действующие вещества, например, феноксиэтанол, КПАВ), а также компоненты, улучшающие их функциональные и потребительские свойства (смягчающие кожу, препятствующие ее высушиванию и обезжириванию).

Антисептики на основе этилового спирта вызывают гибель бактерий (в том числе микобактерий туберкулеза) и вирусов (Коксаки, ЕСНО, полиомиелита, гепатита А, норовирусов), относящихся к группе устойчивых к дезинфицирующим средствам, грибов рода *Candida*. Поэтому антисептики, содержащие этанол, выбирают для применения в инфекционных стационарах, где находятся пациенты с такими вирусными инфекциями, а также в организациях (отделениях) любого профиля. Для применения в специализированных стационарах/кабинетах инфекционного профиля (туберкулезных, микологических) выбирают и применяют антисептики, обладающие, соответственно, туберкулоцидной или фунгицидной активностью.

Кожные антисептики на основе изопропилового спирта активны в отношении бактерий (в том числе микобактерий туберкулеза), некоторых видов грибов и вирусов с низкой устойчивостью, например, возбудителей гепатитов В, С, D; ВИЧ-инфекции, герпеса, цитомегалии, гриппа (в том числе «птичьего», «свиного»), коронавируса – возбудителя «атипичной пневмонии», вирусов геморрагических лихорадок, поэтому их применяют и в стационарах, где находятся пациенты с такими инфекциями.

Для гигиенической обработки рук и обработки рук хирургов зарегистрированы моно- и многокомпонентные кожные антисептики, содержащие спир-

ты и другие действующие вещества из группы КПАВ (четвертичные аммониевые соединения, мономерные и полимерные производные гуанидина, третичные алкиламины), сочетающие высокую целевую эффективность, отсутствие повреждающего действия на кожу при многократном применении, высокие потребительские свойства. Установлено отсутствие формирования резистентности бактерий к антисептикам на основе спирта.

Готовые к применению антисептики: гели, муссы, дезинфицирующие салфетки, аэрозоли в беспропеллентных упаковках и др. выбирают для гигиенической обработки рук. Они должны обладать широким спектром антимикробной активности – бактерицидной (по показаниям – туберкулоцидной), вирулицидной, фунгицидной (в отношении грибов рода *Candida*), то есть обеспечивать гибель представителей транзиторной микрофлоры. Для мытья рук выбирают и применяют жидкие мыла (в том числе с дезинфицирующим эффектом) с компонентами, смягчающими кожу рук.

Для обработки рук хирургов и других медицинских работников, участвующих в выполнении оперативных вмешательств, локтевых сгибов доноров, операционного и инъекционных полей пациентов, следует выбирать антисептики на основе спиртов, в том числе в комплексе с действующими веществами из других химических групп. Действие этих антисептиков направлено на резидентную микрофлору.

При правильных подходах к выбору и применению антисептиков достигается эффективное обеззараживание рук медицинских работников и/ кожных покровов пациентов, что способствует совершенствованию неспецифической профилактики ИСМП.

Список литературы.

1. Nandrup-Bus, I. Comparative studies of hand disinfection and handwashing procedures as tested by pupils in intervention programs // *Am. J. Infect. Control.* – 2011. – №39. – P. 450–455.
2. Narang, H.K., Codd, A.A. Action of commonly used disinfectants against Enteroviruses // *J. Hosp. Infect.* – 1983. – №4. – P. 209–212.
3. Steinmann, J. Virucidal activity of 2 alcohol-based formulations proposed as hand rubs by the World Health Organization // *Am. J. Infect. Control* – 2010. – №38. – P. 66–68.

Мойсова Д.Л., Городин В.Н.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Лептоспироз – тяжелая инфекция, актуальная для Краснодарского края. Главная причина смерти больных лептоспирозом на современном этапе – геморрагический синдром, возникающий в результате нарушений гемостаза [1,

2]. Для оценки гемостазиологических расстройств у 475 больных лептоспирозом (1996-2016 гг) мы определяли количество тромбоцитов в периферической крови (Тр), уровень фибриногена, АЧТВ, ПТИ, площадь агрегации тромбоцитов (Sag), активность фактора Виллебрандта (ФВ), минимальную амплитуду (А0) и время существования сгустка (Тсс) электрокоагулограммы (ЭКоГ), уровни РКФМ и Д-димера, свободного гемоглобина плазмы крови (Св.Нб), активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ). Математический анализ чувствительности и предсказательной ценности изученных лабораторных параметров показал, что наиболее важными и значимыми являются (в порядке увеличения чувствительности): фибриноген→ ПТИ→ АЧТВ → Тсс → Тр → Sag → ФВ → РКФМ (Д-димер) [8]. Для предположительной оценки варианта нарушения гемостаза при лептоспирозе мы использовали алгоритм дифференциальной диагностики приобретенных коагулопатий у больных с абдоминальной хирургической патологией [3]. В [5] впервые предложена концепция поливариантной коагулопатии при лептоспирозе. У больных лептоспирозом чаще наблюдаются следующие виды коагулопатий [4-7]: ДВС-синдром различных вариантов инициации (коагуляционный, фибринолитический), изолированная тромбоцитопения (ИТ), печеночная коагулопатия, уремическая (с вариантом – гемолитико-уремический синдром – ГУС), а также ДВС-синдром с коагулопатией потребления (КП) при крайне тяжелом течении лептоспироза с неблагоприятным прогнозом.

С учетом выявленного патогенетического варианта коагулопатии нами предложены следующие методы коррекции. При остром ДВС-синдроме применяли дискретный плазмаферез. После плазмафереза у больных лептоспирозом отмечено достоверное уменьшение Тсс, увеличение количества Тр. После плазмафереза нормализовалась коагуляционная активность, степень фибринолиза, резко возрастал фибринолитический потенциал, наблюдалась тенденция к нормализации гемостатического потенциала. До плазмафереза тип коагулограммы в среднем характеризовался истощением фибринолиза на фоне гиперкоагуляции. После плазмафереза изменялся тип коагулограммы, который отражал теперь достаточную антикоагуляционную активность при сохраняющемся умеренном угнетении фибринолиза. Гемостатические показатели больных, в лечении которых не использовали плазмаферез, либо не изменялись, либо характеризовали еще более глубокие нарушения системы гемостаза. При остром ДВС и ИТ с глубокой тромбоцитопенией ($20 \text{ тыс.} \times 10^9/\text{л}$ и менее) мы проводили трансфузию тромбоконцентрата. После переливания 4-5 доз тромбомассы получали увеличение количества тромбоцитов в 4 раза, стойко сохраняющееся и нарастающее в последующие дни. Эффектом трансфузии также было достоверное увеличение тромбинового времени и АЧТВ. При остром ДВС с кровотечениями и повышением ПТВ и АЧТВ проводили трансфузии СЗП в объеме 15 мл/кг. При активном влиянии СЗП на остановку кровотечения повышалась опасность перегрузки объемом и усугубления СОПЛ (РДСВ). Применение НМГ клексана у больных тяжелой формой лептоспироза с ДВС и тромботическим вариантом субкомпенсированной дис-

функции системы гемостаза продемонстрировало достоверное повышение количества тромбоцитов, нормализацию содержания АТ III, РКФМ. Антикоагуляционное действие клексана было направлено на оба механизма активации свертывания, в то время как НФГ демонстрировали воздействие преимущественно на внутренний механизм [1]. При коррекции печеночной коагулопатии ограничивали применение СЗП и тромбоконтрата, схема терапии дополнялась введением транексамовой кислоты и витамина К. При уремической коагулопатии и ее варианте – ГУС – наибольшим терапевтическим эффектом обладало сочетанное применение гемодиализа и плазмафереза.

Список литературы.

1. Городин В.Н. Патогенетическое обоснование и оптимизация интенсивной терапии тяжелых форм лептоспироза: Автореф. дис....доктора мед.наук.– Ростов-на-Дону, 2007.– 75 с.

2. Авдеева М.Г., Городин В.Н., Пронин М.Г. Лептоспироз: осложнения, причины смерти и патоморфогенез // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2015. – № 3. – С.36-46.

3. Синьков С.В. Диагностика и интенсивная терапия коагулопатий у больных с абдоминальной хирургической патологией: Автореф. дис... д-ра мед.наук. – Ростов-на-Дону. – 2009. – 44с.

4. Мойсова Д.Л., Лебедев В.В., Подсадняя А.А. Дифференциальная диагностика коагулопатий при лептоспирозе // Инфекционные болезни. – 2015 – Т. 13. – №1. – С.230.

5. Мойсова Д.Л., Лебедев В.В., Подсадняя А.А. Нарушения гемостаза при лептоспирозе// Инфекционные болезни. – 2012 – Т.10, № 3. – С. 67-74.

6. Лебедев В.В., Мойсова Д. Л., Подсадняя А. А., Свистунов Н. В. Гемолитико-уремический синдром как вариант патологии системы гемостаза при лептоспирозе // Фундам. исслед. – 2013, №7, ч. 2.– С. 334-338.

7. Мойсова Д.Л., Лебедев В.В., Подсадняя А.А. Тромбоцитопения при лептоспирозе // Фундаментальные исследования. – 2013. – №9. – С.94-98

8. Мойсова Д.Л., Шкиря Т.В., Городин В.Н. Методы статистической классификации в прогнозировании варианта коагулопатии при лептоспирозе. Материалы Межрегионального Форума специалистов «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России». – М.: ООО «Буки Веди», 2016 г. – С.145-147.

Моренец Т.М., Черникова Н.В., Поникарева Е.К., Помитун С.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии России /1,2/. Цель настоящей работы – изучение особенностей

клинического течения болезни у 387 больных, госпитализированных в ГБУЗ СКИБ в течение 2013-2015 гг. по поводу острого вирусного гепатита (ОВГ).

Количество госпитализированных больных с ОВГ в течение последних трех лет возрастает: 104-132-151 в 2013-14-2015гг. соответственно, с наибольшим удельным весом (44,2%) острого вирусного гепатита С (ОВГ С). Общий удельный вес ОВГ В составил в 2015 году – 27% (2013 году- 41,3%), удельный вес ОВГ С повысился с 36,5% в 2013-14гг. до 60,9% в 2015г.

Среди пациентов с ОВГ преобладали мужчины – 47,%-57,6%-, в основном городские жители. Ведущая возрастная группа (44-40-56%) – лица 30-50 лет, пациенты до 30 лет составили 19-29%. Основная доля больных (44-51%) – неработающие, среди госпитализированных учащихся и пенсионеров не более 10%.

В 2015 году у большинства (89%) пациентов с ОВГ наблюдалась желтушная форма болезни, безжелтушные варианты отмечены в основном при ОВГ С. Как и в прежние годы, преобладали среднетяжелые формы болезни, у трети (30,3%) пациентов с ОВГ В, 18,5% с ОВГ С и 4% с ОВГА наблюдалось тяжелое (против 25% при ОВГ В в 2013г.), у 7% больных с ОВГ С и 3% с ОВГ В – затяжное, у трех больных с ОВГ В (9,1%) – прогрессивное течение.

Диагноз подтверждался ИФА исследованиями, с определением индекса авидности при ОВГ С, что помогало в дифференциации острого процесса от хронического, а также методом ПЦР.

Принципы терапии больных с ОВГ прежние, у всех применялась базисная, при необходимости дезинтоксикационная терапия, у 72,9% – гепатопротекторы, у 25,9% – препараты УДХК, трети больным назначались антибиотики. У 11 больных – 12,9% – в 2015 году применялись ГКС (в 2013г у 2 человек – 1,3%). В 2015 году противовирусную терапию получили 3 пациента (9,1%) с прогрессивным течением ОВГ В, 43 человека (50,6% от впервые выявленных больных) с ОВГ С, что выше, чем в предыдущие годы.

Крайне тяжелое течение ОВГ наблюдалось среди лиц старших возрастных групп с отягощенным преморбидным фоном. Так, в 2015-2016гг. отмечено два летальных исхода от ОВГ В у пациентов 55-66 лет. Оба пациента имели фоновую патологию в виде хронического лимфолейкоза в течение 5-10 лет с многократными (до 7-11) курсами полихимиотерапии гепатотоксичными препаратами, оба не были вакцинированы против гепатита В. Пациенты получили полноценную комплексную патогенетическую терапию, включающую глюкокортикостероиды, антиоксиданты, ингибиторы протеолиза, аминокислотные смеси, антибиотики; препараты, связывающие аммиак в крови и подавляющие его продукцию в кишечнике, а также экстракорпоральные методы детоксикации (от 2 до 6 курсов плазмафереза, 2 сеанса гемофильтрации).

Летальный исход наступил от нарастающей острой печеночно-клеточной недостаточности иммунокомплексного генеза, связанной с ОВГ В (обнаружение в острый период болезни наряду с ДНК HBV и HBsAg-ом

антиНВs в нарастающем титре) на фоне коагулопатии (снижение ПТИ до 17,6%) выраженного интоксикационного, холестатического (гипербилирубинемия до 710-1089 мкмоль/л), цитолитического (уровень АЛТ 461-3097 ед/л, АСТ 292-3638 ед/л), отечно-асцитического (асцит, дилатация портальной и лиенальной вен) синдромов, в сочетании с циррозом печени, связанным с лимфолейкозом и токсическим (лекарственным) её поражением.

Таким образом, в течение последних трех лет отмечается повышение числа госпитализированных с ОВГ больных и удельного веса «парентеральных» гепатитов, в основном за счет ОВГ С, что связано с улучшением клинической и лабораторной верификации процесса; благоприятным является повышение удельного веса лиц, получивших профилактическое противовирусное лечение при ОВГ С. Отмечается тенденция к повышению удельного веса тяжелых форм ОВГ В с летальными исходами у лиц старшей возрастной группы с многолетней фоновой гематологической патологией. Крайне тяжелое течение острого вирусного гепатита В у данной группы риска по заражению парентеральными гепатитами, согласно национальному календарю прививок в возрасте старше 55 лет не подлежащих обязательной вакцинации против НВV-инфекции, свидетельствует о целесообразности своевременной (до достижения ими 55-летнего возраста) вакцинации этих лиц против инфекции НВV.

Список литературы:

1. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение. Н.Д.Ющук, Е.А.Климова, О.О. Знойко, Г.Н.Кареткина, С.Л.Максимов, И.В. Маев – 2-е издание, переработанное – ГЭОТАР-Медиа, М.:2015. – 304 с.
2. Вирусные гепатиты: диагностика, лечение, профилактика/под ред. М.Г.Авдеевой, В.Н.Городина. Авторский коллектив: д.м.н.профессор Авдеева М.Г., д.м.н.Городин В.Н., к.м.н., доцент Моренец Т.М., к.м.н., доцент Блажня Л.П. и др. – Краснодар: Качество, 2016. – 382 с.: ил.

Муцак И.П., Доброхотский О.Н., Бондаренко Н.Л.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НА ПРИМЕРЕ МСЧ № 164 ФМБА РОССИИ

Медико-санитарная часть №164, Оболенск;
Центральная медико-санитарная часть №165, Москва

Основная цель деятельности ФГБУЗ МСЧ №164 ФМБА России (МСЧ №164) – лечебно-профилактическое и санитарно-эпидемиологическое сопровождение работ в ФБУН ГНЦ ПМБ Роспотребнадзора (ГНЦ ПМБ), в котором проводятся работы с патогенными биологическими агентами (ПБА) 1-4 групп патогенности.

В состав МСЧ № 164 входит поликлиника, терапевтический стационар, клиничко-диагностическая лаборатория, инфекционный стационар особо

опасных инфекций, бактериологическая лаборатория, имеющая лицензию на работу с ПБА 1-4 групп патогенности, противочумная станция, выполняющая функции центра гигиены и эпидемиологии.

На базе МСЧ № 164 функционирует испытательный лабораторный центр (ИЛЦ) и орган инспекции (ОИ), аккредитованные Федеральной службой по аккредитации. Основное направление деятельности ИЛЦ и ОИ – исследования (испытания), подтверждение соответствия при работе с ПБА 1-4 групп патогенности.

В соответствии с требованиями санитарных правил [1] в МСЧ № 164 разработан и внедрен «Комплексный план противоэпидемических мероприятий по санитарной охране территории п. Оболенск», на основе которого составлен «Оперативный план МСЧ № 164 по локализации очага в случае выявления больного (трупа) с подозрением на инфекционную болезнь, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

Проведению противоэпидемических мероприятий в случае появления больного или подозрительного на заболевание при работе с возбудителями ООИ посвящен «Комплексный план организационных и противоэпидемических мероприятий, осуществляемых ГНЦ ПМБ и МСЧ № 164 при выявлении лиц, попавших в аварию при работе с микроорганизмами 1-2 групп патогенности (опасности) или заболевших ООИ».

Для осуществления запланированных мероприятий в МСЧ № 164 организован медицинский штаб с формированиями (эпид. бригада, эвакуационная бригада, дез бригада, бригада по наблюдению за населением, бак лаборатория, инфекционный изолятор, клиническая лаборатория), который способен решать задачи по локализации, ликвидации очагов и лечению больных ООИ, в том числе в условиях карантина.

По приказу Минздрава России в МСЧ № 164 сформирована бригада по борьбе с ООИ в составе врачей инфекционистов, эпидемиолога, врачей бактериологов, среднего медицинского персонала и водителей автотранспорта с функцией санитара, предназначенная для выявления, диагностики, транспортировки, госпитализации больных ООИ.

Для формирований МСЧ 164 разработаны и утверждены должностные инструкции и инструкции по действию персонала, разработаны и сформированы укладки, включающие СИЗ, защитную одежду, дез. средства, лекарственные и иммунобиологические препараты, оборудование, расходные материалы.

В настоящее время в МСЧ № 164 решаются вопросы по оснащению этих формирований современными СИЗ, защитной одеждой, медицинским оборудованием отечественного производства.

Обучение персонала действиям в условиях чрезвычайной ситуации биологического характера проводится в соответствии с ежегодными планами обучения, утвержденными начальником МСЧ № 164, в соответствии с кото-

рыми весь медицинский персонал проходит обучения на сертификационных циклах по специальности «Инфекционные болезни», включая ООИ.

Реальность исполнения планов проверяется путем проведения тренировочных учений (не реже 1 раза в год) для повышения практических навыков в работе по ликвидации эпидемических очагов

Целью таких учений является отработка взаимодействия между ФГБУЗ ЦМСЧ № 165 ФМБА России (ЦМСЧ № 165), МСЧ № 164 и ГНЦ ПМБ при выявлении пациента – сотрудника ГНЦ ПМБ с подозрением на заболевание, вызванное возбудителями I-II групп патогенности.

В соответствии с Федеральной целевой программой [2] в МСЧ № 164 строится инфекционный изолятор, предназначенный для диагностики и лечения больных или подозрительных на заболевания ООИ, в составе инфекционного отделения с микробиологической и клинико-диагностической лабораториями, блок для проживания медперсонала с пищеблоком, гараж с боксом для дезинфекции автотранспорта, печь для сжигания медицинских отходов, блочно-модульная котельная, дизель-электрогенератор.

В настоящее время решается вопрос об оснащении строящегося инфекционного стационара оборудованием инженерных систем биологической безопасности отечественного производства.

В заключении можно сделать следующие выводы:

1. Для каждого медицинского формирования лечебно-профилактических учреждений России, участвующих в локализации и ликвидации очага инфекционного заболевания, вызывающего чрезвычайные ситуации, необходимо разработать состав укладок, в которые входят средства индивидуальной защиты, специальная одежда, иммунобиологические препараты, лечебные средства, расходные материалы, средства связи, медицинское оборудование и т.п.

2. Необходимо разработать и утвердить стандарты специализированной медицинской помощи при различных формах инфекционных заболеваний, вызывающих чрезвычайные ситуации. На основе этих стандартов необходимо укомплектовать укладки.

3. Имеется необходимость производства современных отечественных СИЗ, защитной одежды, а также систем типа «Переносной изолятор» для изоляции и транспортировки инфицированных пациентов.

4. Представляется целесообразным продолжить работу по разработке модели действий лечебно-профилактического учреждения в случаях выявления больного подозрительного на заболевания, вызывающего чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Список литературы.

1. СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации».

2. Федеральная целевая программа "Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2009-2014 годы)".

Никифоров В.А., Кряжев Д.В., Княгина О.Н., Красногорская С.Е.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗЛИЧНЫХ СТАЦИОНАРАХ НИЖНЕГО НОВГОРОДА

Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной, Нижний Новгород
Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Нижегородской области

Заболеваемость инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) отражает качество оказываемой медицинской помощи и является одной из составляющих экономического ущерба в здравоохранении. Учитывая этот факт, значение имеет регистрация и достоверный учет данной группы инфекций [1–3].

В Нижегородской области (НО) в 2015 году было зарегистрировано 1082 случаев ИСМП, а показатель заболеваемости составил 1,0 на 1000 больных, пролеченных в стационарах, что не превышало средний показатель по России (в среднем 0,8). В нозологической структуре ИСМП 86,7% составляли гнойно-воспалительные заболевания, удельный вес острых кишечных инфекций (ОКИ) – 3,8%, парентеральных вирусных гепатитов – 0,5%, прочих заболеваний – 9%.

В структуре госпитальных инфекций доля зарегистрированных случаев заболеваний в акушерских стационарах и отделениях составила 28,5%, в хирургических – 38,2%, в детских стационарах и отделениях – 16,5%, в прочих стационарах – 13,3%, в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) – 3,5%. Эти данные свидетельствуют о возрастании, по сравнению с 2014 годом, удельного веса инфицирования пациентов детских стационаров на 31% и АПУ в 1,5 раза, с одновременным снижением роста заболеваемости в учреждениях родовспоможения и прочих стационарах соответственно на 8,8% и 9,8%.

В 2015 году в ЛПУ НО зарегистрировано 900 случаев гнойно-воспалительных инфекций (ГВИ) против 1052 случая в 2014 году. Из них 179 в детских, 308 в акушерских стационарах, хирургическая раневая инфекция у 431 пациента.

В структуре ИСМП в детских стационарах доминировали ГВИ у новорожденных (53,1%), ОКИ (21,8%), регистрировались пневмонии (7,8%), постинъекционные (1,1%) и прочие заболевания (15,1%). В акушерских отделениях было диагностировано ГВИ у новорожденных и родильниц (маститы, эндометриты) соответственно в 63% и 26% случаев, послеоперационные инфекции в 10,1% случаев. В нозологической структуре заболеваемости в учреждениях хирургического профиля 70,2% составляют послеоперационные инфекции, 18,4% пневмонии, 6,5% постинъекционные инфекции, 3,6% другие

инфекционные заболевания (15 случаев) и 0,7% инфекции мочевыводящих путей. Во всех стационарах было констатировано наличие локализованных форм: конъюнктивита – 42,6%, гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (пиодермитов, панариции и др.) 11,1%, омфалитов и флебитов 7,0% случаев.

В 2015г. показатель заболеваемости внутриутробными инфекциями (ВУИ) новорожденных составил 12,0 на 1000 родившихся живыми. Зарегистрировано 465 случаев внутриутробной инфекции. Соотношение ГВИ и ВУИ составило 1:1,6.

В этиологической структуре ГВИ у новорожденных лидировали экочары коагулазоотрицательных стафилококков (73,9% случаев), *S. aureus* верифицировался в 26,1% случаев. На долю представителей семейства Enterobacteriaceae приходилось 15,3%, среди которых доминировали соответственно *E. coli* и *Klebsiella*. Удельный вес возбудителей семейства Streptococcaceae, в т.ч. энтерококков составил 4,4%. В этиологической структуре маститов и эндометритов у родильниц ведущими биоциантами были *S. aureus* (38%) и *S. epidermidis* (34,5%). Частота выделения представителей семейства Enterobacteriaceae составила 30,6%, – лидирующая позиция принадлежала *E. coli* (56,5%). Представители семейства Streptococcaceae (энтерококки группы D) выделялись в 18,6% случаев. Бактерии рода *Staphylococcus* доминировали в этиологической структуре послеоперационных нагноений ран, гематом, послеоперационных абсцессов, эмпием плевры, метрознодометриозов, медиастинитов; при этом *S. aureus* были причиной нагноения в 51,5% случаев, *S. epidermidis* в 34,3%. На долю представителей семейства Enterobacteriaceae приходится 33,3% (*E. coli* составил 48,7%, *Enterobacter* – 25,6%, *Klebsiella* – 20,5%). Сравнительно редко в гнойном отделяемом регистрировались *P. aeruginosa* (5,6%), *Acinetobacter* (5,1%), энтерококки (8,1%).

Во всех обследованных группах пациентов ИСПП регистрировались в форме спорадических случаев, отсутствовал сезонный характер заболевания. Обращают на себя внимание факты неосуществления микробиологического мониторинга при работе с биоматериалом от больных, так удельный вес расшифровки этиологии внутрибольничной инфекции у новорожденных составил 60,8%, родильниц 69,5%, в послеоперационном периоде у оперированных 87,3%.

Одним из факторов развития ИСПМ явились факты появления госпитальных экочаров полирезистентных к антибактериальным препаратам и дезинфектантам.

Спорадическая заболеваемость, регистрируемая в ЛПУ, и выявленные случаи системного нарушения в организации и проведении противоэпидемических и профилактических мероприятий позволяют оценить эпидобстановку в стационарах Нижнего Новгорода и Нижегородской области как неудовлетворительную.

Список литературы.

1. Зуева Л.П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути ее реализации. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. № 6. С. 10–14.
2. Монисов А.А., Лазикова Г.Ф., Фролочкина Т.Н. и др. Состояние заболеваемости внутрибольничными инфекциями в Российской Федерации. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. № 5. С. 9–12.
3. Онищенко ГГ. О состоянии заболеваемости внутрибольничными инфекционными болезнями. Стерилизация и госпитальные инфекции. 2006. №1. С. 5–7.

Николаева Л.И., Беляева Н.М., Сапронов Г.В., Шевченко Н.Г.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ IFNL3 И IFNL4

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва;
Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, Москва

Цель данного сообщения обратить внимание врачей-клиницистов на тенденции, обуславливающие актуальность и практическую значимость выявления генетического полиморфизма генов IFNL3 и IFNL4, влияющих на продукцию интерферонов $\lambda 3$ и $\lambda 4$ (ранее обозначаемых как интерлейкин 28В), при хроническом вирусном гепатите С.

Количество публикаций в системе PubMed по одному только поисковому запросу «интерлейкин 28В» в 2010 году находилось на уровне 49 публикаций, затем с 2012 по 2015 год возросло до уровня 206-283 публикации в год. За неполный 2016 год выявлено резкое снижение темпа публикаций по данной тематике. Вероятно, новые безинтерфероновые схемы лечения HCV инфекции становятся более доступными, в связи, с чем актуальность генетической изменчивости генов IFNL3 и IFNL4 стала казаться менее значимой, в том числе из-за меньшей изменчивости результатов лечения.

Однако, возрастает число мета-анализов, посвященных ретроспективному осмыслению большого числа публикаций, в том числе по связи интерлейкина 28В и исходов хронического вирусного гепатита С среди различных рас и этнических групп, так же и при проведении различных схем противовирусной терапии, во взаимосвязях с генетической изменчивостью самого вируса и его генотипом.

Известно, что носители генотипа CC (rs 12979860) гена IFNL4, по сравнению с СТ или ТТ вариантами чаще достигают устойчивого вирусологического ответа (УВО) при двойной и тройной терапии. Данная аллельная пара CC благоприятна для лечения острого гепатита С, но может быть ассоциирована с большей интенсивностью воспалительного процесса в

ткани печени, в том числе и при хроническом течении, приводя к развитию гепатоцеллюлярной карциномы. Она также ассоциируется с высокой вирусной нагрузкой. Но в тоже время молекулярные механизмы данных корреляций практически не изучены.

Носители генетических вариантов при исследовании однонуклеотидного полиморфизма (rs 8099917) гена INFL3 имеют так же разную тенденцию к высоким темпам развития фиброза печени. Так генотип ТТ чаще ассоциируется с УВО на противовирусную терапию по ряду публикаций, GG – ассоциирован с быстрыми темпами развития фиброза печени, несмотря на корреляции с низкими уровнями вирусной нагрузки. Вариант ТТ/GG – наиболее неблагоприятен для терапии, включающей интерфероновые схемы, несмотря на низкие уровни виремии у пациентов.

Представляем предварительные данные собственного исследования по анализу однонуклеотидного полиморфизма генов гена INFL3 и гена INFL4. При этом использовались наборы реагентов для определения генетических полиморфизмов, ассоциированных с функциями интерлейкина 28В, методом ПЦР в режиме реального времени, иммуноГенетика IL28 – «ДНК-Технология». В нашем анализе участвовали 41 человек с хроническим гепатитом С, которые сначала были обследованы с целью установления генотипов по полиморфному локусу гена INFL4 (rs 12979860). Вариант СС выявлен у 17 человек, СТ – у 18 человек, ТТ – 6 человек. При анализе еще одного полиморфного локуса гена INFL3 (rs 8099917) были установлены следующие сочетания по аллелям rs 12979860/rs 8099917 из всех возможных вариантов, в порядке убывания: СС/ТТ – 15 человек, СТ/ТТ – 9 человек, СТ/ТG – 9 человек, ТТ/ТG – 4 человека, СС/ТG, ТТ/ТТ и ТТ/GG- по 1 человеку.

При этом низкая вирусная нагрузка наблюдалась только у одного человека с полиморфизмом СТ/ТТ, в остальных случаях вирусная нагрузка варьировала от 30 000 до 9 600 000 копий/мл вне четкой взаимосвязи с генотипом вируса и аллельными сочетаниями по полиморфным локусам гена интерлейкина 28В, что вероятнее всего связано с малочисленностью представленной группы пациентов.

Из них у 37 человек сочетание по rs 12979860 и субтип HCV: СС /субтип 1b – 10 человек, СС/ субтип 1a – 2 человека, СС/субтип 3a – 5 человек; СТ/субтип 1b – 9 человек, СТ/субтип 3a – 4 человека, С Т/рекомбинантный субтип 2k/1b – 1 человек, ТТ/субтип 1b – 3 человека, ТТ/субтип 1a – 1 человек, ТТ/субтип 3a – 2 человека.

Выводы: в нашем исследовании доминирующей аллельной парой по гену INFL4 (rs 12979860) была СТ, с учетом гена INFL3 (rs 8099917) наиболее частыми генотипами пациентов оказались СТ/ТТ и СТ/ТG, которые чаще всего сочетались с HCV субтипа 1b. Приведенные данные характерны для европейской популяции, преобладающей в Московском регионе и соответствуют умеренному прогнозу при принятии решения о лечении

вирусного гепатита С двойными и тройными схемами с включением интерферонов.

Список литературы:

1. Boglione L, Cusato J, Di Perri G, D'Avolio A. The Role of IL28B Genotype in HCV-RNA Baseline Levels. *Intervirology*. 2016 Sep 8;59 (2):67-68.
2. Zhang Y, Zhu SL, Chen J, Li LQ Meta-analysis of associations of interleukin-28B polymorphisms rs8099917 and rs12979860 with development of hepatitis virus-related hepatocellular carcinoma. *Onco Targets Ther*. 2016 May 30;9:3249-57.
3. Heim MH, Bochud PY, George J. Host – hepatitis C viral interactions: The role of genetics. *J Hepatol*. 2016 Oct;65 (1 Suppl):S22-32.

Николаева Н.А., Хохлова З.А., Серeda Т.В., Гилева Р.А., Бобков С.С.

СТРУКТУРА ГЕНОТИПОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА С В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ ЮГА КУЗБАССА

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
Городской Центр по борьбе и профилактике СПИДа, г. Новокузнецк

Исследования структуры генотипов вируса гепатита С (HCV) в Москве, Санкт-Петербурге и Казани показали доминирование генотипа 1в, вторым по частоте генотипом является 3а. Установлена связь генотипов HCV с путями инфицирования: при гемотрансфузиях чаще встречается генотип 1в, а при внутривенном введении наркотиков лидирует генотип 3 [1]. Доказано быстрое прогрессирование фиброза печени при 3 генотипе [2,3].

Цель исследования: изучить динамику генотипов HCV на территории г. Новокузнецка и городов Юга Кузбасса с использованием метода ПЦР в реальном времени и генотипированием РНК HCV с помощью наборов отечественного производства (г. Москва, г. Новосибирск).

Результаты и обсуждение. По данным лаборатории ПЦР Зонального перинатального центра г. Новокузнецка в 2005 году было проведено 119 исследований образцов крови жителей Юга Кузбасса старше 18 лет на генотипы HCV. Генотип 2 идентифицирован в 11 (9%), 1в – в 47 (39%), 1а – в 1 (0,8%), 3а – в 59 (49%), 2+3а – в 1 (0,8%), не определен генотип у 1 (0,8%) человека. Через 10 лет, в 2015 году, генотипы HCV исследованы у 54 человек. Результаты: генотип 2 – у 3 (6%), генотип 1в – у 21 (39%), 3а – у 23 (55%) больных ХГС. Таким образом, за 10 лет не произошло существенного изменения структуры генотипов HCV на территории Юга Кузбасса.

Более подробное исследование генотипов вируса гепатита С проведено в консультативно-диагностическом кабинете (КДК) городской клинической инфекционной больницы №8 г. Новокузнецка. КДК работает с 2007 года, к 2015 году на учете по поводу хронических вирусных гепатитов состоят 3010 больных. Из общего числа наблюдаемых пациентов 2500 имеют ХГС, 510 – ХГВ. С 2010 года образцы крови больных ХГС тестируются методом ПЦР на

РНК HCV и генотипы HCV. Анализ структуры генотипов HCV проведен у 991 больного (за период 2010-2015 гг.). В общей группе больных ХГС лидирует 3 генотип (51,7%), несколько реже встречается 1 генотип (42,28%), редко – 2 генотип (5,15%). Изучение динамики генотипов HCV выявило следующую тенденцию: до 2013 г. лидировал 3 генотип, в 2014-2015 гг. 3 и 1 генотипы конкурируют на равных (3 генотип – 48–44%, 1 генотип – 50–48%). Лидирующие генотипы 3а и 1в свидетельствуют о стабильности путей передачи среди взрослых жителей региона, не относящихся к группе риска по внутривенной наркомании.

В Новокузнецком ЦПБС исследованы методом ПЦР образцы крови 983 ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков, получены следующие результаты: генотип 1 обнаружен у 374 (38,1%) пациентов, 2 генотип обнаружен у 12 (1,3%) больных, 3 генотип определялся у 533 (54,3%) больных. В настоящее время на первом месте в г. Новокузнецке у данного контингента лидирует 3 генотип, на втором месте по частоте – 1 генотип, и относительно редко встречается 2 генотип.

Таким образом, исследование эпидемиологии генотипов вируса гепатита С среди благополучного населения и инъекционных наркоманов показало, что распространенность 3а генотипа лидирует в обеих группах, что отличает эпидситуацию от российской, при которой среди благополучного населения лидирует 1в генотип. Это свидетельствует о значительном влиянии на структуру генотипов группы населения с наркотической зависимостью.

Распространенность 3 генотипа вируса гепатита С в г. Новокузнецке и районе предполагает ускоренную эволюцию гепатита до тяжелого фиброза. В этой связи требуется быстрая диагностика гепатита С и своевременное лечение.

Список литературы.

1. Пименов Н.Н., Чуланов В.П., Комарова С.В. и др. Гепатит С в России: Эпидемиологическая характеристика и пути совершенствования диагностики и надзора // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 3. – С. 4-10.
2. Игнатова Т.М. Естественное течение хронической HCV-инфекции // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. – №2. – С.13-18.
3. Бацких С.Н., Морозов С.В., Чуланов В.П., Похновский В.И. Вирус гепатита С 3-го генотипа: такой «простой», такой «сложный» // Терапевтический архив. – 2012. – Том 84. – №11. – С.1-7.

Николенко В.В., Воробьева Н.Н

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ НЕ ИНВАЗИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ, ВЫЗВАННЫХ *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*

Пермский государственный медицинский университет имени академика
Е.А. Вагнера, г. Пермь

Низкие скорость и чувствительность получения результатов при проведении микробиологической верификации пневмоний, вызванных *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*), привели к разработкам новых диагностических подходов, включая полимеразную цепную реакцию (ПЦР) и иммунохроматографический метод (ИХМ) для выявления антигена пневмококка в моче [1,2]. Отсутствие в отечественной литературе работ, позволяющих сопоставить результаты этих исследований, обосновывает необходимость проведения сравнительного анализа ряда современных тестов для улучшения верификации пневмококковых пневмоний в клинической практике и разработке алгоритма их лабораторной диагностики.

Цель: провести анализ эффективности использования иммунохроматографического метода в лабораторной диагностике не инвазивных пневмококковых пневмоний в сравнении с бактериологическим и молекулярно-биологическим методами.

Материалы и методы: на базе краевой клинической инфекционной больницы г. Перми в 2012 – 2013 гг. проведено клинико – лабораторное обследование 32 пациентов от 18 до 62 лет, поступивших в стационар с диагнозом внебольничная пневмония. Бактериологическое исследование мокроты выполняли согласно методическим указаниям, изложенным на основе международных рекомендаций (NCCLS, 2000), с оценкой морфологических особенностей роста возбудителя и его фенотипических характеристик. Одновременно мокрота исследовалась в ПЦР (тест системы ЗАО Вектор-Бест для выявления ДНК *S. pneumoniae*, Россия), а также производился забор мочи для ИХМ на системах Vinox NOW (производство «Alere Inc», США). Оценка чувствительности и специфичности ПЦР и ИХМ осуществлялась с использованием четырехпольной таблицы по методу, изложенному в учебном пособии В.И.Покровского и Н.И. Брико (2012). В качестве «золотого стандарта» был использован бактериологический метод.

Результаты. На первом этапе работы осуществлялась верификация внебольничных пневмоний с помощью бактериологического метода исследования. Поражение респираторного тракта, вызванное *S. pneumoniae* выявлено у 21 чел (65,6%), *S. aureus*- у 7 чел. (21,9%), *K. pneumoniae* у 4 чел. (12,5%).

С помощью ПЦР у 21 пациента (100,0%), с бактериологически подтвержденным диагнозом «пневмококковая пневмония» была выявлена ДНК *S. pneumoniae* в мокроте.

При исследовании мокроты 11 пациентов с пневмониями другой этиологии у 9 из них (81,8±11,6%) ДНК пневмококка не выявлена и лишь у 2 чел.

(18,2±11,6%) в ПЦР получен положительный результат. Таким образом, молекулярно-биологический метод характеризовался высокими критериями валидности: чувствительность составила 100,0%, специфичность – 81,8%.

Обследование 21 пациента с не инвазивными пневмококковыми пневмониями ИХМ позволило определить антиген *S. pneumoniae* в моче у 19 (90,5±6,4%) их них, у 2 (9,5±6,4%) результаты были отрицательными. В группе пациентов с поражением легочной ткани другой этиологии (*S. aureus*, *K. pneumoniae*) у 10 чел. (90,9±8,7%) выявлен отрицательный результат и у 1 чел. (9,1±8,7%) положительный. Показатель чувствительности ИХМ составил 90,5%, уступив молекулярно-биологическому методу исследования, однако показатель специфичности превысил таковой у ПЦР – 90,9% против 81,8%.

Таким образом, для совершенствования диагностики не инвазивных пневмоний, вызванных *S. pneumoniae*, рекомендуется внедрение в работу практического здравоохранения ИХМ, не уступающего по критериям валидности ПЦР. Его использование позволяет получить надежные результаты по этиологической расшифровке пневмококковых пневмоний и своевременно назначить этиотропную терапию.

Список литературы.

1. Чучалин, А.Г., Синкопальников А.И., Козлов Р.С., Авдеев С.Н., Тюрин И.Е, Руднов В.А., Рачина С.А., Фесенко О.В. / Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых// Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2015. –№ 2 (17). –С. 84-126.

2. Klugman, K.P., Madhi S.A., Albrich W.C. /Novel approaches to the identification of *Streptococcus pneumoniae* as the cause of community-acquired pneumonia // Clin. Infect. Dis. –2008. –Vol.47, №3. –P. 202-206.

Никулина М.А., Лубская Н.С., Гранитов В.М., Матрос О.И.

ВАРИАНТЫ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Вирус гепатита С является причиной не только цирроза, гепатоцеллюлярной карциномы, но и внепеченочных проявлений, которые, по литературным данным, встречаются у 40 – 74% больных с HCV-инфекцией. Показано повышение частоты встречаемости дисфункции щитовидной железы (ДЩЖ) среди больных с хроническим гепатитом С (ХГС) по сравнению с общей популяцией [1]. Так у 13% больных ХГС встречается гипотиреоз, у 25% выявляются антитиреоидные антитела, а у 30% пациентов поражение щитовидной железы выявляется в ходе проведения противовирусной терапии (ПВТ). Доказано негативное влияние ДЩЖ на течение и прогноз ХГС [2]. В настоящее время HCV рассматривается независимым фактором риска нарушения щито-

видной железы [4]. За последние годы уровень патологии ЩЖ в Алтайском крае вырос в 16,4 раза [4], что определило цель настоящего исследования.

Цель: Изучить особенности тиреоидного статуса у пациентов с ХГС.

Методы: Проведено проспективное динамическое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 240 пациентов с ХГС (47,5% мужчин и 52,5% женщин, в возрасте от 18 до 50 лет), включающее определение: ТТГ, общих Т3, Т4, свободных Т3, Т4, антител к тиреопероксидазе (АТПО), ультразвуковое исследование щитовидной железы (УЗИ-ЩЖ).

Результаты: У 50% больных ХГС, не получавших ПВТ, выявлены как разнонаправленные изменения уровня йодтиронинов, так и морфометрические признаки ДЩЖ: ТТГ составил $2,10 \pm 1,42$ мкМЕ/мл, Т3общ – $2,43 \pm 1,27$ нмоль/л, Т4общ – $108,08 \pm 1,25$ нмоль/л, Т4св – $14,87 \pm 5,25$ нмоль/л, АТПО $11,02 \pm 4,71$ Ед/мл. Повышение ТТГ у 14,1%; снижение ТТГ – у 20,8%; повышение Т3общ у 12,5%, снижение ниже нормы только у 6,6%. Снижение Т4св у 15,8% и только у 1 пациента Т4св составил 181 нмоль/л. АТПО выявлены у 30%.

По УЗИ ЩЖ выявлены: диффузные изменения структуры (у 42,5% больных), узлы (26,6%), кисты (13,3%) и отсутствие структурных изменений (17,5%). У пациентов установлены следующие варианты дисфункции щитовидной железы: аутоиммунный тиреоидит (АИТ) (5%), АИТ с гипотиреозом (10%), АИТ с латентным гипотиреозом (8,3%), латентный гипотиреоз (10%), гипотиреоз (16,6%), эутиреоз (49,1%) и тиреотоксикоз только у 1 больного. Варианты ДЩЖ были представлены в виде эутиреоза (60%), гипотиреоза (20%), гипертиреоза (10%) и аутоиммунного тиреоидита (10%). Установлена взаимосвязь развития ДЩЖ с длительностью анамнеза по HCV-инфекции.

Таким образом, у трети пациентов хроническим гепатитом С установлены различные варианты дисфункции щитовидной железы, среди которых чаще наблюдали состояния эутиреоза и гипотиреоза. Взаимосвязи дисфункции щитовидной железы с длительностью течения HCV-инфекции можно рассматривать как ее внепеченочные проявления, а не как коморбидные состояния.

Список литературы.

1. Ильянкова А.А., Крель П.Е.. Клинико-морфологическая характеристика внепеченочных проявлений HBV-инфекции // Рос. Журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопрокто-логии. – 2001. – № 3. – С. 11-17.

2. Соринсон С.Н. Антонова Т.В., Лобзин Ю.В., Сологуб Т.В. 20. и соавт. // Синдром эутиреоидной патологии // Проблемы эндокринологии. – 2011. – Т. 47, № 6. – С. 34-36.

3. Shen Y, Wang XL, Xie JP, Shao JG, Lu YH, Zhang S, Qin G. Thyroid Disturbance in Patients with Chronic Hepatitis C Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. // J Gastrointest Liver Dis. 2016 Jun;25 (2):227-34. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.252.chc. Review. PMID: 27308655

4. Региональные особенности эпидемического процесса хронического гепатита С в крупном агропромышленном регионе (на примере Алтайского края)/ А.П.Пашков [и др.] // Медицинский альманах, 2012. №3. С.85-88.

Новак К.Е., Калач С.Ю., Эсауленко Е.В., Агафонов В.М., Подгорочная Т.Н.

АНАЛИЗ МАЛЯРИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2012-2016 ГОДАХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург;

Новгородская областная инфекционная больница, г. Великий Новгород;

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск;

Вологодская областная инфекционная больница, г. Вологда

В 2015 году Всемирная организация здравоохранения признала, что Европа является первым в мире континентом, свободным от малярии. Однако, в связи с активной миграцией населения и ростом международного туризма с частыми посещениями гражданами России, проживающими в СЗФО, стран с тропическим и субтропическим климатом, все чаще встречаются случаи малярии в неэндемичных по данному заболеванию районах.

Цель исследования: анализ маляриологической ситуации в Северо-Западном федеральном округе в 2012-2016 годах.

Материалы и методы исследования: проведен анализ заболеваемости малярией в РФ и СЗФО по данным формы №1 Роспотребнадзора «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» и данные эпидемиологического анамнеза заболевания пациентов.

Результаты: За период с 2012 по 2016 год в СЗФО зарегистрировано 75 случаев малярии, что составило 16,7% от всех зарегистрированных случаев по РФ (n=448) [1,2,3]. Из них: в Мурманской области – 5 случаев тропической малярии (завоз из стран Африки, лечение лариамом, один летальный исход). На территории Архангельской области – 10: с *Plasmodium falciparum* – 2 случая (житель города Северодвинска лечился в Индии и студент медуниверситета из Индии), с *Plasmodium ovale* – 1 случай (также завоз из Индии), с *Plasmodium vivax* – 7 случаев (рабочие завода в г. Северодвинске, которые в 2014 году находились в командировке в Индии, все лечились плаквинилом, у одного впоследствии был рецидив). В Вологде зарегистрирован один случай тропической малярии в 2014 году – выездной туризм с посещением Нигерии. В Калининградской области в 2015 г. – 2 случая тропической малярии – туристический выезд в страны Африки. В Санкт-Петербурге за анализируемый период было зарегистрировано самое большее количество больных малярией (n=57). При анализе эпидемиологического анамнеза пациентов, поступивших в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» выяснено, что 54% заболевших составили туристы, выезжавшие в страны с субтропическим и тропическим климатом, а 46% – мигранты, прибывшие в Санкт-Петербург для обучения и рабо-

ты. Диагноз малярии на догоспитальном этапе установлен лишь в 30% случаев. 37,8% (n=14) наблюдаемых больных недавно прибыли из азиатских стран (Бирмы, Камбоджи, Пакистана, Тайланда, Индии), 35,2% (n=14) из стран Западной Африки (Бенина, Гвинеи, Камеруна, Кот-д'Ивуара, Мали, Нигерии), 8,1% (n=3) – из Северной Африки (Судана), по 5,4% (n=2) из Южной (Анголы, Мозамбика) и Восточной Африки (Танзании, Кении), по 2,7% (n=1) из Центральной Африки (Конго), Доминиканской Республики и Кубы. У прибывших из Азии в основном выявлялся *Plasmodium vivax* (93%), а у посещавших страны Западной Африки были обнаружены все три возбудителя (*Plasmodium vivax* у 31%, *Plasmodium falciparum* у 54%, *Plasmodium ovale* у 15%). У пациентов из Северной, Южной, Центральной Африки и Доминиканской республики микроскопически выделен только *Plasmodium falciparum*. Противомаларийное лечение пациенты получали с учетом возбудителя (при выделении *P. vivax* преимущественно использовались Делагил и Доксациклин, *P. falciparum* – Лариам, Доксациклин, *P. ovale* – у одного пациента назначался Лариам, во втором случае – Делагил). Противорецидивного лечения в условиях КИБ им. С.П. Боткина не проводилось, в связи с этим трое больных в последующем поступили с рецидивом трехдневной малярии. Один летальный исход у больного тропической малярией с отягощенным коморбидным фоном.

Заключение: отмечается постепенное нарастание числа случаев малярии в СЗФО. В связи с невозможностью проведения адекватной терапии современными препаратами увеличивается число летальных исходов от тропической малярии и рецидивов трехдневной. Рекомендуется выбирать для отдыха за рубежом страны, благополучные в эпидемиологическом отношении и соблюдать меры по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний в целях обеспечения санитарно-эпидемиологической охраны территории Российской Федерации [4].

Список литературы.

1. О маляриологической ситуации в Российской Федерации в 2013 году. Письмо Роспотребнадзора от 30.04.2014 N 01/4942-14-32 [Электронный ресурс] <http://docs.cntd.ru/document/499095438> (дата обращения 16.09.2016)

2. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь – август 2016 г. (по данным формы №1 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях") [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistica>. (дата обращения 16.09.2016)

3. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь – декабрь 2015 г. (по данным формы №1 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях") [Электронный ресурс] http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525 (дата обращения 16.09.2016)

4. О профилактике малярии [Электронный ресурс] Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=6980&phrase_id=773982 (дата обращения 16.09.2016)

Огошкова Н.В., Дроздова Т.Г., Любимцева О.А., Ханипова Л.В.

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ МАТРИЦ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ И КАТАМНЕЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДОВ

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Становление иммунной системы ребенка проходит ряд стадий, которые необходимо учитывать при оценке показателей иммунного статуса в норме и при патологии. Для выявления общих закономерностей изменений иммунного статуса необходимо анализировать не только отдельные параметры или их взаимосвязи, но и более обобщенные характеристики корреляционной матрицы изучаемых групп пациентов, такие как общее количество достоверных связей, показатель средней интенсивности связей и др., которые характеризуют напряженность функционирования иммунной системы, необходимо изучение системы как единого целого [3].

При выполнении настоящей работы проанализированы интегральные показатели корреляционных матриц, образуемых 16 показателями иммунологических тестов I уровня (вне зависимости от их направленности) у детей больных псевдотуберкулезом (ПСТ) детей 3-6 лет (I группа), 7-11 лет (II группа) и 12-14 лет (III группа), в периоде ранней реконвалесценции (перед выпиской из стационара) и в катамнезе через 1 год после перенесенного заболевания. Наряду с интегральными показателями анализировались корреляционные связи каждого из 16 иммунологических параметров матрицы с пятнадцатью остальными.

При проведении системного анализа корреляционных матриц с определением показателей СДС – сила достоверных связей, ДС – количество достоверных связей, ПДС – % сильных достоверных связей, КТС – коэффициент тесноты связей, СИС – средняя интенсивность связей во всех выделенных группах, определяемых отдаленными исходами ПСТ у детей, в периоде ранней реконвалесценции (перед выпиской из стационара) имеет место состояние повышенной напряженности в системе корреляционных связей между компонентами иммунной системы, которое не только не уменьшается, но даже нарастает в отдаленном катамнестическом периоде.

Установлены различия в силе и характере напряженности функционирования иммунной системы у детей, перенесших ПСТ, с различными отдаленными исходами: по мере нарастания активности в системе корреляционной матрицы, группы можно расположить следующим образом: II группа (с аллергическим синдромом) – I группа «здоровых» – III группа (с заболеваниями ЖКТ), то есть по уровню напряженности функционирования иммунной системы I группа детей, достигших полного здоровья, занимает промежуточное положение между II и III группами. Поскольку активность взаимодействия иммунных показателей этой группы ассоциируется с оптимальными клиниче-

скими показателями здоровья, полное клиническое выздоровление, ее следует считать необходимой для поддержания определенного иммунного гомеостаза после перенесенного ПСТ у детей.

Более слабая связанность между компонентами корреляционной матрицы у детей с аллергическим синдромом в исходе ПСТ, сочетающаяся с ограничением возможностей активации иммунной системы в фазе исходов, может быть расценена как корреляционный дисбаланс со снижением компенсаторных возможностей у этих детей или как общий синдром иммунологической недостаточности по Лебедеву К.А. и Понякиной И.Д. [1,2].

Высокая напряженность корреляционных связей у детей с исходом ПСТ в заболевания ЖКТ, но с сохранением потенциальных возможностей к их интенсификации по мере формирования вышеуказанной патологии, тоже не может быть расценена как норма. Увеличение количества и силы связей является одним из возможных проявлений общего синдрома иммунологической недостаточности – синдрома перенапряжения иммунной системы, который может сопровождаться развитием толерантности при дополнительной стимуляции или заболеваний иммунокомплексного или аутоиммунного генеза.

Наиболее стабильные и сильные связи во всех проанализированных корреляционных матрицах (за исключением матрицы катamnестического периода II группы детей с формирующимся аллергическим синдромом) отмечены между показателями активности лимфоцитов и сегментоядерных Нф. У детей с аллергическим синдромом в периоде реконвалесценции и в катamnезе наиболее сильные связи устанавливались между показателями фагоцитоза Нф и эозинофилами, что указывает на их активное участие в иммунном ответе.

Данные, полученные при анализе корреляционных матриц у детей, перенесших ПСТ, свидетельствуют о напряженном функционировании иммунной системы у разных групп пациентов различной интенсивности и указывают на нежелательность применения у них иммуностимулирующих препаратов, особенно в группе с поражением ЖКТ. Использование системного анализа позволяет углубить знания иммунопатогенеза ПСТ и его исходов и использовать их в коррекции лекарственной терапии.

Список литературы.

1. Лебедев К. А. Иммунная недостаточность / К. А. Лебедев, И. Д. Понякина. – М.: Мед. Книга; Н. Новгород.: Изд-во НГМА. – 2003. – 443 с.
2. Лебедев К.А, Понякина И.Д. Общий синдром иммунологической недостаточности. // ВИНТИ «Итоги науки и техники»; сер. Иммунология. – 1998. – Т.22. – С. 147 – 170.
3. Огошкова Н.В. «Клинико-иммунологические аспекты острого периода и исходов псевдотуберкулеза у детей: автореф. дис....кан-та мед. наук / Огошковой Н.В. – Тюмень, 2015. – 23 с.

Олейникова Е.С., Рябцева А.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СКИБ»

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Актуальность. В настоящее время геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) является одной из наиболее часто регистрируемых в мире природно-очаговых инфекций. Актуальность ГЛПС определяется расширением ареалов природных очагов, ростом заболеваемости, формированием тяжелых форм с высокой летальностью и большими медико-социальными и экономическими затратами. Заболевание характеризуется многообразием клинических проявлений, с возможностью атипичного течения, не позволяющих своевременно поставить диагноз и назначить адекватную терапию. В связи с этим, изучение клинико – эпидемиологических особенностей ГЛПС в Краснодарском крае остается актуальной задачей.

Целью настоящей работы стало изучение особенностей течения ГЛПС в Краснодарском крае по материалам ГБУЗ «СКИБ» г. Краснодара.

Проведен ретроспективный анализ 25 случаев ГЛПС. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно (РНИФ + ИФА). Больные, госпитализированные в ГБУЗ «СКИБ» в период с 2011 по 2015 гг. были в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст составил 41 год \pm 3 года), преобладали лица мужского пола – 96%.

Пациенты были госпитализированы из разных эндемических зон Краснодарского края: равнинно-степная зона (г. Краснодар – 3 чел., Динской р-он – 1 чел., Кущевский р-он – 1 чел., г. Армавир – 1 чел.); лиманно-плавневая зона (г. Темрюк – 1 чел., ст. Благовещенская – 1 чел.); предгорно-горная зона (Апшеронский р-он – 3 чел., г. Горячий Ключ – 3 чел., Белореченский р-он – 1 чел., г. Крымск – 4 чел.); причерноморская зона (г. Туапсе – 2 чел., г. Геленджик – 3 чел.). При оценке эпидемиологического анамнеза установлена взаимосвязь заболевания пациентов с наличием дома грызунов (мышей и крыс) у 20 чел.; водного фактора передачи инфекции (купание в стоячих и лесных водоемах, питье воды из родников и колодцев) у 3 человек, а также был зарегистрирован один завозной случай из Пскова (заражение произошло во время пребывания в Псковской области в лесной местности); эпидемиологический анамнез остался неизвестен у одного человека.

Случаи заболевания ГЛПС регистрировались в течение всего календарного года, с преобладанием весенне-летнего сезона (с мая по сентябрь). Пациенты были госпитализированы (регоспитализированы) в ГБУЗ «СКИБ» в среднем на $12,2 \pm 1,1$ сутки от начала заболевания. Средний койко-день в период с 2011 по 2015 год составил 21,7 дней.

Заболевание протекало циклично, с последовательной сменой периодов. Симптомами начального периода были: повышение температуры тела – 99%, жажда – 95%, инъекция сосудов склер – 85%, ломота в мышцах и суставах – 76%, головная боль – 74%, гиперемия зева – 70%, брадикардия – 61%, тошнота, рвота – 56%, гиперемия лица – 53%; нарушение зрения – 30%; геморрагические проявления – 16%; гипотония – 13%, жидкий стул – 9%, менингизм – 1%. Средняя продолжительность начального периода составила 7 – 8 дней. При прогрессировании болезни у пациентов развивались признаки олигоанурии, что сопровождалось следующей клинической картиной: жалобы на боль в пояснице – 84%, тошнота, рвота – 56%, боль в животе – 49%, сухость во рту – 40%, жидкий стул – 9%. Полиурический период сопровождался наличием у пациентов общей слабости – 85%, полиурии – 84%, жажды – 40%, повышения АД – 30%, брадикардии – 16%; тахикардия – 13%. По тяжести клинического течения у 76% больных заболевание протекало в тяжелой, у 24% в среднетяжелой форме. У госпитализированных с тяжелым течением заболевание осложнялось развитием острой почечной недостаточности – 92%, реактивного панкреатита – 67%, острой дыхательной недостаточности – 33%, ДВС – синдрома – 32%, пневмонии – 32%, анемии – 44%, ИТШ – 32%, менингизма – 16%. Несмотря на развившиеся осложнения все исходы заболевания были благоприятными – больные выписаны из стационара с улучшением или выздоровлением.

Таким образом, заболеваемость ГЛПС на территории Краснодарского края регистрировалась в виде спорадических случаев в различных климато – географических зонах (равнинно-степная – 6 чел.; лиманно- плавневая – 2 чел.; предгорно-горная – 12 чел.; причерноморская – 5 чел.), заболеваемость регистрируется в течение всего года, основным эпидемиологическим маркером являлись контакт с грызунами и с окружающей средой. У всех пролеченных в ГБУЗ СКИБ больных отмечалась типичная клиническая картина. Заболевание протекало чаще в среднетяжелой и тяжелой формах. Симптомы начального периода заболевания имели неспецифический характер (острое начало, лихорадочный синдром, симптомы интоксикации), что наряду с поздним обращением за медицинской помощью, приводило к поздней диагностике заболевания и госпитализации, отсутствию этиотропной направленности терапии. Во всех случаях имелся благоприятный исход заболевания.

Список литературы.

1. Бахтина В.А., Городин В.Н., Носиков Д.В. Заболеваемость геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в Краснодарском крае, связанная с профессиональной деятельностью // Инфекционные болезни, т.12, прил. №1, 2014, С.32.

2. Городин В.Н., Бахтина В.А., Лебедев В.В., Зотов С.В., Ковтун С.И. К вопросу о тактике ведения больных ГЛПС // Мат-лы VI научно-практ.конф. ЮФО с междунар. участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», Краснодар – 2011, С. 31.

3. Городин В.Н., Лебедев В.В., Зотов С.В., Бахтина В.А., Сухинин Н.С. Актуальные зоонозы Кубани: лептоспироз и ГЛПС // Мат-лы Межрегиональной начн. – практ.конф. «Инфекционные болезни взрослых и детей: актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики», Казань-2011. – С. 23.

4. Ткаченко Е.А., Дзагурова Т.К., Бернштейн А.Д., Коротина Н.А., Городин В.Н. и др. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (история, проблемы и перспективы изучения) // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика, №3 (88), 2016, С.23-34.

5. Ткаченко Е.А., Морозов В.Г., Дзагурова Т.К., Юничева Ю.В., Пиликова О.М., Городин В.Н. и др. Этиологические и клинико-эпидемиологические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Краснодарском крае // Эпидемиология и инфекционные болезни, № 1, 2016, С.22-31.

Орадова А.Ш., Сапаргалиева А.Д., Шумкова Э.Н., Джардемалиева Н.Ж.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОФЛОРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЛЕЙОМИОМАХ

Казахский национальный медицинский университет имени
С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Актуальность: Миома матки является одним из самых распространенных заболеваний у женщин и составляет до 12 – 25% всех гинекологических заболеваний. Частота заболеваемости миомой к 35 годам достигает 45%. Ранее пик заболеваемости приходится на возрастную группу 35 – 50 лет, но в последнее время миома матки “помолодела” и становится диагностической проблемой в группе женщин репродуктивного возраста [1].

Цель: оценить микрофлору слизистой эндометрия 58 у больных женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Исследованы образцы из биоптатов внутреннего слоя матки у 58 женщин репродуктивного возраста г. Алматы, выделили ДНК с помощью ПЦР в режиме реального времени. ПЦР – анализ проводили с использованием тест-системы АО "ДНК-Технология", Москва, в термоциклере "ДТ-322". Режим амплификации после внесения минерального масла составлял: денатурация – 940 С, 35 сек; отжиг – 600 С, 25 сек; синтез – 720 С, 35 сек (всего – 45 циклов).

Результаты исследования: В скрининге участвовали 50 женщин репродуктивного возраста г. Алматы в рамках научного гранта 2015- 2016 гг. В результате проведенных исследований биоптатов эндометрия 50 пациенток с лейомиомами, было обнаружено, что наиболее часто среди идентифицированных микроорганизмов в образцах регистрировались грибы рода *Candida albicans* в 15% случаев. Также определялся высоко канцерогенный вирус папилломы человека 16 типа – в 10% случаев.

Заключение: Таким образом, установлено что, особенностью лейомиом у женщин репродуктивного возраста, помимо его малосимптомности и высокой частоты осложнений, относится часто встречающаяся ассоциация с другими возбудителями урогенитальных инфекций. Большие надежды в этом плане возлагаются на полимеразно-цепную реакцию с использованием ДНК-зондов с генетическими маркерами основных перечисленных видов [2]. Преимуществами этой методики являются высокая специфичность, быстрота (за несколько часов), необязательно присутствие живых микробов, т.е. нет необходимости создавать анаэробные условия при транспортировке материала в лабораторию.

Список литературы.

1. A. Sapargaliyeva, E. Shumkova, Zh. Imanbayeva, N. Dzhardemaliyeva a, Zh. Kulekesheva, A. Oradova. – Morphological characteristics of endometriosis in women older than 40 years of age // 27 th European Congress of Pathology, Virhows Archiv, The European Journal of Pathology, – London, September 2015. Vol. – 467, supplement 1, – P.137.

2. Тихомиров А.Л. Комплексное лечение смешанных генитальных инфекций / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания // Гинекология. – 2004. – Т.6, № 6. – С. 289–292.

Орадова А.Ш., Сапаргалиева А.Д., Шумкова Э.Н., Джардемалиева Н.Ж.

ПЦР-ДИАГНОСТИКА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВНУТРЕННЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Казахский национальный медицинский университет имени
С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Актуальность: Эндометриоз является одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии. Несмотря на более чем столетний период с момента появления первых сообщений об эндометриозе, некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клинических, морфофункциональных, иммунологических, биохимических, генетических вариантов этого заболевания продолжают оставаться предметом научных исследований. И хотя многие вопросы решены, актуальность изучения проблемы эндометриоза не снижается [1,2].

Цель работы: выявление ДНК Вируса папилломы человека 16 и 18 типа в слизистой эндометрия у 98 больных женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: Исследованы образцы из биоптатов внутреннего слоя матки у 98 женщин репродуктивного возраста г. Алматы, выделили ДНК с помощью ПЦР в режиме реального времени. ПЦР – анализ проводили с использованием тест-системы АО "ДНК-Технология", Москва, в термоциклере "ДТ-322". Режим амплификации после внесения минерального масла составлял: денатурация – 940 С, 35 сек; отжиг – 600 С, 25 сек; синтез – 720 С, 35 сек (всего – 45 циклов).

Результаты исследования: В скрининге участвовали 98 женщин репродуктивного возраста г. Алматы в рамках принятой Программы развития онкологической помощи на 2012–2016 гг. В результате проведенных исследований биоптатов внутреннего слоя матки 98 пациентов с заболеванием внутреннего эндометриоза, было обнаружено, что в образцах, в 7% случаев, регистрировались ДНК Вируса папилломы человека 16 типа.

Выводы: Таким образом, установлено что, особенностью внутреннего эндометриоза, помимо малосимптомности и высокой частоты осложнений, относится часто встречающаяся ассоциация с другими возбудителями урогенитальных инфекций.

В 6 случаях в возрастной группе был установлен рак эндометрия, а в 7 случаях выявлена ДНК Вируса папилломы человека 16 типа, что указывает на высокий риск злокачественной трансформации.

Список литературы.

1. A. Sapargaliyeva, E. Shumkova, Zh. Imanbayeva, N. Dzhardemaliyeva, A. Oradova. – Morphological features of glandular changes in cases of adenomyosis// 19th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO 2015), – Nice, France, October 24-27, 2015. Vol. – 467, supplement 2, – P.1238.

2. Шумкова Э.Н. с соавт. – Лейомиома матки и аденомиоз у женщин климактерического периода// Медицина, – Алматы, 2015, №4/ 154, 2015, С. 51- 5

***Орлов М.Д., Шарухо Г.В., Князева Е.Ф., Юшкова И.Ю., Антонюк Н.В.,
Абраменко Г.Ю., Дубинина О.В., Фольмер А.Я., Бельтикова А.А.***

ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСОБО-ОПАСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень;
Управление Роспотребнадзора по Тюменской области, г. Тюмень;
Центр гигиены и эпидемиологии в Тюменской области, г. Тюмень;
Тюменская областная инфекционная клиническая больница, г. Тюмень

Проблема особо-опасных инфекций (ООИ) в настоящее время является актуальной, миграционные процессы, подготовка специалистов в различных учебных заведениях России из стран Африки, Азии, Латинской Америки требует настороженности при прибытии жителей выше перечисленных континентов (эндемичных по ООИ). В октябре-ноябре 2014 г. были госпитализированы 3 пациента – граждан Республики Конго-курсантов военно-инженерного высшего командного училища в боксированное отделение Тюменской областной инфекционной больницы (непосредственно в 1 бокс, минуя приемное отделение) с подозрением на ООИ. Весь персонал бригады скорой медицинской помощи, проводивший госпитализацию больных работал в защитной одежде 1 типа «Кварц-1М». После доставки больных проведена дезинфекция

транспорта на санитарной площадке инфекционной больницы. Медицинский осмотр проводился врачом инфекционистом в защитной одежде 1 типа «Кварц-1М». Администрацией больницы был издан приказ о переводе боксированного отделения на строгий противоэпидемический режим, выделен специальный медицинский пост с 4 медицинскими работниками. Персоналу, работающим с больными проводилась 2-х кратная (утром и вечером) термометрия с занесением в специальный журнал. На случай выявления повышенной температуры у персонала, работающих с больными, подозрительными на ООИ, был подготовлен изолятор. Осуществлялось оперативное взаимодействие с центром госсанэпиднадзора Тюменской области, департаментом здравоохранения, правительством Тюменской области, ФБУН Государственным научным центром вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора. Больным с соблюдением строжайшего санэпидрежима были взяты образцы крови и сыворотки через 1, 6, 9, 21, 26 и 39 сутки нахождения в ГБУЗ Тюменской областной инфекционной больнице. Через 10 дней после клинических проявлений от пациентов взяты образцы мочи, кала и носоглоточные смывы. Все упаковывалось в изолирующие контейнеры с соблюдением всех правил для возбудителей 1-2 группы патогенности, доставлялись нарочным в НПО Вектор. Больные находились в боксированном отделении 42 дня. Результаты исследования не доведены до медицинского учреждения. По литературным данным, у ряда заболевших данным ООИ симптомы заболеваний были слабо выражены (Rowe.1999.Leroy 2000.Основные проблемы работы с данными пациентами связаны с материальной базой учреждения (наличие современной вентиляционной системы с бактерицидными фильтрами, необходимое количество защитных костюмов изолирующего типа минимум 3 в сутки на 1 медработника, утилизация отходов, наличие в достаточном объеме 6% перекиси водорода. Опыт работы с данной группы пациентов является хорошей школой для медицинского учреждения.

Список литературы.

1. Rowe A.K., Bertolli J., Khan A.S., et al. Clinical, Virologic and Immunologic Follow-Up of Convalescent Ebola Hemorrhagic Fever Patients and Their Household Contacts., Kikwit, Democratic Republic of the Congo // The Journal of Infectious Diseases, 1999; 179 (Suppl): S 28-35
2. Leroy E.M., Baize S., Volchov V.E., et al. Human asymptomatic Ebola infection and strong inflammatory Response // THE LANCET, Vol 355, Yune 24, 2000, P.2210-2215

Отараева Н.И., Отараева Б.И., Гипаева Г.А., Плиева Ж.Г., Дзгоев А.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КОРЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ В 2015-2016 ГГ.

Служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по РСО-Алания, Владикавказ;

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Эпидемиологическая ситуация по кори и иммунизации населения республики Северная Осетия – Алания против инфекций, управляемых средствами специфической иммунопрофилактики, была предметом обсуждения в органах исполнительной власти, местного самоуправления.

Вопрос «Об усилении мероприятий по недопущению распространения заболеваемости корью на территории РСО-Алания» заслушан на заседании санитарно-противоэпидемической комиссии Правительства РСО-Алания в 2015 г., аналогичные заседания проведены на всех административных территориях. В рамках проведения Европейской недели иммунизации с учетом данных серологического мониторинга за уровнем напряженности коллективного иммунитета была проведена подчищающая иммунизация против кори среди медицинских работников, привито 32 человек. Общая численность медицинских работников – 15863, из них привито 15453. Полным вакцинальным циклом охвачено 97,4% медицинских работников. Среди различных групп населения проводится широкая информационно-разъяснительная работа по вопросам вакцинопрофилактики, с привлечением средств массовой информации. За 2015 года опубликовано статей – 17, выступлений по радио – 11, телевыступлений – 8, теледебатов – 2, организованы «горячие» телефонные линии и «телефоны доверия». Проведено 6 совещаний за круглым столом. За 8 мес. 2016 г. проведено 9 совещаний, 15 обучающих семинаров для медицинских работников, 6 выступлений на ТВ, 5 по радио. На центральных улицах Владикавказа размещены баннеры, содержащие рекламно-агитационную информацию о преимуществах иммунизации.

Распространяются памятки, листовки, буклеты с информацией по вопросам вакцинопрофилактики (более 3000). В медицинских и образовательных организациях оформлены стенды и плакаты. Обучением в 2015 году охвачено 1876 медицинских работников с последующим проведением тестового контроля полученных знаний, за 8 мес. 2016 г. – 1518 чел. По вопросам вакцинопрофилактики тиражировано порядка 1000 памяток, брошюр, 76 информационных бюллетеней.

В РСО-Алания организован и налажен эпидемиологический надзор за корью на всех уровнях (республиканском, городском, районном) в соответствии с предъявляемыми требованиями. Работа по выявлению больных корью проводится в соответствии с алгоритмом действий специалистов учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора. Достигнут и поддерживается на рекомендуемом уровне 95% охват профилактическими прививками против кори.

Ежегодно проводится сероземиологический контроль за состоянием популяционного противокорьевого иммунитета. Материал от больных корью направляется в Национальный и региональный центры для проведения серологических и молекулярно-генетических исследований. Качество биоматериала, своевременность забора, сроки и условия доставки соответствуют установленным требованиям. Проводится систематическая подготовка специалистов учреждений здравоохранения, Роспотребнадзора по вопросам организации вакцинопрофилактики и эпиднадзора за корью и краснухой. В период эпидемического подъема заболеваемости корью были проведены необходимые организационные, профилактические и противоэпидемические мероприятия по стабилизации ситуации.

Ввиду таких масштабных профилактических мероприятий групповая заболеваемость корью, в том числе с внутрибольничным инфицированием в республике в 2015-2016 годах не регистрировалась.

Павелкина В.Ф., Баткова С.В.

ОСТРЫЕ СТРЕПТОКОККОВЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

Актуальность. Ведущее значение в патогенезе стрептококковых тонзиллитов является интоксикационный синдром. Залог эффективности терапии тонзиллитов – своевременное этиопатогенетически обоснованное применение современных фарм-кологических препаратов. Немаловажное значение отводится патогенетическим лечебным мероприятиям, направленным на коррекцию интоксикационного синдрома, выраженность которого влияет на исход заболевания (Павелкина В.Ф., Ласеева М.Г., 2012).

Цель исследования: изучить некоторые показатели эндогенной интоксикации при стрептококковых острых тонзиллитах на фоне базисной терапии и при дополнительном использовании препарата с дезинтоксикационным действием – реамберина.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных острым стрептококковым тонзиллитом (ОТ) средней степени тяжести, 19 – 29 лет. Первая группа – 35 пациентов получала базисную терапию, второй (основной) группе из 35 пациентов назначали препарат реамберин (1,5% – 500 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 5 дней). Изучали лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ, уровень молекул средней массы – МСМ при двух длинах волн (254 и 280 нм). Общую и эффективную концентрацию альбумина (ОКА и ЭКА) определяли флуоресцентным методом. Рассчитывали индекс токсичности по формуле: $ИТ = (ОКА/ЭКА) - 1$ и связывающую способность альбумина: $ССА = ЭКА/ОКА \times 100$ (Миллер Ю.И., Добрецов Г.Е., 1994).

Результаты и обсуждение. Основу клинической картины при ОТ составляли интоксикационный и тонзиллярный синдромы. Анализ динамики кли-

нических признаков заболевания показал, что длительность ведущих симптомов ОТ у пациентов, получавших реамберин, сокращалась. Так, продолжительность лихорадки снижалась с $4,20 \pm 0,71$ до $2,6 \pm 0,31$ суток ($p < 0,05$), общей слабости – с $4,10 \pm 0,72$ до $2,1 \pm 0,63$ суток, плохого аппетита – с $3,90 \pm 0,68$ до $2,2 \pm 0,37$ суток ($p < 0,05$), тахикардии с $4,60 \pm 0,70$ до $2,7 \pm 0,53$ суток ($p < 0,05$). Одним из показателей, характеризующих интоксикационный синдром, является ЛИИ. На фоне базисной терапии отмечено его повышение весь период наблюдения. Применение реамберина способствовало нормализации ЛИИ.

Молекулы средней массы традиционно рассматриваются универсальным критерием эндогенной интоксикации (ЭИ). В первые 3 – 4 дня болезни отмечено повышение содержания МСМ254 и МСМ280. После базисной терапии МСМ254 продолжали пре-вышать показатели здоровых лиц и составили $0,256 \pm 0,011$ у. е. ($p < 0,01$). Иная динамика наблюдалась у МСМ280. В период клинического выздоровления их содержание становилось равным контролю. Повышенный уровень МСМ свидетельствует о выраженности и длительности синдрома ЭИ, что согласуется с данными других работ (Нагоева М.Х., 2006; Павелкина В.Ф., Щипакина С.В., 2009). Реамберин способствовал нормализации МСМ254 – $0,221 \pm 0,012$ у. е., подтверждая его дезинтоксикационный эффект.

Гидрофобные токсические вещества можно определить с помощью альбуминовых тестов. ЭКА была на низком уровне, что свидетельствует о нарушении детоксикационных его свойств и развитии ЭИ. Включение в терапию реамберина приводило к нормализации ЭКА, что составило $43,26 \pm 1,23$ г/л. О важности изучения альбуминовых тестов при ангинах показано в другой работе (Мельник Г.В. и соавт., 2005). Для оценки степени ЭИ и прогноза течения заболевания важное диагностическое значение имеет ССА. Этот показатель у пациентов ОТ был снижен весь период наблюдения (соответственно $91,28 \pm 1,43$ и $90,98 \pm 1,92\%$; $p < 0,001$). Снижение к периоду ранней реконвалесценции ССА говорит о сохранении токсического синдрома. Применение реамберина приводило к повышению ССА до $97,49 \pm 1,78\%$ ($p < 0,05$). В разгаре болезни индекс токсичности был повышен в 11 раз, после базисной терапии он оставался высоким – $0,12 \pm 0,035$ ($p < 0,001$). Сочетанная терапия с реамберинем приводила к снижению ИТ до $0,03 \pm 0,01$.

Выводы. Использование реамберина в лечении острых тонзиллитов способствует благоприятному клиническому течению, уменьшению степени выраженности интоксикационного синдрома, о чем свидетельствуют нормализация ЛИИ, уровня МСМ254, снижение индекса токсичности, повышение эффективной концентрации и связывающей способности альбумина, что подтверждает его дезинтоксикационный эффект.

Список литературы.

1. Мельник Г.В., Жукова Л.И., Тарасова Л.С. Показатели каталазы эритроцитов и связывающей способности альбуминов сыворотки крови в

оценке тяжести, прогноза течения и эффективности лечения дифтерии // Инфекционные болезни. – 2005. – Т. 3, №2. – С. 37–40.

2. Миллер Ю.И., Добрецов Г.Е. Молекулярные основы флуоресцентного метода определения связывающей емкости альбумина сыворотки крови // Клиническая лабораторная диагностика. – 1994. – №5. – С. 20–22.

3. Нагоева М.Х. Молекулы средней массы плазмы крови для оценки синдрома эндогенной интоксикации при ангине и их коррекция // Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней: Тез. докл. VII Российского съезда инфекционистов. – Н. Новгород, 2006. – С. 230–231.

4. Павелкина В.Ф., Ласеева М.Г. Интоксикационный синдром и его коррекция при рецидивирующих стрептококковых ангинах // Вестник оториноларингологии. – 2012. – № 3. – С. 83–87.

5. Павелкина В.Ф., Щипакина С.В. Применение эмоксипина при повторных ангинах // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90, №3. – С. 371–374.

Полукчи Т.В., Абуова Г.Н.

НЕПРЯМАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОМЕТРИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ФИБРОЗА ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Казахстан

Введение: Хронические диффузные заболевания печени характеризуются длительным прогрессирующим течением, приводящим со временем к формированию фиброза, цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциноме, что обуславливает высокий процент инвалидизации и смертности [1]. «Золотым» стандартом выявления фиброза в наши дни является пункционная биопсия печени. В последние годы информацию о степени выраженности фиброза можно получить и неинвазивными методами диагностики. Одним из них является непрямая ультразвуковая эластометрия. Уникальность этого метода заключается в безопасности его применения, в высокой чувствительности и специфичности, а также в высокой значимости в выявлении хронических диффузных заболеваний печени [2].

Цель исследования: Изучение соответствия клинических проявлений, лабораторно-инструментальных показателей, данных непрямой ультразвуковой эластометрии у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Методы и материалы: Был проведен ретроспективный анализ 27 историй болезней пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени, находившихся на лечении в различных стационарах Южно-Казахстанской области в 2015 году (мужчины-12 (44%), женщины – 15 (56%). Средний возраст больных составил 52 года (30-74 лет). Больные находились на лечении в различных стационарах Южно-Казахстанской области в 2015 году. Пораже-

ние печени у больных было следствием хронического вирусного гепатита В, хронического вирусного гепатита С, стеатоза печени, цирроза печени. Стадию фиброза определяли методом непрямой ультразвуковой эластометрии по шкале METAVIR. Класс тяжести ЦП диагностировали и оценивали согласно классификации Чайлд-Пью.

Результаты: Причиной поражения печени у исследованных больных были: хронический гепатит смешанной этиологии у 3-х больных (11,1%), стеатоз у 2-х больных (7,4%), хронический вирусный гепатит С – 2-х больных (7,4%), цирроз печени смешанной этиологии у 7-ми (26%), хронический вирусный гепатит В у 1-го больного (3,7%), хронический вирусный гепатит В+ D у 2-х человек (7,4%), цирроз печени HCV-этиологии у 10-ти больных (37%). Все больные были распределены по данным непрямой эластометрии на три группы следующим образом: 1 группа больные с легким фиброзом (стадии F0-F1), 2 группа больные с умеренным и тяжелым фиброзом (стадии F2-F3), 3 группа больные с циррозом печени (стадия F4). В первую группу вошли 5 пациентов (18,5%) с хроническим гепатитом смешанной этиологии, хроническим вирусным гепатитом С, стеатозом печени со стадиями фиброза F0 и F1. Во вторую группу вошли 10 пациентов (37%) с хроническим гепатитом смешанной этиологии, хроническим вирусным гепатитом С, хроническим вирусным гепатитом В, хроническим вирусным гепатитом В+ D со стадиями фиброза F2 и F3. В третью группу вошли 12 пациентов (44,5%) с циррозом печени смешанной этиологии, циррозом печени HCV-этиологии со стадиями фиброза F4. Основными клиническими проявлениями у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени на всех стадиях фиброза являются астеновегетативный и диспепсический синдромы. Дискомфорт и тяжесть в правом подреберье регистрируются в 80% случаев на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 100% случаев на стадии F4. Синдром желтухи отмечается у 40% больных на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 83% случаев на стадии F4. Гиперферментемия отмечается у 40% на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 50% случаев на стадии F4. Гипербилирубинемия выявляется у 40% пациентов на стадиях F0-F1, у 60% пациентов на стадиях F2-F3, на стадии F4 у 50%. Гепатомегалия диагностируется у 60% больных на стадиях F0-F1 и F2-F3, на стадии F4 в 42% случаев.

Выводы: Таким образом, клинические проявления и лабораторно-инструментальные сдвиги не всегда соответствуют значимым изменениям по данным непрямой ультразвуковой эластометрии и не отражают степень выраженности фиброза у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени. Следовательно, считаем необходимым ввести метод непрямой ультразвуковой эластометрии в разряд обязательных методов исследований больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Список литературы:

1) Аришева О.С., Гармаш И.В., Кобалова Ж.Д., Моисеев В.С. Методы диагностики фиброза печени. Клиническая фармакология. 2013. №7. С. 49–55.

2) Патлусов Е.П., Борзунов В.М., Чернов В.С. Использование ультразвуковой эластографии в оценке стадии фиброза печени у пациентов инфекционного отделения военного клинического госпиталя. Уральский медицинский журнал. №03 (108) апрель 2013. С. 125-128.

Полукчи Т.В., Абуова Г.Н.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ А, В, С ЗА ПЕРИОД 2010-2015 гг. В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Казахстан

Введение: Острый вирусный гепатит-инфекционное заболевание, приводящее к воспалению ткани печени и развитием в ней некротических изменений, вызываемых вирусами гепатитов А, В, С, Д, Е [1]. Острые вирусные гепатиты могут характеризоваться как субклиническими проявлениями, так и развитием быстро прогрессирующих и фульминантных форм [1]. Вирусные гепатиты В и С могут переходить в хроническую форму и приводить к образованию фиброза, развитию цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Казахстан долгое время относился к регионам с высокой эндемичной распространенностью вирусных гепатитов [2].

Ключевые слова: Острые вирусные гепатиты А, В, С, заболеваемость.

Цель исследования: изучение проявлений эпидемиологической ситуации по острым вирусным гепатитам А, В, С в Южно-Казахстанской области (ЮКО) за период 2010-2015г.

Методы и материалы: Нами были проанализированы статистические данные Комитета защиты прав потребителей по Южно-Казахстанской области за период 2010-2015 годы [3].

Результаты: Изучена заболеваемость острыми вирусными гепатитами А, В, С, Д, Е в абсолютном выражении числа случаев из расчета на 100 тыс. населения. Заболеваемость острым вирусным гепатитом А в 2010г. составила 6,78 на 100 тыс. населения, пик заболеваемости был в 2012г. показатель составил 27,35 на 100 тыс. населения, в 2013г. показатель составил 7,64 на 100 тыс. населения, в 2014г- 5,84 на 100 тыс. населения, в 2015г- 1,43 на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости острым вирусным гепатитом В приходился на 2011г. и составил 2,42 на 100 тыс. населения, в 2012г. показатель составил 1,44, в 2013г – 1,08, в 2014г. – 0,61 на 100 тыс. населения, в 2015г. – 0,96 на 100 тыс. населения. Заболеваемость острым вирусным гепатитом С в 2011г. составила 0,23 на 100 тыс. населения, в 2012г. – 0,27 на 100 тыс. населения, 2013г. – 0,11 на 100 тыс. населения, в 2014г. – 0,14 на 100 тыс. населения, в 2015г. показатель составил 0,11 на 100 тыс. населения. Приведенный анализ подтверждает, что в Южно-Казахстанской области наблюдается тенденция к снижению заболеваемости по острым вирусным гепатитами А, В, С. Это свя-

зано с планомерной профилактической работой по борьбе с острыми вирусными гепатитами: активное выявление больных в очагах инфекции, регулярные профилактические и скрининговые мероприятия, вакцинопрофилактика согласно календарю прививок среди групп риска и медицинского персонала, дезинфекция в очагах, адекватная этиотропная терапия больных с хроническими вирусными гепатитами.

Выводы: Таким образом, в последние годы отмечается улучшение эпидемиологической ситуации по острым вирусным гепатитам А, В, С в Южно-Казахстанской области. Следует продолжить комплекс эффективных противоэпидемических мероприятий, а также повышать качество санитарно-просветительной работы среди населения Южно-Казахстанской области.

Список литературы:

1) Подымова С.Д. Парентеральные острые вирусные гепатиты: современная диагностика, профилактика и лечение. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. №6. 2012. С 76-85.

2) Шаймарданов Н.К., Аукенов Н.Е., Токтабаева А.Т., Курманбаева Ш.Ж., Ерденбеков Т. Эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам в городе Семей. Наука и здравоохранение. №2. 2011.

3) «Санитарно–эпидемиологическая ситуация в республике Казахстан», сборники материалов комитета госсанэпиднадзора МЗ РК, Казахской республиканской санитарно–эпидемиологической станции МЗ РК, Астана.

Прилуцкий А.С., Колесникова А.Г.

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЭНТЕРОВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького
г. Донецк

В 50-х годах XX века в большинстве стран мира был отмечен рост заболеваемости, полиомиелитом, серозным менингитом (С. менингит), герпангиной, инфекционной миалгией. В последние годы накопились данные, о том, что энтеровирусы (ЭВ) могут быть причиной возникновения не только традиционных клинических форм – острые респираторные инфекции (ОРВИ), острые кишечные инфекции (ОКИ) и серозного менингита (с. менингит), но и гепатита, панкреатита, орхита, аппендицита, поражения глаз, сердца, почек и др. [1,2]. Различные типы ЭВ способны обуславливать развития одинаковых клинических синдромов, а один и тот же вирус может вызывать заболевания с различной клинической картиной. Полиморфизм ЭВ проявляется так же частой комбинацией клинических синдромов у одного и того же больного. Вспышки, связанные с ЭВ отличаются довольно высокой контагиозностью в очагах инфекции переболевают от 28% до 86% из числа общавшихся. Заболе-

ваниям подвержены люди различного возраста, однако чаще и преимущественно дети.

Начиная с 1998 г., в г. Донецке отмечается активизация эпидемического процесса вирусных менингитов. За анализируемый период (1997-2015 гг.) выявлено 288 случаев. В годы подъема заболеваемость составляла 9,88 (среди детей – 59,21, а взрослых – 1,51) на 100 тысяч населения. Для совершенствования системы эпидемиологического надзора нами были изучены основные эпидемиологические закономерности энтеровирусными инфекциями (ЭВ) в г. Донецке. Для этого из суммы заболеваний ОВИ, объединенных согласно статистическим формам №1 и №2 СЭС, в одну группу нами был выделен серозный менингит, так как в эту группу входят больные, от которых был выделен наибольший процент возбудителей ЭВ. В результате ретроспективного анализа многолетних динамики заболеваемости серозным менингитом определена этиологическая структура возбудителей в г. Донецке, на фоне высокого уровня заболеваемости (9,88 на 100 тыс. населения) вирус Коксаки В изолирован в 75,7%, а на остальные серотипы ЭВ приходилось 16,2%.

Был доказан фекально-оральный (водный) механизм передачи, как основной в г. Донецке, в результате выявления прямой достоверной корреляционной связи сильной степени между частотой изоляции ЭВ от больных и высоким уровнем вирусной контаминации сточной воды в годы подъема (57,1%) по сравнению с другими объектами окружающей среды (7,93-5,8%) ($P < 0,001$). Сильная корреляционная связь ($R = 0,64$ и $R = 0,809$, на уровне значимости $P < 0,05$) между частотой выделения ЭВ из всех водных объектов подтверждает зависимость активности таких факторов передачи как питьевая вода и вода открытых водоемов от уровня загрязненности сточных вод. Для усовершенствования эпидемического надзора за ЭВИ нами определены математические закономерности развития эпидемиологического процесса ЭВИ и разработаны формулы для краткосрочного $y(t) = f(t) + s(t) + e(t)$ и для долгосрочного $y(t) = f(t) + e_1(t) + e_2(t)$, прогнозирования заболеваемости серозным менингитом. Разработана тест – система ИФА для диагностики Ig G ЭВ Коксаки и ЕСНО позволяет в течении 2,5 часов регистрировать уровень специфических антител и имеет высокую специфичность не зависит от прививочного анамнеза детей (наличие или отсутствие прививок против полиомиелита), титра антител к полиовирусам 1-3 типов ($p = 0,05$). И позволяющая быстро определить уровень циркуляции антител к ЭВ Коксаки и ЕСНО на территории г. Донецка, который составил у детей до 3-х лет 50%, а у взрослых 80%. Нами был опробован и применен на практике комплекс специфического праймера к ДНК 207 п.н. 5'-нетранслируемой области генома энтеровируса для всех типов энтеровирусов (кроме вируса полиомиелита) для реакции НДР, данная тест – система зарекомендовала себя как высокочувствительная и может быть использована для постановки диагнозов ЭВИ у больных, при обследовании предметов обихода в домашних очагах, а также при мониторинге объектов внешней среды при наблюдении за ЭВ.

Список литературы.

1. Жукова Л.И., Рафеенко Г.К., Ларин Ф.И., Щербина Л.И., Шуть И.Н., Давыдова М.А., Ванюков А.А. Энтеровирусные неполиомиелитные инфекции в Краснодарском крае //ЖМЭИ. – 2014. – №4. – С.13-17
2. Жукова Л.И., Рафеенко Г.К., Лещева Г.А., Мкртчян М.О., Кулбужева М.И. Неполиомиелитные энтеровирусные инфекции в Краснодарском крае //Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – №7. – С.57-60.

Прислегина Д.А., Малецкая О.В., Василенко Н.Ф., Манин Е.А.

СТРУКТУРА «КЛЕЩЕВЫХ» ИНФЕКЦИЙ НА ЮГЕ РОССИИ В 2015 ГОДУ

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь

В 2015 г. на территории субъектов юга России было зарегистрировано 874 случая заболевания людей природно-очаговыми инфекциями, 82% из которых составили так называемые «клещевые» инфекции.

Ведущее место по числу выявленных больных занимает Астраханская пятнистая лихорадка, заболевания которой ежегодно регистрируются в Астраханской области (в 2015 г. выявлено 310 случаев, 5 с летальным исходом) и Республике Калмыкия (3 больных).

На протяжении последних лет на территории юга России сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по клещевому боррелиозу (КБ). Число зарегистрированных больных КБ составило 193 человека. Наиболее неблагоприятным является Краснодарский край (102 больных, причем большинство из них зарегистрировано в г. Краснодаре – 72). Также рост заболеваемости КБ отмечен в Ставропольском крае, где количество зарегистрированных больных увеличилось в 1,8 раза (40 человек, большинство случаев заболевания выявлено в г. Кисловодске – 32), Крымском федеральном округе – в 1,6 раза (38) и в Ростовской области – в 8 раз (8).

Серьезную угрозу для здоровья населения юга России представляет Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ). В 2015 году количество зарегистрированных больных КГЛ возросло в 1,5 раза по сравнению с предыдущим годом, всего выявлено 139 заболевших. При этом в одном случае зарегистрирован летальный исход. Большинство больных КГЛ выявлено в Ростовской области – 79 человек и Ставропольском крае – 43. Также больные КГЛ были зарегистрированы в Республике Калмыкия – 9, Волгоградской области – 3, Республике Дагестан – 2 и Астраханской области – 1. Выявлены два заносных случая КГЛ – в Карачаево-Черкесскую Республику из Ставропольского края и в Воронежскую область из Крымского федерального округа.

Случаи заболевания Ку-лихорадкой регистрировались только в Астраханской области. По сравнению с предыдущим годом заболеваемость выросла в 1,8 раз, всего выявлено 48 больных.

Заболеваемость марсельской лихорадкой повысилась на 14,3%, (всего зарегистрировано 16 больных на территории Крымского федерального округа, эндемичной по данной инфекции).

В Республике Крым зарегистрировано 3 случая заболевания клещевым вирусным энцефалитом.

В 2015 г. в Ставропольском крае впервые зарегистрировано по 1 случаю заболевания гранулоцитарным анаплазмозом человека и моноцитарным эрлихиозом человека.

Таким образом, проблема природно-очаговых «клещевых» инфекций для территории субъектов юга России имеет особую актуальность и диктует необходимость проведения постоянного эпидемиологического мониторинга, а также контроля профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Список литературы.

1. Особенности эпидемиологической обстановки по природно-очаговым инфекционным болезням на Юге европейской части России в 2014 году / О.В. Малецкая, Н.Ф. Василенко, Е.А. Манин [и др.] // Здоровье населения и среда обитания. 2016. № 2 (275). С. 28–31.

2. Природно-очаговые инфекции в 2014 г. в Ставропольском крае. Эпидемиологическая обстановка / О.В. Малецкая, И.В. Ковальчук, Н.И. Соломащенко [и др.] // Здоровье населения и среда обитания: материалы научно-практической конференции. 19-я ежегодная Неделя медицины Ставрополья. Ставрополь: Ставропольское издательство «Параграф», 2015. С. 13–17.

3. Эпидемиологическая обстановка по природно-очаговым инфекционным болезням в Южном, Северо-Кавказском и Крымском федеральных округах в 2014 г. (Аналитический обзор) / А.Н. Куличенко, О.В. Малецкая, Н.Ф. Василенко [и др.]. Ставрополь, 2015. 76 с.

4. Эпидемиологическая обстановка по природно-очаговым инфекционным болезням в Южном, Северо-Кавказском и Крымском федеральных округах в 2015 г. (Аналитический обзор) / А.Н. Куличенко, О.В. Малецкая, Н.Ф. Василенко [и др.]. Ставрополь, 2016. 96 с.

Простомолотов А.О.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, г. Москва

Актуальность. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острое зоонозное инфекционное заболевание вирусной этиологии, имеющее циклическое течение, характеризующееся выраженным синдромом интоксикации, поражением почек по типу нефрозо-нефрита с возможным развитием острой почечной недостаточности (ОПН), геморрагическими проявлениями и длительной утратой трудоспособности. Ежегодно в мире наблю-

дается около 150000 случаев ГЛПС. В современных условиях ГЛПС стала протекать тяжелее, чаще наблюдается осложнённое течение заболевания с развитием ОПН и инфекционно-токсического шока. Неспецифическая клиническая симптоматика и маскировка под общеизвестные болезни затрудняет диагностику ГЛПС.

Цель. Проанализировать вариабельность течения начального периода ГЛПС, затрудняющую постановку правильного диагноза и своевременную госпитализацию пациентов в инфекционный стационар.

Материалы и методы. Анализ собственных наблюдений за пациентами с ГЛПС, которым предварительно были поставлены диагнозы грипп, острый пиелонефрит, острый аппендицит.

Результаты. При ретроспективном анализе случаев ГЛПС мной было выявлено, что на ранних этапах диагностика нередко вызывает трудности, так как начальный период ГЛПС часто протекает под маской других заболеваний, в том числе неинфекционной этиологии. Больной Н., 27 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на высокую температуру до 39°C, сухость во рту, тошноту, многократную рвоту, метеоризм, задержку стула, боль в животе и в поясничной области. Предварительный диагноз: острый аппендицит, среднетяжелое течение. При проведении физикального обследования были выявлены положительный симптом “поколачивания” и снижение диуреза. Пациент был переведен в инфекционный стационар. Больная Р., 35 лет, поступила в приемное отделение инфекционной больницы в среднетяжёлом состоянии на 2-й день болезни с жалобами на головную боль в лобно-височных отделах, заложенность носа, боль в горле и сухой кашель. При осмотре: температура 40°C, гиперемия лица, инъекция сосудов склер. Из эпиданамнеза было известно, что 4 дня назад муж заболел гриппом. Предварительный диагноз: грипп, среднетяжёлое течение. Через 2 дня у пациентки появилась мелкоточечная петехиальная сыпь на коже плечевого пояса, боковых поверхностях грудной клетки в виде полос; почечная недостаточность – олигурия до 500 мл в сутки; боли в области поясницы. Больная А., 20 лет, поступила в отделение урологии с жалобами на сильные боли в поясничной области. При осмотре в отделении температура 38,5°C, жалобы на сильные боли в поясничной области, озноб, сухость во рту, снижение диуреза. Предварительный диагноз: острый пиелонефрит. Из эпиданамнеза установлено, что 2 недели назад была на даче и ела продукты из погреба. Пациентка также переведена в инфекционный стационар. Во всех трёх случаях диагноз ГЛПС требовал проведения дифференциальной диагностики и был подтвержден в реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ).

Выводы. Учитывая разнообразные варианты течения начального периода ГЛПС, необходимо подробно собирать эпиданамнез и следить за клинической картиной в динамике. Достоверным подтверждением диагноза ГЛПС, является специфическая диагностика, основанная на РНИФ в парных сыворотках с интервалом в 5 дней: нарастание титра специфических антител в 4 и более раз.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, поражение почек по типу нефрозо-нефрита, острая почечная недостаточность, инфекционно-токсический шок, реакция непрямой иммунофлюоресценции.

Список литературы.

1. Под редакцией профессора Е.В.Волочковой “Зоонозные инфекции” (учебное пособие для студентов медицинских вузов), Москва, 2013 г., 185 стр.;

2. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. “Инфекционные болезни и эпидемиология” (учебник для студентов лечебных факультетов медвузов). – М., “ГЭОТАР-Медиа”, 1008 стр., 2012 г.;

3. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Рощупкин В.И., Суздальцев А.А. Куйбышев, 1990 г., 106 стр.

Радченко Е.А., Куватова Д.О., Мамбетова А.И.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ТЕЧЕНИЕ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина, медицинский факультет, кафедра инфекционных болезней, г Бишкек

Эпидемиологическая ситуация по коклюшу в Кыргызстане остается неблагоприятной. За последние семь лет отмечается подъем заболеваемости, самые высокие ее показатели регистрируются в Бишкеке по сравнению с другими населенными пунктами Республики. Среди диагностированных больных преобладают дети первого полугодия жизни, не получившие первичный вакцинальный комплекс. Тяжелые формы коклюша чаще наблюдаются у детей, перенесших гипоксию мозга в антенатальном и интранатальном периодах. У детей, преморбидный фон которых, отягощен гипоксическо-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) существует риск развития коклюшной энцефалопатии, представляющий реальную угрозу для жизни ребенка [1, 2].

Цель: Выявить влияние сопутствующей перинатальной гипоксическо-ишемической энцефалопатии на течение и исход коклюша у детей первого года жизни.

Методы: нами был проведен ретроспективный анализ 166 историй болезни детей с коклюшем, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с июля по сентябрь 2015 года, в возрасте от 0 до 7 лет. Из них детей до одного года было 139, с патологией ЦНС было 75 человек. Диагноз коклюша выставлялся на основании эпидемиологического анамнеза (контакт с длительно кашляющими больными), характерных клинических симптомов болезни, показателей периферической крови. Критериями тяжести коклюша у детей были: частота и длительность приступов кашля, наличие и частоты рвоты после кашля, частота реприз, наличие апноэ, симптомов коклюшной интоксикации. Для выявления особенностей течения коклюша у детей на фоне патологии

ЦНС, дети до года были разделены на две группы: 1 группа – коклюш без патологии со стороны ЦНС (64 ребенка), 2 группа – коклюш на фоне перинатальной гипоксическо-ишемической энцефалопатии (75 детей).

Результаты: Среди детей до 1 года, больных коклюшем, в возрасте от 0 до 3 месяцев в группе детей с поражением ЦНС было достоверно ($p < 0,05$) больше в отличие от 1-й группы. Неблагополучное течение беременности у матерей (17,2%; 69,3%) и осложнения во время родов (6,2%; 41,3%) были достоверно ($p < 0,05$) чаще у больных коклюшем 2-й группы. У детей 2-й группы достоверно ($p < 0,05$) чаще отмечались ВПС (1,5%; 6,6%) и паратрофия (1,5%; 10,6%).

Анализ клинических симптомов коклюша в сравниваемых группах позволил выявить, что тяжелые приступы спазматического кашля, сопровождающиеся цианозом и апноэ, были достоверно ($p < 0,05$) чаще (49,3%) во 2-й группе, чем в 1-й (26,5%). Достоверно чаще ($p < 0,05$) тяжелое течение заболевания (42,2%; 65,3%) отмечались у детей из 2-й группы.

Осложнения в виде пневмонии с дыхательной недостаточностью и обструктивным синдромом, коклюшной энцефалопатией развивались достоверно ($p < 0,05$) чаще у детей во 2-й группе.

Выводы: Для детей больных коклюшем, преморбидный фон которых отягощен перинатальной гипоксическо-ишемической энцефалопатией, характерна высокая частота развития тяжелых форм и осложнений в виде пневмонии с дыхательной недостаточностью, коклюшной энцефалопатии.

Список литературы.

1. Голосная Г.С., Петрухин А.С., Красильщикова Т.М. Взаимодействие нейтрофических и проапоптотических факторов в патогенезе гипоксического поражения головного мозга у новорожденных // Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского. – 2010. – т.89, №1. – С.20-25.

2. Халупко Е.А. Коклюш у детей на современном этапе // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2010. – №4. – С.83-86.

***Ракитина Е.Л., Гостищева С.Е., Абзаева Н.В., Пономаренко Д.Г.,
Тюменцева И.С., Афанасьев Е.Н.,
Костюченко М.В., Иванова Г.Ф., Гаркуша Ю.Ю.***

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИХ КЛЕТОЧНЫХ ТЕСТОВ IN VITRO ДЛЯ ОЦЕНКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПРОТИВОЧУМНОГО ИММУНИТЕТА

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь

В последние годы на территории Российской Федерации наблюдается активизация природных очагов чумы, что определяет высокую актуальность проблемы специфической профилактики, основа которой – вакцинация. Из-

вестно, что ведущая роль в формировании адаптивного противочумного иммунитета отводится клеточным факторам иммунологической защиты. Однако разработанные методические подходы пока не позволили создать специфический, унифицированный и удобный в практическом использовании метод оценки формирования поствакцинального противочумного иммунитета.

Анализ современной литературы выявил перспективность использования для оценки эффективности вакцинации антиген-стимулированных клеточных тестов *in vitro* [1, 3, 4, 5]. При этом диагностически информативными показателями клеточной антигенреактивности могут выступать маркеры (рецепторы) активации лимфоцитов: CD25 – высокоаффинный рецептор интерлейкина 2 (IL-2Ra), экспрессирующийся активированными Т-лимфоцитами и HLA-DR – антиген МНС класса II (главный комплекс гистосовместимости), участвующий в презентации потенциально чужеродных антигенов при формировании адекватного иммунного ответа.

Учитывая вышеизложенное, цель настоящей работы – изучение возможности использования показателей специфической активации лимфоцитов (CD 25, HLA-DR) в условиях *in vitro* для оценки формирования противочумного иммунитета.

Объектом исследования служили 17 человек, иммунизированных вакциной чумной живой из штамма *Y.pestis EV* линии НИИЭГ. Взятие крови для иммунологического обследования осуществляли до вакцинации, на 7, 20 и 90 сут после иммунизации. Учет количества лимфоцитов, экспрессирующих маркеры ранней и поздней активации, проводили на проточном цитофлюориметре (FACS Calibur, США), используя FITC-меченные моноклональные антитела (МКА) против CD25 и меченные PE антитела против HLA-DR (Beckman Coulter, США). Для специфической активации использовали водорастворимый антиген чумного микроба (водно-солевой экстракт ВрАг с содержанием белка 4,5 мг/мл), приготовленный из афракционного штамма *Y.pestis EV* [2]. Для сравнительной оценки уровня возможной спонтанной активации клеток, стимуляцию лимфоцитов *in vitro* проводили стерильным 0,9% изотоническим раствором натрия хлорида.

Анализ проведенных исследований показал, что у обследуемых до вакцинации, статистически значимой разницы в количестве CD25+ лимфоцитов в крови, при стимуляции изотоническим раствором ($12,12 \pm 1,22\%$) и антигеном ($14,15 \pm 1,04\%$) не выявлено. Во все периоды исследования вакцинированных (7, 20 и 90 сут после иммунизации) стимуляция лимфоцитов *in vitro* изотоническим раствором не способствовала активации клеток, что указывает на отсутствие спонтанной (неспецифической) реакции. При активации лимфоцитов специфическим антигеном наблюдали статистически значимое увеличение количества CD25-позитивных клеток в популяции лимфоцитов. Так, на 7 сут после вакцинации отмечалось повышение интенсивности экспрессии рецептора IL-2Ra лимфоцитами до $19,39 \pm 2,19\%$ (контроль – $13,25 \pm 1,50\%$) ($p < 0,05$). На 20-е сут после иммунизации количество CD25+ лимфоцитов при антигенной стимуляции увеличилось в 1,3 раза, составив в среднем

27,92±1,82% ($p < 0,001$) (контроль – 12,17±1,38%). К 90 сут после вакцинации, количество активированных водорастворимым антигеном *Y.pestis* лимфоцитов экспрессирующих рецепторы CD25 составило в среднем 23,40±2,61% (контроль – 14,5±1,37%). Анализ динамики количества CD25+ лимфоцитов в крови вакцинированных против чумы, при антигенной стимуляции на 7, 20 и 90 сут после иммунизации указал на увеличение исследуемого показателя на 46,3%, 129% (в 1,3 раза) и 61,3%, соответственно. При этом у 3 пациентов (18%) на 20 сут обследования уровень лимфоцитов, экспрессирующих рецептор CD25 в ответ на антигенный стимул в условиях *in vitro*, увеличился в 4 раза.

При изучении уровня экспрессии маркера поздней активации – HLA-DR, лимфоцитами в условиях антигенной стимуляции *in vitro*, во все сроки наблюдения не выявлено статистически значимой динамики. Так, до иммунизации количество HLA-DR+ лимфоцитов после активации антигеном составило в среднем 22,44±2,31% (контроль – 23,01±2,48%), на 7 сут – 16,56±1,29% (контроль – 16,99±0,91%), на 20 сут – 28,45±1,92% (контроль – 29,05±2,81%) и на 90 сут – 33,91±2,28% (контроль – 33,97±3,21%).

Таким образом, перспективным показателем антигенспецифической активации лимфоцитов *in vitro* в ответ на вакцинацию против чумы является экспрессия рецептора IL-2Ra (CD25) маркера ранней активации клеток.

Проведенные исследования указывают на возможность использования антигенспецифических клеточных тестов *in vitro* для оценки формирования поствакцинального противочумного иммунитета в ранние сроки.

Список литературы:

1. Рыжикова, С.Л. Продукция цитокинов клетками крови как показатель напряженности поствакцинального клеточного иммунитета/ С.Л. Рыжикова, Ю.Г. Дружинина, Т.Г. Рябичева, М.Ю. Рукавишников, Н.А. Варакин // Цитокины и воспаление. 2009. Т. 8, № 1. С. 57-61.
2. Семирчева, А.А. Получение биологического сырья для производства чумных бивалентных иммунобиологических препаратов / А.А. Семирчева, И.С. Тюменцева, Е.Н. Афанасьев, Е.В. Жданова // Общие угрозы – совместные действия. Ответ государств БРИКС на вызовы опасных инфекционных болезней (23-24 июня 2015г. – Москва). – С. 347-350.
3. Щуковская, Т. Н. Оценка приобретенного иммунитета против сибирской язвы по степени повреждения лейкоцитов крови *in vitro* антраксином / Т. Н. Щуковская, В. В. Фирстова, А. Л. Кравцов и др. // Проблемы особо опасных инфекций. – Саратов. – 2007. – Вып. 93. – С. 81-84.
4. Фирстова, В.В. Экспериментально-иммунологическое обоснование выбора стратегии оценки поствакцинального иммунитета против чумы и туляремии: автореф. ...дис. д-ра биол. наук: 14.03.09/ Фирстова Виктория Валерьевна. – Оболенск, 2015. – 49 с.
5. Firstova, V.V. Immunological Markers that Correlate with Protection Immunity Against Tularemia Infection / V.V. Firstova, A.N. Mokrievich, V.M. Pav-

Ратникова Л.И., Картополова Е.В.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА ГРИППА

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

При гриппе отмечается выраженная в различной степени интоксикация, обусловленная поступлением в кровотоки различных факторов воспаления. Одним из таких медиаторов воспаления является оксид азота – универсальная биологически активная молекула, роль которой установлена в регуляции ряда физиологических и патологических процессов в организме. Установлено участие оксида азота в регуляции тонуса сосудов через непосредственную активацию гуанилатциклазы гладкомышечных клеток с последующей выработкой цГМФ [1]. Избыток активного синтеза эндогенного оксида азота вызывает повышение сосудистой проницаемости в результате накопления пероксинитрита, а также вследствие увеличения продукции провоспалительных цитокинов, что приводит к развитию нарушений в органах и тканях организма. При гриппе, как правило, отмечается поражение кровеносной системы, главным образом, микроциркуляторного русла [2]. Нарушение микроциркуляции может быть следствием избыточной продукции оксида азота.

Проанализировано влияние продукции оксида азота на развитие интоксикационного синдрома с целью оптимизировать патогенетическую терапию у больных гриппом. Под наблюдением находились 70 пациентов с гриппом различной степенью выраженности интоксикации. Средний возраст составил $34,17 \pm 8,42$. Диагноз «Грипп» верифицировался по результатам определения РНК вирусов гриппа в мазках носоглоточной слизи больных с помощью ПЦР. Помимо общих клинических лабораторных исследований в сыворотке крови наблюдавшихся пациентов определялась суммарная концентрация метаболитов оксида азота – нитритов и нитратов (NOx) [3]. Обработка полученных данных проводилась с помощью методов вариационной статистики с определением различий определяемых показателей по критерию Стьюдента. Продукция оксида азота (NO) у пациентов в зависимости от выраженности клинических проявлений интоксикации существенно различалась. Так, при гриппе с интоксикацией средней степени, значение NOx составило $19,5 \pm 2,5$ ммоль/л, а у пациентов с тяжелым течением гриппа NOx достигало $34,22 \pm 1,05$ ммоль/л ($p < 0,05$), что свидетельствует об участии оксида азота в развитии более тяжелого клинического течения гриппа. Полученные данные могут свидетельствовать о патогенетическом значении гиперпродукции оксида азота в развитии интоксикационного синдрома при гриппе. В связи с этим в качестве нитроксидазгибирующего средства у больных гриппом применялся препарат из фармакологической группы «Детоксирующие средства»

Меглюмина сукцинат натрия (Реамберин). Проводилась оценка его терапевтической эффективности. Путем рандомизации сформированы 2 группы пациентов, которые были сопоставимы по возрасту, клинической картине гриппа и не имели гендерных различий. В обеих группах больных проводилось идентичное этиотропное и симптоматическое лечение. Лицам 1-й группы (33 человека), внутривенно вводились глюкозо-солевые растворы (400 мл 0,9% раствора натрия хлорида или/и 400 мл 5% раствора глюкозы). Пациенты 2-й группы (37 человек) получали инфузии Реамберина (400 мл 1,5% раствор). Продолжительность дезинтоксикационной терапии определялась длительностью и выраженностью интоксикационного синдрома. Индикаторами эффективности дезинтоксикационной терапии в лечении больных гриппом являлись клинические и лабораторные параметры: продолжительность лихорадки, длительность основных катаральных симптомов и уровень стабильных метаболитов оксида азота. Анализ полученных данных выявил достоверно меньшую продолжительность ключевых симптомов интоксикации (лихорадка, слабость, головная боль, миалгии) у больных, получавших Реамберин. Отмечено позитивное влияние патогенетической терапии на продукцию оксида азота у больных гриппом. Однако, снижение уровня NOx в сыворотке крови у пациентов, получавших Реамберин, происходило быстрее, чем у пациентов группы сравнения. Нормализация их сывороточной концентрации у пациентов, получавших Реамберин, отмечена к $4,8 \pm 0,25$ дню, у лиц из группы сравнения – лишь к $6,18 \pm 0,26$ дню терапии.

Список литературы.

1. Покровский В.И., Виноградов Н.А. //Оксид азота, его физиологические и патофизиологические свойства //Терапевтический архив. – 2005. – №1. – С.82-873.
2. Иванов В.В., Шипилов М.В. Провоспалительные цитокины и их значение при гриппе H1N1 // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – Т.28. – №4. – С.70-72
3. Покровский В.И., Виноградов Н.А. //Оксид азота, его физиологические и патофизиологические свойства //Терапевтический архив. – 2005. – №1. – С.82-873.
4. Емченко М.Л., Цыганенко О.И., Ковалевская Т.В. Универсальный метод определения нитратов в биосредах организма // Клиническая и лабораторная диагностика. 1994. № 8. С. 19–20.

Романенко Т.А., Демкович О.О., Калиберда С.В.

ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк;

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора, г. Донецк

Иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) является одной из наиболее актуальных природно-очаговых инфекций в странах северного полушария из-за высокого уровня заболеваемости, частых случаев инвалидизации и летальных исходов болезни. Заболеваемость ИКБ в эндемичных районах Европы и Америки достигает 500 случаев на 100 тыс. нас. В Австрии, Германии, Словении заболеваемость составляет около 100 случаев на 100 тыс. нас. В США регистрируется до 17 000 случаев заболевания ИКБ, в России – около 8500 случаев [1]. Изучение эпидемиологических особенностей ИКБ является актуальным для Донецкого региона потому, что территориальное распространение инфекции, как правило, совпадает с ареалом распространения переносчиков – иксодовых клещей, которые встречаются во всех природных зонах Донецкого региона и характеризуются широким кругом прокормителей (грызуны, домашние животные и др.) [2].

Официальная регистрация ИКБ на нашей территории введена в 2000 году. В первые годы внедрения эпидемиологического надзора за ИКБ уровень заболеваемости колебался от 0,1 до 1,4 случая на 100 тыс. нас. В течение последующих лет эпидемическая ситуация оставалась напряженной и в 2007 г. заболеваемость достигла показателя 2,0 на 100 тыс. населения. Она неуклонно росла вплоть до 2013 г., когда было зарегистрировано в 3,0 раза большее количество больных ИКБ – 6,0 на 100 тыс. нас. То есть, многолетней динамике заболеваемости присуща четкая тенденция к росту. Исключением был 2014 год, когда показатель заболеваемости снизился по сравнению с предыдущим годом как на территории ДНР, так и на подконтрольной Украине территории. Важными факторами, повлиявшими на снижение заболеваемости в 2014 г., были военные действия, вызванный ими отток населения, ограничение пребывания людей в открытых природных условиях (дачи, зоны отдыха) – местах постоянного проживания переносчиков. В 2015 г. отмечена тенденция к росту ИКБ, число заболевших в ДНР превысило показатели предыдущего года в 2,1 раза.

С момента начала регистрации ИКБ в Донецкой области по 2014 год эпидемическим процессом было охвачено 309 населенных пунктов на 31 (70,5%) административной территории области. В последние годы на территории ДНР в эпидемический процесс вовлечены 58 населенных пунктов в 9 административных регионах. С преобладающей частотой (78,9 – 90,0%) возникали местные случаи инфекции. В 2014-2015 гг. заражение более 90% лиц произошло на территории Республики. Это обусловлено высокой численностью иксодовых клещей и активной циркуляцией возбудителей ИКБ в связи с

благоприятными условиями для их существования в Северо-степной и Донецко-кряжной зонах. В Донецком регионе выделялись различные виды иксодовых клещей (*Ix. ricinus*, *Rh. rossicus*, *Der. marginatus*, *H. plumbeum* и др.) с разной частотой (7,5-13,1% от лабораторно исследованных экземпляров). В роли основного резервуара возбудителя ИКБ на протяжении ряда лет выступают *Ix. ricinus*, характеризующиеся высокой агрессивностью по отношению к человеку, что имеет большое эпидемиологическое значение [3]. Так, по поводу укусов клещами в лечебные учреждения ДНР за период 2014-2015 гг. обратилось около 5000 человек, из них более 92% были дети, 99% – жители городов. Максимальная обращаемость отмечена в июне, что совпало с пиком численности иксоид в открытой природе. Это обусловило эпидемиологические проявления ИКБ. Сезонный подъем заболеваемости приходится на июль-сентябрь, когда возникало около половины всех зарегистрированных за год случаев. В структуре заболевших по полу преобладали женщины (64,2%), по возрасту – лица 30-49 лет (42,1%) и старше 50 лет (30,5%). Удельный вес заболевших детей составлял 9,5-10,6%. В социально-профессиональной структуре заболевших 32,6% были неработающие лица и пенсионеры, 31,6% – служащие и рабочие, 25,3% – группы риска: работники лесных хозяйств, животноводы, владельцы приусадебных участков. Среди заболевших удельный вес городского населения составил 96,8% потому, что присасывание клещей и заражение людей боррелиями значительно чаще (69,5%) было отмечено на территории городов и поселков городского типа, то есть в антропоургических очагах. Возникшая угрозой поражения городского населения была обусловлена активным созданием городских парковых зон, пригородным строительством, озеленением, что создает благоприятные условия для проживания клещей. Таким образом, изучение краевой эпидемиологии ИКБ подтверждает актуальность этой инфекции и необходимость более активно разрабатывать и осуществлять профилактические мероприятия.

Список литературы.

1. Подолук О.А., Голубовская О.А., Романенко Н.И., Дубровский Е.И. Нейроборрелиоз: проблемы диагностики и лечения // Клиническая инфектология и паразитология. – 2014. – № 1 (08). – С. 106-113.
2. Домашенко О.Н., Черкасова Т.И., Марусиченко Е.А., Демкович О.О., Давыдова А.В. Поражение нервной системы при хроническом клещевом боррелиозе // Материалы Межрегионального Форума специалистов «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России» с заседанием профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ, Краснодар – 2016, С. 82-83.
3. Орлова Т.Н., Василенко Н.Ф., Афанасьев Е.Н., Чумакова И.В., Санникова И.В., Куличенко А.Н. Изучение циркуляции возбудителя Лайм-боррелиоза в Ставропольском крае // Проблемы особо опасных инфекций. – 2008. – №96. – С. 20-22.

Романов В.В.

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ УГРОЗ БИОЛОГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Федеральное медико-биологическое агентство, г. Москва

Федеральное медико-биологическое агентство было создано в 2004 году в соответствии с Указом Президента Российской Федерации, является неотъемлемой структурой Минздрава Российской Федерации и отвечает за проведение медико-санитарных мероприятий по предупреждению, выявлению причин, локализации и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, радиационных, химических и биологических аварий и инцидентов, распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в организациях отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и на отдельных территориях Российской Федерации по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

В настоящее время ФМБА России представляет собой систему организаций, расположенных практически во всех регионах страны, включающую: 38 территориальных органов и 56 центров гигиены и эпидемиологии; 32 научно-исследовательские организации; 87 медицинских организаций; 11 санаториев; 5 учреждений Службы крови; 10 центров профпатологии; 6 учреждений образования.

В целом, эпидемическая обстановка на территориях, обслуживаемых агентством оценивается как относительно благополучная. Благодаря хорошо отлаженной работе по иммунопрофилактике и высоким уровням охвата населения прививками на территориях, обслуживаемых агентством, более 50 лет не регистрируется полиомиелит, 7 лет не регистрируются паротит и краснуха, 10 лет не выявлялись местные случаи кори. Среди детей и подростков 7 лет нет случаев острых вирусного гепатита В, 9 лет не регистрируются случаи дифтерии. Несмотря на то, что ряд территорий, обслуживаемых агентством, относятся к эндемичным по КВЭ, заболеваемость этой инфекцией не очень высокая, за 2015 год зарегистрировано всего 47 случаев, без летальных исходов.

Вместе с тем, ежегодно регистрируется около полумиллиона инфекционных заболеваний, при чем 98,4 % из них, приходится на долю ОРВИ. При этом необходимо отметить, недостаточную готовность отдельных медицинских организаций ФМБА России к оказанию медицинской помощи больным гриппом с осложненным течением.

Кроме того, вызывают опасение, особенно в последнее время, рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, проблемы обеспечения нуждающихся в лечении, антиретровирусными препаратами, а также обеспечение диагностическими системами вирусологических лабораторий. Всего на 01.01.2016 года в

32 городах, обслуживаемых ФМБА России, выявлено 10 664 случаев ВИЧ - инфекции, из них умерло 2067 (19,4%) человека, в том числе от оппортунистических заболеваний. Также отмечается рост заболеваемости ГЛПС в ЦМСЧ/МСЧ, КБ, расположенных на территориях природных очагов. В последние два года регистрируется рост вспышечной заболеваемости в организованных коллективах, вызываемой возбудителями ротавирусной и норовирусной инфекций, а также заносы и распространение указанных инфекций в медицинские организации и организации санаторно-курортного профиля. Серьезной проблемой для здравоохранения ФМБА России является отсутствие регулярных плановых поставок в ЦМСЧ/МСЧ, МСЧ, К/Б медицинских иммунобиологических препаратов по национальному календарю по эпидемическим показаниям.

Федеральное медико-биологическое агентство и его территориальные органы осуществляют федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор на 12 объектах (в 159 структурных подразделениях), где проводятся работы с использованием патогенных биологических агентов I-IV групп (возбудителями натуральной оспы, вирусами Марбург, Эбола, Мачупо, Ласса, птичьего гриппа, ВИЧ, гепатитов, энцефалитов, чумы, сибирской язвы, туляремии, сапа и др.).

Постоянная и целенаправленная работа по реализации приоритетных направлений обеспечения биологической безопасности при работе с патогенными биологическими агентами способствовала тому, что в настоящее время на курируемых объектах, в основном, поддерживаются необходимые условия, обеспечивающие соблюдение требований биологической безопасности, противоэпидемического режима при работе с патогенными биологическими агентами. Проводимый комплекс мероприятий позволил обеспечить нормальное функционирование объектов, безопасную работу персонала, а также исключить осложнение эпидемиологической обстановки как на объектах, так и на прилегающих территориях. В результате проведенной работы ФМБА России и его территориальными органами за период с 2005 по настоящее время аварий, случаев внутрилабораторного заражения персонала на обслуживаемых объектах и случаев специфических заболеваний на обслуживаемых территориях не зарегистрировано.

Вместе с тем, учитывая напряженную обстановку по инфекционным заболеваниям в мире, значительные миграционные потоки, а также не исключая вероятности аварий и случаев внутрилабораторных заражений персонала, подобных инцидентам имевших место в 2004 году, вопрос готовности медицинских организаций ФМБА России к работе в случае выявления лица с подозрением на ООИ, является одним из приоритетных, для чего ежегодно проводятся специальные тренинги.

Кроме того, в современных реалиях особую актуальность приобретает межведомственное сотрудничество и поддержание бригад быстрого реагирования в режиме превентивной готовности.

Кроме того, такие объекты как ГНЦ ВБ «Вектор», ГНЦ институт прикладной микробиологии и биотехнологий, и др. организации, где работают с возбудителями 1-2 групп патогенности, по предложению ФМБА России, были отнесены Правительством Российской Федерации к категории чрезвычайного высокого риска с проведением ежегодных плановых проверок.

В соответствии с распорядительными документами Правительства Российской Федерации, приказом Минздрава России и приказом ФМБА России были утверждены состав противоэпидемических бригад усиления на случай осложнения эпидемиологической обстановки среди населения, подлежащего обслуживанию ФМБА России, а также Резерв противоэпидемического имущества ФМБА (вакцины, сыворотки, дезсредства, средства для экстренной профилактики инфекционных заболеваний (антибиотики, бактериофаги) с ежегодным его обновлением.

Чрезвычайные ситуации природного характера, имевшие место в период 2012-2016 г.г. на территории Российской Федерации, показали правильность и эффективность принятого решения о создании запаса противоэпидемического имущества.

Хочется особо отметить, что ФМБА России уделяет и будет в дальнейшем уделять огромное внимание проведению научных исследований по актуальным вопросам биологической безопасности и практическому использованию их результатов.

Разработанные ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России и ГосНИИ биологического приборостроения ФМБА России вакцины и приборные средства для предотвращения вспышек, выявления и лечения инфекционных заболеваний широко применяются в практической деятельности бригад быстрого реагирования.

С 2008 года Санкт-Петербургский НИИ вакцин и сывороток, является организацией, подведомственной ФМБА России.

Этот институт является единственным отечественным производителем вакцин для профилактики гриппа, членом Международной Федерации Фармацевтических Предприятий и ассоциаций (IFPMA - International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations). В 2016 году институт получил сертификат GMP референсного центра ПАОЗ (Панамериканской организации здравоохранения), национального кубинского регуляторного органа СЕСМЕД, подтверждающий соответствие технологии и производства вакцин международным стандартам.

Динамика работы последних трех лет показала значительное увеличение объемов государственных контрактов СПбНИИВС. Такие темпы роста стали возможны благодаря внедрению новых технологий и полной модернизации производства иммунобиологических препаратов, причем в кратчайшие сроки. В соответствии с поручением Президента Российской Федерации В.В. Путина, распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 ноября 2015 г. № 2231-р в рамках Российско-Никарагуанской межправительственной комиссии в настоящее время завершается проект строительства и оснащения ком-

плекса по производству гриппозной вакцины из российской субстанции в г. Манагуа.

С 2009 года в систему ФМБА России был включен НИИ детских инфекций. Сегодня институт оказывает очень значительную практическую помощь медицинским организациям ФМБА России да и в целом в стране по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, обусловленных эпидемиями и вспышками инфекционных заболеваний. В 2016 году завершена масштабная реконструкция зданий института, которая проводилась в рамках Федеральной адресной инвестиционной программы. После модернизации клиника располагает 10 клиническими отделениями на 368 коек, включая два отделения реанимации и интенсивной терапии. Построены новые корпуса для размещения лабораторных, клинических и поликлинических подразделений института, создан новый реабилитационный центр, оснащенный аппаратурой и приборами последнего поколения, в том числе 10 мельцеровских боксов для лечения особо опасных инфекций.

Несмотря на имеющиеся проблемы ФМБА России и подведомственные ему организации в целом справляются с задачей по предотвращению угроз распространения инфекционных заболеваний и вносят свой посильный вклад в дело обеспечения биологической безопасности Российской Федерации.

***Русанова Д.В., Пономаренко Д.Г., Лисица Д.С.,
Швец О.Г., Ефанова Н.Д., Бамматов Д.М.***

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь;

Кизлярское противочумное отделение Дагестанской противочумной станции;
Дагестанская противочумная станция, г. Махачкала

Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО) является наиболее неблагоприятным регионом в Российской Федерации по заболеваемости людей бруцеллезом [1]. За исследуемый период, с 2011 по 2015 гг. включительно, ежегодно на долю СКФО приходится около 60-68% заболеваемости бруцеллезом в Российской Федерации. Данный регион характеризуется большой долей вовлеченности населения в животноводческую сферу сельскохозяйственной деятельности.

Наиболее неблагоприятный по бруцеллезу регион СКФО – Республика Дагестан [2], среднегодовая заболеваемость людей бруцеллезом за последние 5 лет составила 5,01 на 100 тыс. населения (ИП) (168 случаев в год). На долю республики приходится более половины всех случаев бруцеллеза у детей (93 случая, среднегодовой ИП – 2,15), что обусловлено активным привлечением несовершеннолетних лиц к уходу за сельскохозяйственными животными. С 2013 г. в Республике Дагестан наблюдалось существенное снижение заболе-

ваемости впервые выявленным бруцеллезом: по сравнению с 2011 г., число зарегистрированных заболеваний людей в 2015 г. снизилось на 29,65% (в 2011 г. – 199 случаев, в 2015 г. – 140 случаев). Всего за последние 5 лет (2011–2015 гг.) зарегистрировано 838 случаев впервые выявленного бруцеллеза.

В результате эпидемиологического анализа установлено, что в структуре заболевших бруцеллезом преобладают частные владельцы крупного (КРС) и мелкого (МРС) рогатого скота. Источником инфекции в основном являлся МРС, реже КРС.

Ведущая роль в передаче инфекции отводится контактному механизму передачи (до 50% всех установленных случаев), алиментарный механизм реализуется реже (около 25%). В остальных случаях механизм передачи не установлен. Факторами передачи бруцеллезной инфекции является сырье животного происхождения (от 13% до 58% случаев), продукты животного происхождения (22-28%), на долю неустановленного фактора приходится от 10% до 30% случаев. Среди заболевших людей доля сельского населения (70-90%) значительно больше, чем городского (10-30%). Бруцеллез регистрировался у населения трудоспособного возраста 18-55 лет (82-86%), чаще у мужчин (65-80%).

В 2013-2015 гг. в Кизлярском противочумном отделении ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора проведено 1343 иммуно-серологических исследований сывороток крови людей на бруцеллез, по результатам которых выявлено 39 больных бруцеллезом. Из них 36 человек (92,3%) – сельские жители, 3 человека – представители городского населения; мужчины составили 61,5% (24 человека), женщины – 38,5% (15 человек).

Основными причинами заболевания людей являлись участие в окотной компании без средств индивидуальной защиты, употребление в пищу молочной продукции (молоко, сыр, творог, сметана), приготовленных без соблюдения соответствующей технологии в домашних условиях.

Условиями, способствующими поддержанию эпидемиологического процесса, являются:

- продолжающееся неблагополучие по бруцеллезу среди сельскохозяйственных животных в индивидуальном секторе;
- нарушения ветеринарно-санитарного режима при реализации молока и молочной продукции частными лицами, продажа в местах несанкционированной торговли без ветеринарных сопроводительных документов.

В Республике Дагестан с 2011 г. реализовался «Комплексный план мероприятий по профилактике бруцеллеза на территории Республики Дагестан на 2011-2015 годы», в результате которой в республике наметилась тенденция к снижению и стабилизации эпидемической ситуации по бруцеллезу. Однако, несмотря на проводимые ветеринарно-санитарные, профилактические и противоэпидемические мероприятия эпизоотолого-эпидемиологическая обстановка по бруцеллезу как в Республике Дагестан, так и в Кизлярском районе, остается напряженной.

Опыт показывает, что в настоящее время население, проживающее даже в неблагополучных по бруцеллезу населенных пунктах или хозяйствах, недостаточно осведомлено об источнике, путях заражения и мерах профилактики бруцеллезной инфекции. Низкий уровень ветеринарной и санитарной культуры животноводов является причиной грубых нарушений противобруцеллезного режима на животноводческих «точках».

Таким образом, анализ современной эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Республике Дагестан показал, что в настоящее время наблюдается снижение и стабилизация заболеваемости людей бруцеллезом на уровне в среднем 142 случаев в год. Эпидемиологические особенности бруцеллеза характеризуются ведущей ролью МРС в качестве источника инфекции с преимущественно контактным механизмом передачи, доминированием в структуре заболеваемости сельского населения, лиц трудоспособного возраста, чаще мужчин.

Список литературы.

1. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь–декабрь 2015 г. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. URL: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=2938 (дата обращения 20.02.2016).

2. Лямкин Г.И., Пономаренко Д.Г., Худолеев А.А., Русанова Д.В., Вишинская С.В., Куличенко А.Н. Обзор эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Российской Федерации в 2015 г. и прогноз на 2016 г. Пробл. особо опасных инф. 2016; 2:11–13.

Рыцарев Ю.О., Адаменко Л.В., Моренец Т.М., Зотов С.В.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА И ИСХОДОВ ОТКАЗОВ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар;
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Целью нашей работы был анализ структуры обращаемости в приемное отделение ГБУЗ СКИБ и исходов отказов от госпитализации с акцентом на острую хирургическую патологию.

За три года через приемное отделение ГБУЗ «СКИБ» наблюдается рост обратившихся за медицинской помощью больных (11037 в 2013, 11445 в 2014 и 12382 в 2015). В большинстве случаев после обращения произведена экстренная госпитализация (70-74%). В структуре обращений отмечается сезонность: зимняя с пиком в январе, за счет преобладания острых респираторных инфекций и летне-осенняя, с пиком в сентябре за счет преобладания пациентов с острыми кишечными инфекциями.

Доля отказов от госпитализации, как за счет направления непрофильных пациентов, так и за счет отказов пациентов от госпитализации с инфекционной патологией остается достаточно высок, но с тенденцией к снижению на 8,9% по сравнению с 2013 годом. В структуре отказов более половины 52-57% пациенты с отсутствием инфекционной патологии, меньшая часть пациентов (48-42%) отказались от госпитализации самостоятельно. У 7% пациентов, направленных в СКИБ в 2015 году, не было показаний к госпитализации, чего в предыдущие годы не наблюдалось.

Более половины (52-54%) отказных пациентов направлялись из других медицинских организаций (МО), 19-21% – доставлены бригадами СМП, остальные (25-29%) – самообращения. В структуре направительных диагнозов преобладали острые кишечные и респираторные инфекции. Эти же диагнозы преобладают в структуре пациентов, отказавшихся от госпитализации (ОКИ - 41,5%, ОРИ - 22,5%). Лидерами по направлению отказавшихся от госпитализации пациентов остаются БСМП, ККБ №1, ГП №10, п-ка МВД, ККВД, ГП №26. При анализе структуры непрофильных пациентов выявлено, что под маской острой респираторной инфекции наиболее часто скрываются: пневмония (47%), заболевания почек (21,1%), сепсис (10,3%). Под маской острой кишечной инфекции у более чем половины пациентов (55%), на приемном покое заподозрена хирургическая патология, в пределах 4,5-6,5% гинекологические, неврологические заболевания, болезни почек. У половины непрофильных больных с направительным диагнозом острый вирусный гепатит, так же заподозрена острая хирургическая патология, в виде острого панкреатита, механической желтухи, у трети дольных с рожей – флегмона. Причем если МО втрое чаще бригад СМП выставляют ошибочно диагноз – рожа, несмотря на признаки острой хирургической патологии, то бригады СМП вдвое чаще МО ставят острую кишечную инфекцию, забывая про хирургическую патологию.

В структуре ЛПУ направляющих непрофильных пациентов доминирует ККБ №1, далее следует ГП №16 и БСМП.

При анализе «исходов» отказных карт выяснилось, что из направленных в другие стационары пациентов, с подозрением на острую хирургическую патологию в 51% случаев предложена госпитализация в хирургическое отделение, от которой отказались 17%. По 26,8% нет данных и у оставшихся 22,1% хирургическая патология исключена.

Возврат пациентов в СКИБ с высевом патогенной флоры составил 0,5%, в двух случаях это была *Salmonella*.

Таким образом, проведенный анализ демонстрирует с одной стороны снижение настороженности в отношении острой хирургической патологии у врачей МО и бригад СМП, а с другой стороны подчеркивает необходимость проведения на приемном покое быстрой дифференциальной диагностики. Поэтому, первое направление работы должно быть связано с укреплением принципов преемственности и формированием постоянных каналов обратной связи с МО и бригадами СМП, а второе направление должно включать по-

вышение диагностических возможностей (инструментальное и лабораторно-диагностическое обеспечение), а также непрерывное совершенствование врачей приемного отделения с проведением циклов усовершенствования по хирургической и общесоматической патологии.

Список литературы.

1. Городин В.Н., Зотов С.В., Дубинина В.А., Журавлев А.Ю. Современное состояние и перспективы развития стационарзамещающей помощи на базе специализированного инфекционного стационара // Инфекционные болезни, т.13, прил. №1, 2015, С.95.

2. Городин В.Н., Пронин М.Г. Синдром системного воспалительного ответа как предиктор тяжелого течения пандемического гриппа А (H1N1) // Мат-лы VII научно-практ.конф. ЮФО с междунар. участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», Краснодар – 2012, С. 55.

3. Хархардинова О.А., Городин В.Н., Зотов С.В. Анализ работы приемного отделения инфекционного стационара по «отказным» больным // Мат-лы VI научно-практ.конф. ЮФО с междунар. участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», Краснодар – 2011, С. 131.

***Савицкая И.М., Ванюков А.А., Подсадняя А.А.,
Адаменко Л.В., Пронин М.Г., Еремина Г.А.***

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ СКИБ 2011-2015 гг.

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар;
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Менингококковая инфекция – острое инфекционное антропонозное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемое *Neisseria meningitidis*, характеризующееся широким диапазоном клинических проявлений – от менингококконосительства до сепсиса. На лечении в ГБУЗ «СКИБ» с 2011 по 2015 гг. находилось 22 человека с диагнозом «Менингококковая инфекция» (2011 г. – 2, 2012 г. – 5, 2013 г. – 4, 2014 г. – 5, 2015 г. – 6). Заболеваемость превалировала в холодное время года с ноября по март (до 78%). Основная масса заболевших – лица женского пола (63,6% – 14 человек). Возраст больных колебался, однако максимальное количество пациентов приходилось на группу 20-39 лет (16 человек – 72,7%).

Заболевание в 100% случаев начиналось остро, с повышения температуры тела до 38,5-40 градусов, присоединения интенсивной головной боли, светобоязни, тошноты и рвоты. 55,5% больных доставлены в ГБУЗ СКИБ бригадой скорой помощи, 40% переведены из ЦРБ, 4,5% – самообращение. Пациенты были госпитализированы в стационары в первые двое суток от появления симптомов. Преобладали тяжелые формы заболевания (91% – 20 человек); в одном случае (4,5%) наблюдалось крайне тяжелое течение (молниеносный сепсис) и лишь у одного больного (4,5%) – средне-тяжелое. Длитель-

ность стационарного лечения в среднем составила 24 дня, максимально – 41 у пациентов с развитием тяжелых осложнений. Все случаи заболевания протекали в генерализованной форме в виде менингита, в 60% – в сочетании с менингококкемией. 95,5% больных (21 человек) по тяжести состояния были госпитализированы в реанимационное отделение. Средний койко-день пребывания в ОРИТ составил 6,7, максимальный – 33. Среди осложнений наиболее часто встречались: отек-набухание головного мозга – 86%, инфекционно-токсический шок – 18%, пневмония – 13,5%, в 4,5% – нейросенсорная тугоухость, гонартроз, реактивный панкреатит, окклюзионная гидроцефалия с блоком, левосторонний гемипарез.

Диагноз был подтвержден у 21 пациента (95,5%) при выявлении *Neisseria meningitidis* методом ПЦР в СМЖ, одного не пунктировали по тяжести состояния. У 8 человек (36,4%) проводилось обследование крови методом ПЦР, в 50% результат положительный. В одном случае (4,5%) удалось выявить *Neisseria meningitidis* при бак. посевах крови, в 2-х (9%) при бак. посевах СМЖ. У 1-го пациента РПГА с менингококковым антигеном положительная, у остальных не проводилось, вследствие подтверждения диагноза методом ПЦР.

Всем пациентам назначали антибактериальную терапию: один курс – 82% (цефтриаксон 84%, цефтриаксон + левофлоксацин 16%), 18% больным потребовался второй курс. В реанимационном отделении все пациенты получали терапию согласно развившимся осложнениям (ГКС, дофамин, СЗП, гемофильтрация). 41% пациентов (9 человек) выписано по выздоровлению, 45,5% (10 человек) – с улучшением, 9% (2 человека) – летальный исход, 1 человек (4,5%) переведен в нейрохирургическое отделение в связи с развившимися осложнениями и необходимостью оперативного вмешательства.

Таким образом, в течение 5 лет уровень заболеваемости остается низким, носит спорадический характер, преобладают тяжелые формы. Основная масса заболевших лица трудоспособного возраста (20-39 лет). Клиника менингококковой инфекции по материалам ГБУЗ СКИБ типичная, протекает с выраженным интоксикационным и менингеальным синдромами, развитием тяжелых осложнений.

Список литературы.

1. Ванюков А.А., Жукова Л.И., Городин В.Н., Подсадняя А.А, Еремينا Г.А. Клинико-лабораторная характеристика серозных менингитов// Матлы VII научно-практ.конф. ЮФО с междунар.участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», Краснодар – 2012, С. 43.

2. Информационно-аналитический обзор. Менингококковая инфекция и гнойные бактериальные менингиты в Российской Федерации.2008. – М.: МЗ РФ,2009. 76с.

3. Королева И.С., Белошицкий Г.В. Менингококковая инфекция и гнойные бактериальные менингиты: Руководство по лабораторной диагностике / Под ред. В.И. Покровского. – М.: 2007. – 112с.

4. Менингококковый менингит. // Информационный бюллетень ВОЗ № 141, февраль 2010 г., URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_141/ru/index.html.

5. Подсадняя А.А., Мойсова Д.Л., Городин В.Н., Зотов С.В., Ванюков А.А., Ерёмкина Г.А. Этиологическая дифференциация менингитов на современном этапе// Мат-лы VI научно-практ.конф. ЮФО с междунар.участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», Краснодар – 2011, С. 95.

Самородова А.В., Москвитина Э.А., Тюленева Е.Г.

ХОЛЕРА В 2015 ГОДУ: ЭНДЕМИЧНЫЕ ТЕРРИТОРИИ СТРАН МИРА

Ростовский-на-Дону ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт, г. Ростов-на-Дону

Холера продолжает оставаться проблемой здравоохранения во всем мире. В 2015 году 42 страны сообщили о 172 454 случаях холеры, в том числе о 1304 умерших. Случаи заболевания холерой зарегистрированы во всех регионах, в том числе 16 странах Африки, 13 – в Азии, шести в Европе, шести в Америке, и один случай – в Океании. Афганистан, Демократическая Республика Конго (ДРК), Гаити, Кения и Соединенная Республика Танзания составляют 80% от всех случаев [2].

На сегодня холера эндемична в ряде развивающихся стран Азии, Африки и Северной Америки, в регионе Карибского бассейна.

Анализ проведен с использованием сведения проблемно-ориентированных баз данных «Холера Эль-Тор. Эпидемиологический анализ заболеваемости в мире», «Холера Эль-Тор. Мир. Административные территории».

Установлено, что к 2016 году сформировались эндемичные очаги, где холеру регистрируют ежегодно без заносов извне от пяти до десяти лет и более.

В 2015 г. выявлена 21 эндемичная административная территория по холере в шести странах, в том числе в Африке: в Нигерии (штаты Kano, Lagos, Plateau, Ebonyi), Гане (регионы Greater Accra, Accra, Ashanti), в ДРК (провинции Katanga, South Kivu: в регионе Карибского бассейна, в Гаити (департаменты Artibonite, Grande-Anse, Centre, Ouest, Sud-Est, Sud, Nippes, Nord) и Доминиканской Республике (провинции Santiago, Santo Domingo, San-Pedro-de-Makoris) и в Азии: в Индии (штаты Odisha, Gujarat), Непале (округ Centre), Бангладеш.

Эпидемиологическая обстановка в мире в 2015 г. на различных континентах была обусловлена следующими социальными условиями и факторами:

– низкий уровень санитарных условий в странах Африки: Мозамбик, провинция Namputa, Зимбабве, провинции Хараре и Masvingo, ДРК, провинция Katanga, Танзания, регионы Mara и Kigoma, Нигерия, штат Ebonyi, Кения,

округа Номба Бай, Nakuru, Baringo и странах Карибского бассейна, Гаити, департаменты Artibonite, West, South East, South and North;

– использование населением воды из загрязненных источников в странах Африки: Нигерия, штаты Anambra, Bayelsa, Rivers, Ebonyi и Delta; ДРК, провинции South Kivu, Katanga; Кения, округа Migori, Vomet, Mombasa и Nairobi; контаминация *Vibrio cholerae* O1 источников водоснабжения в странах Карибского бассейна, Гаити;

– аварии в системе водоснабжения, что привело к контаминации питьевой воды *V. cholerae* O1 в Азии, в Индии, штаты Odisha и Chandigarh;

– низкий уровень квалифицированной медицинской помощи, самолечение в странах Африки: Нигерия, штаты Bayelsa, Ebonyi и Delta, Демократическая республика Конго, провинция Katanga, Кения, округ Migori и странах Карибского бассейна: Гаити, департаменты Quest, Artibonite, Quest, Centre Sud-Est, что и обуславливает летальность в этих странах;

– природные условия, связанные с сезонами дождей в странах Азии: в Непале, в регионе Карибского бассейна, в Гаити, в Африке: в Мозамбике, в Кении, Нигерии – с апреля – мая; наводнениями (Мозамбик – с декабря 2014 г. по январь 2015 г.; Малави, Зимбабве – с марта-апреля), в том числе обусловленными феноменом Эль-Ниньо (Уганда, Танзания – с октября) и как следствие – нарушение инфраструктуры населенных мест, вынужденное проживание в лагерях, широкое географическое распространение, в том числе на свободные от холеры административные территории [1].

Приведенные данные определяют неблагоприятные тенденции в развитии событий в регионе Карибского бассейна, Западного и Центрального регионов Африки и Южной Азии и указывает на существование реальных угроз выноса инфекции с эндемичных территорий.

Проведенный анализ эпидемиологической обстановки по холере в 2015 г. подчеркивает значимость проблемы на глобальном уровне и указывает на неблагоприятный прогноз по холере в мире на 2016 г. Это обуславливает возможность завоза инфекции в Россию и диктует необходимость обеспечения выполнения в полном объеме мероприятий, предусмотренных действующими СП «Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой в Российской Федерации»

Список литературы.

1. Титова С.В., Москвитина Э.А., Кругликов В.Д., Самородова А.В., Тюленева Е.Г., Монахова Е.В., Писанов Р.В., Водопьянов А.С., Архангельская И.В., Иванова С.М., Ковалева Т.В., Водопьянов С.О. Холера: оценка эпидемиологической обстановки в мире и России в 2006-2015 гг. прогноз на 2016 г. // Пробл. Особо опасных инфекций, 2016 – №1. – С. 20-26.

2. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/250142>, дата обращения 26.09.2016

*Саркисян Н.С., Пономаренко Д.Г., Ракитина Е.Л.,
Логвиненко О.В., Костюченко М.В.*

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ НОЗОГЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Федеральное Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт, г. Ставрополь

Бактериальная аллергия при бруцеллезе и ее интенсивность могут выступать в качестве основного патогенетического фактора в формировании очаговых специфических органных поражений. Известно, что метастазирование инфекта, в том числе и вторичное, при бруцеллезной инфекции чаще происходит на фоне выраженного ослабления иммунитета. Имеются предположения о наличии причинно-следственной связи интенсивности реакин-опосредованной специфической сенсибилизации с изменениями иммунологической резистентности у больных бруцеллезом [1, 2, 4]. Выявить данную корреляцию возможно при наличии объективных количественных данных об уровне алергизации организма при бруцеллезе.

Цель работы: с использованием метода количественной оценки уровня аллергической реакции организма, к возбудителю бруцеллеза, изучить степень корреляции интенсивности специфической сенсибилизации с формированием у больных бруцеллезом иммуносупрессии.

Материалы и методы. Объект исследования – 127 человек с лабораторно подтвержденным диагнозом – «острый бруцеллез». Наличие и интенсивность IgE-зависимой аллергической реакции к возбудителю бруцеллеза определяли в соответствии с разработанным нами методом [3], который заключается в антигенспецифической активации базофилов в условиях *in vitro*, с детекцией маркера активации – CD63 в проточно-цитометрическом анализе.

У всех обследуемых были определены основные количественные и функциональные показатели иммунного статуса: субпопуляционный состав лимфоцитов, фагоцитарная и функциональная активность нейтрофилов крови, уровень общих антител класса А, М, G в сыворотке крови, комплементарная активность, концентрация циркулирующих иммунных комплексов.

В качестве аллергена использовали «Аллерген бруцеллезный жидкий (бруцеллин)», рег. №: ЛС-002624 (ФГУП «НПО Микроген», Россия).

Обеззараживание исследуемого материала от людей больных острым бруцеллезом осуществляли в соответствии с СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I – II групп патогенности (опасности).

Для анализа степени зависимости интенсивности реакин-опосредованной сенсибилизации с выраженностью изменений в иммунном статусе больные были разделены на 3 группы: группа № 1 (n = 32) – обследуемые с низкой степенью специфической сенсибилизации, у которых количество активированных бруцеллином базофилов составляло от 5 до 10%, группа № 2 – больные бруцеллезом со средней (умеренной) степенью специфической

сенсibilизацией от 11 до 25% ($n = 56$) и 39 больных бруцеллезом с высокой степенью специфической сенсibilизации – более 25% составили группу № 3.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с аналитической программы Statistica 6.0. Для выявления коррелятивной связи применяли метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. У больных бруцеллезом группы №1 наблюдаются незначительные изменения в основных показателях иммунного статуса, не имеющие патологического характера. У обследованных группы №2 были выявлены преимущественно компенсаторные изменения иммунологических показателей: повышение количества Т-лимфоцитов $82,9 \pm 1,16\%$ ($p \leq 0,001$), субпопуляции CD3+CD4+ – $55,6 \pm 0,94\%$ ($p \leq 0,001$), CD3+CD8+ – $43,6 \pm 0,88\%$ ($p \leq 0,001$), дисбаланс субпопуляций Т-клеток, $1,27 \pm 0,05$ у.е. ($p \leq 0,001$), повышение функциональной активности нейтрофилов – $18,42 \pm 0,97\%$ ($p \leq 0,001$), увеличение уровня сывороточных IgA – $4,18 \pm 0,41$ мг/мл и IgG – $15,5 \pm 0,81$ мг/мл, ЦИК – $64,0 \pm 0,92$ Ед и комплементарной активности сыворотки крови, $68,75 \pm 1,9$ Ед – различия статистически значимы ($p \leq 0,001$). На фоне компенсаторных процессов иммунной системы были выражены и дизадаптивные изменения, которые выражались в снижении количества естественных киллеров – $6,65 \pm 0,37\%$ ($p \leq 0,01$), В – лимфоцитов – $8,54 \pm 0,27\%$ ($p \geq 0,1$), значительном ослаблении фагоцитарной активности нейтрофилов – $50,0 \pm 1,26\%$ ($p \leq 0,01$).

Более выраженные изменения в иммунологических показателях установлены в группе №3: снижение общего количества Т-лимфоцитов – $51,0 \pm 1,15\%$ ($p \leq 0,001$), субпопуляции Т-хелперов – $25,8 \pm 1,7\%$ ($p \leq 0,001$), натуральных киллеров – $5,8 \pm 0,37\%$ и фагоцитарной активности нейтрофилов крови – $50,5 \pm 2,3\%$ – различия статистически значимы ($p \leq 0,001$).

У больных бруцеллезом с высокой степенью специфической сенсibilизации, по реактиновому типу на фоне компенсаторных процессов (повышение переваривающей способности фагоцитов крови, содержание уровня IgA и IgG, ЦИК и комплементарная активность сыворотки крови) выражены дисфункциональные изменения, имеющие иммуносупрессивный характер: снижение количества Т-клеток – CD3+, Т-хелперов – CD3+CD4+, натуральных киллеров, фагоцитарной активности нейтрофилов.

Полученные данные свидетельствуют, что повышение степени IgE-зависимой специфической сенсibilизации при бруцеллезе ассоциировано с формированием выраженной иммуносупрессии, что, в свою очередь, характеризуется изменением количества и дисфункцией иммунокомпетентных клеток, угнетением естественной реактивности организма. Соответственно, чем выше уровень IgE-зависимой гиперчувствительности, тем более выражены изменения в иммунном статусе.

Вышеизложенное указывает на то, что интенсивность реактиноопосредованной специфической сенсibilизации у больных бруцеллезом

имеет прямую патогенетическую связь с формированием иммуносупрессивного состояния.

Учитывая, что применение проточно-цитометрического анализа позволяет количественно учесть уровень гиперчувствительности организма к возбудителю бруцеллеза, метод антигенной активации базофилов *in vitro* можно использовать для прогнозирования формирования нозогенного иммунодефицита у больных бруцеллезом.

Список литературы.

1. Вершилова П. А. Патогенез и иммунология бруцеллеза / П. А. Вершилова, М. И. Чернышова, Э. Н. Князева. – М.: Медицина, 1974. – 272 с.
2. Здродовский П.Ф. Проблемы инфекции, иммунитета и аллергии. – М.: Медицина, 1963. – 213 с.
3. Патент РФ № 2574207 10.02.2016 Пономаренко Д. Г., Ракитина Е.Л., Логвиненко О.В., Саркисян Н.С., Костюченко М.В., Куличенко А.Н., Лямкин Г.И. Голубь О.Г., Бердникова Т.В. Способ дифференциации поствакцинального и инфекционного бруцеллезного процессов по степени повышенной чувствительности организма к бруцеллам в условиях *in vitro* // Патент России № 2574207. 2016.
4. Skendros P. Immunity to brucellosis / P. Skendros, P. Boura // J. Rev. Sci. Tech. – 2013. – Vol. 32 (1). – P. 137-47.

***Сарыпбекова Л.Л., Тайжанова М.А., Ирсимбетова Н.А.,
Алтынбекова А.М.***

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПО ВИЧ/СПИД ЗА 8 МЯСЯЦЕВ 2016 ГОДА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Областной центр СПИД Южно-Казахстанской области, Шымкент, Казахстан

Введение: В Республике Казахстан за 8 месяцев 2016 года зарегистрировано 1927 случаев ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе граждан РК – 1816 случаев (показатель на 100 тысяч населения – 10,4), иностранных граждан – 74 человек 3,8% и анонимно обследованных лиц – 37, (8 месяцев 2015 года – 1580 случаев, показатель – 9,1). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года отмечается рост на 236 случаев, а в показателях – 1,3.

На 1 сентября 2016 г. в Южно-Казахстанской области нарастающим итогом зарегистрировано – 2904 случаев ВИЧ-инфекции, в том числе дети до 14 лет – 260.

В Южно-Казахстанской области за 8 месяцев 2016 года зарегистрировано 142 случая ВИЧ-инфекции, показатель на 100 тыс. населения – 5,1%, из них детей в возрасте до 14 лет – 6 (0,6%), (2015 г. – 147 случаев, показатель на 100 тыс. населения – 5,3%, дети до 14 лет – 4 (0,4%). По сравнению 2015 годом заболеваемость по области понизился на – 2 случая.

Цель: проведение эпидемиологический анализ за ВИЧ/СПИД, особенно среди детей и уязвимых группах. Оценить профилактическую и санитарно-просветительную работу среди населения.

Методы: Проведен анализ среди населения 15-49 лет, в том числе детей до 14 лет, по возрастным группам, по полу, по социально-профессиональному статусу, по путям передачи за 8 месяцев 2016 года.

Результаты: За 8 месяцев 2016 года зарегистрирован возрастной группе от 15 до 49 лет – 112 случаев ВИЧ-инфекции, удельный вес в – 78,8% (8 мес.2015г. – 110 случая).

Среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных за 8 месяцев 2016 года по области преобладают мужчины – 45,8%, доля женщин – 54,2%, соотношение мужчин и женщин 0,8:1,2.

При распределении зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по социально профессиональному статусу за 8 месяцев 2016 года по области составляют неработающие – 67,6%, работающие – 20,4%.

Среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции за 8 месяцев 2016 года по области – 13,4% составили потребители инъекционных наркотиков, на долю полового пути передачи приходится – 73,9%, вертикальный – 1,5, удельный вес не установленных путей передачи составил – 11,3%. 01.09.2016 г. по Южно-Казахстанской области вывленных ВИЧ-инфекции среди беременных с нарастанием – 515, из них –378 при родах и медицинском аборте – 100, впервые выявленные – 376.

В системе КУИС (СИ и ИУ) выявлено на 01.09.2016г. по Южно-Казахстанской области с нарастанием – 497 случаев ВИЧ-инфекции. В последние годы отмечается стойкая тенденция увеличения регистрации ВИЧ-инфекции среди иностранных граждан по Южно-Казахстанской области (с нарастанием – 205 случая).

Выводы: В области из года в год повышается показатели гетеросексуального пути

передачи. Продолжается регистрация ВИЧ-инфекции в области среди беременных женщин. И соответственно количество увеличение ВИЧ-инфекции среди беременностей и родов.

Список литературы.

1. Ирсимбетова Н.А., Абуова Г.Н., Тулепова З.Т. – Эпидемиология. Учебник. – Книга. – Шымкент, 2013. – С.544.

2. Приказ МЗСР Республики Казахстан от 23 июня 2015 года №508. «Об утверждении Правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям».

3. Приказ РЦ СПИД от 20 июля 2015 года №38 «Об утверждении методических рекомендации об организации и проведении эпидемиологического слежения за распространенностью ВИЧ-инфекции в уязвимых группах В РК»

4. Приказ МЗ РК от 5 марта 2012 года №144 «о внедрении систем электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции в РК».

5. Данные областного центра СПИД Южно-Казахстанской области.

Севостьянова Т.А., Аксенова В.А.

СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ОСЛОЖНЕНИЙ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ/БЦЖ-М В РОССИИ

«Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Москва
НИИ фтизиопульмонологии, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Мониторинг осложнений вакцинации БЦЖ, проводимый с целью выработки управленческих решений решает следующие задачи:

- определение роли проблемы осложнений вакцинации БЦЖ и необходимости проведения массовой иммунизации. С этой целью необходимо систематически получать информацию о количестве зарегистрированных осложнений вакцинации БЦЖ и рассчитывать частоту возникновения осложнённого течения вакцинации БЦЖ среди вакцинированных детей;

- оперативное реагирование на появление реактогенных серий вакцины и их изъятие из употребления;

- выявление дефектов проведения вакцинации по критерию выполнения условий хранения и применения вакцины БЦЖ;

- проведение прикладных научных исследований с целью уточнения показаний и противопоказаний к вакцинации БЦЖ;

- определение адекватности и результативности оказания медицинской помощи больным с осложнённым течением вакцинации БЦЖ.

Цель исследования: провести анализ осложнений вакцинации БЦЖ по данным регистра и формы Федерального статистического наблюдения № 33.

Материалы и методы. Нами изучена информация об осложнениях вакцинации БЦЖ из следующих источников: форма Федерального статистического наблюдения № 33 «Сведения о больных туберкулёзом (далее – ф. № 33); информация из регистра осложнений вакцинации БЦЖ, в которую вносятся сведения из карты регистрации больного после иммунизации туберкулёзной вакциной.

Результаты и обсуждение. Мы проанализировали соотношение между детьми с осложнённым течением вакцинации БЦЖ, взятыми в VA (с генерализованными и распространёнными поражениями) и в VB (с локальными и ограниченными поражениями) группы диспансерного наблюдения. За 15 летний период наблюдения снижалось число зарегистрированных детей как с локальными и ограниченными поражениями (VB ГДН), так и с генерализованными и распространёнными поражениями (VA ГДН), однако число детей с локальными и ограниченными поражениями снижалось большими темпами. Это обусловлено внедряемой нами практикой школ для обучения среднего медицинского персонала вакцинации БЦЖ.

Сроки выявления осложнений. Большинство 74,4% (95%ДИ 70,2-78,4) случаев заболевания выявлялось в течение двух лет после вакцинации. Через

3 года выявлялось 94,7% (95%ДИ 92,3-96,6) случаев, через 4 года – 98,6% (95%ДИ 97,3-99,5) случаев, через 5 лет – 99,8% случаев (95%ДИ 99,1-100,0).

Средний срок наблюдения детей с осложненным течением вакцинного процесса составил в VA ГДН – 18,2+2,2, в VB ГДН 14,3+0,5 месяцев. Наибольшим был средний срок диспансерного наблюдения у детей 0-14 лет, взятых в VA ГДН – тяжелые, распространенные формы осложнений, развивающиеся на фоне иммунодефицита.

Оперативное реагирование на появление реактогенных серий вакцины и их изъятие из употребления возможно при достаточно оперативном и полном появлении информации в регистре осложнений вакцинации БЦЖ. Путь от выявления осложнённого течения вакцинации БЦЖ до его анализа в виде (информации в регистре осложнений) включает в себя следующие этапы:

- подтверждение диагноза осложнённого течения вакцинации БЦЖ. Это требует прохождения пациента и информации о нём от медицинской организации, оказывающей первичную медицинскую помощь до подтверждения диагноза осложнённого течения вакцинации БЦЖ, заполнения и почтовой отправки карты регистрации больного после иммунизации туберкулёзной вакциной;

- прохождение карты регистрации больного после иммунизации туберкулёзной вакциной по почте и внесение информации в регистр осложнений оператором.

Информация из регистра позволила проанализировать время, необходимое от выявления осложнения вакцинации БЦЖ, до заполнения карты регистрации больного после иммунизации туберкулёзной вакциной, а также время, прошедшее от заполнения карты регистрации больного после иммунизации туберкулёзной вакциной до внесения информации в регистр осложнений. Время движения информации от заполнения карты регистрации до внесения информации в регистр (минимум – 53 дня, медиана – 343 дня).

Выводы. В РФ на протяжении 15-летнего периода наблюдения отмечается тенденция к снижению числа случаев осложнений после вакцинации БЦЖ, в первую очередь – за счёт снижения числа случаев с локальными и ограниченными поражениями. Существующая система мониторинга осложнений, позволяет проводить прикладные научные исследования в рамках содержащейся в регистре информации. Число данных в регистре в несколько раз превышает актуальный размер выборочной совокупности, необходимой для проведения исследований с точностью 95% и погрешностью 5%.

Список литературы.

1. Аксенова В.А., Леви Д.Т. Туберкулезные вакцины // Вакцины и вакцинация. Национальное руководство – 2011. – Глава 18. – С.371-412.

2. Затолочина К.Э., Снегирева И.И, Озерцовский Н.А., Романов Б.К., Миронов А.Н. Зарубежные системы мониторинга безопасности вакцин // Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2013. – №4 (71). – С. 89 – 94.

3. Леви Д.Т., Александрова Н.В., Рухамина М.Л., Подлипаева И.В. Осложнения вакцинации БЦЖ. – Всероссийская научно-практическая конфе-

рениция «Вакцинология 2010. Совершенствование иммунобиологических средств профилактики, диагностики и лечения инфекционных болезней», М., 2010. – С. 67-68.

4. Медведев С.Ю., Леви Д.Т., Гордина А.В., Сенькина Т.И., Севостьянова Т.А. Мониторинг осложнений вакцинации БЦЖ //Туберкулез в России год 2007: материалы VIII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 273.

5. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Диагностика и лечение поствакцинальных осложнений//В кн.: Иммунопрофилактика. М., 2014. – С. 163-188.

***Селянская Н.А., Титова С.В., Головин С.Н.,
Егуазарян Л.А., Веркина Л.М., Тришина А.В.***

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА БИОПЛЁНКИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ

Ростовский-на-Дону ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт, г. Ростов-на-Дону

Цель: изучение действия антибактериальных препаратов на биоплёнки холерных вибрионов Эль Тор. Материал и методы. Штаммы *Vibrio cholerae* El Tor ctx+tcp+ (5), полученные из Музея живых культур ФКУЗ «Ростовский-на-Дону противочумный институт Роспотребнадзора». Значения минимальных подавляющих концентраций (МПК) антибактериальных препаратов определяли в соответствии с МУК 4.2.2495-09. Формирование биопленки проводили способом, описанным в предыдущих работах (Титова С.В., Кушнарёва Е.В., 2014). Для изучения антибиотикочувствительности на третьи сутки культивирования пластинки с образовавшимися биоплёнками после трёхкратного промывания в физиологическом растворе переносили в пенициллиновые флаконы с жидкой питательной средой (бульон Мартена, рН 7,7), содержащие антибактериальные препараты в концентрациях, равных значениям МПК для планктонных культур данных штаммов, а также превышающих их в 5-10-50-100 раз. В контрольные пробы с биоплёнкой антибактериальный препарат не добавляли. Через 24 ч инкубирования в термостате (37°C) делали отпечатки биоплёнок и высев 0,1 мл планктона на чашки Петри с агаром Мартена (рН 7,7). Результат учитывали через 24 часа по наличию или отсутствию роста холерных вибрионов. Визуализацию действия антибактериальных препаратов на биопленки осуществляли просвечивающим электронным микроскопом Jeol JEM-1011 при помощи CCD-rfvths Olympus-SIS Veleta, выращивая биопленки на медных сеточках для трансмиссионной электронной микроскопии (ТЭМ) с формаровой пленкой-подложкой. По достижении необходимой степени зрелости биопленки, субстрат переносили в пенициллиновые флаконы с антибактериальными препаратами. Для окраски применяли глутаровый альдегид, тетраоксид осмия, контрастирование (тетраоксид осмия) и визуализацию матрикса биопленки (рутениевый красный, тетраоксид осмия). Резуль-

таты. Все штаммы проявляли чувствительность к тетрациклину, доксициклину, гентамицину, левомицетину, цефтазидиму, рифампицину. При изучении антибиотикочувствительности биоплёночных культур, антибактериальные препараты были использованы в концентрациях, равных их МПК для планктонных культур, а также в 5-10-50-100 раз больше. Доксициклин вызывал гибель *V.cholerae* El Tor P-5879, 18826 и 19613 в концентрациях, превышающих МПК для планктонных культур этих штаммов в 5 раз, а *V.cholerae* El Tor 19241 и 19667 – в 50 раз. Биопленки изученных штаммов оказались в 50 раз менее чувствительными к тетрациклину и рифампицину, за исключением *V.cholerae* El Tor 19613, биопленки которого утрачивали жизнеспособность при концентрациях, равных 10 МПК для планктонной культуры. К левомицетину наибольшую чувствительность продемонстрировали биопленки штамма 19241. Больше всего вызывающие гибель вибрионов в составе биоплёнок концентрации левомицетина (в 100 раз) увеличились в отношении штаммов *V.cholerae* El Tor 18826 и 19613. Концентрации гентамицина и цефтазидима, подавляющие рост биопленок, колебались от 5 МПК (для штаммов P-5879, 18826, 19241), до 10-50 МПК (штамм 19667). В контрольных высевах планктонных культур и в отпечатках биоплёнок всех изученных штаммов, не подвергшихся воздействию антибактериальных препаратов, наблюдали стабильный рост холерных вибрионов. ТЭМ показало, что в отсутствие антибактериальных препаратов биопленки имеют сложную структурную организацию и состоят из групп бактерий, адгезированных к поверхности и окруженных густым аморфным веществом с многочисленными тяжами – внеклеточным матриксом. Воздействие антибактериальных препаратов в течение 1 часа в концентрациях, соответствующих МПК для планктонных культур, не изменяло морфологию вибрионов в составе биоплёнок, а также не повреждало структуру матрикса. Однако наблюдалось некоторое сглаживание тяжей между бактериальной клеткой и субстратом, особенно выраженное при воздействии левомицетином, рифампицином и цефтазидимом. При воздействии цефтазидимом также можно заметить некоторое округление формы вибрионов, снижение электронной плотности матрикса, повышение его прозрачности, как бы «истончение». Заключение. В результате проведенных экспериментов установлено, что биопленочная популяция холерных вибрионов Эль Тор повышает свою резистентность к изученным антибактериальным препаратам в 5-100 раз, по сравнению с планктонными культурами, и имеет штаммовые различия. Современные представления о роли биопленок в патогенезе инфекционных заболеваний требуют новых подходов к их диагностике и лечению. Изучение действия антибактериальных препаратов на биопленки может повысить эффективность рациональной антибиотикотерапии инфекций за счёт выбора препаратов, нарушающих функционирование микробных сообществ.

Список литературы.

1. Определение чувствительности возбудителей опасных бактериальных инфекций (чума, сибирская язва, холера, туляремия, бруцеллёз, сальмонеллёз, менингит).

лиозидоз) к антибактериальным препаратам. Метод.указ.МУ 4.2.2495-09. М.; 2009.

2. Смирнова Т.А, Диденко Л.В., Азизбемян Р.Р., Романова Ю.М. Структурно-функциональная характеристика бактериальных биопленок. // Микробиология. – 2010. – №4. – С.1–12.

3. Титова С.В., Кушнарера Е.В. Оценка способности холерных вибрионов к образованию биопленок *in vitro* с помощью нового методического подхода. // Фундаментальные исследования. – 2014. – №10. – С.375-379.

Сизова Л.В.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ В РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Ревматоидный артрит (РА) – заболевание, приводящее к прогрессирующей деструкции суставов и инвалидизации пациентов, что обуславливает его социальную значимость [1]. Среди экзогенных факторов его развития выделяют инфекционные агенты, в том числе уреоплазму, микоплазму, хламидии [2, 3]. Выявление их у пациентов на ранней стадии РА нередко позволяет объяснить триггер заболевания.

Цель работы – изучить частоту выявления инфекционных (бактериальных) агентов у пациентов с ранним РА.

Материал и методы. На кафедре поликлинической терапии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России в ходе наблюдения за 250 пациентами с клиническим подозрением на РА по критериям EULAR (2002) или стойким (6 и более недель) артритом хотя бы 1 сустава, длительностью болезни не более 1 года, у 114 больных был подтвержден ранний РА. Большинство (90,4%) – женщины. Медиана и интерквартильный размах возраста этих пациентов [Me (Q25-Q75)] составили 50,5 (47-54,75) лет, длительности артрита – 4,4 (2-7,25) месяца. Пациенты с ранним РА имели преимущественно III степень активности по индексу DAS28 (54,4%), I рентгенологическую стадию (50,9%), нарушения жизнедеятельности II и III функциональных классов (43,0 и 37,7% соответственно), $p < 0,05$.

Исследование персистенции инфекционных агентов проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) крови для выявления антител к *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis* и методом полимеразной цепной реакции для обнаружения атипичных бактериальных возбудителей в соскобе из уретры или цервикального канала. Для дифференциации раннего РА с реактивным артритом (ReA) проводили определение ревматоидного фактора (РФ) в сыворотке у всех больных с помощью качественного теста латекс-агглютинации; количественное определение содержания в сыворотке общего РФ иммунотурбидиметрическим методом; IgM-РФ, антицитруллиновых ан-

тител в сыворотке – методом непрямого твердофазового ИФА ELISA; выявление краевых эрозий методом артросонографии пястно-фаланговых суставов.

Результаты. У 58 пациентов было установлено имеющееся на момент обследования или предшествующее дебюту артрита (по наличию IgG в крови) инфицирование: уреоплазмой – у 34 (58,6%), микоплазмой – у 30 (51,7%), хламидией – у 22 (37,9%). У 32 (55,2%) из этих больных была обнаружена сочетанная бактериальная инфекция.

Обсуждение. Как показало исследование, у 51% больных ранним РА были выявлены признаки персистенции инфекционных агентов (уреоплазмы, микоплазмы, хламидий), что может свидетельствовать о возможном триггерном влиянии последних на развитие заболевания, а также поддержание воспалительного процесса в суставах. Дифференцировать ранний РА от РеА помогали высокоспецифичные иммунологические маркеры и специфические деструктивные изменения костной ткани на сонограммах пястно-фаланговых суставов.

Выводы. Выявление инфицирования уреоплазмой, микоплазмой, хламидиями у больных ранним РА говорит о вероятной триггерной роли перечисленных инфекционных агентов в развитии у них заболевания и необходимости включения в комплексную терапию этих пациентов антибактериальных препаратов.

Список литературы.

1. Зинчук И.Ю., Амирджанова В.Н. Социальное бремя ревматоидного артрита. Научно-практическая ревматология. 2014;52 (3):331-335. DOI:10.14412/1995-4484-2014-331-335
2. Шостак Н.А., Потанин А.Ю., Логинова Т.К. и др. Ревматоидный артрит – новые данные о старой болезни. М.: АБВ-пресс, 2007. – 72 с.
3. Petrov AV, Dudar' LV, Malyi KD. Persistence of various infective agents in blood mononuclear leukocytes in a debut of rheumatoid arthritis. Ter Arkh. 2004;76 (5):32-5.

Слепцова С.С., Бугаева Т.Т.

ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА (клинический пример)

Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К.Аммосова, Якутск;
Якутская городская клиническая больница, г. Якутск

Степень выраженности клинических синдромов печеночноклеточного рака (ПКР), ассоциированного с вирусным гепатитом, зависит от клинического течения моно или микст-инфекции, активности печеночного процесса и обширности опухолевого поражения. Наиболее интенсивные клинические проявления болезни выявляются при прогрессировании и быстром росте опу-

холевого процесса в ткани печени у больных с декомпенсацией цирроза печени [1,2,3].

Больной А., 20 лет, студент, в детском возрасте перенес желтушную форму острого вирусного гепатита. Во время прохождения медицинского осмотра при поступлении в ВУЗ в 2004 г. был выявлен HBsAg. На основании дальнейшего обследования (наличие HBsAg, анти-HDV, при ЭФГДС выявлены варикозно расширенные вены пищевода I-II степени, УЗИ органов брюшной полости – диффузное изменение паренхимы печени) и стационарного лечения выставлен диагноз: Хронический вирусный гепатит D в стадии компенсированного цирроза печени. Из анамнеза – в семье брат и родители страдают хроническим вирусным гепатитом D. В 2005 году больной не обращался за медицинской помощью. В марте 2006 г. госпитализирован в инфекционное отделение районной больницы по поводу обострения заболевания с жалобами на слабость, утомляемость, снижение аппетита. Через 2 месяца повторно был госпитализирован в районную больницу по поводу обострения заболевания с появлением распирающих болей в области правого подреберья после физической нагрузки. Со слов больного в августе был повторный приступ болей в правом подреберье, который снимал приемом обезболивающих препаратов без рекомендации врача. Больной поступил в сентябре 2006 г. в отделение вирусных гепатитов ЯГКБ с ухудшением состояния в виде нарастания слабости, сонливости, беспокоили боли в животе распирающего характера, одышка, периодически носовое кровотечение, потемнение цвета мочи и потеря массы тела. При поступлении общее состояние тяжелое, в сознании, динамичен, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, астенического телосложения, телеангиоэктазии на спине, плечах, выраженная пальмарная эритема, иктеричность склер. Живот подвздут, печень увеличена в размере, по Курлову 19,0*15,0*11,0 см, поверхность бугристая, плотной консистенции, размер селезенки 13,0*6,0 см, диурез адекватный, стул регулярный, оформленный. При вирусологическом тестировании выявлены HBsAg, HBeAg, анти-HDV, ДНК-HBV, РНК-HDV. Во время динамического наблюдения отмечено ухудшение самочувствия и клинико-лабораторных показателей в виде нарастания анемии, тромбоцитопении, гипертрансаминаземии, увеличения уровня билирубина за счет прямой фракции, нарушения белково-синтетической функции печени, признаков холестаза, гипогликемии, снижения ПТИ, выявлено повышение уровня α -фетопротеина 690 МЕ/л. По данным ЭФГДС – варикозно расширенные вены пищевода II-III степени, по УЗИ органов брюшной полости визуализированы множественные очаговые образования размером 60x80 мм по всей поверхности печени на фоне выраженного диффузного изменения паренхимы печени, гепатоспленомегалия. По данным компьютерной томографии органов брюшной полости выявлены множественные полиморфные узлы размером 50x60 и 80x90 мм, сливающиеся друг с другом, преимущественно располагались в S5-7-8. Морфологически подтвержден печеночноклеточный рак, солидный вариант.

Таким образом, на основании повышения уровня α -фетопротеина, данных инструментального и морфологического исследования у больного диагностирована гепатоцеллюлярная карцинома, солидный вариант с признаками прорастания и тромбоза воротной вены, ее правой ветви на фоне декомпенсированного цирроза печени в исходе хронического вирусного гепатита D, портальная гипертензия, ВРВП II-III степени, гепатоспленомегалия, хроническая печеночная энцефалопатия I-II степени.

На 10-й день госпитализации открылось пищеводное кровотечение, несмотря на проводимую интенсивную терапию (переливание крови и ее заменителей, постановка зонда Блекмора) кровотечение из желудочно-кишечного тракта остановить не удалось, наступила смерть больного. При вскрытии выявлен разрыв опухолевых узлов с развитием внутрибрюшного кровотечения.

Данное наблюдение свидетельствует о прогрессирующем течении рака печени при декомпенсированном циррозе печени в исходе хронического гепатита D за короткий период времени. Из анамнеза видно, что в течение года после установления цирроза печени больной не наблюдался, в последующих госпитализациях в районную больницу с жалобами на боли в животе не проведены необходимые лабораторно-инструментальные обследования. Диагноз первичного рака печени в данном случае установлен впервые в терминальной стадии заболевания и завершился летальным исходом.

Таким образом, быстропрогрессирующие признаки декомпенсации цирроза печени должны насторожить врачей при проведении диспансеризации больных из группы риска развития рака печени.

Список литературы.

1. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и D. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010- 288 с.
2. Слепцова, С.С. Вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.09, 14.02.03/ Слепцова Снежана Спиридоновна. – С. – Пб., 2013. – 44 с.
3. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О. и др. Протокол диагностики и лечения больных вирусными гепатитами В и С // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатолог., колопроктол. – 2010. – Т. 20, №6. – С.4-60.

***Созинова Ю.М., Подряднова Т.В.,
Галеева Н.В., Урманчеева Ю.Р., Хаертынова И.М.***

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Республиканская клиническая инфекционная больница имени профессора
А.Ф. Агафонова, г. Казань

Хронический гепатит С (ХГС) представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем здравоохранения во всех странах мира и

ложится тяжелым бременем не только на больного, но и на все общество в целом. Высокая стоимость лечения осложнений ХГС, ранняя инвалидизация и преждевременная смерть больных требуют больших затрат на медицинскую и социальную помощь – тем самым наносится значительный ущерб экономике [1].

По оценкам экспертов, число людей, инфицированных вирусом гепатита С в России, может достигать 5 млн.чел. [1].

В Республике Татарстан ежегодно выявляется около 1200 случаев ХГС. Нами накоплен богатый опыт по лечению хронических вирусных гепатитов, а с 2014 года проводится работа по лечению ХГС за счет средств ФОМС в условиях дневного стационара [4,5].

Материалы и методы: В 2014-2016 гг. находилось на лечении 325 больных ХГС от 18 до 63 лет. Все больные получали комбинированную противовирусную терапию (ПВТ) по 7 стандартным алгоритмам, утвержденным МЗ РТ и ТФОМС. С исходно высокой вирусной нагрузкой (более 800000 МЕ/мл) было 33% больных. Благоприятный полиморфизм, ассоциированный с геном IL28b – CC по rs12979860 выявлен лишь в 23%. У всех больных оценена степень фиброза (Ф) до лечения с помощью фиброэластометрии: у 62% больных – Ф=1-2; у 38% Ф=3-4. ПВТ по 1 алгоритму получали 174 больных со 2 и 3 генотипом, схема лечения включала в себя отечественный короткоживущий интерферон альфа 2в (ИФН) в дозе 5 млн. МЕ с ежедневным введением в течение 12 недель, с последующим переводом на режим введения через день до 24 недель с рибавирином (РБВ), стоимость курса составила 81 тыс.руб.; 44 больных с генотипами 2-3 получали ПВТ с использованием отечественного препарата цеpegинтерферона альфа 2в (ЦеПегИФН) в комбинации с РБВ 24 недели (7алгоритм), со стоимостью курса 137 тыс.руб.; 65 и 27 больных с генотипом 1 соответственно получали «двойную» терапию ЦеПегИФН альфа 2в или ПегИФН альфа 2а в комбинации с РБВ длительностью 48 недель (2 и 3 алгоритмы), стоимостью 270 и 587 тыс.руб. соответственно; 5 больных 1 генотипом получали лечение ПегИФН в комбинации с РБВ и ингибитором протеазы теллапривир в течение 12 недель, с последующим долечиванием двойной терапией до 48 недель (5 алгоритм), стоимостью 1300 тыс. руб.; 10 больных ХГС, генотипом 1в, с исходом в цирроз печени класса А получали терапию по безын-терфероновой схеме в течение 12 недель (3Д), стоимостью 890 тыс.руб. Зафиксированные побочные явления в ходе лечения интерферонсодержащими схемами (алгоритмы 1,2,3,5,7) существенно не различались и соответствовали приемлемому профилю без-опасности.

Эффективность терапии оценивалась по быстрому вирусологическому ответу на 4 неделе лечения (БВО), раннему вирусологическому ответу на 12 неделе (РВО) и устойчивому вирусологическому ответу через 24 недели после отмены ПВТ (УВО). У больных со 2 и 3 генотипами на 1 и 7 алгоритмах БВО получен в 94% и 72% соответственно, РВО – в 100% и 86%, УВО зафиксирован у 96% на 1 алгоритме, больные на 7 алгоритме – продолжают наблюдение. У больных с 1 генотипом на 2 и 3 алгоритме БВО достигнут в 35 и

40%, РВО – в 86% и 92%, УВО – у 71% и 72% соответственно. У больных на 5 и 6 алгоритмах, с использованием в схемах препаратов прямого противовирусного действия в 86% случаев имелся БВО, а РВО и УВО – у 100% пролеченных больных, независимо от стадии фиброза.

Таким образом, лечение больных ХГС в условиях ДС с использованием интерферон-содержащих схем отечественными противовирусными препаратами наиболее эффективно у больных со 2-3 генотипом, является безопасным и доступным для пациентов [2,3,4,5]. У больных 1 генотипом наиболее целесообразно и эффективно применение алгоритмов с использованием препаратов прямого противовирусного действия («тройная терапия» и «безынтерфероновая») [4,5].

Использование в интерферон-содержащих схемах отечественных короткоживущих и пегилированного (ЦеПегИФН) препаратов позволяет существенно удешевить схему лечения, без потери эффективности и с сохранением приемлемого профиля безопасности [2,3,4,5].

Список литературы.

1. Ющук Н.Д., Знойко О.О., Якушечкина Н.А. и др. «Оценка социально-экономического бремени гепатита С в Российской Федерации»// Журнал «Эпидемиология и вакцинопрофилактика», Москва, 2013, №2 (69)

2. Богомолов П.О., Буеверов А.О. «Эффективность и безопасность комбинированной терапии отечественными противовирусными препаратами хронического гепатита С»// Фарматека. – 2006. – №5. – С28-32.

3. Маевская М.В., Знойко О.О., Климова Е.А. и др. «Лечение больных хроническим гепатитом С препаратом цепегинтерферон альфа 2в в сочетании с рибави-рином (итоговые результаты рандомизированного сравнительного клинического исследования) // РЖГГК. – 2014. – №2. – С.53-64.

4. 4. Созинова Ю.М., Кравченко И.Э., Гатауллин М.Р., Гинятуллин Р.Р., Осипов С.А. «Оптимизация системы оказания медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами в Республике Татарстан»// Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», посвященная 200-летию Казанского государственного медицинского университета и 90-летию кафедры инфекционных болезней КГМУ – Казань, 2014 – с. 77

5. Созинова Ю.М., Урманчеева Ю.Р. Подряднова Т.В. Галеева Н.В., Гатауллин М.Р. «Опыт противовирусного лечения больных хроническим гепатитом С за счет средств обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан (тезисы)» // Материалы VII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием – Москва, 2015 – с.316

Соцкая Я. А., Хомустьянская Н. И., Шаповалова И. А., И.А. Кузовлева

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЕРСИНИОЗОВ ПРИ ВСПЫШЕЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Луганский государственный медицинский университет, г. Луганск

Актуальность иерсиниозов в современных условиях. Иерсиниозы – острые инфекционные болезни, характеризующиеся полиморфизмом клинических проявлений, поражением желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, печени и других органов, общей интоксикацией, часто рецидивирующим, затяжным и хроническим течением. Пристальное внимание исследователей к проблеме иерсиниозов с начала XXI века в большой мере связано с возросшей угрозой биотерроризма во всем мире (патогенные иерсинии входят в перечень биологического оружия), а также с потенциальной способностью гетерогенных популяций патогенных иерсиний к реверсии вирулентных свойств, ассоциированной с изменениями на геномном уровне в определенных условиях внешней среды. Эти изменения могут быть причиной полиморфизма клинико-морфологических проявлений иерсиниозов, что требует целенаправленного исследования на основе современных методических подходов.

Результаты исследований. Нами изучены особенности эпидемического процесса и клинического течения псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза на территории Луганской области за многолетний период (1989-2012 гг. под руководством профессора Фролова В.М. и 2013-2016 гг. – профессор Соцкая Я.А.). Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости иерсиниозами показал, что в промышленных городах региона периодически возникали локальные эпидемические вспышки кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза. Показатель заболеваемости псевдотуберкулезом на 100 тыс. населения составлял-3,5, иерсиниозом-1,4. Вспышки возникали в весенне – летние месяцы в организованных коллективах с пищеблоками общественного питания (школа, промышленное предприятие). Заболевания регистрировались среди взрослых и детей. Факторами передачи иерсиний в основном служили салаты из капусты зимнего хранения, контаминированной в овощехранилищах. Во время вспышек со смывов с овощей и других предметов в овощехранилищах выделялись культуры *Y. pseudotuberculosis* в 75% от общего числа исследований, *Y. enterocolitica* – в 60% соответственно. Клинические обследования 89 больных псевдотуберкулезом учащихся средней школы № 37 г. Северодонецка в возрасте от 7 до 14 лет позволили выявить ряд особенностей в развитии болезни. Длительность инкубационного периода у большинства больных составляла от 3 до 7 суток, у 7,9% больных-30-36 часов, характеризуя пищевой тип вспышки. Заболевание, как правило, начиналось остро с повышения температуры тела до высоких цифр и других симптомов интоксикации. У 28% больных наблюдались тошнота, рвота, у 13,4% – жидкий стул (4-6

раз в сутки), боли в животе. Уже в начальном периоде у 53 больных (59,5%) были выражены токсико-аллергические реакции, проявившиеся гиперемией кожи лица, шеи и верхней части груди, инъекцией сосудов склер, конъюнктивы, гиперемией и отечностью слизистой оболочки глотки и небных миндалин. На 2-3 день болезни у этих больных появилась обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь на коже верхних и нижних конечностей. У 40,4% пациентов обнаружены гепатолиенальный и артралгический синдромы. Период разгара болезни продолжался 7-10 дней. Тяжелое течение отмечено у 11,2% больных, у 88,7% – среднетяжелое. У 28,1% больных наблюдалось затяжное течение, у 13,4% случаев возникали рецидивы. При клиническом анализе крови у всех больных отмечался разной степени выраженности лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг, умеренная эозинофилия, ускоренная СОЭ до 30-40 мм/час. Постановка клинического диагноза основывалось на бактериологическом исследовании патологических материалов у больных. Изменения иммунных показателей, изученных у 36 больных псевдотуберкулезом, проявлялись в снижении Т-лимфоцитов, дисбалансе их субпопуляционного состава, снижении иммунорегуляторного индекса менее 1,0, что свидетельствовало о формировании вторичной иммунологической недостаточности.

Выводы. Распространение иерсиниозов в крупных городах нашего региона происходит как в виде спорадических случаев, так и в виде локальных вспышек в отдельных организованных коллективах с общими пищевыми блоками на фоне ухудшения социально-экологических условий жизни, питания отдельных групп населения. Ведущими факторами заражения являются овощные салаты (чаще из капусты зимнего хранения), а также бытовые предметы, загрязненные пометом и мочой грызунов.

Список литературы.

1. Белая Ю. А. Иерсинии у «здоровых» людей. Результаты многолетних проспективных исследований. В кн.: Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез), и другие актуальные инфекции. СПб, 2000: 5.
2. Опочинский Э. Ф., Мохов Ю. В., Лукина З. А., Ясинский А. А. Анализ деятельности центров ГосСанЭпиднадзора РФ по лабораторной диагностике иерсиниозов. В кн.: Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез), и другие актуальные инфекции. СПб, 2000: 42–43.
3. Шестакова И. В., Ющук Н. Д., Попова Т. И. Иерсиниоз: диагностические ошибки // Врач. 2007; № 7: 71–74.
4. Шестакова И. В., Ющук Н. Д., Балмасова И. П. Клинико-прогностические критерии различных форм и вариантов течения иерсиниозной инфекции // Тер.архив. 2009, т. 81,11: 24–32.
5. Ющук Н. Д., Шестакова И. В. Проблемы лабораторной диагностики иерсиниозов и пути их решения // ЖМЭИ. 2007; № 3: 61–66.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

Луганский государственный медицинский университет, г. Луганск

Целью нашего исследования было изучение состояния клеточного звена иммунитета у больных с ранее перенесенным инфекционным мононуклеозом в динамике на фоне применения иммуностимулирующего препарата с неспецифическим противовирусным действием изопринозина [2, 3, 4]. Было обследовано 68 пациентов с ранее перенесенным инфекционным мононуклеозом, в возрасте от 18 до 46 лет, из них женщин – 32 человека, мужчин – 36 человек. Кроме общепринятого клинико-лабораторного обследования, для реализации цели исследования, у пациентов с инфекционным мононуклеозом в анамнезе изучали общее количество Т – (CD3+), В – (CD22+) лимфоцитов, субпопуляции Т-хелперов/индукторов (CD4+) и Т-супрессоров/киллеров (CD8+) в цитотоксическом тесте с моноклональными антителами (МКАТ) классов CD3+, CD4+, CD8+ и CD22+ НВЦ "МедБиоСпектр" (РФ – Москва). Функциональную активность Т-клеток оценивали с помощью реакции бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) с использованием микрометода [1, 5].

Установлено, что у больных после перенесенного ранее инфекционного мононуклеоза, до начала лечения отмечались сдвиги со стороны клеточных показателей иммунитета, которые характеризовались Т-лимфопенией, дисбалансом субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, преимущественно со снижением количества Т-хелперов/индукторов (CD4+) и иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, существенным уменьшением функциональной активности Т-клеток по данным РБТЛ. Кроме того, у данных больных до начала лечения относительный уровень CD3+ составлял $46,8 \pm 0,5\%$ и был в среднем в 1,48 раза ниже нормы ($P < 0,01$); абсолютный уровень Т-клеток составлял $(0,75 \pm 0,01)$ Г/л, что было в 1,73 раза меньше нормы ($P < 0,01$); относительное количество CD4+ – лимфоцитов составляло $(32,6 \pm 0,3)\%$, что было в среднем в 1,4 раза ниже нормы ($P < 0,01$), абсолютное количество CD4+ – лимфоцитов было снижено до $(0,52 \pm 0,05)$ Г/л, то есть в 1,65 раза ниже нормы ($P < 0,01$). Количество CD8+ – клеток составляло $(0,34 \pm 0,01)$ Г/л; в относительном значении количество CD8+ клеток незначительно отличалось от нормы, составив $21,4 \pm 0,9\%$ при норме $22,5 \pm 0,8\%$. Иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 снижался в 1,33 раза ($P < 0,05$). Количество В-клеток составляло $0,33 \pm 0,01$ Г/л. Показатель РБТЛ был в среднем в 1,35 раза ниже нормы.

При повторном исследовании показателей клеточного звена иммунитета у пациентов с инфекционным мононуклеозом в анамнезе, было установлено, что на момент завершения лечения с применением иммуностимулирующей терапии, имело место умеренно выраженная позитивная тенденция в отношении восстановления изученных иммунологических показателей, однако при этом отмечается далеко не полноценное восстановление данных показателей

до нормальных значений. Именно поэтому, можно считать патогенетически целесообразным применение современных иммуноактивных лекарственных препаратов, в комплексе терапевтических мероприятий, для пациентов с ранее перенесенным инфекционным мононуклеозом в анамнезе, с целью восстановления иммунологического гомеостаза, в частности показателей клеточного звена иммунитета.

Список литературы.

1. Кадаева С.Г. Показатели реактивации хронической инфекции вируса Эпштейна – Барр / С.Г. Кадаева // Вестник молодого ученого. – 2015. – № 2. – С. 32-34.

2. Малашенкова И.К. Клинические формы хронической Епштейн-Барр вирусной инфекции: вопросы диагностики и лечения / И.К Малашенкова, Н.А. Дидковский, Ж.Ш. Сарсания // Новости медицины и фармации. – 2007. – №13 (219). – С.20-21.

3. Свинцова Т.А. Значение показателей иммунного ответа у больных с ВЭБ-инфекционным мононуклеозом в прогнозировании течения и эффективности противовирусной и иммунокорректирующей терапии / Т.А. Свинцова, Д.М. Собчак, О.В. Корочкина, Г.А. Кравченко, В.В. Новиков // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. – № 1. – С. 7-14.

4. Шарипова Е.В. Герпес – вирусные инфекции и инфекционный мононуклеоз (обзор литературы) / Е.В. Шарипова, И.В. Бабаченко // Журнал инфектологии. – 2013. – Т. 5. № 2. – С. 5-11.

5. Юган Я.Л. Особливості клінічного перебігу інфекційного мононуклеозу у дорослих / Я.Л. Юган, Я.А. Соцька // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – 2012. – Т.6. № 114. С. 74-86.

Стельмах В.В., Козлов В.К.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра внутренних болезней и нефрологии, Санкт-Петербург
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра клинической лабораторной диагностики,
Санкт-Петербург

Хронические вирусные гепатиты представляют собой серьезную социально-экономическую и клинично-эпидемиологическую проблему здравоохранения. В мире насчитывается около 240 млн человек с хроническим гепатитом В (ХГВ), более 185 млн человек с хроническим гепатитом С (ХГС), у 20-30% из которых развивается цирроз печени, ежегодно уносящий до миллиона человеческих жизней по причине развития фатальных осложнений портальной гипертензии, трансформации в гептоцеллюлярную карциному (ГЦК) [1]. Высокая значимость ХГС в масштабах России обусловлена уровнем заболе-

ваемости, ростом числа вирусносителей, изменением структуры путей передачи возбудителей (заражение при введении наркотиков и активная реализация полового пути), а также возрастной структуры заболеваемости с преобладанием лиц молодого возраста [2].

К сожалению, основной, но не всегда достижимой целью противовирусной терапии является эрадикация HCV, поэтому важно предотвратить прогрессирование заболевания печени (стабилизировать или улучшить гистологическую картину и функции печени) для профилактики осложнений портальной гипертензии и предотвращения развития ГЦК. Противовирусная терапия с применением высокотехнологичных пегилированных интерферонов значительно уменьшает риск развития ГЦК, особенно среди пациентов, достигающих вирусологической или биохимической ремиссии, вместе с тем, сопряжена с развитием побочных эффектов: гриппоподобный синдром, гастроинтестинальные и психиатрические симптомы, миелосупрессия, нарушения функции щитовидной и паращитовидной желез, которые наблюдаются у 10-42% больных ХГС [3].

Не смотря на определенные успехи в этиотропной и патогенетической терапии ХГС в создавшейся сегодня ситуации неуклонного роста заболеваемости, отсутствия специфических средств профилактики, вопросы повышения эффективности стандартной противовирусной терапии и разработка новых патогенетических подходов остаются открытыми. Обнадеживающей перспективой лечения данной категории больных является комбинация различных методов ингибции вирусной репликации, индукции адекватного иммунного ответа, наряду с применением средств метаболической коррекции [4,5].

Целью настоящего исследования явилось оценить безопасность и переносимость комбинированной противовирусной терапии ПегИФН- α , Рибавирином индуктором интерферогенеза Циклофероном® и метаболическим корректором Ремаксолом® в сравнении со стандартной противовирусной терапией Рибавирином и ПегИФН- α , получаемой в течение 24-48 недель, у больных ХГС.

Обследовано 65 пациентов ХГС (47 мужчин и 18 женщин, средний возраст $30,6 \pm 3,5$ года). Всем больным проводились общепринятые в гепатологических отделениях исследования: вирусологические (ИФА, ПЦР), основные клинико-лабораторные показатели, инструментальное исследование (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия. Пункционная биопсия печени проводилась 27 (42%) пациентам до начала противовирусной терапии и спустя 6 мес. после окончания курса лечения с последующей морфологической оценкой и интрапеченочной ПЦР-диагностикой (HCV-RNA). Стадия фиброзирования в печени с помощью неинвазивной методики – эластографии оценивалась у 38 (58%) исследуемых пациентов.

Пациенты основной группы (34 чел.) дополнительно к противовирусной терапии нуклеотидным аналогом рибавирином в суточной дозе 800-1400 мг в

зависимости от массы тела и ПегИФН- α подкожно 1,5 мкг/кг массы тела 1 раз в неделю получали индуктор интерфероногенеза – Циклоферон® (500 мг внутримышечно, 2-3 раза в неделю) и инфузионную терапию метаболическим корректором Ремаксол® по 400,0 мл (10 инфузий 1 раз в 12 недель). Длительность лечения при ХГС, генотипах 2, 3а составила 24 недели, при генотипе 1b – 48 недель.

Полученные результаты: 1. Эффективность комбинированной противовирусной терапии в меньшей степени зависела от генотипа HCV (терапия высокоэффективна как при генотипе 1b – 60%, так и при 3а – 74%) по сравнению с эффективностью стандартной двойной терапии с применением нуклеотидного аналога Рибавирина и ПегИФН- α , при которой частота достижения стойкого вирусологического ответа достигала 25% при генотипе 1b и 60% при генотипе 3а. 2. В основной группе по результатам дальнейшего наблюдения за период 24-72 недели рецидив заболевания наблюдался на 10-15% реже по сравнению с группой сравнения, где частота рецидивов (возобновления репликации HCV) составила от 30 до 40% при генотипах 1b и 3а соответственно. 3. Неответчиков на проводимую противовирусную терапию в основной группе среди инфицированных 1b генотипом HCV было существенно меньше, чем в группе сравнения: 9% против 29%. 4. Введение в схему лечения метаболического корректора Ремаксол® способствовало существенному снижению частоты нежелательных явлений.

Результаты проведенного исследования демонстрируют преимущество комбинированной схемы противовирусной терапии с включением индуктора интерфероногенеза Циклоферона® и метаболического корректора Ремаксол® у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С по сравнению со стандартной двойной схемой противовирусной терапии (ПегИФН- α +Рибавирин).

Список литературы

1. World Health Organization. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. March 2015. World Health Organization; 2015. 134 p. Available from: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

2. Шахгильдян Д.И. Эпидемиология парентеральных вирусных гепатитов в России / Д.И. Шахгильдян // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – № 4. – С. 46-47.

3. Diago J.I., del Olmo D., Alcazar V., et al. [Thyroid disorders associated with interferon treatment in patients with chronic viral hepatitis or multiple sclerosis]. Med. Clin. (Barc) 1999 Jun. 19;113 (2):50-1.

4. Радченко В.Г., Стельмах В.В., Козлов В.К. Оптимизация этиопатогенетической терапии хронического гепатита С Руководство для врачей / СПб., 2004. – 168 с.

5. Сологуб Т.В., Суханов Д.Б., Петров А.Ю., Коваленко А.Л., Горячева Л.Г., Романцов М.Г. Риск неблагоприятных исходов при фармакоэкономическом анализе и оценка безопасности ремаксол в терапии хронических вирусных поражений печени (по материалам многоцентровых рандомизирован-

Стельмах В.В., Козлов В.К., Прокопенко С.М., Коваленко А.Л.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РЕМАКСОЛОМ ПРИ ЦИРРОЗАХ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра внутренних болезней и нефрологии, Санкт-Петербург;

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра клинической лабораторной диагностики, Санкт-Петербург;

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, факультет СПО, Санкт-Петербург;

Институт токсикологии Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург

Цирроз печени, являясь финальной стадией хронических гепатитов различной этиологии, представляет собой актуальную проблему здравоохранения ввиду естественного течения хронических диффузных заболеваний печени и увеличения количества больных на цирротической стадии. Приходится констатировать, что применение противовирусной терапии у больных ХГС и циррозом печени, а также больных, ожидающих трансплантацию печени существенно лимитировано в виду плохой переносимости, высокой частоты возникновения серьезных и жизнеугрожающих нежелательных явлений. Ухудшение качества жизни больных, происходящее при трансформации гепатита в цирроз печени, риск развития фатальных осложнений портальной гипертензии, существенное ограничение проведения этиологической противовирусной терапии диктуют необходимость оптимизации патогенетической терапии хронических вирусных гепатитов на цирротической стадии [1].

Важная роль в развитии гепатоцеллюлярного повреждения печени при хронических вирусных гепатитах отводится процессу оксидативного стресса и индуцированных им апоптозу и некробиозу гепатоцитов [2]. В условиях персистирующей виремии при хронической инфекции гепатотропными вирусами (НСV, HBV) и гипоксии развивается деэнергизация гепатоцитов (дефицит выработки и утилизации АТФ), повреждение биологических мембран (цитоплазматических и митохондриальных), дальнейшая активация свободнорадикального окисления и угнетение антиоксидантной защиты. Цитокинопосредованная активация клеток Купфера (резидентных макрофагов печени) приводит к паракринной активации звездчатых клеток, способствуя накоплению фибриллформирующего матрикса и прогрессированию фиброза [3].

Эффективным патогенетическим подходом в гепатологии является использование сукцинатсодержащих препаратов (Реамберин, Ремаксол (ООО «НТФФ «ПОЛИСАН», Санкт-Петербург), восстанавливающих митохондрии

альную мембрану и окислительное фосфорилирование, корректирующих тканевую гипоксию, а также, модифицирующих клеточный обмен и оказывающих гепатопротективное действие [4,5].

В этой связи значительный интерес представляет использование инфузионного гепатопротектора – ремаксолола, стимулирующего синтез эндогенного адеметионина, в терапии хронических диффузных заболеваний печени. Фармакодинамика ремаксолола, позиционируемого как многокомпонентный инфузионный гепатопротектор, включает антиоксидантные и мембраностабилизирующие свойства, которые обеспечиваются его составом. Ремаксолол состоит из естественных метаболитов (янтарная кислота, рибоксин, никотинамид, метионин), оказывающих антиоксидантное, антигипоксантное, гепатотропное действие и компонентов, необходимых для обеспечения осмолярности и буферной емкости препарата (Na, K, Mg, N-метилглюкамин).

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния инфузионной терапии метаболитическим корректором ремаксололом на функциональное состояние печени при циррозах печени в исходе хронических вирусных гепатитов В, С.

Обследовано 65 пациентов от 26 до 76 лет с диагнозом: цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита В, С. 32 пациента с циррозом печени в исходе хронического вирусного гепатита В, С при проведении инфузионной терапии ежедневно внутривенно капельно получали ремаксолол по 400,0 мл 1 раз в сутки, в течение 11 дней. Группу сравнения составили 33 пациентов с аналогичной патологией, которым внутривенно струйно вводился адеметионин 400 мг на фоне инфузионной терапии кристаллоидов (раствор NaCl 0,9% 400 мл, Рингера) в течение 11 дней.

Выраженный гепатотропный эффект препарата Ремаксолол подтверждался темпами снижения средних показателей АЛТ, АСТ и общего билирубина. Относительные величины снижения уровней этих биохимических показателей у больных основной группы составили 29%, 29% и 40% против 15%, 20% и 9% у пациентов контрольной группы соответственно. Снижение уровней ГГТП наблюдалось у 75% больных основной группы и у 73% больных группы сравнения, что в относительных величинах составило 26% против 10% соответственно, что доказывает большую эффективность ремаксолола по сравнению с адеметионином в отношении терапии внутрипеченочного холестаза при циррозах печени вирусной этиологии. Инфузионная терапия ремаксололом способствовала улучшению белок-синтетической функции печени (по увеличению синтеза альбумина гепатоцитами) у пациентов с печеночно-клеточной недостаточностью, повышению абсолютного количества лимфоцитов в периферической крови.

Эффективная коррекция синдрома внутрипеченочного холестаза наряду с эффективной гепатопротекцией, а также достижением цитопротекции, наблюдаемая при проведении инфузионной терапии ремаксололом, открывает новые перспективы комплексной терапии многоплановых нарушений, сопровождающих развитие цирроза печени вирусной этиологии.

Список литературы.

1. Heathcote E.J. Treatment considerations in patients with hepatitis C and cirrhosis. J. Clin. Gastroenterol. – 2003. – Vol.37. – P.395-398.
2. Poli G. Pathogenesis of liver fibrosis: role of oxidative stress. Mol. Aspects Med. – 2000. – Vol. 21 (3). – P.49-98.
3. Schulze-Krebs A., Preimel D., Popov Y. et al. Hepatitis C virus-replicating hepatocytes induce fibrogenic activation of hepatic stellate cells // Gastroenterology. – 2005. – Vol. 129. – P. 246-258.
4. Стельмах В.В., Радченко В.Г., Козлов В.К. Метаболические корректоры на основе янтарной кислоты как средства патогенетической терапии при хронических вирусных гепатитах // Терапевтический архив/ СПб. – 2011. – №2. – С. 67-71.
5. Суханов Д.С., Петров А.Ю., Романцов М.Г., Александрова Л.Н. и др. Фармакологическая активность сукцинатсодержащих препаратов при хроническом поражении печени различными иницирующими агентами. Фундаментальные исследования. – 2011. – №5. – С. 159-169.

Суранова Т.Г.

РОЛЬ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В СИСТЕМЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»

Проблемой здравоохранения на сегодняшний день является опасность возникновения и распространения на территории страны случаев опасных инфекционных болезней вследствие их завоза или в результате активизации существующих природных очагов. Эпидемия болезни Эбола в Африке, вспышки коронавирусных инфекций, распространение лихорадки Зика, сибирская язва на Ямале, случаи чумы в Республике Алтай. Риск их возникновения определяется внутренними и внешними факторами. К внешним факторам относится увеличение миграции и передвижения людей между странами и континентами, обусловленное как трудовой миграцией, так и дестабилизацией военно-политической ситуации в мире. К внутренним факторам относятся социально-экономическая ситуация в стране; активный внешний и внутренний туризм; наличие обширных и активных природных очагов инфекционных болезней; ослабление надзора за очагами; осложнение эпизоотической ситуации и др. [1].

Кроме того, изменение природных условий, потепление климата приводят к изменению структуры природных очагов, антропогенное воздействие на биоценозы приводят к расширению ареала распространения природно-очаговых зоонозов. Стихийные и техногенные бедствия и катастрофы могут провоцировать вспышки заболеваний на энзоотических территориях. Изменение свойств возбудителей, глобальное распространение лекарственной устой-

чивости микроорганизмов и резистентности переносчиков к применяемым средствам и др. относятся к серьезным проблемам, осложняющим сохранение эпидемиологического благополучия [2].

И хотя в Российской Федерации система мероприятий по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций биологического характера имеет многоуровневую, межведомственную и иерархически соподчиненную организацию, однако реальное состояние готовности органов государственной власти, заинтересованных министерств и ведомств к проведению таких мероприятий пока не отвечает в полной мере требованиям современности.

Своевременное и эффективное оказание медицинской помощи населению в ЧС, проведение мероприятий по предупреждению, локализации и ликвидации биологических аварий и инцидентов, эпидемических очагов инфекционных заболеваний, – эти и другие задачи решает Служба медицины катастроф в составе сил Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) и сил гражданской обороны. Специалисты Службы медицины катастроф выполняют задачи по оперативному сбору и обмену информацией, осуществляют взаимодействие между службами при возникновении ЧС, в том числе ЧС санитарно-эпидемиологического характера, оказывают помощь пострадавшим.

Одним из важных направлений деятельности специалистов Службы медицины катастроф в регионах является повышение готовности медицинских учреждений к организации санитарно-противоэпидемических мероприятий, в том числе проведение учений по отработке первичных противоэпидемических мероприятий по предупреждению заноса и распространения опасных инфекционных заболеваний, по координации деятельности всех ведомств и служб при ЧС санитарно-эпидемиологического характера.

В последние годы особое внимание уделяется мониторингу биологических опасностей, оперативному сбору информации о ЧС биологического характера и проведению предупредительных мероприятий. Специалисты Службы медицины катастроф во взаимодействии с другими ведомствами региона должны особое внимание уделять вопросам обеспечения максимально высокой степени готовности органов государственной власти страны к согласованному и эффективному реагированию на биологические угрозы. В связи с этим расширились задачи территориальных центров медицины катастроф в системе противодействия распространению опасных инфекций.

В период с октября 2015г. по сентябрь 2016г. по заданию Минздрава России ВЦМК «Защита» осуществлялся сбор и обобщение информации о заболеваемости ОРВИ и гриппом, об иммунизации населения против гриппа (приказ Минздрава России 755н от 27.10 2015г. «Об утверждении формы статистического учета № 1-грипп «Сведения об острых респираторных вирусных инфекциях, включая грипп, и порядка ее заполнения»). Дополнительно был организован сбор данных из субъектов России о состоянии коечного фонда для лечения больных гриппом и ОРВИ, в том числе количества коек,

подлежащих перепрофилизации, о наличии санитарного транспорта, а также о материальных запасах в аптечной сети и медицинских организациях: количество противовирусных препаратов, средств индивидуальной защиты и дезинфекционных средств, специальной медицинской аппаратуры (газовых анализаторов крови, аппаратов ИВЛ, ЭКМО). С целью анализа заболеваемости и причин летальности от гриппа проводился сбор информации о ходе иммунизации населения в разных возрастных и профессиональных группах; о динамике роста заболеваемости ОРВИ и гриппом, а также о количестве лабораторно подтвержденных случаев гриппа. В ежедневном режиме поступала информация о летальных случаях. В задачи территориальных центров медицины катастроф входил контроль исполнения приказа Минздрава России по оперативному сбору информации. По результатам проведенной работы при Министерстве здравоохранения Российской Федерации создана межведомственная комиссия, которая призвана анализировать текущую ситуацию и совершенствовать нормативные правовые акты в области иммунопрофилактики инфекционных болезней.

Проведенный мониторинг выявил и проблемы в осуществлении информационного обмена: низкий уровень оперативности передачи данных из информационных центров субъектов Российской Федерации; недостаточный уровень осведомленности должностных лиц органов исполнительной власти о задачах мониторинга, о требованиях к заполнению форм статистического учета. Специалисты ТЦМК регионов, имея опыт оперативной работы, оказали большую поддержку по организации сбора информации. Эта работа будет продолжена в сезон 2016-2017 гг., а новые информационные ресурсы ВЦМК «Защита» позволят усовершенствовать систему мониторинга эпидемиологической обстановки в стране.

Список литературы.

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году»
2. rospotrebnadzor.ru

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

СОСТОЯНИЕ НЕФЕРМЕНТАТИВНОГО ЗВЕНА АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ШИГЕЛЛЕЗАМИ

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала

Свободнорадикальное окисление является важным патогенетическим фактором при воспалении. Для защиты клеток от действия свободных радикалов в организме формируется комплекс защитных механизмов, который принято обозначать как антиоксидантная система. Среди тканевых антиоксидантов особое место занимают тиолы, сульфгидрильные (SH-) группы которых способны с высокой скоростью: окисляться в дисульфидные (SS-), что

обуславливает их антирадикальное действие. При достаточном уровне АОС в организме образуется то количество продуктов ПОЛ, которое необходимо для регуляции физиологических процессов, при снижении содержания антиоксидантов в тканях продукты ПОЛ начинают оказывать патологический эффект. Угнетение АОС при инфекционном заболевании, может служить прогностическим критерием тяжелого течения процесса.

Материалы и методы: Нами было обследовано 400 больных острой дизентерией различной степени тяжести в возрасте от 18 до 65 лет, госпитализированных в отделение кишечных инфекций Республиканского Центра инфекционных болезней (г. Махачкала) в 2005-2014 гг. Группу контроля составили 30 условно-здоровых донора. Для оценки функционального состояния ТДЗ АОС у больных острой дизентерией, нами определялось содержание SH- и SS-групп в гемолизате. По соотношению SH- и SS-групп вычислялся тиолдисульфидный коэффициент (ТДК), отражающий буферную емкость АОС.

Результаты исследования: В результате исследования выявлено, что в острый период заболевания шигеллезом наблюдается достоверное снижение содержания сульфгидрильных (SH-) групп и ТДК в сравнении с донорами ($p < 0,05$), концентрация дисульфидных (SS-) групп, напротив, повышена. Так же нами было проведено более детальное изучение этих показателей с учетом тяжести инфекционного процесса. Выявлено, что у больных с тяжелым течением острой дизентерии содержание в крови SH-групп ниже, чем у здоровых в 2,3 раза, а у больных со среднетяжелым и легким течением в 1,7 и 1,5 раз, соответственно, причем различие между здоровыми и пациентами с любой тяжестью течения дизентерии достоверно ($p < 0,05$). Нами установлена прямая корреляционная связь высокой степени между содержанием SH-групп и тяжестью течения дизентерии ($r_{\text{Пирс}} = 0,78$). Содержание SS-групп так же коррелировало с тяжестью инфекционного процесса, но в меньшей степени ($r_{\text{Пирс}} = 0,36$) и различия по этому показателю оказались достоверными только между здоровыми и больными тяжелой дизентерией. Значения тиолдисульфидного коэффициента, как производного от соотношения SH-, SS-групп так же различались у здоровых доноров и больных острой дизентерией, различия были достоверны вне зависимости от тяжести течения заболевания. Следует обратить внимание на инверсию соотношения SH-, SS-групп при тяжелом течении острой дизентерии, что указывает на качественные изменения в соотношении свободно-радикального окисления и АОС в этом случае. Кроме этого, можно отметить, что по показателям содержания SH-, групп и ТДК имеются достоверные отличия между группой пациентов с тяжелым и легким течением шигеллеза ($p < 0,05$).

Таким образом, нами установлено патогенетическое значение изменений в АОС по показателям тиолдисульфидного звена в течении острой дизентерии. Изменение соотношения оксидативных процессов и АОС имеет место при любой степени тяжести заболевания, но при тяжелом течении эти изменения приобретают качественный характер. Очевидно, наличие выявленных

патогенетических механизмов следует учитывать при ведении больных острой дизентерией.

Список литературы.

1. Wang XY, Du L, Von Seidlein L, Xu ZY, Zhang YL, Hao ZY, Han OP, Ma JC, Lee HJ, Ali M, Han CQ, Xing ZC, Chen JC, Clemens J. Occurrence of shigellosis in the young and elderly in rural China: results of a 12-month population-based surveillance study. // Am J Trop Med Hyg. 2005 Aug;73 (2):416-22.

2. Каблахова Ю. О. Состояние свободнорадикальных процессов у больных острой дизентерией и сальмонеллезом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Нальчик, 2005. – 24 с.

3. Арчакова Е.Г. Совершенствование методов контроля специфической активности пробиотиков. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 03.00.07 Пермь, 2004. –24 с.

4. Кожухова Е.А. Возможности и проблемы верификации шигеллеза и сальмонеллеза при острых диареях у взрослых /Е.А. Кожухова, В.Д. Иващенко // Инфекция и иммунитет. – 2015, Т. 5, № 2, – с. 137–142

5. Соколовский В.В. Тиоловые антиоксидаиты в молекулярных механизмах не-специфической реакции организма на экстремальные воздействия (обзор) // Вопр. мед. химии. – 1988. – Т.34,№6. – с.2-11.

Тагирова З.Г., Магомедов М.М.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ОСТРЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала

В настоящее время эпидемиологическую обстановку по острым кишечным инфекциям в Республике Дагестан (РД) следует оценивать как весьма напряженную, по-этому вопросы борьбы с ними, с учетом их социальной значимости, сохраняют свою актуальность. По данным Роспотребнадзора Республики Дагестан, заболеваемость ОКИ в 2014 году выросла на 15% по сравнению с 2013 г. (5). Ведущее место в структуре занимают ОКИ неустановленной этиологии, удельный вес которых составил более 70%. При сопоставлении данных по заболеваемости ОКИ в РД и Российской Федерации (РФ) за 2011-2015 гг. нами установлено, что общая заболеваемость в РД за все анализируемые годы стабильно ниже на 10-15% общероссийской. В сравнении с заболеваемостью по РФ (521,4 на 100 тыс. населения) в 2015 г. показатель был ниже на 12,8%, а в 2014г. он был ниже на 13,8%. Однако обращает внимание недостаточная верификация этиологии ОКИ в регионе: так, если по РФ в 2015 году расшифровано 32,3% случаев кишечных инфекций, то в РД только 27,9% (1-3). Управляемыми причинами недостаточной этиологической верификации является неудовлетворительное материальное состояние лабораторий, некомплектованность кадрового состава, неполный охват лиц, подлежащих бактериологическому обследованию, несвоевременный забор мате-

риала. Вместе с тем нужно отметить, что за 5 лет показатель верификации заметно вырос (в 2011 году он составлял только 18,3%), и это отражает эффективность осуществляемых в республике мер по борьбе с кишечными инфекциями. Наиболее уязвимым контингентом в плане заболеваемости ОКИ является детское население, удельный вес детей до 2-х лет в общей структуре составил 46,1% (в 2014 г. – 47,2%), что, возможно, связано с недостаточно проводимой санитарно-просветительской работой по профилактике ОКИ среди матерей, имеющих детей до 2-х лет. Удельный вес детей до 18 лет в структуре заболеваемости ОКИ составил в 2015 году 72,7%, хотя и снизился по сравнению с 2014 г. – 77,7%. Как уже показано выше, важное место среди ОКИ в РД занимает бактериальная дизентерия. Самый высокий показатель заболеваемости острой бактериальной дизентерией за анализируемый период наблюдался в 2011г. В 2015 году заболеваемость дизентерией увеличилась на 4% или 42 случая (31,5 на 100 тыс. населения – 942 случая в 2015г. против 30,29 – 900 сл. в 2014г.), превышая общероссийский показатель в 4,6 раза, в то время, как среди детей до 17 лет отмечено снижение на 5,9% (ИП–54,88 в 2015г. и 58,34 в 2014г.). Из зарегистрированных 942 случаев заболевания дизентерией 827 (87,8%) подтверждены лабораторно (в 2014г. 81,2%). В 2015г. увеличился удельный вес дизентерии Флекснера, которая наблюдалась в 61,3% (507 случаев), в 2014г. – 47,6% (348 случаев). Заболеваемость дизентерией регистрировалась в течение всего года, сезонный рост в летне – осеннее время связан с активизацией пищевого пути – главного в передаче шигелл-Зонне, показатели по которой снизились до 35,9 (297 сл.) против 49,5% (362 сл.) в 2014г. В возрастной структуре доля заболевших дизентерией детей до 17 лет составила 51,5% (485сл.) против 57,2 (515 сл.) в 2014г.

Эпидемиологическую ситуацию по острым кишечным инфекциям определяют неудовлетворительное состояние систем водоснабжения, нарушение санитарно-гигиенических требований при транспортировке и реализации в торговой сети продуктов питания, поэтому решение проблемы этой группы заболеваний возможно только при координации усилий государства, местных органов власти, санитарно –эпидемиологических и лечебных учреждений. Решение проблемы острых кишечных инфекций требует улучшения качества бактериологической диагностики с выделением и идентификацией возбудителя, выявления антибиотикорезистентности штаммов возбудителя, внедрения новых молекулярно – генетических методов, а также методов для ускоренной индикации шигелл, что будет способствовать своевременному выявлению и лечению больных.

Список литературы.

1. Диарея. Информационный бюллетень ВОЗ №330. Апрель 2013г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/ru/>. Просмотрено 05.12.2015
2. Малеев В.В. и др. Актуальные проблемы, итоги и перспективы изучения острых кишечных инфекций. //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014.№1. С.4-8.

3. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кухтевич Е.В., Гришина Ю.Ю. Эпидемиология инфекционных болезней. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014.495с.

4. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2012 году» М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2013.176 с.

5. Ситуация по заболеваемости ОКИ в Дагестане остается напряженной <http://dagestantimes.com/community/11344-situaciya-po-zaboleva-emositi-ok-i-v-dagestane-ostaetsya-napryazhennoy.html/> Просмотрено 05.12.2015.

Таланова Н.М.

ОСПА ЖИВОТНЫХ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСПЫ КОРОВ У ЧЕЛОВЕКА.

Городская больница г. Костромы, г.Кострома.

Оспа – инфекционная контагиозная болезнь, характеризующаяся лихорадкой и папулезно-пустулезной сыпью на коже и слизистых оболочках. Возбудители болезни принадлежат к различным родам и видам вирусов семейства оспы (Poxviridae). Самостоятельными видами являются вирусы: натуральной оспы коров, осповакцины (род Orthopoxvirus), натуральной оспы овец, коз (род Capripoxvirus), свиней (род Suipoxvirus), птиц (род Avipoxvirus) – возбудители оспы кур, голубей и канареек. Большинство вирусов оспы патогенны только для соответствующего вида в отличие от натуральной оспы коров и осповакцины, имеющих широкий спектр патогенности, включая крупный рогатый скот, буйволов, лошадей, ослов, мулов, верблюдов, кроликов, обезьян и человека и др. Это ДНК-содержащие вирусы, характеризующиеся эпителиотропностью и способностью образовывать в клетках элементарные округлые включения. Источником возбудителя оспы являются больные животные и вирусоносители в инкубационном периоде и после клинического выздоровления. Из организма больных животных вирус выделяется с истечениями из носа и глаз, со слюной и с оспенными корочками. Факторами передачи являются предметы ухода: корма, подстилка, транспорт, трупы, кожи, шерсть, перья, пух и пр. Основные пути заражения животных – контактный, алиментарный и респираторный. Оспа у коров обычно проявляется спорадически ограниченными эпизоотическими вспышками и протекает доброкачественно в виде сыпи на вымени, а у быков – на коже мошонки. Особенность инфекционного процесса при оспе обуславливается эпителиотропностью возбудителей и их способностью вызвать на коже своеобразную оспенную экзантему. Патологический процесс состоит из ряда последовательных стадий: розеолы, папулы, везикулы, пустулы, корусти – бурый струп, при отторжении которого в случае глубокого поражения возникает соединительнотканый рубец.

Такой патологический оспенный процесс отчетливо развивается у людей, крупного рогатого скота и лошадей, тогда как у овец, коз и свиней в большинстве случаев папула не переходит в заметную везикулу, а непосредственно превращается в струп. Оспа у различных млекопитающих животных проявляется abortивной, сливной и геморрагической формами. В случае выздоровления формируется пожизненный иммунитет [1].

ОСПА ЖИВОТНЫХ у человека – инфекционная болезнь вирусной природы из группы зоонозов; человек восприимчив к вирусу оспы коров и обезьян. Коровья оспа – природно-очаговая вирусная инфекция. Несмотря на название, основным резервуаром возбудителей являются лесные мыши и мыши-полевки. В естественных условиях инфекция развивается у крупного рогатого скота, но из домашних животных наиболее часто поражаются домашние кошки, которые и служат основным источником возбудителей для человека (в 50%). Коровья оспа у кошек встречается в странах западной Европы, США, на территориях бывшего СССР. Кошки, зараженные коровьим вирусом, обычно являются страстными охотниками. Человек является случайным и конечным хозяином вируса, передача возбудителя от человека не установлена. Заражение людей от инфицированных животных происходит с помощью контактного механизма в результате инокуляции возбудителя в поврежденную при царапинах, укусах или ссадинах кожу. Наиболее часто болезнь выявляется у детей и подростков, имевших контакт с зараженными кошками. В начале болезни у детей выявляются гриппоподобные симптомы: повышение температуры, чувство общей разбитости, у взрослых эти симптомы выражены слабо или отсутствуют. В месте внедрения вируса, возникают, как правило, одиночные крупные очаги поражения, которые проходят последовательные стадии развития в виде макулы, папулы, везикулы, пустулы, темного струпа и пигментированного рубца (почти черного цвета). В участках поражения отмечается болезненность, интенсивная гиперемия и отечность, которые сохраняются вплоть до стадии рубцевания. Характерно увеличение регионарных лимфатических узлов, при расчесывании места поражения кожи могут формироваться множественные высыпания с различной локализацией. Продолжительность клинических проявлений обычно составляет 6-8 нед. Болезнь протекает доброкачественно. Иллюстрацией к материалу, изложенному в источниках [2,3], считаю случай подтвержденной оспы коров (в ПЦР) у подростка 13 лет из Костромы в сентябре 2015 года, проводившего каникулы в сельской местности. Заболевание проявилось субфебрильной лихорадкой, 4 кожными элементами в области правой голени от 1,5 до 2,5см с характерным черным струпом, окруженных отеком и гиперемией с последующим отторжением струпа и формированием язв, регионарным паховым лимфаденитом.

Список литературы.

1. <http://www.omedvet.ru/diseases/ospa-zhivotnyx-i-ptic.html>
2. <http://meduniver.com/Medical/Microbiology/1578.html>
3. <http://koshsp.ru/ospa.php>

*Терешин В.А., Заболотный К.Г.,
Меркулова Н.Ф., Градиль Г.И., Гордиенко А.И.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ ФОРМ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков;
Поликлиника ФКУЗ МСЧ МВД России по Московской области, г. Москва

В настоящее время пищевые токсикоинфекции (ПТИ) продолжают оставаться важной медицинской и социальной проблемой, являясь одним из важнейших индикаторов социального и санитарного благополучия [2]. Болезни пищевого происхождения – серьезная проблема общественного здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно около 30% населения промышленно развитых стран страдает от болезней, связанных с пищевыми отравлениями. Распространение возбудителей заболеваний через национальные границы означает, что болезни пищевого происхождения создают угрозу глобальной безопасности в области общественного здравоохранения. Кроме того, полиморфизм клинических проявлений, полиэтиологичность, в некоторых случаях атипичность течения ПТИ на современном этапе в ряде случаев затрудняют их диагностику, что также является актуальной проблемой [2, 4].

В настоящее время все большее внимание исследователей и практических врачей уделено вопросам применения в клинической практике энтеросорбентов на основе кремнезема или диоксида кремния (SiO_2), поскольку эти препараты имеют ряд положительных фармакологических эффектов, к которым следует отнести, прежде всего, большую сорбционную емкость и высокую скорость связывания микроорганизмов и бактериальных токсинов, возможность приема умеренных терапевтических доз благодаря большой площади их активной поверхности, а также быстрый терапевтический эффект [3]. Энтеросорбенты на основе SiO_2 не вызывают запоров, для них характерна нетоксичность, гипоаллергенность и селективное, т.е. избирательное действие, в результате чего в процессе энтеросорбции достигается минимизация потерь полезных микронутриентов [3].

Для проведения рациональной комплексной терапии больных ПТИ наше внимание привлекла возможность использования современного кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь». Для реализации цели исследования было проведено клиническое обследование 68 пациентов с ПТИ, средний возраст обследованных больных был $32,6 \pm 8,1$ лет (от 17 до 65 лет), из них мужчин – 45,6% (31 человек).

С целью выбора оптимальной схемы лечения и оценки её клинической эффективности больные, находившиеся под наблюдением, были разделены на 2 группы, которые были сопоставимы по основным параметрам, влияющим на течение заболевания и эффективность проводимой терапии. Первую (основную) группу составили 35 пациентов, которые наряду с базисной терапией

получали кремнеземный энтеросорбент «Белый уголь» по 2-3 таблетки за 30-40 минут до приема пищи или лекарственных препаратов 3-4 раза в день на протяжении 5-7 дней. Вторую (контрольную) группу составили 33 больных, в лечении которых использовали только базисную терапию.

Больные поступали в стационар на в среднем на $2,5 \pm 1,5$ день болезни с жалобами на тошноту, рвоту, нарушение стула, боли в животе, общую слабость. При анализе клинического течения заболевания с учетом проводимой терапии установлено, что включение в комплексное лечение больных ПТИ кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь» оказало положительное влияние на течение заболевания. В результате клинических наблюдений было установлено, что в ходе лечения больных ПТИ постепенно наступило клиническое улучшение, которое характеризовалось уменьшением проявлений синдрома инфекционного токсикоза, абдоминально-болевого и диспептического синдромов, при этом в основной группе пациентов наблюдались более ранние сроки ликвидации симптомов заболевания. В результате проведенных исследований также было установлено, что включение кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь» в комплекс лечебных мероприятий у больных ПТИ способствует ликвидации клинко-биохимического синдрома эндогенной «метаболической» интоксикации, лабораторным критерием чего является снижение уровня «средних молекул» в сыворотке крови. В группе сопоставления улучшение клинко-биохимических показателей было менее выраженным. Полученные данные позволяют считать применение кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь» в терапии больных ПТИ патогенетически обоснованным и клинически целесообразным.

Список литературы.

1. Анастасий И.А. Острые инфекционные диареи: алгоритмы ведения пациентов / И.А. Анастасий // Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. – 2006. – Т. 6. – С. 50-54.
2. Иванов Н. Г. и др. Пищевые токсикоинфекции: этиология и профилактика / Н. Г. Иванов // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – №. 2-1. – С. 100-102.
3. Медицинская химия и медицинское применение диоксида кремния / под ред. А.А. Чуйко. – Киев: Наукова думка, 2003. – 416 с
4. Сулейжан Б. Ж., Кельдикулова У. К. Пищевые токсикоинфекции // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2011. – №. 1. – С. 9-18.

*Терешин В.А., Заболотный К.Г.,
Меркулова Н.Ф., Мозиленец Е.И., Екимова Н.А*

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ ФОРМ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ НА ОСНОВЕ ДИОКСИДА КРЕМНИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков;
Поликлиника ФКУЗ МСЧ МВД России по Московской области, г. Москва

В настоящее время острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из наиболее актуальных проблем современной инфектологии. В целом актуальность данной проблемы обусловлена высоким уровнем заболеваемости, повсеместным распространением, возникновением групповых случаев заболевания, а также формированием в последующем благоприятного фона для развития хронической воспалительной патологии кишечника [2, 4].

Существенной проблемой при лечении больных ОКИ продолжает оставаться широкое и часто нерациональное применение антибактериальных препаратов, ведущее к нарушению микробиоценоза организма, формированию резистентных штаммов возбудителей, развитию хронических болеваний желудочно-кишечного тракта. В связи с этим особое значение приобретает совершенствование патогенетической терапии, в том числе применение энтеросорбентов [1, 3]. При разработке рациональных подходов к оптимизации лечения больных ОКИ, мы в последние годы проводили сравнительный анализ эффективности энтеросорбентов различного происхождения. При этом в настоящее время в своей лечебной деятельности наибольшее значение авторы данных тезисов уделяют использованию энтеросорбентов, которые созданы на основе диоксида кремния (SiO_2), поскольку эти препараты имеют ряд положительных фармакологических эффектов, по сравнению с пористыми сорбентами. К таким положительным фармакологическим эффектам следует отнести, впереди всего, большую сорбционную емкость микроорганизмов и бактериальных токсинов, что важно именно при проведении энтеросорбции у больных с острой патологией кишечника, вызванной инфекционными агентами; возможность приема умеренных терапевтических доз энтеросорбентов, благодаря большой площади их активной поверхности. В целом высокая скорость связывания бактерий и их токсинов приводит очень быстрый терапевтический эффект, в отличие от общепринятых пористых сорбентов. Энтеросорбенты на основе диоксида кремния защищают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта от действия токсинов, и при этом не вызывают запоров, для них характерна нетоксичность, гипоаллергенность и селективное действие.

Ранее нами уже установлена эффективность ряда энтеросорбентов, созданных на основе диоксида кремния (SiO_2), в том числе силарда, атоксила при лечении больных ОКИ. В настоящее время наше внимание привлекла возможность применения в терапии ОКИ, современного средства на основе

диоксида кремния «Белый уголь». Данный препарат выпускается в виде таблеток, содержащих в своем составе 210 мг диоксида кремния и микрокристаллическую целлюлозу.

Целью работы было изучение эффективности применения современного энтеросорбента на основе диоксида кремния «Белый уголь» при лечении ОКИ.

Под наблюдением находилось 66 больных: 34 пациента с ОКИ, которые в комплексе лечения ОКИ дополнительно к базисной терапии принимали в качестве энтеросорбента «Белый уголь» по 2-3 таблетки за 30-40 минут до приема пищи или лекарственных препаратов 3-4 раза в день на протяжении 5-7 дней (основная группа) и 32 больных с ОКИ, которые получали базисную терапию (группа сопоставления). Диагноз заболевания устанавливали на основании клинико-эпидемиологических данных с верификацией этиологии ОКИ бактериологическим и серологическим методами. У всех пациентов был установлен диагноз «острая кишечная инфекция, средняя степень тяжести».

Все больные отмечали острое начало заболевания с повышения температуры тела от 37°C до 38,5°C. Преобладающее число больных предъявляли жалобы на выраженную общую слабость (83,3%), головную боль (59,1%), тошноту (65,1%), рвоту (57,5%), боли в животе (84,8%), диарею (100%). При анализе клинического течения заболевания с учетом проводимой терапии установлено, что включение в комплексное лечение больных ОКИ препарата «Белый уголь» оказало положительное влияние на течение ОКИ. Так, продолжительность лихорадочного периода составила у больных ОКИ основной группы в среднем $3,15 \pm 0,35$ дня, у пациентов группы сопоставления – $4,15 \pm 0,45$ дня. Продолжительность диареи у больных ОКИ основной группы составила в среднем $3,75 \pm 0,15$ дня, у пациентов группы сопоставления – $5,47 \pm 0,27$ дня. Болевой абдоминальный синдром имел место у больных ОКИ основной группы в среднем на протяжении $3,9 \pm 0,24$ суток, у пациентов группы сопоставления – на протяжении $5,8 \pm 0,35$ суток. Установлено, что при применении препарата «Белый уголь» ни в одном из случаев не было отмечено развитие каких-либо побочных явлений или нежелательных реакций.

Таким образом, полученные данные позволяют констатировать преимущества применения комплексной терапии с использованием энтеросорбента на основе диоксида кремния «Белый уголь».

Список литературы.

1. Захаренко С. М. Энтеросорбция в практике инфекциониста // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18. – №. 30.
2. Малый В.П. Новое в лечении кишечных инфекций / В.П. Малый, О.В. Гололобова // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 92-95.
3. Медицинская химия и медицинское применение диоксида кремния / под ред. А.А. Чуйко. – Киев: Наукова думка, 2003. – 416 с.

4. Чемич М.Д. Заболеваемость и этиологическая структура острых кишечных инфекций на современном этапе / М.Д. Чемич, Н.Г. Малыш, К.С. Половьян // Инфекционные заболевания. – № 3 (69). – С. 36-42.

*Тихомолова Е.Г., Осокина А.А., Жуйкова В.И., Фурсова Е.А.,
Контякова Е.Л., Коробицын К.Г., Кропанев А.В.*

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Россия находится на шестом месте в мире по количеству зарегистрированных больных гепатитом С (1). Расчетное число больных хроническим гепатитом С, нуждающихся в противовирусной терапии в нашей стране ориентировочно составляет более 2 млн человек (2). Учитывая данные, что достижение устойчивого вирусологического ответа снижает смертность от цирроза в 3-10 раз (3), становится очевидной необходимость проведения эффективного противовирусного лечения.

В Кировской области ежегодно регистрируется около 500 новых случаев хронического гепатита С (ХГС), показатель заболеваемости в течение многих лет превышал среднероссийский и только в 2015 году снизился до 35,17 на 100 тыс. населения. Для организации медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами в Кировской области в 2012 году издано распоряжение департамента здравоохранения в котором были детально разработаны маршрутизация больных, объемы диагностической и лечебной помощи на различных этапах (первичной и специализированной помощи), правила диспансерного наблюдения, направления на терапию. В рамках работы консультативно-диагностического центра при инфекционном стационаре был выделен прием больных с хроническими гепатитами. Организована специализированная врачебная комиссия по отбору на противовирусную терапию и ее контролю. Создан областной регистр больных хроническими вирусными гепатитами, который включает эпидемиологические, клинические, лабораторные данные и позволяет определить нуждаемость пациентов в терапии, выделить целевые группы пациентов, анализировать структуру заболеваемости. В настоящее время в регистре состоит более 1600 больных, из них 30% с фиброзом F3 и F4. Разработана программа автоматического учета с использованием единой компьютерной медицинской системы, позволяющей включать пациента в регистр непосредственно при заполнении электронной карты диспансерного учета лечащим врачом в любом медицинском учреждении области. В 2015 г. был организован дневной стационар при инфекционной больнице, где проводится противовирусная терапия. Для повышения информированности, унифицированности подхода к ведению и лечению больных хроническими гепатитами в области реализуется образовательная программа, ежегодно включающая проведение гепатошколы, видеоконференций и круглых столов с участием ведущих российских специалистов.

Источниками финансирования противовирусной терапии в области являются региональная программа, федеральная льгота и система ОМС. Региональная программа реализовывалась в 2012-2014 гг. и за счет ее средств пролечивалось ежегодно по 40 больных ХГС. 15-20 пациентов, имеющих инвалидность пролечивались за счет федеральной льготы. Однако существенно увеличить число получающих ПВТ позволило только лечение за счет средств ОМС в условиях дневного стационара. В 2015-2016 гг. пролечено 236 пациентов с ХГС, вызванном 1 генотипом вируса по безинтерфероновой схеме с достижением УВО у 98% пролеченных больных.

Выбор пациентов на терапию проводился врачебной комиссией из областного регистра. С учетом дефицита финансовых средств и имеющихся рекомендаций по выбору пациентов, нуждающихся в безотлагательном лечении (4,5), безинтерферо-новая терапия проводилась в первую очередь больным с фиброзом F3-F4, при наличии противопоказаний к назначению интерферона или его неэффективности. Пациенты с ХГС 1 генотипа, которые имеют высокие предикторы эффективности интерфероновой терапии, с ХГС 2 и 3 генотипа, с ХГВ, имеющие показания к лечению пэгинтерферо-нами проходят терапию также в условиях дневного стационара соответствующими диагнозу курсами терапии.

Таким образом, за 2015-2016 гг. была практически ликвидирована очередь ожидания терапии для пациентов с циррозом печени, во втором полугодии 2016 г. безинтерферо-роновая терапия таким больным проводилась практически сразу после включения в областной регистр. Однако, даже при достаточно высоких объемах терапии, не удастся проводить противовирусное лечение пациентам со стадиями фиброза F0-F2, хотя в этой группе можно было ожидать наиболее комфортный профиль безопасности лечения, высокий уровень достижения УВО и наибольшую эффективность профилактики цирроза и, в конечном итоге, инвалидности и смертности больных.

Следует признать, что в настоящее время у абсолютного большинства больных ХГС нет доступа к бесплатной противовирусной терапии. Руководствуясь п.IV Постановления правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 года №1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» где указано, что финансовое обеспечение медицинской помощи при инфекционных и паразитарных заболеваниях осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, считаем наиболее перспективным лечение таких больных в условиях дневного стационара по соответствующей модели КСГ с учетом показаний и выбором оптимальной схемы терапии.

Список литературы.

1. Gower, E., Estes C., Hindman, S., Razavi-Shearer, K., Razavi, H., Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus, *Journal of Hepatology* (2014); 61: 45–57
2. Пименов Н.Н., Чуланов В.П. и др. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2012; №3: 4-10

3. Van der Meer, AJ et al. JAMA 2012; 308:2584–2593.
4. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015 Volume 63, Issue 1, Pages 199-236
5. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С, Москва, 2014

Ткаченко Е.А., Дзагурова Т.К., Морозов В.Г., Бахтина В.А., Городин В.Н.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РОССИИ

Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им.М.П.Чумакова, Москва;
ООО «Гепатолог», Самара;
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар;
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – вирусный нетрансмиссивный зооноз, широко распространенный в Евразии, а в России занимающий первое место по заболеваемости среди природно-очаговых инфекций. По данным Роспотребнадзора только за 16 лет XXI века было зарегистрировано более 117 тысяч случаев ГЛПС в 7 из 8 Федеральных округах, включая более 2,5 тысяч детей в возрасте до 14 лет. В около 500 случаях заболевания ГЛПС тяжёлое клиническое течение болезни закончилось летальным исходом.

В результате комплексного клинико-эпидемиологического, эпизоотологического и лабораторного (включая вирусологические, иммунологические и молекулярно-генетические методы) обследования больных ГЛПС и мелких млекопитающих разных видов были выявлены и исследованы новые природные очаги циркуляции хантавирусов на территории России, определены иммунологические и генотипические взаимоотношения между известными и вновь выделенными хантавирусами, уточнён видовой состав мелких млекопитающих – носителей и природного резервуара хантавирусов, а также установлена этиологическая роль разных видов хантавирусов в структуре заболеваемости ГЛПС.

Полученные в последнее десятилетие данные существенно меняют сложившиеся представления об этиологической природе заболеваний ГЛПС на Европейской части России, где ранее все случаи заражения ГЛПС связывали только с хантавирусом Пуумала. Так, были выявлены природные очаги с циркуляцией высоко патогенных для человека вирусов – возбудителей ГЛПС, относящихся к двум генотипам Куркино и Сочи. В настоящее время можно говорить о существовании в России 6 хантавирусов-возбудителей ГЛПС (Пуумала, Хантаан, Амур, Сеул, Куркино и Сочи).

Этиологические различия возбудителя определяют эпидемиологию и клинику инфекции, но не влияют на принципы лечения; имеют решающее значение при конструировании диагностических и вакцинных препаратов.

Несмотря на общие патогенетические механизмы, лежащие в основе ГЛПС, клинические проявления заболеваний, вызванных разными возбудителями, имеют существенные различия, касающиеся частоты и выраженности основных симптомокомплексов, а также тяжести течения болезни.

Решающее значение специфической диагностики ГЛПС для практического здравоохранения обусловлено широким диапазоном клинических симптомов при ГЛПС, что затрудняет дифференциальную диагностику ГЛПС от других, сходных по симптоматике заболеваний, и нередко приводит к ошибкам при постановке клинического диагноза. В районах со спорадической заболеваемостью постановка первичного диагноза вызывает особые трудности.

Результаты сравнительной оценки эффективности клинической и специфической лабораторной диагностики ГЛПС позволили установить истинные размеры заболеваемости, расширить представление о диапазоне клинических проявлений инфекции.

Отсутствие тенденции к снижению заболеваемости ГЛПС, расширение ареала инфекции, участвовавшие случаи вспышек ГЛПС, ассоциированные с новыми, ранее не известными в России хантавирусами, тяжесть клинического течения инфекции, а также отсутствие специфических средств лечения и профилактики свидетельствует о возрастающей социальной и медицинской значимости ГЛПС.

На современном этапе борьбы с ГЛПС к наиболее актуальным следует отнести три проблемы:

- повышение эффективности клинической диагностики и своевременное проведение специфической лабораторной диагностики ГЛПС;
- оптимизация мониторинга очагов ГЛПС с целью разработки подходов к прогнозированию эпидемической ситуации и своевременного проведения профилактических мероприятий;
- промышленное освоение производства вакцины против ГЛПС, взяв за основу данные, полученные в результате создания кандидатной вакцины, и скорейшее её внедрение в практику здравоохранения.

Список литературы.

1. Ткаченко Е.А., Морозов В.Г., Дзагурова Т.К., Юничева Ю.В., Пиликова О.М., Завора Д.Л., Ишмухаметов А.А., Городин В.Н., В.А.Бахтина, Загидуллин И.М., Соцкова С.Е. Этиологические и клинико-эпидемиологические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Краснодарском крае. Эпидемиология и инфекционные болезни, 2016, №1, с.22-30.

2. Е.А. Ткаченко, Т.К. Дзагурова, А.Д. Бернштейн, Н.А. Коротина, Н.М. Окулова, Е.С. Мутных, А.П. Иванов, А.А. Ишмухаметов, Ю.В. Юничева, О.М. Пиликова, В.Г. Морозов, Д.В. Транквилевский, Городин В.Н., В.А. Бахтина, С.Е. Соцкова. Геморрагическая лихорадка с почечным синдро-

мом (история, проблемы и перспективы изучения). Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2016, №3, с.23-34.

3. А.А.Суздальцев, В.Г.Морозов, Р.Р.Лукаев, Е.А.Ткаченко. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (Пуумала) в природных очагах на территории Среднего Поволжья: динамика клинико-лабораторных проявлений в 1997-2012 гг. Инфекционные болезни. 2014, №4, с. 44-50.

4. Т.К. Дзагурова, А.П. Иванов, Н.А. Коротина, А.Е. Малкин, А.А. Синюгина, С.Е. Соцкова, А.А. Ишмухаметов, Е.А. Ткаченко. Разработка лабораторных методов и промышленной технологии производства препаратов для специфической диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Ремедиум, 2015, №10, с.32-53.

5. D.H. Kruger, E. A. Tkachenko, V. G. Morozov, Y.V. Yunicheva, O. M. Pilikova, G. Malkin, A.A. Ishmukhametov, P. Heinemann, P.T. Witkowski, B. Klempra, T. K. Dzagurova. Life-Threatening Sochi Virus Infections, Russia. Emerging Infectious Diseases, 2015, Vol. 21, No. 12, P. 2204-2209

Трунова О.А.

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ В Г. ДОНЕЦКЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Лайм-боррелиоз (ЛБ) – широко распространенная природно-очаговая, зоонозная, трансмиссивная инфекция, вызываемая спирохетами рода *Borrelia*, специфическим переносчиком которых являются аргасовые и иксодовые клещи. ЛБ могут вызывать три геномных группы *B. burgdorferi*, выявленных в настоящее время в Европе и названных *B. burgdorferi sensu strict*, *B. garinii* и *B. afzelii* [4]. Несколько *B. bissettii*-подобных штаммов, а также штаммы *B. valaisiana* и один атипичный штамм A14S были выделены от европейских пациентов с мигрирующей кольцевидной эритемой. В организме человека спирохеты всех видов локализуются в крови, печени, селезенке, костном мозге, спинномозговой жидкости. Клинически болезнь проявляется первичным поражением кожи (у 70 до 80% больных первым симптомом является мигрирующая кольцевидная эритема), многочисленными приступами лихорадки, неврологическими, ревматологическими, кардиальными симптомами, длящимися от нескольких месяцев до нескольких лет. Заражение чаще всего происходит в конце весны или летом (май–сентябрь) после укуса клеща, когда нимфы наиболее активны. Клещи служат не только переносчиком, но и основным резервуаром *B. burgdorferi*, так как инфекция у них сохраняется всю жизнь и может передаваться трансвариальным путем потомству. В различных регионах мира, эндемичных по ЛБ, зараженность клещей рода *Ixodes* колеблется от 10 до 90%. Для Евразии наиболее важное эпидемиологическое значение имеют клещи *Ixodes ricinus* и *Ixodes persulcatus*, в США – *I. Scapularis* [4]. Цикл трансмиссии боррелий начинается в процессе кормления неинфицированного клеща на животном-прокормителе, инфицированном

этими спирохетами. Естественным резервуаром инфекции в природе являются многие позвоночные: белохвостые олени, крупный рогатый скот, овцы, собаки, дикие грызуны, а также некоторые виды птиц. Миграция птиц оказывает влияние на распространение инфицированных *B. burgdorferi* клещей в новые регионы. Заражение болезнью Лайма происходит при укусах клещей преимущественно в природных условиях. Однако последнее время участились случаи инфицирования и в городских условиях (в парковой зоне, на приусадебных участках) [1, 2, 3]. Инкубационный период для мигрирующей кольцевидной эритемы – от 3 до 32 дней после укуса клеща (в среднем от 7 до 10 дней); однако у многих больных ранние проявления болезни могут отсутствовать. Иммунитет нестерильный, поддерживается повторными заражениями в эндемичных районах, видоспецифический. Диагноз основывается на данных эпиданамнеза, клиники, бактериологических (выявление боррелий в биоптатах кожи, спинномозговой жидкости, крови, реже – в чистой культуре); серологических тестах (РНИФ, ИФА, иммуноблоттинг, РНГА). В РНИФ и ИФА перекрестно-реагирующие антитела могут вызвать ложноположительные реакции у больных сифилисом, возвратным тифом, лептоспирозом, ВИЧ-инфекцией, пятнистой лихорадкой Скалистых гор, инфекционным мононуклеозом, волчанкой или ревматоидным артритом. Специфичность серологических тестов усиливается в иммуноблоттинге образцов, положительных или сомнительных в РНИФ или ИФА. В США методом ПЦР выявили генетический материал *B. burgdorferi sensu lato* в синовиальной и спинномозговой жидкостях, крови и моче, коже и других тканях [4].

Сравнительный анализ данных многолетней динамики заболеваемости Лайм-боррелиозом в г. Донецке и Украине показал, что первый случай ЛБ был официально зарегистрирован в Донецке в 2000 г., когда уровень заболеваемости на 100 тыс. нас. составил 0,1 сл. (1 человек), в Украине – 0,12 сл. (58 человек) [1]. В последующие 10 лет частота ЛБ неуклонно нарастала, причем с 2002 г. в г. Донецке ее показатели значительно превышали таковые по стране в целом (2002 г. – в 3,66 раза; 2003 г. – в 1,82 р.; 2004 г. – в 3,00 р.; 2005 г. – в 2,29 р.; 2006 г.: в 1,88 р.; 2007 г. в 2,12 р.; 2008 г. в 2,68 р.; 2009 г. – в 2,17 р. Однако в 2010 г. заболеваемость в г. Донецке снизилась в сравнении с предыдущим годом на 44,6% (2009 г. – 4,6 сл.; 2010 г. – 2,5 сл.).

Таким образом, г. Донецк и его окрестности в XXI веке превратились в активный природный очаг Лайм-боррелиоза, что может быть связано с расширением ареала распространения *Ixodes ricinus* с запада на юго-восток и требует как усиления разъяснительной работы по профилактике ЛБ среди населения, так и необходимости широкого внедрения современных методов ранней диагностики ЛБ.

Список литературы.

1. Гажиев В.В., Денисенко В.И., Белаш А.И. Зоонозные инфекции в Донецкой области. – Донецк: ООО «Лебедь», 2003. – С. 182-192.

2. Малов В.Н., Горобченко А.Н. Иксодовые клещевые боррелиозы (Лайм-боррелиоз) //Лечащий врач. – 2004. – № 6. <http://www.lvrach.ru/2004/06/4531438/>.

3. Хутко А.Р., Богущкий М.И., Савицкая В.А. Клещевой Лайм-боррелиоз как значимая медико-экологическая проблема //Журнал ГрГМУ. – 2007. – № 4. – С. 134-136.

4. Control of Communicable Diseases (Lyme disease): Manual / David L. Heymann, Editor, 19-th Edition, 2008. – P. 364-369.

Трякина И.П.

МАНИФЕСТНЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У РЕЦИПИЕНТОВ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Токсоплазмоз у иммунокомпетентных людей протекает латентно и крайне редко проявляется клиническими синдромами. Чаще всего наблюдается синдром лимфаденопатии. Течение заболевания благоприятное и заканчивается выздоровлением даже без лечения. У пациентов ВИЧ-инфекцией токсоплазмоз развивается в 10-40% случаев. На фоне уменьшения иммунокомпетентных клеток токсоплазмоз может манифестировать как токсоплазмозный энцефалит, гепатит, миокардит, хориоретинит. Летальность без лечения – до 100%.

При проведении операций по поводу трансплантации солидных органов и гемопоэтических клеток пациенты длительно получают иммуносупрессивную терапию, приводящую к иммунному дефициту. В результате отсутствия контроля иммунной системы может произойти активация латентного токсоплазмоза. Токсоплазмы выходят из тканевых цист, распространяются в тканях органов. Обладая цитопатическим свойством, токсоплазмы разрушают клеточные структуры. Некротические процессы в органах и тканях приводят к развитию полиорганной недостаточности.

Так, Фернандес Сабе, Сервера С. (2012) проанализировали результаты 15800 пересадок органов за 2000-2009 год. Токсоплазмоз диагностировали у 22 (0,14%) больных через 3-6 месяцев после трансплантации на фоне иммуносупрессивной терапии. В Стэнфордском Университете S.Mastrobuoni (2012) из 620 случаев пересадки сердца наблюдал 4 случая токсоплазмоза. Hebraud B., Kamar N. (2005) выявили токсоплазмоз у двух больных после пересадки почек. Летальность в этих случаях составляла 20-80%.

Мы наблюдаем пациентку Н. 38 лет, которой 8 лет назад успешно была проведена трансплантация почки и панкреатодуоденального комплекса. В течение 8 лет пациентка принимает иммуносупрессоры: майфортик и сандимун неорал. Летом 2015года у Н. на фоне повышенной температуры тела остро возникли явления гемипареза, изменения походки, речи, письма, когнитивные нарушения. В неврологической клинике на КТ головного мозга были

обнаружены два очага до 2,8 см в височной доле и подкорковых областях. Были исключены опухолевый процесс, бактериальные, вирусные инфекции. При исследовании крови на токсоплазмоз выявлены высокие уровни протитоксоплазмозных антител, в ликворе АТ найдены не были, отмечено значительное снижение количества CD4. У пациентки предположили реактивацию токсоплазмоза с развитием очагового токсоплазмозного энцефалита на фоне применения иммуносупрессивной терапии. Лечение с применением фансидара было успешным. Через две недели его приема регрессировали явления гемипареза, улучшилась походка, почерк, восстановились когнитивные функции. Однако дальнейший прием фансидара, а также клиндамицина был отменен из-за повышения креатинина при единственной донорской почке. Лечение было продолжено ровамицином и бисептолом. При контрольной КТ через четыре месяца от начала заболевания очаг в подкорковых областях не определялся. Очаг в височной области с явлениями глиоза, без признаков отека уменьшился в размерах до 0,8 см. Состояние оценивалось как удовлетворительное. Наблюдения за пациенткой продолжаются. Токсоплазмоз – потенциальный диагноз даже в поздних стадиях после трансплантации. Только с повышением осведомленности и внедрением в практику проведения профилактического лечения реактивации токсоплазмоза можно ожидать снижение заболеваемости и улучшения отдаленных результатов трансплантации.

Список литературы.

1. Гончаров Д.Б. Значение персистенции *Toxoplasma gondii* в клинической патологии человека. ЖМЭИ 2006; 4: 92–97.
2. Fernández-Sabé N., Cervera C., Fariñas M.C., Bodro M., Muñoz P., Gurguí M., Torre-Cisneros J., Martín-Dávila P., Noblejas A., Len O., García-Reyne A., Del Pozo J.L., Carratalà J. Risk factors, clinical features, and outcomes of toxoplasmosis in solid-organ transplant recipients: a matched case-control study. Clin. Infect. Dis. 2012; 54 (3): 355–361.
3. Desoubeaux G., Perret-Gallix K., Machet M.C., Sirinelli A., Bailly E., van Langendonck N., Chandénier J. Toxoplasmic cyst and heart transplant: a case report of serological reactivation in an acute graft rejection context. Ann. Biol. Clin. (Paris) 2012; 70 (3): 323–328.
4. Mastrobuoni S., Dell'aquila A.M., Herreros J. Fatal *Toxoplasma gondii* dissemination in a heart transplant recipient: description of a case. Case Rep. Transplant. 2012; 2012: Article ID 524279.

Туманова А.Л., Кочетков Н.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПИЩЕВОГО КОНЦЕНТРАТА «ЖИВАЯ ХЛОРЕЛЛА» В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научно-исследовательский курортологии и реабилитации филиал Северо-Кавказского федерального научно-клинического центра, г. Сочи;
Сочинский институт (филиал) Российского университета дружбы народов, кафедра Физиологии, г. Сочи

В мире существует огромная индустрия биологически активных добавок (БАД) на основе микроводорослей, в основном хлореллы и спирулины. На сегодняшний день у нас в России создан единственный продукт на основе живой растительной клетки микроводоросли хлореллы в виде концентрата, отработана промышленная биотехнология производства концентрата микроводоросли «Живая хлорелла» для человека. В результате проведенных первичных исследований (2008г.) установлено иммуномодулирующее влияние микроводоросли *Chlorella vulgaris* на иммунокомпетентные клетки всех участвующих в эксперименте людей. Клинический анализ крови выявил нормализацию картины крови по следующим показателям: цветовой показатель, количество тромбоцитов, лимфоцитов, сегментоядерных нейтрофилов, эозинофилов, а также СОЭ в 68% случаев [2]. По другим анализируемым показателям целесообразно было продолжить исследования, увеличив сроки применения пищевой суспензии микроводоросли *Chlorella vulgaris* (штамм ИФР С № 111) и с увеличением плотности и концентрации клеток. Автору (Куницын М.В. №2176667) и производителю предложено доработать пищевой продукт из суспензии в концентрат, доработать выпуск продукта до удобной формы употребления, получить необходимые сертификаты, включая соответствующую документацию по санитарным нормам (№RU.77.99.88.003.Е.10343.11.15).

В настоящее время эксперимент продолжен уже с готовым образцом представленного пищевого концентрата «Живая Хлорелла». Исследования проводятся на базе кафедры физиологии СИРУДН, НИМЦ «Экологии и здоровья человека», НИЦКиР в Сочи, Центра профилактики и борьбы со СПИД г. Сочи. Под наблюдением находятся 40 пациентов, из них 20 без выявленных клинических изменений (группа контроля) и 20 – с разными патологиями (группа наблюдения), которым были проведены обследования до и после приема данного концентрата. Соответственно уже имеющимся ссылкам в мировой литературе по эффективности применения продуктов на основе хлореллы в перечень исследований входили: иммунологические исследования крови – общая иммунограмма, клеточный иммунитет, общий IgE, общедиagnostический биохимический анализ. Дополнительно у группы анализировались: биоэлектрография (оценка вегетативных функций), эндоэкологическая оценка степени загрязнения организма на основе специализированного ири-

допрогностического исследования «Ирис-сигма», оценка зрительных функций и нейрофизиологических показателей – методом цветовой кампиметрии, данные электрофизиологических исследований, субъективные ощущения и данные объективных осмотров.

Уже на промежуточном этапе оценки диагностических показателей мы получили достаточно высокий оздоровительный эффект (у 78% пациентов из экспериментальной группы), подтверждающий имеющиеся в мировой литературе сведения по воздействию пищевой микроводоросли *Chlorella vulgaris* на организм человека. У 93% пациентов из группы наблюдения произошла нормализация по следующим показателям: цветовой показатель, количество тромбоцитов, лимфоцитов, сегментоядерных нейтрофилов, эозинофилов, СОЭ, холестерин, сахар крови. Также следует отметить, что результативность у группы обследованных, дополнительными методами, показала высокий процент клинической эффективности (78-93%). В концентрате «Живая хлорелла» содержатся все необходимые для человека незаменимые аминокислоты: валин, лейцин, изолейцин, треонин, метионин, триптофан, лизин, фенилаланин, аргинин, гистидин, БАД включает в себя ценные для здоровья хлорофилл типа а и b, жизненно важные полиненасыщенные жирные кислоты (незаменимые: арахидоновую, линолевую, линоленовую), антиоксиданты (каротиноиды, флавоноиды), ферменты, а также микро- и макроэлементы (кальций, калий, медь, фосфор, магний, йод, железо, цинк) и богатое содержание витаминов (важнейшие витамины группы B2, B5, B6, B9, C, E, K, PP) (№04-03/16 Центр химических исследований г. Москва от 04.04.16).

Таким образом, полученный оздоровительный эффект, (подтверждённый диагностическими показателями, в том числе иммуномодулирующий эффект), после приёма концентрата микроводоросли «Живая хлорелла», позволяет рекомендовать данный пищевой продукт для внедрения в профилактику снижения риска возникновения инфекционных и массово обусловленных заболеваний, особенно для лиц, длительно находящихся в вынужденных условиях (космонавты, подводники, полярники, спортсмены в периоды тренировок и др.), лиц, проживающих в зонах экологического риска (перенесших стихийные, военные действия, техногенные катастрофы), для обеспечения эпидемиологической безопасности курортов – в виде дополнительного лечебного питания.

Список литературы.

1. Решетников А.В. Фотоиммунотерапия (фит) как направление фотодинамической терапии (ФДТ) // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 6. – С. 93-98;
2. Туманова А.Л. Экспериментальные исследования по изучению влияния пищевой суспензии микроводоросли *Chlorella vulgaris* на организм человека // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 9. – С. 85-88;
3. Pat 2?274?101 (02/1942) USA/E.G.Snyder/ Preparation of chlorine e/

Туровский А.Б., Попова И.А., Савостикова М.В.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РОТОГЛОТКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ СЕМЕЙСТВ HERPESVIRIDAE И PAPILLOMAVIRIDAE

Научно-исследовательский клинический институт им. Л.И. Свержевского,
Москва

Российский онкологический научный центр имени Н. Н. Блохина, Москва

Хронические заболевания ротоглотки широко распространены среди населения и регистрируются во всех возрастных группах. Количество больных, страдающих хроническим тонзиллитом, в общей популяции составляет от 24,8 до 35%, хроническим фарингитом до 25%, папилломами слизистой оболочки и другими доброкачественными образованиями ротоглотки от 0,3 до 0,8%. Широкая распространенность хронической патологии ротоглотки в значительной степени обусловлена таким этиологическим фактором, как вирусные инфекции семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae*. Вирусы семейства *Herpesviridae* и *Papillomaviridae* имеют ряд особенностей, определяющих характер течения заболеваний ротоглотки: высокая контагиозность, способность длительно персистировать в эпителии ротоглотки, в ряде случаев вызывать трансформацию эпителиальной ткани.

Цель исследования – выявить особенности цитологической картины слизистой оболочки ротоглотки у лиц с хронической воспалительной патологией ротоглотки, осложненной вирусными инфекциями семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae*, в сравнении с группой пациентов без вирусных инфекций, страдающих воспалительными заболеваниями ротоглотки, а также контрольной группой без хронической воспалительной патологии ротоглотки.

Материалы и методы. Обследовано 174 человека основной группы с хронической патологией ротоглотки в возрасте от 18 до 60 лет (91 женщина и 83 мужчина), средний возраст пациентов 34 года. 31% страдали хроническим тонзиллитом, 24% – хроническим фарингитом, у 42% диагностированы обе патологии. Обследовано также 25 пациентов контрольной группы в возрасте от 18 до 60 лет (12 женщин и 13 мужчин) без воспалительной патологии ротоглотки. Всем пациентам проведена диагностика методом Real-Time PCR вирусных инфекций семейств *Herpesviridae* типы HSV-1, HSV-2, HHV-6, EBV, HCMV-5 и *Papillomaviridae* типы высокого, среднего и низкого онкогенного риска в соскобах из ротоглотки, проведено цитологическое исследование соскобов со слизистой оболочки ротоглотки.

Результаты. В основной группе вирусные инфекции семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae* определяются у 141 пациента, страдающего хронической патологией ротоглотки, из них у 110 человек (63,2%) – герпесвирусы, у 31 – папилломавирусы (17,81%). Сочетание инфекций семейств

Herpesviridae и Papillomaviridae у 14 пациентов (8,04% из общего числа обследованных). В контрольной группе вирусная инфекция семейств Herpesviridae и Papillomaviridae обнаружена у 48%, из них герпесвирусная инфекция у 9 человек (36%), папилломавирусная инфекция – у 3 человек (12%), сочетание инфекций семейств Herpesviridae и Papillomaviridae обнаружено у 8% обследованных. По результатам цитологического исследования у 100% пациентов основной группы с установленными вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae были выявлены признаки цитопатического действия вирусов как специфического, так и неспецифического характера различной степени выраженности и в различных комбинациях. Из неспецифических изменений был выявлен паракератоз у 48% пациентов, дистрофия – у 38% и гиперкератоз – у 56%, клеточная пролиферация и метаплазия – у 32%, гиперпродукция слизи – у 95%. У пациентов основной группы с вирусными инфекциями семейства Herpesviridae выявлены специфические изменения – клетки, содержащие зернистую цитоплазму и крупные базофильные ядра у 76% обследованных. У пациентов основной группы с вирусными инфекциями семейства Papillomaviridae выявлены специфические изменения – койлоцитоз у 85% обследованных, дисплазия эпителия – у 24% обследованных. У пациентов основной группы с хроническими воспалительными заболеваниями ротоглотки с отрицательными результатами диагностики методом Real-Time PCR выявлены цитопатические изменения неспецифического характера различной степени выраженности и в различных сочетаниях. Паракератоз выявлен у 32% пациентов, дистрофия – у 25% и гиперкератоз – у 28%, клеточная пролиферация и метаплазия – у 19%, гиперпродукция слизи – у 68%. У пациентов контрольной группы без воспалительных заболеваний глотки определялись цитопатические изменения неспецифического характера. Выявлена дистрофия у 6% обследованных, гиперкератоз у 8%.

Вывод. В результате проведенных исследований выявлены выраженные изменения эпителия ротоглотки специфического и неспецифического характера у лиц с хронической воспалительной патологией ротоглотки и вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae по сравнению с пациентами, у которых результаты диагностики методом Real-Time PCR были отрицательными, а также пациентами контрольной группы. Выраженное цитопатическое действие вируса повреждает клетки слизистой оболочки глотки, что усугубляет течение основной патологии, а в ряде случаев определяет основные жалобы пациента. Изложенное выше требует разработки новых подходов к лечению и диагностике данной группы заболеваний.

Список литературы.

1. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Кунельская В.Я., Гуров А.В. и соавт. Новые возможности в лечении фарингита. Методические рекомендации №2. – М., 2013. – 4с.
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. – М.: Литера, 1997. – 512 с.

3. Mellin H, Dahlgren L, Munck-Wikland E, et al. Human papillomavirus type 16 is episomal and a high viral load may be correlated to better prognosis in tonsillar cancer. *Int J Cancer* 2002;102:152–8.

***Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В., Плисецкая Т.А.,
Перчун И.М., Щербакова Т.В.***

ГРИПП А У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

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

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп остаются одной из самых актуальных медицинских и социально-экономических проблем [1,2,3,4].

С начала января 2016 г. наблюдался подъем заболеваемости пандемическим гриппом, вызванного вирусом А /H1N1/pdm09, как в Российской Федерации, так и в Краснодарском крае. В январе 2016 г. в Краснодарском крае гриппом переболело детей в 36 раз больше, чем за аналогичный период 2015 г. и составило 433 ребенка.

Клиническое наблюдение проводилось за детьми, госпитализированными в ГБУЗ «СКДИБ» как ведущий лечебный краевой детский стационар, оказывающий медицинскую помощь детям с инфекционной патологией не только из г.Краснодара, но и из Краснодарского края. За январь и февраль 2016 г. было госпитализировано 2735 детей с диагнозом ОРВИ и 294 больных гриппом, подтвержденного методом ПЦР. В 66,2% случаев грипп протекал в среднетяжелой форме заболевания. В 58,3% случаев дети были из организованных коллективов. Дети грудного возраста госпитализировались в 17% случаев, дети раннего возраста – в 61,3%, а школьники – 6,9%. В 87,3% случаев поступали дети – жители г.Краснодара. Ни один ребенок, заболевший гриппом, не был привит от этой инфекции.

Пандемический грипп А, как и сезонный, в типичных случаях (100%) характеризовался с первых же часов заболевания выраженной интоксикацией (головная боль, головокружение, нарастающая слабость, бледность кожных покровов), неярким катаральным синдромом (прежде всего за счет трахеита) в виде сухого кашля (95,1%), заложенности носа (84,6%), першения в горле (79,9%). Одной особенностью течения гриппа в сезонный подъем 2015/2016 гг. является появление лихорадки, а катаральные явления проявлялись на 2-3 день заболевания (71,2%).

Клинически мы у детей наблюдали склерит (80,3%), конъюнктивит (87,3%), в ряде случаев – цианоз губ (5,6%). Геморрагический синдром проявлялся в виде носовых кровотечений (6,4%), появления петехий на коже и слизистых оболочках (5,7%). Продолжительность лихорадочного периода при неосложненном течении гриппа обычно не превышала 5 дней (92,1%). Одной

из существенных особенностей течения пандемического гриппа является частое развитие ларинготрахеитов (10,7%), бронхитов (37,1%), бронхиолитов (27,6%), первичной вирусной пневмонии (15,2%), приводящих к развитию дыхательной недостаточности, острому респираторному дистресс-синдрому и возможной смерти. При отсутствии своевременной назначенной противовирусной терапии на 3-4 день отмечалось ухудшение состояния больного. В январе-феврале 2016 г. в ОРИТ пролечено 14 детей: 9 – с тяжелым течением гриппа и 7 – с тяжелыми формами пневмоний на фоне гриппа (все случаи лабораторно подтверждены). Как в 2014-2015 гг., так и в начале 2016 г. летальных случаев у детей от гриппа не зарегистрировано.

Осложнения (34,8%) наблюдали у детей грудного возраста, у ослабленных детей, а также у пациентов с бронхиальной астмой, врожденными пороками сердца, детским церебральным параличом и ожирением.

Все случаи гриппа были подтверждены методом ПЦР. В 92,9% случаев диагностирован грипп А /H1N1/pdm09, в 7% – H1N1, в 0,1% – H3N2. Одной из особенностей течения пандемического гриппа у детей в 2016 г. можно отметить довольно частое изменение в общем анализе крови – лейкопения (42,4%), тромбоцитопения (24,5%).

В лечении пандемического гриппа довольно широко (100%) использовали противовирусную терапию (эргоферон, анаферон, альфа-интерфероны, умифеновир, осельтамивир). В 61,4% случаев отмечен положительный эффект от применения орвирема (в сиропе). Как правило, использовали комбинацию из 2 противовирусных препаратов. В 100% случаев пандемического гриппа применяли антибактериальную терапию, в 58,6% – инфузионную терапию, а также симптоматическую терапию (100%).

В эпидемический сезон 2015/2016 г. наблюдался подъем заболеваемости гриппом, вызванного вирусом А /H1N1/pdm09 в январе 2016 г. Чаше заболевание протекало типично, в среднетяжелой форме заболевания. Грипп дебютировал в виде лихорадки, а катаральные явления появлялись на 2-3 день заболевания. В 100% случаев болели дети, не привитые против гриппа. Часто регистрировались бронхиты, бронхиолиты и пневмонии.

Были своевременно отработаны схемы оказания медицинской помощи детям при пандемическом гриппе. В результате этих мероприятий ни одного случая летального исхода не зарегистрировано. Отмечен положительный эффект лечения пандемического гриппа у детей препаратом орвирем. Своевременный комплексный подход к диагностике, назначению комбинированной этиотропной терапии позволил достичь положительных результатов в работе.

Список литературы.

1. Городин В.Н., Пронин М.Г., Чернявская О.В., Дубина Н.А., Князева Н.С. Клинико-лабораторные предикторы развития осложнений у больных гриппом А (H1N1)/ Калифорния/07/2009. // Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России. Материалы межрегионального форума специалистов – Краснодар, 2016. – С.72-74.

2. Городин В.Н., Пронин М.Г. Синдром системного воспалительного ответа как предиктор тяжелого течения пандемического гриппа А (H1N1). // Мат-лы VII научно-практ.конф. ЮФО с междунар.участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», Краснодар – 2012, С. 55.

3. Грипп: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика / под ред. О.И.Киселева, Л.М.Цыбаловой, В.И.Покровского. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2012. – 496 с.

4. Кареткина Г.Н. Грипп, ОРВИ: проблемы профилактики и лечения / Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2015 г. – № 4. – С.25-33.

5. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным гриппом. – г.Санкт-Петербург, НИИ ДИ, 2013. – 80 с.

6. Особенности терапии гриппа у детей / Л.В. Осидак [и др.] // Грипп: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика. // Под редакцией О.И.Киселева, Л.М. Цыбаловой, В.И. Покровского. МИА. – М., 2012. – С. 426-442.

Тюленева Е.Г., Москвитина Э.А., Самородова А.В.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ГОДА ПРИ АНАЛИЗЕ ГОДОВОЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХОЛЕРЫ

Ростовский-на-Дону ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт, г. Ростов-на-Дону

Холера – болезнь, известная человечеству с древних времен. Она распространилась во многие страны мира, унося миллионы человеческих жизней. В истории известно 7 пандемий холеры, которые делятся с 1817 года по настоящий день.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения за 2015 год в мире было зарегистрировано 172454 больных и 1304 умерших от холеры в 42 странах [3]. Этот антропоноз эндемичен для ряда стран Азии (Индия, Непал, Бангладеш), Африки (Нигерия, Гана, Демократическая республика Конго,) и Северной Америки, в регионе Карибского бассейна (Гаити, Доминиканская республика). [2]. Выше указанные данные говорят о сохранении значимости этой болезни в социальной и экономической сферах жизни человека.

Актуальность этой проблемы предполагает проведение эпидемиологического надзора, одним из компонентов которого является выявление тенденций распространения инфекции во времени – сезонности. К такому заболеванию относится холера.

По мнению ряда авторов (Речкин В. И., Лебедев А. И., Першин С. С., Румовский В. И. 1985 г., Рыкушин Ю. П., Исаева М. С. 1986 г.), анализ сезонности должен проводиться не по календарному году, а по эпидемиологиче-

скому. Данный метод предлагается использовать для заболеваний, чья сезонность не укладывается в календарный год.

Эпидемиологический год представляет собой законченный цикл изменений помесечной динамики заболеваемости. Начало и окончание эпидемиологического года следует определять по многолетним среднемесячным показателям. Исходя из этого, начало эпидемиологического года – месяц, следующий за месяцем с минимальным уровнем заболеваемости первого года, окончание – месяц с минимальным уровнем заболеваемости следующего года. [1]

Материалы и методы. На основании данных, полученных с сайтов Всемирной Организации Здравоохранения, UNICEF и Министерства здравоохранения Гаити и информационного портала ProMED о заболеваемости холерой в мире была составлена помесечная заболеваемость за 2013-2015 гг. Проведена статистическая обработка данных и анализ полученных результатов по методике, описанной Е.Д. Савиловым.

Результаты. С учетом круглогодичной регистрации заболеваемости холерой в мире за 2014 – 2015 гг., определен эпидемиологический год, который, длится с апреля 2014 года по июнь 2015 года.

Согласно расчетам, годовой показатель круглогодичной заболеваемости составил 1,368 на 100 тыс. нас., что составляет 50,1% от годового итога. Соответственно сезонная заболеваемость составила 1,362 на тыс. нас. – 49,1%.

Самые низкие показатели заболеваемости холерой были зарегистрированы в апреле (0,1‰) и июне (0,05‰) – эти месяцы являются периодом межсезонья, так как их показатели не превышают максимально возможный уровень круглогодичной заболеваемости (0,116‰). Основная масса заболевших в этот период регистрировалась на территории Гаити – 3033 и 1719 заболевших в апреле и июне соответственно и в Мозамбике (Восточная Африка) – 1514 заболевших в апреле.

Сезонный подъем, в изучаемый период времени, начинается с июля 2014 г. (0,202‰). Наиболее высокие показатели заболеваемости холерой в мире в указанный период были отмечены в августе – 0,26‰, сентябре – 0,29‰, октябре – 0,25‰. Эти показатели были получены за счет следующих стран август – Гана (Западная Африка) – 9569 заболевших, Нигерия (Западная Африка) – 2996 заболевших; сентябрь – Гана (Западная Африка) – 8450 заболевших, Демократическая республика Конго (Центральная Африка) – 2296 заболевших, Нигерия (Западная Африка) – 2099 заболевших; октябрь – Гана (Западная Африка), – 4146 заболевших, Демократическая республика Конго (Центральная Африка) – 2234 заболевших, Нигерия (Западная Африка), – 2172 заболевших Гаити (Северная Америка) – 4277 заболевших.

Таким образом, на основании полученных результатов можно предположить, что риск завоза холеры на территорию Российской Федерации сохраняется в течение всего календарного года. Эта тенденция говорит о необходимости проведения в полной мере профилактических мероприятий, указанных в СП «Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому

надзору за холерой в Российской Федерации», а так же дальнейшего изучения сезонности по эпидемиологическому году, с учетом большего количества лет.

Список литературы.

1. Савилов Е.Д., Мамонтова Л.М., Астафьев В.А., Жданова С.Н. Применение статистических методов в эпидемиологическом анализе. /М.: МЕД-пресс-информ, 2004 – 112 с.

2. Титова С.В., Москвитина Э.А., Кругликов В.Д., Самородова А.В., Тюленева Е.Г., Монахова Е.В., Писанов Р.В., Водопьянов А.С., Архангельская И.В., Иванова С.М., Ковалева Т.В., Водопьянов С.О. Холера: оценка эпидемиологической обстановки в мире и России в 2006-2015 гг. прогноз на 2016 г. /Проблемы особо опасных инфекций, 2016 г. вып.1, с. 20 – 27

3. Weekly epidemiological record <http://apps.who.int/iris/handle/10665/250142>

***Тюрин Ю.А., Баязитова Л.Т., Тюпкина О.Ф., Тойменцева А.А.,
Шамсутдинов А.Ф., Лисовская С.А., Шарифулина А.А.***

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ТАКСОНОВ МИКРОБНЫХ СООБЩЕСТВ ПРЕДДВЕРИЯ И СЛИЗИСТОЙ НОСА МЕТОДОМ MALDI-TOF У БОЛЬНЫХ С РИНИТАМИ

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и
микробиологии, г. Казань;

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань;

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Колонизация преддверия носа и слизистой оболочки в области нижних носовых раковин условно-патогенной микрофлорой, и особенно таксонами *Staphylococcus aureus*, представляет один из распространенных факторов риска развития стафилококковых инфекции, в том числе и в группе больных с различными формами аллергических ринитов. Отмечено, что у пациентов со стафилококковой бактериемией, в 80% случаев выявлена идентичность штаммов ЗС, колонизирующего преддверие и слизистую носа до развития бактериемии, и гемокультурой [1, 2]. С этой целью, проведено исследование по изучению микробных консорциумов, преддверия носа и слизистой в области н. н. раковины, для характеристики индигенных микробных сообществ, формирующихся в норме и при патологии (различные формы аллергического ринита) и определения места в микробных сообществах таксонам ЗС.

Для расширения возможностей по идентификации таксонов, встречающихся в микробных сообществах преддверия носа и слизистой в области н. н. использовали метод MALDI-TOF масспектрометрической идентификации таксонов по масспектрам рибосомальных белков микроорганизмов.

Материалы и методы.

Обследовали 27 человек с интерметирующим и персистирующим формами аллергического ринита, по критериям (ARIA, 2007) [3]. Контрольная

группа состояла из 13 здоровых лиц в возрасте от 4,5 до 18 лет. Забор материала проводили стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным 0,85% раствором хлористого натрия, при информированном добровольном согласии на исследование из двух носовых ходов 2 раза: в период обращения (обострение заболевания) и повторно через 3-4 месяца (в период ремиссии после и/или на фоне терапии).

Штаммы культивировали на селективных питательных средах. Смывы в количестве 0,1 мл засеивали на различные селективные питательные среды (5% кровяной агар, ЖСА, МБА, среда Сабуро, селективная среда Notman-агар, Сабуро с хлорамфениколом), среда Чапика с казеином, культивировали при 37С и через 36-48 ч, а для грибов через 2-3 нед, учитывали количество колоний на тампон. Идентификацию колоний микроорганизмов осуществляли методом MALDI-TOF масс-спектрометрии (массспектрометр MALDI Biotyper Systems, серии FLEX™, Bruker, Германия). Идентификация микроорганизмов производилась с помощью базы данных Biotyper 3 (Bruker, Германия) (исследование проводили в КПФУ, Институт Фундаментальной медицины и биологии). После подготовки образцы помещали в ячейки мишени (MSP 96 ground steel). Каждый образец тестировали в 2-х повторах. Снятие спектров проводилось в автоматическом режиме.

Результаты.

Встречаемость у пациентов с АР основных представителей микробных сообществ отдела Firmicutes составила – 60,5%, из них частота таксонов *Staphylococcus aureus* – 42,7%, *Staphylococcus epidermidis* – 8,3%, *Peptoniphilus spp* – 1,0%, *Anaerococcus spp.* – 1,0%, другие – 7,5%; отдела Actinobacteria – 19,4%, из них таксоны – *Propionibacterium acnes* – 10,2%, *Corynebacterium accolens* – 5,0%, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum* – 1,0%, *Corynebacterium tuberculostearicum* – 3,2%; отдела Proteobacteria – 17,0%, из них таксоны *Enterobacter ludwigii* – 12,0%, *Moraxella catarrhalis* – 2,0%, другие – 3,0%; представители отдела Fusobacteria не встречались; отдела Cyanobacteria не встречались; мицелиальные грибы отдела (филлум) Ascomycota в 3,0%, из них таксона *Fusarium oxysporum* – 3,0%.

У здоровых лиц, частота встречаемости представителей отдела Firmicutes составила 24,0%, из них таксоны *Staphylococcus aureus* – 5,6%, *Staphylococcus epidermidis* – 12,3%, *Peptoniphilus harei* – 2,5%, *Anaerococcus octavius* – 1,8%, другие – 1,8%; представители отдела Actinobacteria – 59,0%, из них таксоны *Propionibacterium acnes* – 30,5%, *Corynebacterium accolens* – 7,3%, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum* – 5,2%, *Corynebacterium tuberculostearicum* – 9,3%, другие – 6,7%; представители отдела Proteobacteria – 5,0%, из них таксоны *Moraxella catarrhalis* – 3,0%, *Enterobacter ludwigii* не встречались, другие – 2,0%; представители отдела Fusobacteria – 1,5%; отдела Cyanobacteria – 0,5%; мицелиальные грибы Ascomycota не обнаруживались.

Таким образом, выявлены достоверные различия встречаемости в микробных сообществах носа у больных с АР, бактериальных таксонов, относя-

щихся к отделам Firmicutes, Actinobacteria, Proteobacteria. Показано, что у больных АР, в отличие от здоровых лиц, возрастает встречаемость спор микцелиальных грибов отдела Ascomycota (таксон *Fusarium oxysporum*) и представителей отдела Firmicutes таксона *Staphylococcus aureus*.

Список литературы.

1. von Eiff C, Becker K, Machka K, Stammer H, Peters G (2001) Nasal carriage as a source of *Staphylococcus aureus* bacteremia. *N Engl J Med* 344: 11–16.
2. Wertheim HF, Vos MC, Ott A, van Belkum A, Voss A, et al. (2004) Risk and outcome of nosocomial *Staphylococcus aureus* bacteraemia in nasal carriers versus non-carriers. *Lancet* 364: 703–705.
3. Аллергический ринит и его влияние на астму ARIA, 2007, www.whiar.org

**Ульянова Я.С., Позднякова Л.Л., Добровольский А.В.,
Спиридонова Э.А., Есикова Е.Ю., Хохлова Н.И.**

ГРИПП У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2016 ГОДА

Городская инфекционная клиническая больница №1, г. Новосибирск;
Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Во время пандемии гриппа 2009 г., обусловленной вирусом «свиного» гриппа А (H1N1) pdm09, в мире переболели более 1,5 млн. человек и умерли более 18 тысяч [1]. Эпидемический сезон гриппа и ОРВИ в 2015-2016 гг. в России характеризовался ранним и резким повышением заболеваемости, доминированием гриппа А (H1N1)pdm09, регистрацией летальных исходов во многих регионах РФ [2]. В Новосибирской области в 2016 г. эпидсезон длился с января по март (13 недель), было зарегистрировано 292 280 случаев ОРВИ, 1703 случая гриппа, из них 5 – с летальным исходом [3]. Проведен анализ историй болезни взрослых 837 пациентов, госпитализированных с диагнозом «грипп» в ГБУЗ НСО «Городская инфекционная больница №1» г. Новосибирска с января по март 2016 г., в их числе – 306 беременных (36,6%). Диагноз «грипп» подтверждался выявлением РНК вируса в мазках-отпечатках из носоглотки методом ПЦР. Практически у всех больных с выделенной РНК вируса определяли вирус гриппа А (H1N1)pdm09.

В числе больных преобладали женщины 69,0% (что объяснялось большим числом госпитализированных беременных), лица молодого возраста (72,0%). Пациенты зрелого возраста (40-59 лет) составили 19,0%, пожилые – 9,0%. Доминировала среднетяжелая форма гриппа – 70,1%, у остальных была тяжелая форма – 29,9%. Из числа 306 беременных с гриппом у подавляющего большинства была среднетяжелая форма (94,1%). Тяжелый грипп преобладал у пациентов зрелого возраста и у больных с иммуносупрессией.

Большинство больных (76,0%) поступали в стационар на 1-4-й день болезни, остальные – на 6-12-й дни болезни. У пациентов с поздней госпитали-

зацией тяжелая форма гриппа была чаще (45,7%), чем у больных с госпитализацией на 1-4-й дни болезни (27,8%). Пневмония диагностирована у 14,6% больных, у беременных – в 1,6% случаев, среди остальных – у каждого пятого (21,9%), среди пациентов с иммунодефицитом – у 33,3%. У половины больных с пневмонией ее симптомы выявлялись в первые 4 дня болезни, что можно расценивать как первичную вирусную пневмонию [4]. У остальных пневмония диагностирована на 5-12-й дни болезни, при поздней госпитализации. Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) развился у 12 больных (9,8% больных пневмонией). Летальный исход при ОРДС наступил у 2 больных с поздней госпитализацией.

Осельтамивир как препарат выбора [5] был назначен 52,1% больных, прежде всего беременным, пациентам с тяжелой формой гриппа и из групп риска. У 4,6% больных применялся занамивир, ингавирин – у 41,2%, в виде монотерапии или в сочетании с осельтамивиром. Показана эффективность как осельтамивира при тяжелом и среднетяжелом гриппе, так и ингавирина при среднетяжелом гриппе в плане купирования лихорадки при назначении препаратов до 5 дней от начала болезни. Сроки купирования катарального синдрома отставали от нормализации температуры на 2-3 дня. При раннем начале противовирусной терапии отмечалась меньшая частота развития пневмонии, особенно у беременных (1,6%).

Список литературы.

1. WHO. Pandemic (H1N1) 2009 – update 81 [Электронный ресурс] URL: http://www.who.int/csr/don/2009_12_30/en/ (дата обращения 04.07.2016).
2. Komissarov A., Fadeev A., Sergeeva M. et al. Rapid spread of influenza A (H1N1)pdm09 viruses with a new set of specific mutations in the internal genes in the beginning of 2015/2016 epidemic season in Moscow and Saint Petersburg (Russian Federation) // *Influenza Other Respir Viruses*. 2016; 10 (4): 247–253.
3. Роспотребнадзор НСО. Мониторинг заболеваемости гриппом и ОРВИ. Новосибирск, 2016 URL: http://54.rospotrebnadzor.ru/epidemiologic_situation/ (дата обращения: 01.07.16).
4. Viasus D., Oteo Revuelta J.A., Martínez-Montauti J., Carratalà J. Influenza A (H1N1)pdm09-related pneumonia and other complications// *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; Suppl 4: 43-48.
5. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic Influenza A (H1N1) 2009 and Other Influenza Viruses. Geneva: World Health Organization; 2010

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СРЕДСТВ И МЕТОДОВ ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Научно-исследовательский институт дезинфектологии, г. Москва

Актуальность профилактики и борьбы с туберкулезом сохраняется уже несколько десятилетий в связи с высоким уровнем заболеваемости, особенно среди медицинского персонала, наличием возбудителей с множественной и чрезвычайной лекарственной устойчивостью, а также устойчивостью к дезинфицирующим средствам (ДС), возникновением микобактериозов, возбудители которых имеют более высокую природную устойчивость к физическим и химическим факторам.

Учитывая эпидемиологические особенности туберкулеза в современных условиях, были усилены требования к его профилактике, в том числе дезинфектологической. Так как для эффективного осуществления дезинфекционных мероприятий в первую очередь необходимы средства и методы дезинфекции, обеспечивающие гибель на объектах возбудителей инфекции, были повышены требования к тестированию туберкулоцидных ДС и введен новый тест-микрорганализм – *Mycobacterium terrae*. Изучение туберкулоцидного действия ДС из различных химических групп в отношении этого микрорганализма в сравнении с применявшимся ранее *Mycobacterium B5*, показало более высокую его устойчивость к большинству ДС, а также недостаточную туберкулоцидную активность четвертичных аммониевых соединений (ЧАС) и полимерных производных гуанидина (ПГМГ). Поэтому дезинфицирующие препараты, содержащие в качестве действующих веществ только ЧАС и ПГМГ, для дезинфекции при туберкулезе не рекомендуются.

С целью повышения эффективности дезинфектологической профилактики туберкулеза постоянно ведется поиск новых средств, обладающих туберкулоцидным действием, совершенствуются технологии обработки объектов, имеющих эпидемиологическое значение в передаче инфекции в инфекционных очагах и медицинских организациях.

Так как основным механизмом передачи туберкулеза является аэрозольный, наибольшее внимание уделяется обеззараживанию воздуха в помещениях медицинских организаций. Это крайне важно в помещениях с высоким риском распространения микобактерий: палатные отделения и боксы для больных с бацилловыделением (особенно возбудителей с множественной и чрезвычайной лекарственной устойчивостью); помещения или кабины для индукции мокроты; хирургические, реанимационные отделения и отделения интенсивной терапии; стоматологические, бронхоскопические, рентгенологические кабинеты; бактериологические лаборатории, секционные залы и пр. Для снижения концентрации инфекционных аэрозолей в воздухе, помимо организации качественной вентиляции (естественная, приточно-вытяжная механическая – общая и локальная) с применением высокоэффективных

фильтров (Н-11, Н-14), а также установок для обеззараживания воздуха, обеспечивающих не только фильтрацию, но и инактивацию возбудителя туберкулеза, целесообразно применение аэрозольного метода дезинфекции, дающего возможность одновременного обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях. Это особенно важно при проведении заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза, а также в противотуберкулезных медицинских организациях при проведении генеральных уборок, заключительной дезинфекции и перепрофилирования. За последние годы аэрозольным методом рекомендованы к применению средства на основе перекиси водорода ПВ, в том числе в комплексе с катионными поверхностно-активными веществами (КПАВ), препаратами серебра, а также надкислоты, диоксид хлора и др.

Для дезинфекции поверхностей в помещениях, санитарно-технического оборудования, посуды, белья, медицинских изделий и других объектов наиболее широко применяется химический метод. Экспериментально установлено, что туберкулоцидную активность проявляют ДС из группы альдегидов, в том числе в комплексе с КПАВ, хлорактивные таблетированные средства на основе дихлоризоцианурата натрия и натриевой соли трихлоризоциануровой кислоты, хлорпроизводных гидантоина, надкислоты и др. Эти надежные средства целесообразно применять для заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза. Для текущей дезинфекции в присутствии больного в медицинских противотуберкулезных учреждениях предпочтение следует отдавать композиционным моюще-дезинфицирующим средствам на основе химических соединений более безопасных для людей, например, третичных аминов.

Наряду с химическим методом обеззараживания для дезинфекции при туберкулезе применяют физические и сочетанные методы – кипячение, автоклавирование; обработка объектов в аппаратах и установках для дезинфекции и мойки посуды (столовой, лабораторной), для стирки и дезинфекции белья (температура 90-950С или с добавлением ДС), для обеззараживания и утилизации отходов и др.

Применение адекватных современных методов и средств дезинфекции, а также совершенствование нормативно-методической базы будут способствовать эффективной дезинфектологической профилактике туберкулеза.

Список литературы.

1. Сацук А.В., Акимкин В.Г., Храпунова И.А. и др. Заболеваемость сотрудников здравоохранения Москвы (1995-2008) // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – №4. – С. 15-20.

2. Кибрик Б.С., Маковой Ю.В., Челнокова О.Г., Беликова Е.В. Нозокомиальная туберкулезная инфекция среди медицинского персонала лечебных учреждений // Нозокомиальная туберкулезная инфекция. Тезисы докладов 1-ой Российск. Науч. – практ. конф. – М, 2001. – 19с.

3. Еремеева Н.И., Кравченко М.А., Канищев В.В., Федорова Л.С. Вопросы преодоления устойчивости микобактерий разных видов к дезинфицирующим средствам // Дезинфекционное дело. – 2007. – №3. – С.35-39.

Хасанова Г.М., Валишин Д.А., Хасанова А.Н., Акмухаметова А.А.
**ПРОБЛЕМЫ СТИГМАТИЗАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В
СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Обозначив себя в 1981 году, ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения. В мире, под данным ЮНЭЙДС – Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ, общее число людей, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных до 31 декабря 2012 года составляет 35,3 млн. человек [1]. С начала эпидемии около 75 миллионов человек заразились ВИЧ. Однако, несмотря на ужасающий характер болезни, недопустимо забывать и о человеческих аспектах. Одной из наиболее острых и ярко выраженных проблем ВИЧ-положительных людей, являются стигматизация и дискриминация [4, 5].

Стигма – это ярлык, имеющий негативный оттенок, своеобразное социальное клеймо. Данное явление существует в любом обществе и выражается чаще к тому, природу чего люди, собственно, в достаточной степени и не знают. А стигматизация в свою очередь порождает дискриминацию «отличающийся». Один из корней этих явлений, на наш взгляд, лежит в недостаточной осведомленности населения [2, 3].

Устоявшая мысль, что заразиться можно лишь употребляя наркотические средства либо вступая в половые сношения, чаще всего гомосексуальные, с малознакомыми людьми, закрепили в сознании уверенность «Я не такой, как они, ВИЧ меня никогда не коснется». К сожалению, именно эта слепая уверенность порой приводит как к распространению болезни, так и к дальнейшему усугублению дискриминации. В некоторых случаях заражение ВИЧ-инфекцией рассматривается как «наказание за дурное поведение» и осуждается по принципу «сами виноваты». И многие люди становятся изолированными от общества не единожды, а дважды. Сначала их отталкивают из-за их статуса ВИЧ-инфицированного, а затем из-за их предполагаемого поведения, которое привело их к тому, что они стали ВИЧ-позитивными.

Отчуждение начинается уже на языковом уровне. Отношение как к «больному, требующему изоляции» становится традиционным и логичным. Ещё один ошибочный факт, способствующий незаслуженно отрицательному отношению – отождествление ВИЧ со смертностью. Действительно, лекарств, излечивающих от ВИЧ-инфекции полностью, нет. Однако ныне благодаря эффективному лечению антиретровирусными препаратами вирус можно контролировать. В связи с этим рекомендуется использовать термин «люди, живущие с ВИЧ» в отношении человека или группы людей, имеющих ВИЧ-положительный статус, так как именно это обозначение отражает тот факт, что люди могут жить с ВИЧ десятилетиями, ведя активный и продуктивный образ жизни.

Ещё одним из негативных последствий стигматизации является появление так называемой внутренней стигматизации. То есть той, которую инфицированный ощущает или воображает – это стыд, связанный с ВИЧ/СПИДом и страхом дискриминации. Он порождает нежелание проходить тесты, может заставить изменить поведение, отказаться от профилактических или лечебных мер, а также привести к низкому качеству ухода. Нередко внутренний упадок сильнее, чем внешнее давление, заставляет человека изолировать себя и свою семью от общества, и, в конечном счете, усугубляет состояние в целом.

Кроме того, жертвами дискриминации зачастую становятся семьи, друзья, коллеги ВИЧ-инфицированных. Отсутствие у населения достоверных знаний обо всех путях передачи инфекции способно сыграть злую шутку с окружением человека с ВИЧ. Результатом подобной дискриминации становится либо полное отчуждение человека, живущего с ВИЧ и от семьи, и от друзей, и от работы, либо расширение поля стигмы на новых и новых людей.

Таким образом, стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ и другими социально значимыми заболеваниями, одна из острых проблем в процессе их лечения и реабилитации. Совместно с комплексом мер по профилактике ВИЧ, необходима, прежде всего, информационная и пропагандистская работа, направленная на распространение информации об инфекции, для снижения, а затем устранения дискриминации и успешной ресоциализации людей, живущих с ВИЧ. Стигматизация – явление, которое невозможно искоренить за день или год, но её значительное смягчение, с одной стороны, даст возможность каждому человеку жить нормально и пользоваться всеми правами гражданина своей страны, а с другой стороны – предотвратить новые заражения.

Список литературы.

1. Официальный сайт Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом // URL: <http://www.hivrussia.net/>.

2. Хасанова Г.М., Шафеева Л.С. Организация социально-медицинской помощи ВИЧ-инфицированным: сборник научных трудов «Актуальные проблемы социогуманитарного знания» – Уфа, – 2014. – С. 61-69.

3. Хасанова Г.М.. Организация социально-медицинской работы с больными ВИЧ-инфекцией: сборник научных статей «Социальная работа в Республике Башкортостан» – Уфа, – 2015. – С. 179-181.

4. Эгглтон П., Вуд К., Малкольм Э., Паркер Р. Стигма, дискриминация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ: Тематические исследования успешных программ – Женева: ЮНЭЙДС. – 2005. – 80 с.

5. Чернявская О.А., Иоанниди Е.А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом // Социология медицины – 2014. – №2. – С. 55-57.

*Хасанова Л.А., Мартынов В.А., Чернобавская М.Н.,
Баренина О.И., Безручко С.А., Бушмелева Е.Ю.*

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ И НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕДСТВИЙ ГНОЙНЫХ И СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ

Рязанский государственный медицинский университет имени академика
И.П. Павлова, г. Рязань

Введение. В период реконвалесценции у пациентов после перенесенных бактериальных и вирусных менингитов наблюдаются нарушение сна, изменение эмоциональной сферы, метеочувствительность и другие вегетативные дисфункции [2]. Значительную роль в их регуляции играет ретикулярная формация [5], основные ядра и афферентные пути которой локализируются в стволе головного мозга [4]. Применение нейровизуализации зачастую не выявляет очагов поражения головного мозга у таких пациентов. Одной из перспективных методик исследования нейрофункциональных поражений ствольных структур головного мозга являются акустические ствольные вызванные потенциалы (АСВП).

Цель исследования. Оценить клиническую значимость применения акустических ствольных вызванных потенциалов и магнитно-резонансную томографию головного мозга в период реконвалесценции у больных серозными и гнойными менингитами.

Материалы и методы. Было обследовано 30 больных острыми гнойными и серозными менингитами в раннем восстановительном периоде. 15 пациентов с бактериальной этиологией менингита (средний возраст 42 года). 15 больных менингитом вирусного происхождения (средний возраст 33 года). Пациентам проводилось исследование акустических ствольных потенциалов и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Сравнение проводилось с контрольной группой 10 человек (средний возраст 23 года).

Результаты и их обсуждение. Поздняя реконвалесценция у всех (100%) пациентов сопровождалась симптомами церебростении. У пациентов, перенесших гнойный менингит в 27% случаев выявлены грубые нарушения слуха по периферическому типу, что соответствует клинике сенсоневральной тугоухости. У 40% больных гнойными менингитами обнаружены легкие и умеренные изменения на понтомезенцефальном уровне при сохранном слухе. В сравнении с контрольной группой выявлено статистически значимое ($p \leq 0.05$) снижение латентности II и III пиков АСВП. Эти изменения соответствуют повреждению понтинного и мезенцефального уровней головного мозга [3]. У 27% пациентов с серозными менингитами выявлены умеренные признаки ухудшения проведения на мезенцефальном уровне головного мозга при нормальном слухе. Обнаружено достоверное ($p \leq 0.05$) удлинение интервала I-III АСВП, что соответствует локализации поражения понтинного и мезенцефального уровня головного мозга [1, 3]. Анализ нейровизуализации показы-

вадет совпадение локализации поражения головного мозга (менингоэнцефалиты, мастоидиты) с данными АСВП в 27% случаев среди пациентов, перенесших гнойный менингит и соответствует клинике односторонней и двусторонней нейросенсорной тугоухости. Нейровизуализация у больных гнойными менингитами с диагностированными на АСВП легкими и умеренными изменениями на понтомезенцефальном уровне в 60% случаев обнаруживает дистрофические очаги белого вещества лобных долей головного мозга и топически не соответствует пораженным структурам. У пациентов серозными менингитами с признаками ухудшения проводимости на мезенцефальном уровне нейровизуализация головного мозга не выявила поражений вещества головного мозга.

Выводы. АСВП является высоко информативным методом исследования органических и функциональных поражений головного мозга в период реконвалесценции у больных менингитами, особенно при МРТ-негативных случаях. Применение МРТ головного мозга целесообразно в острый период больным серозными и гнойными менингитами.

Поражение понтинного и мезенцефального уровней головного мозга, где расположены основные ядра и афферентные пути ретикулярной формации, может быть причиной возникновения вегетативных симптомов у пациентов в периоде реконвалесценции после перенесенных гнойных и серозных менингитов.

Список литературы

1. Kalita J., Misra U.K. Brainstem auditory evoked potential in Japanese encephalitis // J Neurol Sci. – 1999. – Vol. 165, No. 1, P. 24-27.
2. White D.P., Miller F., Erickson R.W. Sleep apnea and nocturnal hypoventilation after western equine encephalitis. Am Rev Respir Dis 1983; 127:132–138.
3. Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В., Zueva Y.E. Нарушения сна при нейроинфекциях: клинические, нейрофизиологические и нейрохимические аспекты. Журнал инфектологии. 2015;7 (1):26-30.
4. Войтенков В.Б. Ретикулярная формация головного мозга в норме и патологии / В.Б. Войтенков, А.В. Карташев. – СПб.: Реноме, 2013. – 116 с.
5. Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста / Б.М. Цукер. – М.: Медицина, 1986. – 464 с.

Хохлова З.А., Гилёва Р.А., Середа Т.В., Николаева Н.А.

СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ВЗРОСЛЫХ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Сезонные вспышки энтеровирусной инфекции в настоящее время регистрируются повсеместно, характеризуются преимущественным поражением детского населения и полиморфностью клинических проявлений [1]. Многообразие серотипов энтеровирусов и их изменчивость обуславливают регио-

нальные особенности заболевания и различия клинической картины в разные эпидсезоны [1, 2].

В Новокузнецке в 2015 г. зарегистрирована сезонная вспышка энтеровирусной инфекции с пиком заболеваемости в сентябре – октябре и показателем 33,45 на 100 тыс. населения, что в 6,2 раза выше среднего по России уровня (5,38 на 100 тыс. нас.). Возбудителем инфекции являлся энтеровирус ЕСНО-30, выделенный из ликвора больных и из сточных вод. Болели преимущественно дети. 17,57% пациентов составили взрослые больные. Заболевание в 92,91% случаев протекало в форме серозного менингита.

Нами проведен анализ клинической картины серозного менингита с подтвержденной энтеровирусной этиологией у 26 взрослых больных (18 – 53 лет), госпитализированных в ГКИБ №8 г. Новокузнецка в 2015 г. Большинство пациентов – лица в возрасте до 30 лет (21 больной, 80,77%), средний возраст составил 27,42 лет. Гендерных различий не регистрировалось. 73,08% пациентов госпитализированы в первые 3 дня болезни, 26,92% – на 4-6-й день. Начало заболевания во всех случаях было острым, с повышения температуры тела, слабости, недомогания, головной боли распирающего характера. У 42,3% пациентов отмечалась тошнота, у 15,38% – рвота от 1 до 4 раз. В единичных случаях больные предъявляли жалобы на головокружение, боль в глазных яблоках, боль или «першение» в горле, заложенность носа, насморк, герпетические высыпания на губах.

Высота лихорадки варьировала от 37° до 39,5°. Субфебрильная лихорадка регистрировалась в 42,31%, умеренная фебрильная – в 57,69%. Длительность лихорадочного периода составляла от 2 до 11 дней, в среднем 5,19 дней. Продолжительность головной боли была от 2-х до 8 дней, чаще в течение 3-5 дней. У всех пациентов отмечалась гиперемия слизистых оболочек ротоглотки, у двоих – герпетическая ангина.

Менингеальные тонические знаки (ригидность мышц затылка, симптомы Брудзинского, Кернига) определялись у 61,54% больных. У 19,2% больных менингеальный синдром был полный. В то же время у 38,46% менингеальные знаки отсутствовали при изменении ликворологических показателей (ликворменингит). При спинномозговой пункции ликвор вытекал, как правило (в 76,92%), под повышенным давлением. Плеоцитоз ликвора составлял 20-502 клетки в 1 мл, в среднем $183,73 \pm 30,3$. В 42,31% случаев регистрировался двухзначный цитоз, в 47,7% – трехзначный. У 30,77% пациентов определялся лимфоцитарный характер плеоцитоза, у 26,92% смешанный, у 42,31% нейтрофильный.

Изменений со стороны других органов и систем у наблюдавшихся больных не выявлялось. Показатели гемограммы имели разнонаправленный характер. У 42,31% больных они соответствовали физиологической норме, у 50% отмечался относительный лимфоцитоз, у 7,69% – относительный нейтрофилез.

Во всех наблюдениях течение менингита было гладким и закончилось выздоровлением. Длительность пребывания в стационаре составляла от 11 до 19 дней, в среднем 14,2 койко-дня.

Таким образом, в возрастной структуре энтеровирусного менингита значительную долю составили взрослые больные. Заболевание характеризовалось умеренно выраженными общеинфекционным и гипертензионным синдромами, 2-х – 3-х – значным плеоцитозом ликвора и гладким течением. В 38,46% регистрировался ликвор-менингит, что обуславливает необходимость проведения диагностической спинномозговой пункции пациентам с жалобами на лихорадку, упорную головную боль даже при отсутствии тонических менингеальных знаков.

Список литературы.

1. Лукашев А.Н. Социально-экономическая значимость энтеровирусной инфекции и ее роль в структуре инфекционной патологии в мире / Лукашев А.Н., Иванова О.Е., Худякова Л.В. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2010. – № 5. – С. 113-120.

2. Канаева О.И. Энтеровирусная инфекция: многообразие возбудителей и клинических форм // Инфекция и иммунитет. – 2014. – Т.4, №1. – С. 27-36.

Цапко Н.В.

ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩИ РОДА *HYALOMMA* KOCH, 1844 НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт,
г. Ставрополь

В связи с исключительным эпидемиологическим значением некоторых видов иксодовых клещей их распространению, образу жизни и значению для человека посвящена не малая часть исследований. Особенно это касается клещей рода *Hyalomma* Koch, 1844 – основных переносчиков вируса Крымской геморрагической лихорадки, природный очаг которой занимает значительную территорию Северного Кавказа. Иксодовым клещам этого рода принадлежит ведущая роль в населении полупустынных ландшафтов юга России. Значительна также их роль как резервуаров и переносчиков возбудителей других трансмиссивных болезней человека и сельскохозяйственных животных (туляремия, вирус Западного Нила, Ку лихорадка, тейлериоз, анаплазмоз и др.). Все это сделало иксодовых клещей рода *Hyalomma* объектами постоянного мониторинга противоэпидемических служб.

На территории России зарегистрировано 6 видов рода *Hyalomma*. Все они встречаются и в границах Северного Кавказа (Ганиев, 1979; Емельянова, 2006; Апанаскевич, Филиппова, 2007). Причем два из них (*H. aegyptium* Linnaeus, 1758 и *H. asiaticum* Schulze and Schlottke, 1930) не выходят в России за его пределы. В рамках данного сообщения *H. marginatum* Koch, 1844 трактуется нами как монотипический таксон с приданием видового статуса его

бывшим подвидам, из которых один (*H. rufipes* Koch, 1844) изредка регистрируется на юге России (Тифлова и др., 1970; Апанаскевич, Филиппова, 2007; Апанаскевич, Horak, 2008). Все виды представлены в фауне Дагестана. Характерными биотопами для клещей этого рода являются сухостепные и полупустынные равнинные и низкогорные ландшафты. Один вид (*H. scupense* Schulze, 1919) до известной степени является синантропом, и большая часть его жизненного цикла проходит в хозяйственных помещениях для скота. Широко распространенными по территории региона являются два вида – *H. scupense* и *H. marginatum*. Эти виды отмечены во всех субъектах Северного Кавказа. И если первый вид высоко в горы не проникает, то обитание *H. marginatum* в Дагестане известно на высоты более 2000 м. над ур. м. Иксодовый клещ *H. anatolicum* Koch, 1844 обитает в восточной части региона. Известен с территории Дагестана, Чечни и востока Ставропольского края, где заселяет низменные полупустыни и предгорные формации. Только в Краснодарском крае и Дагестане обитает *H. aegyptium*. Ареал этого вида полностью совпадает с ареалом средиземноморской черепахи *Testudo graeca* Linnaeus – основного прокормителя. В Краснодарском крае – это причерноморская часть региона, а в Дагестане – Прикаспий к югу от бархана Сарыкум. В пределах южной части Дагестана известно обитание достаточно редкого на территории Северного Кавказа вида – *H. asiaticum*. Еще один вид (*H. rufipes*) на территории Северного Кавказа известен по немногочисленным находкам из Дагестана и Ставропольского края. И его нахождение здесь связано с заносом мигрирующими птицами.

Главными хозяевами имаго иксодовых клещей рода *Hyalomma* на Северном Кавказе являются домашние сельскохозяйственные животные (коровы, овцы, лошади). Только для одного вида (*H. aegyptium*) характерно питание исключительно на средиземноморской черепахе. У разных видов рода развитие протекает по одно-, двух- и треххозяинному типу. Преимагинальные фазы разных видов питаются на различных группах крупных и мелких позвоночных. В некоторых случаях круг прокормителей может быть очень широк и определяется только доступностью хозяина. На домашних сельскохозяйственных животных прокармливаются личинки и нимфы *H. scupense* и *H. anatolicum*. Рептилии служат основными прокормителями для преимагинальных стадий *H. aegyptium*, а грызуны для соответствующих стадий *H. asiaticum*. Исключительно на птицах и зайцах (реже на ежах) прокармливаются не половозрелые *H. marginatum* и *H. rufipes*.

Список литературы.

1. Апанаскевич Д. А., Филиппова Н. А. 2007. К идентификации видов и подвигов рода *Hyalomma* (Acari: Ixodidae) фауны России и сопредельных территорий по личиночной фазе. Паразитология. 41 (4): 268–283.
2. Ганиев И. М. 1979. Клещи – паразиты и переносчики болезней животных. Махачкала: Дагестанское книжное издательство. 78 с.
3. Емельянова И. Н. 2006. Иксодовые клещи рода *Hyalomma* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) Центрального Предкавказья и сопредельных территорий

(распространение, экология, роль в природном очаге Крымской геморрагической лихорадки). Автореф. дис. ... канд. биол. наук. Ставрополь. 19 с.

4. Тифлова Л. А., Резник П. А., Попова Е. В. 1970. Иксодовые клещи Ставропольского края и их медицинское значение. Переносчики особо опасных инфекций и борьба с ними: 459–471.

5. Aranaskevich D. A., Horak I. G. 2008. The genus *Hyalomma* Koch, 1844: V. Re-evaluation of the taxonomic rank of taxa comprising the *H. (Euhyalomma) marginatum* Koch complex of species (Acari: Ixodidae) with redescription of all parasitic stages and notes on biology. *Int. J. Acarol.* 34: 13–42.

Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Бакиров С.А., Бакиров И.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОГО ШИСТОСОМОЗА

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Основными формами шистосомоза в настоящее время: кишечная, вызванная *Schistosoma mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi*, *S. guineensis*, *S. intercalatum*, и мочеполовая, вызванная *S. haematobium*. *S. haematobium* – трематода, длиной 12–22 мм. Окончательным хозяином является человек, трематоды живут в системе вен малого таза. Местом яйцекладки являются венозные сплетения мочевого пузыря и семенных пузырьков. Очаги мочеполового шистосомоза распространены в странах Африки, Азии и Дальнего Востока (Таиланд, Ирак, Вьетнам и др.) [1]. Клинические проявления разнообразны, возможны как легкие, стертые формы заболевания, так и развитие тяжелых форм заболевания. У мужчин развивается поражение мочеполовых органов: орхиты, эпидидимиты, фиброз семенных канатиков, у женщин – полипоз. Гранулемы с яйцами *S. haematobium* могут встречаться также в кишечнике, легких, коже, центральной нервной системе, печени и других органах. Канцерогенез мочеполового шистосомоза подтвержден многочисленными исследованиями, что, по-видимому, связано с развитием фиброзных изменений в органах с последующей метаплазией эпителия, иммуносупрессией, непосредственным канцерогенезом паразитов и воздействием внешних канцерогенных факторов [2, 3].

Вашему вниманию представлен клинический случай мочеполового шистосомоза пациента, находящегося на стационарном лечении в ГКБ №8 г. Уфа.

Пациент Г., 77 лет, поступил в онкологическое отделение в марте 2016 г. с диагнозом Tumor предстательной железы T3NxM0, ему проведена плановая орхиэктомия, с целью снижения продукции тестостерона. Ранее пациент дважды проходил курсы химиотерапии и лучевой терапии в 2008 (Россия) и 2014 гг. (Израиль) с целью лечения данного заболевания. После проведенной операции в течение 10 дней у пациента развилось осложнение – гематоцеле, наблюдаются боли в мошонке и увеличение ее размеров. С целью ревизии мошонки пациент госпитализируется в урологическое отделение ГКБ №8 г.

Уфа. Проведена ревизия мошонки, резекция семенных канатиков справа и слева. Содержимое гематоцеле направлено на гистологическое исследование в лабораторию. В исследуемом материале ткань придатка яичка и оболочки яичка с выраженным фиброзом и утолщением канальцев, с выраженными кровоизлияниями и располагающимся в строме телом паразита, и отложенными яйцами. Диагностирован хронический паразитарный эпидидимит. Проведено серологическое исследование гельминтозов, выявлены антитела к шистосомам класса Ig G. Поставлен диагноз хронический мочеполовой шистосомоз, назначено лечение празиквантелом.

По данным клинического обследования: лейкоцитоз – $5,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 4%, эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 89 г/л, СОЭ – 50 мм/ч; кровь ИФА на шистосомоз IgG 9,8.

Из эпидемиологического анамнеза больной не указывает на выезд в регионы, представляющие опасность по мочеполовому шистосомозу за последние 10 лет. Однако ранее он неоднократно выезжал в Японию, Италию, ОАЭ и др. страны, купался или нет в открытых водоемах точно указать не может. Т.е. данный случай – случай хронического шистосомоза, возможно, явился одной из причин развития у пациента Tumor предстательной железы.

Обычно, в классических случаях, при наличии клиники острого шистосомоза, диагноз основывается на географическом и пищевом анамнезе с учетом клиники (терминальная гематурия), результатов инструментальных и лабораторных исследований. Золотым стандартом диагностики мочеполового шистосомоза является обнаружение яиц в моче. Подозревать в данном случае мочеполовой шистосомоз довольно-таки затруднительно, учитывая отсутствие четкого эпидемиологического анамнеза и давности клиники. Возможно ранее и были проявления заболевания с развитием терминальной гематурии, однако пациент не был обследован на шистосомоз ни одним доступным способом.

Описанный случай мочеполового шистосомоза представляет интерес не только для инфекционистов, но также для урологов и онкологов, учитывая высокую распространенность опухолевых заболеваний мочеполовой системы в нашем регионе. Инфекционные поражения мочеполовых органов встречаются нередко в клинической практике и требуют совместной работы врачей инфекционистов и урологов с целью более раннего выявления и лечения таких пациентов.

Список литературы.

1. А.М. Бронштейн, Н.А. Малышев, С.Н.Жаров Острый мочеполовой шистосомоз у туриста, посетившего Уганду и Кению: описание случая и обзор литературы // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012, №5. – С. 47 – 50.
2. В.Ю. Старцев, А.Ю. Колмаков. Совершенствование алгоритма диагностики рака мочевого пузыря, обусловленного мочеполовым шистосомозом // Медицинский вестник Башкортостана. – Т.3 №10. – С. 196 – 199.

3. В.Ю. Старцев, А.Ю. Колмаков. Эколого-диагностические аспекты мочеполового шистосомоза, как предракового заболевания (обзор дитературы) // Экология человека. – 2016 – №1. – С. 50 – 56.

**Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Хунафина Д.Х., Мурзабаева Р.Т.,
Бурганова А.Н., Галиева А.Т., Кутлузужина Ф.Г.**

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХОРИОРЕТИНИТА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Центральная серозная хориоретинопатия – заболевание, проявляющееся серозной отслойкой нейроэпителия сетчатки и/или пигментного эпителия. Установлено, что серозная отслойка может быть идеопатической, а также обусловленной воспалительными (инфекционной этиологии) и ишемическими процессами.

Разбор клинического случая обследования больной, находившейся на стационарном лечении в отделении №8 ИКБ №4 г. Уфы в январе 2014 года с диагнозом: Центральный серозный хориоретинит. В диагностическом отделении №8 ИКБ №4 под наблюдением находилась пациентка Г., 29 лет, которая поступила с жалобами на подъем температуры до субфебрильных цифр, нечеткость зрения, отечность век, периодическую головную боль, ломоту в пояснице. Учитывая острое начало заболевания, лихорадку, боли в пояснице, нарушение зрения; на основании эпидемиологического анамнеза (проживание в частном доме, выезд в деревню за последние три месяца); учитывая клинические данные: гиперемия зева, инъекция сосудов склер, конъюнктив, положительный симптом Пастернацкого, был выставлен предварительный клинический диагноз: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. По данным клинического обследования: лейкоцитоз – $9,9 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 24 мм/ч; б/х анализ крови: мочевины – 4,7 мм/л, креатинин – 70 мкм/л; кровь МФА на ГЛПС 1 отр., 2 отр.; кровь ИФА на токсоплазмоз, токсокароз, эхинококкоз, трихинеллез, описторхоз – отр.; микрореакция на сифилис – отр.; ЦМВ инфекция IgG – 3,0; ВПГ1,2 – IgG – 1:800; Chlamydia trachomatis – IgG – 1:40. При ультразвуковом исследовании эходанных за отек почек не выявлено. Рентгенография органов грудной клетки – легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Данные лабораторных и инструментальных исследований позволили нам исключить ГЛПС. Учитывая основные жалобы больной на нарушение зрения, отечность век, на восьмой день от начала заболевания больная была консультирована офтальмологом в Уфимском НИИ глазных болезней. На основании результатов обследования: визометрия – VOD = 0,09, VOS = 0,1; бесконтактная тонометрия – OD 10 мм.рт.ст., OS 10 мм.рт.ст.; оптическая когерентная томография – визуализируется отслойка нейроэпителия сетчатки OS>OD на высоту в OD = 750 мкм, в OS = 790 мкм, заключительный диагноз – центральный серозный хориоретинит. Проведена

противовирусная терапия валганцикловиром, патогенетическая терапия. Больная выписана с улучшением зрения с целью последующего лечения по месту жительства.

Описанный случай хориоретинита представляет интерес для инфекционистов, проводящих обследование больных. Недостаточная информированность о клинике и диагностике поражения хориоидеи глаз инфекционными агентами, схожесть проявления заболевания с симптомами других заболеваний (в данном случае – с ГЛПС, могут явиться причиной грубой диагностической ошибки и неправильного выбора тактики лечения. Современные технические диагностические возможности специализированных офтальмологических учреждений, адекватные методы иммунологических исследований, позволяют избежать диагностических ошибок и провести правильное лечение.

Выводы.

1. Своевременной и правильной постановке диагноза препятствует низкая и поздняя самообращаемость населения, а также диагностические ошибки на догоспитальном этапе.

2. Для повышения качества выявления, диагностики и лечения больных инфекционными поражениями глаз необходимы совместные усилия в работе офтальмологов и врачей – инфекционистов.

3. Важным условием для раннего выявления больных инфекционными поражениями глаз является настороженность врачей первичного звена и знание характерных признаков конкретного заболевания. Также актуальным является информирование населения о важности своевременного обращения в ЛПУ за медицинской помощью.

Список литературы.

1. Бикбов, М.М. Анализ работы офтальмологической службы в Республике Башкортостан / М. М. Бикбов, З. Р. Марванова, Л. Х. Мурова // материалы научн. – прак. конф. по офтальмохирургии с международным участием «Восток – Запад», 6–7 июня 2013 г. / ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан» / под ред. проф. М. М. Бикбова. – Уфа: ДизайнПресс, 2013. – 466 с.

2. Мельникова М.Б., Делягин В.М., Беляева Т.Ю. Поражение глаз при генерализованной инфекционной патологии у детей // Вопросы современной педиатрии, 2006, т.5, №1. с. 377.

3. Хунафина Д.Х., Валишин Д.А., Шайхуллина Л.Р., Галиева А.Т. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (обзор литературы) // Медицинские науки 2014; т.8: С. 14-17.

Шакарян А.К., Деменко В.В., Митрофанова И.В.

РОЛЬ ЭНТЕРОВИРУСОВ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», г. Москва;
Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов имени М.П. Чумакова;
Инфекционная клиническая больница № 1 Департамента здравоохранения
города Москвы, г. Москва

При возникновении различного вида катастроф таких как землетрясения, наводнения, пожары и взрывы, вооруженные конфликты и др., с формированием большого количества пострадавших и погибших, немаловажное значение имеет изменение санитарно-эпидемиологической обстановки в зоне чрезвычайной ситуации. Создаются предпосылки для развития и быстрого распространения инфекционных агентов. Такое распространение может быть связано с повышением миграции населения из зоны конфликта или очага чрезвычайной ситуации. При этом возникают предпосылки для распространения инфекционных заболеваний. Одним из таких заболеваний являются энтеровирусы, в том числе наиболее эпидемиологически значимые – полиовирусы. В случае неблагоприятной эпидемиологической обстановки, в результате миграции населения возможен перенос штамма, неэндемичного для соседней территории, с формированием вспышки среди неиммунных лиц. В таком случае вспышки приобретают масштабный характер, благодаря реализации нескольких механизмов передачи инфекции – воздушно-капельного и фекально-орального.

Среди клинических вариантов течения энтеровирусных инфекций у детей наиболее актуальными являются случаи, протекающие с поражением нервной системы. Возможно вовлечение в патологический процесс вещества головного и спинного мозга с формированием клинической картины энцефалитов и менингомиелитов. При этом отличительной особенностью энцефалитов является развитие миоклоний, тогда как менингомиелиты проявляются развитием вялых параличей конечностей [1]. Достаточно типичная эпидемиологическая ситуация сложилась во время крупной вспышки полиовирусной инфекции в Республике Таджикистан в 2010 году. В процесс были вовлечены четыре страны: Казахстан, Российская Федерация, Туркменистан, Республика Таджикистан [2]. В последней был зарегистрирован 478 подтверждённый случай паралитической полиовирусной инфекции, в том числе 29 летальных.

Ранее ведущую роль в возникновении клинического синдрома «полиомиелита» играли полиовирусы. Благодаря Глобальной Инициативе по ликвидации полиомиелита число паралитических форм полиовирусной инфекции существенно сократилось. В настоящее время в мире осталось три государства (Нигерия, Пакистан и Афганистан), которые являются эндемичными по полиовирусной инфекции. Остальные государства провозглашены ВОЗ как «свободные от полиомиелита» и по действующему регламенту ВОЗ, возник-

новению даже одного случая полиовирусного полиомиелита на такой территории присваивается статус вспышки с необходимостью проведения масштабных противоэпидемических мероприятий. Наряду с этим в мире по-прежнему встречаются инфекционно-опосредованные случаи поражения нервной системы с развитием синдрома полиомиелита.

В настоящее время наиболее актуальными энтеровирусами, обладающими высокой нейротропностью, признаны энтеровирусы 71 типа [3] и D68 [4]. Высокая нейровирулентность ЭВ 71 типа была документирована во время двух крупных вспышек заболеваний с параличами, произошедших в Болгарии в 1975 году и Венгрии в 1979 г. Всего было поражено около 800 человек, парализовано 220 детей, было 44 летальных исходов. В Российской Федерации в 2013 году была зафиксирована крупная вспышка заболеваемости, вызванной ЭВ71 типа. В г. Ростов-на-Дону, был зарегистрирован 591 случай заболевания, из них 555 детей. Поражение ЦНС выявлено в 14,8% (82 человека): из них 42 человека переносили менингит, 10 человек – менингоэнцефалит (Э.Н. Симованьян, 2014). Ранее о высокой нейротропности штамма D68 в литературе не упоминалось. Рост заболеваемости у детей носил характер вспышки, и имел достаточно четко очерченный спектр поражений, в структуре которых на первое место выходил тяжелый респираторный синдром и «острые вялые миелиты» с клинико-лабораторное описанием достаточно типичным для острого паралитического полиомиелита [4].

В настоящее время при отсутствии случаев полиовирусной инфекции с параличами и снижении настороженности врачей всех специальности в отношении диагностики полиомиелита, требуется особое внимание к данной проблеме. Наиболее актуально данный вопрос встает во время крупных техногенных и природных катастроф, когда эпидемический процесс принимает неуправляемый характер. Это было продемонстрировано во время ликвидации последствий тайфуна на Филиппинах, разрушившего город Таклобан. Одной из первых противоэпидемических мероприятий было принято решение о вакцинации всех выживших от кори и полиовирусной инфекции. В нашей стране действует ряд нормативно-правовых документов, регламентирующих действия при подозрении на случай полиовирусной инфекции или на заболевание, вызванной ЭВ 71 типа. [5].

Список литературы.

1. Полиомиелит. Современное состояние проблемы. Клиническое руководство для врачей. \ \ Деконенко Е.П., Лобов М.А., Мазанкова Л.Н. и соавт., Москва, 2013
2. Yakovenko M L, A P Gmyl, O E Ivanova et al The 2010 outbreak of poliomyelitis in Tajikistan: epidemiology and lessons learnt // Eurosurveillance, Volume 19, Issue 7, 20 February 2014
3. CS Choi, et al. • Enterovirus 71 infection: CNS clinical manifestations, DOI: 10.3345/kjp.2011.54.1.11 Korean J Pediatr 2011;54 (1):11-16
4. Enterovirus D68 Infection in Children with Acute Flaccid Myelitis, Colorado, USA, 2014, Emerg Infect Dis. 2016 Aug; 22 (8): 1387–1394.\ \ Negar Ali-

abadi, Kevin Messacar, Daniel M. Pastula, Christine C. Robinson, Eyal Leshem, James J. Sejvar, W. Allan Nix, M. Steven Oberste, Daniel R. Feikin, and Samuel R. Dominguez

5. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2951-11 "Профилактика полиомиелита".

Шаповалова И.А., Саламех К.А.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

Луганский государственный медицинский университет, Луганск

Вступление. Клинический опыт показывает, что за последние десятилетия неуклонно увеличивается число случаев острого тонзиллита (ОТ) на фоне хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ), что потребовало детального изучения данной проблемы и разработки новых патогенетически обоснованных подходов к лечению и медицинской реабилитации пациентов с данной патологией [1].

В связи с этим наше внимание привлекла возможность использования в комплексе лечения больных ОТ на фоне ХОБЛ комбинации современного детоксицирующего препарата реамберина и иммуностропного средства циклоферона.

Целью работы было изучение влияния комбинации реамберина и циклоферона на показатели энергетического обмена у больных ОТ на фоне ХОБЛ.

Материал и методы. Под наблюдением было 94 больных ОТ на фоне ХОБЛ, которые находились на стационарном лечении. Среди обследованных больных было 46 мужчин и 48 женщин в возрасте от 20 до 50 лет

Обследованные лица были разделены на две группы – основную (48 пациентов) и сопоставления (46 больных), рандомизированные по полу, возрасту, клинической форме и этиологии ОТ. Пациенты основной группы наряду с общепринятым лечением принимали комбинацию препаратов реамберина и циклоферона.

Реамберин назначали по 400 мл инфузионно 1 раз в день с медленным внутривенным капельным введением раствора. Циклоферон назначали по 12,5% раствора по 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки на протяжении 5 дней подряд, далее при необходимости еще 3-5 инъекций.

Для реализации цели исследования у больных, находившихся под наблюдением, изучали показатели энергетического метаболизма (при этом определяли содержание АТФ, АДФ и АМФ в мкмоль/л; с одновременным определением энергетического заряда эритрона (ЭЗЭ) как соотношение АТФ/(АДФ+АМФ), а также изучалась общая активность ключевого фермента

анаэробного гликолиза лактатдегидрогеназы (ЛДГ) [2], и ее изоферментный спектр (ЛДГ1-5)).

Результаты и обсуждение. До начала лечения у больных с ОТ на фоне ХОБЛ выявлено увеличение общей активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и повышение уровня суммы катодных «анаэробных» фракций ЛДГ4+5. Нарушения со стороны системы адениновых нуклеотидов характеризовались снижением концентрации АТФ в крови. Уровень АДФ и АМФ был компенсаторно повышен. Использование в терапии больных ОТ на фоне ХОБЛ комбинации современного детоксицирующего препарата реам-берина и иммуноактивного средства циклоферона положительно влияет на изученные лабораторные показатели. Отмечено улучшение энергетического метаболизма, что характеризовалось нормализацией общей активности ЛДГ и ее изоферментного спектра, а также уровня адениновых нуклеотидов (АТФ, АДФ, АМФ).

Выводы. Следовательно, полученные данные дают возможность считать патогенетически обоснованным, целесообразным и клинически перспективным включение комбинации современного детоксицирующего препарата реамберина и иммуноактивного средства циклоферона в комплекс лечебных мероприятий при ОТ на фоне ХОБЛ.

Список литературы.

1. Брико Н.И. Стрептококковые инфекции в начале XX века: состояние проблемы и перспективы контроля: материалы II ежегодного Всерос. конгресса по инф. бол. (Москва, 29 – 31 марта 2010 г.). Инфекционные болезни. 2010; 8: 47.
2. Комаров Ф.И. Биохимические исследования в клинике. М.: Мед-пресс-информ 2003: 168.
3. Ласеева М.Г., Павелкина В.Ф., Амплеева Н.П. и др. Возможность коррекции интоксикационного синдрома при повторных тонзиллитах: материалы IV ежегодн. Всероссийского конгресса по инфекционным болезням (Москва, 26 марта – 28 марта 2012 г.). Инфекционные болезни. 2012; 10: 218.
4. Шаповалова И.А., Чхетиани Р.Б. Влияние циклоферона на показатели местного иммунитета слизистой оболочки ротоглотки у лиц, страдающих повторными ангинами. Украинский медицинский альманах 2008; 11 (2): 168-172.
5. Low D.E., Desroisers M., McSherry J. A practical guide for the diagnosis and treatment of acute tonsillitis. Can. Med. Assoc. J. 2007; 156: 1-14.

Швачкина Н.С., Ковалевская О.И., Книжник Т.А., Зотов С.В.

ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ «СКИБ»

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар;
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Энтеровирусные инфекции – наиболее распространенные заболевания человека. Ежегодно фиксируется высокая заболеваемость энтеровирусными инфекциями, как на территории России, так и в других странах. Чаще всего заболевания, вызываемые энтеровирусами протекают бессимптомно (до 85%), но у 3% инфицированных могут возникнуть серьезные осложнения. Повсеместное распространение энтеровирусов и низкий процент манифестации заставляет по-особому относиться к этой инфекции. В клинической картине обращает на себя внимание разнообразие форм болезни, которые часто «маскируются» под респираторные инфекции, «аллергические сыпи», что затрудняет раннюю диагностику энтеровирусных инфекций и своевременное оказание медицинской помощи.

В 2015-2016 гг. на лечении в ГБУЗ «СКИБ» с диагнозом энтеровирусная инфекция находилось 26 человек. Проявления в виде энтеровирусного менингита отмечались у 12 человек (46%), энтеровирусная диарея у 3 человек (11,5%), респираторные проявления и сыпь у 12 человек (46%).

Нами проведен анализ историй болезни пациентов с респираторными проявлениями и экзантемой, находившимися на стационарном лечении в 2015г. и по сентябрь 2016г., у которых лабораторно подтверждена энтеровирусная инфекция.

Четко отмечена сезонность заболевания – ранняя осень (10 человек – 83,3%); единичные случаи в течение года, как правило завозные (1 человек – зима, 1 человек – лето). По эпидемическим данным: контакт с больными ОРВИ детьми – 5 человек – 41,6% (из них 2 отмечали наличие сыпи у детей), выезд в другие регионы (Абхазия, Шри-Ланка, Доминиканская республика) – купание там в море, океане, употребление напитков со льдом) – 3 человека (25%). Из заболевших 9 человек – мужчины (75%), 3 человека – женщины (25%).

В клинической картине основным симптомом являлась лихорадка, которая отмечена у 100% больных. Кратковременное (1-2 дня) повышение температуры тела имело место у 7 человек (58,3%), более длительное повышение температуры тела (3-5 дней) наблюдалось у 5 человек (41,7%), у одного человека с последующим субфебрилитетом до 5-6 дней.

Изменения в ротоглотке наблюдались у 100% больных: лакунарная ангина в сочетании с множественными мелкими афтами на твердом и мягком небе (герпангина) – у 6 человек (50%), лакунарная ангина – у 1 человека, фарингит – у 3 человек, единичные афты на слизистой неба – у 2 человек.

Экзантема имела место у 11 больных (91,6%). Сроки появления сыпи: в 1-й день – у 2 человек (16,7%), на 2-й день – у 5 человек (41,7%), на 3-й день – у 3 человек (25%), на 5-й день – у 1 человека (8,3%). Экзантема представлена пузырьковой сыпью (мелкие везикулы с серозным содержимым); расположение сыпи на конечностях симметричное, с преимущественной локализацией на ладонях и подошвах. На подошвах везикулы более крупные, болезненные при надавливании (отмечалась болезненность при ходьбе). Характерен феномен «подсыпания». У 3-х человек отмечалась очень обильная сыпь с сильным, мучительным кожным зудом. На туловище и лице сыпь так же носила симметричный характер. На лице сыпь располагалась вокруг рта, на ушных раковинах, на крыльях носа. На фоне лечения происходило угасание сыпи с 4-5 дня; на месте крупных везикул формировались нежные корочки, на ладонях и подошвах отмечалось геморрагическое пропитывание с последующей пигментацией. Шелушение кожи на месте высыпаний не наблюдалось.

В общем анализе крови изменения наблюдались только у 3-х человек (25%) в виде лейкоцитоза – $10-15 \times 10^9/\text{л}$.

Диагноз подтверждался исследованием биоматериала от больного методом ПЦР.

Материалом для исследования служили: соскоб со слизистой ротоглотки, кал, соскоб из везикул, кровь.

Исследование кала на энтеровирус проводилось у 100% больных: РНК энтеровируса обнаруживалась у 10 больных (83,3%) в среднем на 5 день болезни (минимум 2-й, максимум 8-й), у 2-х человек она была отрицательна (2-й день болезни).

Забор биоматериала из элементов сыпи проводился у 6 человек (50%), РНК энтеровируса обнаруживалась у всех 6-ти больных (100%) в среднем на 6-ой день болезни.

Соскоб со слизистой ротоглотки производился у 9-ти человек (75%); РНК обнаружена у 9 больных (100%) в среднем на 4-й день болезни. Исследование крови на энтеровирус методом ПЦР производилось у 6 человек (50%), у всех больных 100% отрицательный результат.

Выделение вируса из элементов сыпи, слизистой ротоглотки, кала свидетельствует о большой заразности больных в коллективе, особенно детей. Пациенты с такой формой энтеровирусной инфекции должны быть изолированы до выздоровления.

Таким образом, характер сыпи, ее локализация, раннее появление сыпи, позволяет заподозрить энтеровирусную инфекцию уже при первичном осмотре. Несмотря на это, часто возникают трудности в постановке диагноза. Дифференциальный диагноз нужно проводить с ветряной оспой, многоформной экссудативной эритемой, аллергической сыпью, банальным стоматитом.

Список литературы.

1. Инфекционные болезни № 4, 2013г /А.К. Шакарян; Энтеровирусная инфекция: некоторые клинические аспекты. – 23 с.,

2. Инфекционные болезни и эпидемиология /В.И. Покровский, С.Г.Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С293-209.
3. Методические указания «Эпидемиологический надзор и профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции» (МУ 3.1.1.2363).
4. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010г. – 1047 с.

**Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В.,
Чакрян А.А., Шевченко Г.А., Глузмина М.М., Ланина О.П.**

ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ ЭПИДСИТУАЦИИ ПО УРОГЕНИТАЛЬНОМУ ГЕРПЕСУ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РФ

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Актуальность: герпетическая инфекция приводит к развитию различных видов патологии в организме человека, что обусловлено нейро- и дермотропностью вирусов ВПГ-1 и ВПГ-2. В связи с изменением сексуального сценария взаимоотношений в наше время имеет место инвертация приоритетной локализации проявлений герпеса на коже и слизистых: ВПГ-1 (herpes labialis) помимо типичной ороназофарингеальной зоны способен поражать аногениталии, а ВПГ-2 (аногенитальная вирусная герпетическая инфекция) – может локализоваться на красной кайме губ и слизистой полости рта. Отсутствие различий в клинических проявлениях обоих типов герпеса и, часто, невозможность лабораторной идентификации ВПГ-2 затрудняет трактовку сексуальной природы вирусных поражений других локализаций и не способствует регистрации случаев герпеса как инфекции, передаваемой половым путем (ИППП).

Цель исследования: проанализировать уровень выявления урогенитального герпеса в Краснодарском крае, определить триггеры развития эпидситуации в регионе по данной вирусной ИППП в сравнении с показателями по России.

Материал и методы: проведен анализ данных из форм Государственной статистической отчетности №9 и №34 за последние 20 лет.

Результаты и обсуждение: уровень выявления урогенитального герпеса в Краснодарском крае в 1996–2015 годах существенно колебался в разные периоды. Так, минимальная заболеваемость (на уровне ниже общероссийской) была зарегистрирована в 1998 году – 2,1 на 100 тыс. населения края, тогда как по России в этот год заболеваемость составила 13,0 на 100 тыс. населения. «Взлет» регистрации заболеваемости в крае пришелся на период 2003–2008 гг. с пиковой величиной 37,8 на 100 тыс. населения в 2004 году (против 21,5 на 100 тыс. в среднем по России). С 1996 по 2002 годы отрицательный тренд заболеваемости урогенитальным герпесом в Краснодарском крае не соответствовал общероссийскому росту, а с 2003 года начала прослеживаться корреляция кривых заболеваемости по краю и по РФ в целом: период подъема (с

некоторыми колебаниями) уровня заболеваемости 2003–2008 годов сменился устойчивой тенденцией к снижению регистрации случаев заболевания в 2009–2015 годы. За последние пять лет уровень заболеваемости в крае снизился на 45,7%.

Характер кривой заболеваемости в Краснодарском крае, и ее соотношение с данными по РФ, вероятно, объясняется активным внедрением ПЦР-диагностики в ЛПУ параллельно с появлением на рынке новых доступных специфических препаратов для лечения генитального герпеса в первом десятилетии XXI века. Снижение уровня заболеваемости в дальнейшем, возможно, обусловлено, с одной стороны, доступностью препаратов для специфического лечения герпеса, их безрецептурным отпуском в аптеках и обилием информации в сети Интернет, что привело к повышению частоты случаев самолечения, снижению обращаемости и, соответственно, регистрации заболеваемости. С другой стороны, уровень заболеваемости генитальным герпесом объективно снижается параллельно с заболеваемостью другими ИППП на фоне пропаганды здорового образа жизни, изменений сексуального поведения, в том числе среди молодежи, а также в результате применения методов супрессивной терапии герпетической инфекции.

Снижению уровня заболеваемости способствует еще один фактор. Оказание помощи больным аноурогенитальным герпесом и регистрацию заболевания осуществляют, помимо дерматовенерологов, врачи различных специальностей: акушеры-гинекологи, проктологи, урологи, хирурги. Однако не всегда дело доходит до подачи специалистами в КВД (КВК) извещения о выявленном случае заболевания ИППП, некоторые врачи ограничиваются назначением терапии, без последующего динамического наблюдения и противорецидивного лечения (по показаниям). Таким образом, официальные данные не полностью отражают истинную картину заболеваемости генитальным герпесом.

Половые партнеры больных тестируются на наличие ВПГ-1 и/или ВПГ-2 не системно, а только в ряде случаев: при беременности, бесплодии, при планировании ЭКО, при диссеминированной герпетической инфекции. Не проводится клиничко-лабораторный контроль в течение 2-х лет, согласно методическим материалам по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, и заболеваний кожи (ЦНИКВИ РФ, 2003 г.).

Выводы: динамика заболеваемости герпесом в Краснодарском крае обусловлена различными факторами: диагностическими, регистрационными и лечебными, с косвенным влиянием маршрутизации пациентов и несоблюдением традиционных подходов динамического наблюдения за больными после первого (основного) курса лечения.

Список литературы.

1. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, и заболеваний кожи. ГЭОТАР-МЕД, Москва, 2003.

2. Отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями» за 1996–2015 годы.

3. Письмо Минздрава России от 02.03.2015 № 13-2/25 «Об утверждении новой учетной формы № 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки».

4. Семенова Т.Б., Молочков В.А. Генитальный герпес. Клиника, диагностика, лечение и профилактика: учебное пособие для врачей. М, 2005.

5. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных генитальным герпесом РОДВиК, Москва, 2015.

*Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В.,
Шевченко М.Н., Чакрян А.А., Шевченко Г.А., Смирнова Т.И.*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ ВИРУСНЫМИ БОРОДАВКАМИ НА КУБАНИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Актуальность: аногенитальные вирусные бородавки (АГВБ, остроконечные кондиломы) – хроническая вирусная инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека (чаще ВПЧ-6, ВПЧ-11), которая является индикатором неблагополучия урогенитального тракта, кожи и слизистых аногенитальной области человека, а также (при экстрагенитальных половых контактах) других областей (зон) Эпидемиологические исследования показывают, что большинство мужчин и женщин страдают аногенитальным папилломатозным процессом, приобретаемым преимущественно половым путем. Вместе с тем дерматологические варианты ВПЧ-инфекции также продолжают наращивать свой патологический потенциал.

Цель исследования: оценка уровня заболеваемости аногенитальными вирусными бородавками, регистрируемого в течение 20 последних лет в Краснодарском крае, определение направлений улучшения регистрации выявляемых случаев ИППП.

Материал и методы: проведен анализ данных из форм Государственной статистической отчетности №9 и №34 за период 1996–2015 гг.

Результаты и обсуждение: уровень заболеваемости аногенитальными вирусными бородавками, регистрируемый в течение 20 лет в Краснодарском крае отличается значительной вариабельностью в разные годы этого периода. Кривая заболеваемости в крае с 1996 по 2010 годы имела разнонаправленный характер, в отличие от достаточно плавного прогрессивного роста заболеваемости в среднем по России. Пиковая величина в Краснодарском крае зареги-

стрирована в 2003 году – 32,3 на 100 тыс. населения, что превысило даже среднероссийский показатель – 31,6 на 100 тыс. населения. В дальнейшем в 2011–2015 гг. отмечалось постепенное уменьшение заболеваемости в крае параллельно с общероссийским снижением, за последние пять лет заболеваемость АГВБ в Краснодарском крае уменьшилась на 37,1%. Однако эти показатели не отражают истинную картину инфицированности ВПЧ, так как не регистрируются субклинические и латентные формы папилломавирусной инфекции

Особенность ведения больных с ПВИ в том, что терапию АГВБ следует начинать с базового обследования на ИППП и санации выявленной патологии, как правило, у обоих половых партнеров. Функционирование возбудителя ИППП и/или урогенитальной инфекции сопровождается патологическим отделяемым (чаще скудным, реже обильным), вызывая раздражение слизистых оболочек и кожи аногенитальной зоны. Санирование урогенитального уреоплазмоза, хламидиоза, трихомонадной и гонорейной инфекции не только нормализует биоценоз урогенитального тракта, но и приводит к уменьшению раздражения слизистых оболочек и кожи, тем самым устраняя один из триггерных факторов появления кондилом.

Как и в ситуации с аноурогенитальным герпесом имеет место неполная регистрация случаев заболеваний АГВБ, особенно в медицинских организациях частной формы собственности. Регистрация случаев заболеваний страдает по причине нежелания врача, выявившего характерные для вирусных бородавок проявления, подавать извещение в КВД (КВК). Поскольку АГВБ – это одна из двух ИППП, не требующих обязательного лабораторного подтверждения, специалисты не всегда считают нужным регистрировать клинические проявления в виде папилломатозных разрастаний как ИППП.

Выводы: динамика кривой заболеваемости в Краснодарском крае, и ее соотношение с данными по РФ, вероятно, объясняется активным внедрением ПЦР-диагностики ПВИ в ЛПУ – с одной стороны. Снижение уровня заболеваемости в дальнейшем обусловлено заниженной регистрацией в силу стоимости обследования, длительности инфицирования и возможности постановки диагноза без лабораторного подтверждения.

Учитывая диагностические коллизии ПВИ, врачи специалисты должны объективно использовать определяющий клинический критерий и повысить регистрацию выявляемых случаев остроконечных кондилом и папулезных форм как заболеваний АГВБ, с целью объективизации эпидситуации по данному вирусному ИППП в самом южном регионе России.

Список литературы.

1. Nyitray A.G., Iannacome M.R. The epidemiology of human papillomaviruses. *Curr Probl Dermatol.* 2014; 45 (1):75-91.
2. Рахматулина М.Р. Опыт комплексной терапии аногенитальных бородавок. *Вестник дерматологии и венерологии*, 2012;4: 105-110.
3. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных аногенитальными (венерическими) бородавками РОДВиК, Москва, 2015.

4. Молочков И.А., Киселев В.И., Рудых И.В. и др. Папилломавирусная инфекция – клиника, диагностика, лечение. Пособие для врачей. М., 2005.
5. Дмитриев Г.А., Биткина О.А. Папилломавирусная инфекция. М: Медицинская книга, 2006; 80с.

Шевченко В.В., Лукьяненко Н.В., Базарова Г.Х., Бобровский Е.А., Сафьянова Т.В.

СИБИРСКАЯ ЯЗВА – ОСОБО ОПАСНАЯ ИНФЕКЦИЯ НА ТЕРРИТОРИИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул;
Алтайская противочумная станция, г. Горно-Алтайск

Сибирская язва – особо опасное инфекционное заболевание животных и человека. В настоящее время естественными резервуарами сибиреязвенного микроба остаются стационарно неблагополучные пункты по сибирской язве (СНП) и расположенные в них сибиреязвенные захоронения, которые представляют опасность для осуществления хозяйственной деятельности, связанной с проведением сельскохозяйственных работ, строительства дорог, различных объектов, а также при возникновении природных катаклизмов, таких как затопление территорий СНП в результате паводка и наводнений [1,2,3].

Целью проведенного исследования было определение эпидемиологических особенностей сибирской язвы в Алтайском крае с поиском возможных эпидемиологических факторов риска. В основу исследования положен ретроспективный эпидемиологический анализ динамики и структуры заболеваемости сибирской язвой людей в Алтайском крае в период с 1953 по 2015 годы, случаев эпизоотии сибирской язвы с 1927 по 2015 годы.

Известно, что в Российской Федерации насчитывается более 35 тысяч СНП, пятая часть которых находится в Сибири [4,5]. Согласно Кадастра неблагополучных пунктов сибирской язвы животных в 1927-2012 гг. на территории Алтайского края учтены 1262 СНП. В результате исследования установлено, что в Алтайском крае на учете находится 1166 населенных пунктов края, где регистрировались случаи заболевания сибирской язвой сельскохозяйственных животных (СХЖ). Особо следует отметить что во всех 60 муниципальных районах края есть учтенные СНП. Плотность СНП составляет 7,46 на 1 тыс. км², что в 7,5 раза больше чем в среднем по Сибири (0,99) и 3,9 раза больше чем в западносибирском регионе (1,9). По состоянию на начало 2014 года учтено 636 скотомогильников, из них 26 сибиреязвенных захоронений. При сопоставлении количества скотомогильников на территории муниципальных районов края выявлено их достаточно значимое несоответствие количеству неблагополучных пунктов, что свидетельствует о вероятном недоучете сибиреязвенных захоронений.

Заболеваемость людей в Алтайском крае за изучаемый временной период превышает среднемноголетний показатель Сибири в 1,7 раза (0,022±0,005

на 100 тыс. нас.). С 1953 г. по 2015 г. в 36 неблагополучных по сибирской язве районах края из 60, сибирской язвой заболели 99 человек. Средний многолетний показатель заболеваемости в 1953-2015 гг. составил 1,5 случая на 100 тысяч населения. За период 1953-1963 гг. ежегодно регистрировалось от 3-х до 10-ти случаев заболевания. Начиная с 1968 г. отмечались спорадические случаи заболевания с периодами благополучия от одного до десяти лет. Характерна летнее-осенняя сезонность с максимальной регистрацией случаев болезни в июле и августе. Последний случай сибирской язвы у людей в Алтайском крае зарегистрирован в 2012 г.

Изучив соотношения заболеваемости сибирской язвой СХЖ и людей установлено, что более половины случаев заболеваемости людей и животных – 59,6% (59 случаев) совпадают по месту и времени регистрации, 35,4% (35 случаев) – только по месту регистрации, в 3,0% (3 случая) болезнь диагностировали только у людей и в 2,0% (2 случая) взаимосвязь установить не удалось. В основном сибирской язвой болели сельские жители (100,0%) мужского пола (91,7%) трудоспособного возраста 20-49 лет (94,0%), не привитые против сибирской язвы (100,0%). Инфицированию людей в преобладающей доле случаев способствовали бесконтрольный подворный вынужденный убой пораженных сибирской язвой животных, разделка туш и снятие шкур (95,2%); кулинарная обработка мяса и контакт с кожсырьем (3,6%); реализация и употребление мяса и мясопродуктов без предварительного ветеринарного освидетельствования и лабораторного исследования (1,2%).

По комплексу почвенных и климатических показателей, рельефу, геоморфологическому строению территория края подразделяется на 4 природно-географические области: степную, лесостепную, предгорную и салаирскую. Установлено, что территориальное распределение случаев заболевания сибирской язвой людей и животных в Алтайском крае имеет отчетливо выраженную зональность с большей степенью неблагополучия одних ландшафтов по сравнению с другими. В частности, за период с 1953 г. по 2015 г. в степной природно-географической области зарегистрировано 16 случаев заболевания сибирской язвой людей с наибольшим количеством заболевших в 1957 г. (4 случая). При этом на степную природно-географическую область приходилось 1034 (37%) эпизода сибирской язвы у СХЖ, зарегистрированных в 1927-2015 гг. В лесостепной природно-географической области в 1953-2015 гг. зарегистрировано 38 случаев сибирской язвы у людей, с наибольшим числом заболеваний в 1955 г. – 6 человек, 1958 г. – 5 человек, 1962 г. – 6 человек. В этой области отмечено 771 (27,5%) эпизод сибирской язвы у СХЖ за изучаемый период времени. В предгорной природно-географической области за указанный период зарегистрировано 39 случаев сибирской язвы у людей и 698 (25%) эпизодов сибирской язвы у СХЖ. В салаирской природно-географической области зарегистрировано 6 случаев сибирской язвы у людей в 1955 г., 1965 г. и 1993 г. и отмечено 300 (11%) эпизодов сибирской язвы у СХЖ в 1927-2015 гг.

Таким образом, Алтайский край, относится к территории с выраженным эпизоотолого-эпидемиологическим неблагополучием по сибирской язве и находится в зоне высокого риска заражения возбудителем сибирской язвы. Установлено наличие природных и социальных факторов, определяющих риск заболеваемости сибирской язвой людей и животных на территории Алтайского края.

Список литературы.

1. Симонова Е.Г., Локтионова М.Н., Картавая С.А., Хадарцев О.С. Сибирская язва: оценка эпизоотолого-эпидемиологического риска в Российской Федерации на современном этапе. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2013. № 2 (69). С. 5-11.

2. Черкасский Б.Л. Эпидемиология и профилактика сибирской язвы / М.: «ИНТЕРСЭН», 2002, – 384 с.

3. Шевченко В.В., Базарова Г.Х., Лукьяненко Н.В., Широкоступ С.В., Фоминская Л.В., Мищенко А.И. Характеристика эпидемиологической ситуации по сибирской язве в Алтайском крае. Медицинское обозрение. Наука и практика. 2014. №1 (1). С. 44-47.

4. Кадастр стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов Российской Федерации: справочник. – М.: Интерсээн, 2005. – 829 с.

5. Dugarzhapova Z.F., Chesnokova M.V., Balakhonov S.V. Epizotologie and epidemiological zonation of Siberia territorie of anthrax (1985-2014) // Summary of publication 21 the intern. scien. conf. «Current issues on zoonotic diseases» (Ulaanbaatar, 29 june 2015). – № 21. –Р. 73-79.

***Шемшур А.Б., Королева Н.В., Бендус И.В., Милованова И.И.,
Топольская С.В., Быстрицкий Д.А., Лебедев П.В., Кулагин В.В.***

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2015 Г.

Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Краснодар

Ключевым направлением противодействия распространению ВИЧ-инфекции с доказанной терапевтической и эпидемиологической эффективностью является максимальный охват инфицированных лиц эффективным антиретровирусным лечением (АРТ). В связи с продолжением развития эпидемии ВИЧ-/СПИДа в Краснодарском крае, целью настоящей работы стал анализ клинико-лабораторных показателей эффективности АРТ, проводимой больным ВИЧ-инфекцией в Краснодарском крае.

К концу 2015 года из 9 844 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН) в ГБУЗ КЦ ПБ СПИД МЗ КК, 4 240 чел. (43%) получали те, или иные схемы АРТ. При этом три четверти (77%) из принимавших антиретровирусные препараты (АРВИ) достигли неопределяемой вирусной нагрузки (ВН <500 копий/мл). В результате чего доля больных с неопределяемой ВН среди состоящих на ДН выросла с 16% в 2010 г. до 33% в 2015 г.

Указанные изменения опосредовали снижение средневзвешенной вирусной нагрузки среди состоящих на ДН пациентов с 130 206 копий/мл в 2010 г. до 30 170 копий/мл в 2015 г., что отражало снижение их эпидемиологического потенциала.

Вместе с тем, в течение 2015 года 843 пациента (19,9% из всех получавших АРТ) прервали лечение по тем или иным причинам (побочные нежелательные явления, непереносимость препаратов – 10%, вирусологическая неэффективность – 5%, добровольный отказ – 2,6%, смерть – 2,3%). Из всех пациентов, продолжавших АРТ, 23% не достигли полного подавления вирусной репликации (главным образом, по причине формирования у них лекарственноустойчивых штаммов ВИЧ (у 20% из 23%). Основной причиной формирования резистентности вируса к АРВП явилась недостаточная приверженность (81% случаев). Еще одной возможной причиной неудачи противовирусной терапии является феномен передающейся (первичной) резистентности. При обследовании 56 АРВП-наивных пациентов с документированной сероконверсией в течение 2014-2015 гг., обнаружено 5 случаев заражения вирусом, уже имеющим мутации лекарственной устойчивости. Показатель частоты передачи первичной резистентности составил 8,9%. Важно подчеркнуть, что спектр выявленных передающихся мутаций в значительной степени отражал наиболее часто назначаемые комбинации АРТ (НИОТ + ННИОТ).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой вирусологической эффективности АРТ, проводимой в Краснодарском крае: 77% из всех пролеченных больных достигли полного подавления вирусной репликации (каждый третий из состоящих на ДН). Вместе с тем, причиной сохранения вирусной репликации на фоне приема АРТ у остальных 23% пациентов в большинстве случаев явилось формирование лекарственноустойчивых штаммов ВИЧ (в том числе с перекрестной устойчивостью), в основном к НИОТ и ННИОТ. В значительной степени это связано с недостаточным уровнем приверженности больных на фоне позднего выявления (удельный вес пациентов, выявленных в продвинутых стадиях заболевания, увеличился с 49% в 2014 г. до 55% в 2015 г.). Кроме того, оценка динамики распространения первичной резистентности ВИЧ в Краснодарском крае показала увеличение частоты передачи лекарственноустойчивых штаммов вируса с 3,1% в 2009 г. до 8,9% в 2014-2015 гг.

Таким образом, для дальнейшего повышения индивидуальной и популяционной эффективности АРТ в Краснодарском крае в соответствии с действующими рекомендациями и разрабатываемой стратегией противодействия ВИЧ-инфекции в РФ, необходимо: обеспечить ранее и полное выявление лиц, инфицированных ВИЧ, их охват максимально ранней антиретровирусной терапией с формированием высокой приверженности; продолжить систематический молекулярно-эпидемиологический мониторинг за формирующимися и циркулирующими вариантами вируса с использованием полученных данных для рационализации индивидуального и популяционного состава антиретровирусных препаратов.

Список литературы.

1. GBD 2015 HIV Collaborators Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet HIV* 2016; 3: e361–87 Published Online July 19, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30087-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30087-X)
2. Lapovok I. et al. Prevalence of HIV-1 drug resistance mutations among ART-naïve patients in Russia from 2005 to 2015, 14th European Meeting on HIV & Hepatitis, Rome, Italy, 25-27 May 2016, Abstr. P_80
3. Проект Распоряжения Правительства Российской Федерации "Об утверждении государственной Стратегии противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, в Российской Федерации на период до 2020 года" (подготовлен Минздравом России 03.02.2016) // <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56560166>

*Шеронова О.Б., Гончарова И.А., Мокрицкая А.В.,
Капустин Д.В., Киселев В.С.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ВЗРОСЛЫХ В Г.НОВОСИБИРСКЕ

Городская инфекционная клиническая больница №1, г. Новосибирск;
Новосибирский государственный медицинский университет, кафедра
инфекционных болезней, г. Новосибирск

В настоящее время распространенность острого кишечного амебиоза (ОКА) в странах Европы и Северной Америки значительно увеличивается. Все чаще регистрируются случаи осложненного течения, с формированием амебных абсцессов печени [1,2]. Согласно данным ВОЗ 10% мировой популяции людей инфицировано амебами. Ежегодная заболеваемость амебиозом составляет 50 млн случаев, летальность – 0,2%. В России регистрируется тенденция к росту заболеваемости в отдельных регионах [3,4]. В Новосибирской области так же отмечено увеличение случаев ОКА среди местного населения, заболеваемость за 2015 год составила 0,69 на 100 тыс. населения. В июле, августе и сентябре наблюдался резкий подъем заболеваемости амебиозом, превышающий в 5-6 раз круглогодичную заболеваемость [5].

Цель исследования – изучение клинико-лабораторных особенностей острого амебиоза.

Проведено обследование и лечение 34 больных в возрасте от 15 до 67 лет, госпитализированных в Новосибирскую городскую клиническую больницу №1 в период с 2015-2016 гг. с диагнозом «Острый кишечный амебиоз». Из 34 больных, коренными жителями г. Новосибирска, не выезжавшими за пределы города в течении 2 месяцев, являлись 28 больных. 6 пациентов были приезжими гражданами СНГ и ближнего зарубежья. У всех пациентов отмечалось наличие диареи с примесью крови в стуле. Согласно данным анамнеза, большинство больных связывают развитие заболевания с употреблением

фруктов 64,7%, 14,7% – больных с питанием в системах «Фаст-фуд», 20,6% затрудняются назвать источник

Заболевание начиналось с умеренных схваткообразных болей в животе различной локализации, у значительной части больных 85,3% боль локализовалась в левой подвздошной области, у 11,8% в мезогастррии, лишь в 2,9% в эпигастррии. У всех больных болевой синдром сопровождался явлениями гемоколита. Повышение температуры регистрировалось у 79,4%, которая носила субфебрильный характер.

Помимо клинико-биохимического обследования, бактериологических и серологических методов исследования, всем больным проведено микроскопическое исследование нативных препаратов из свежих проб фекалий, в которых обнаружены вегетативные формы *Entamoeba histolytica*, гематофаги.

В общем анализе крови у половины больных регистрировался лейкоцитоз. Его уровень варьировал от 9,1 до $12,5 \times 10^9$ /л. У 5,9% больных выявлена лейкопения. Существенных сдвигов в лейкоцитарной формуле не зафиксировано. При копроскопии у всех пациентов: консистенция стула жидкая, с примесью крови и слизи. Найдены *Entamoeba histolytica* forma magna, содержащие фагоцитированные эритроциты. Диагноз острого кишечного амебиаза подтвержден в Центре Госсанэпиднадзора Новосибирской области.

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости, осложненного течения кишечного амебиаза в виде формирования абсцессов печени зафиксировано не было.

Всем больным проводилась этиотропная терапия противопаразитарными препаратами в течении 5-7 дней. Комплексная инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, щадящая диета. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

Полученные результаты указывают на значительное увеличение случаев острого кишечного амебиаза в регионе и диктует необходимость разработки и внедрения универсальных медико-экономических стандартов диагностики и лечения острого кишечного амебиаза у взрослых с целью своевременной диагностики и начала этиотропной терапии, а также с целью профилактики хронических форм необходимо оснащение стационаров и аптек города препаратами, действующими на просветные формы амёб.

Список литературы.

1. Verkerke HP, Petri WA, Marie CS. The dynamic interdependence of amebiasis, innate immunity, and undernutrition. *Semin Immunopathol.* 2012; 34: 771–85. doi: 10.1007/s00281-012-0349-1.
2. Varied Clinical Manifestations of Amebic Colitis. Cooper CJ, Fleming R, Boman DA, Zuckerman MJ. *South Med J.* 2015 Nov;108 (11):676-81
3. Prevalence of *Entamoeba* spp. in Stool Samples of Patients with Amebiasis Suspect by Native-Lugol and ELISA. Beyhan YE, Yılmaz H, Taş Cengiz Z.
4. Амебиаз. Н.Х. Сафиуллина [и др.] // Лечащий врач. – М.: Открытые системы, 2011, N10. – С.44-46.

5. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Новосибирской области в 2015 году.

Шестопалов Н.В., Гололобова Т.В.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ И ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научно-исследовательский институт дезинфектологии, г. Москва

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одним из основных принципов здравоохранения является профилактика, которая обеспечивается путем реализации различных мероприятий, в том числе санитарно-противоэпидемических. Наряду с этим в законе определен приоритет интересов пациента, который должен быть реализован созданием условий, обеспечивающих возможность соблюдения противоэпидемического режима.

В связи с этим в современных условиях особую значимость приобретают вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в том числе дезинфекционных, которые являются элементом системы неспецифической профилактики социально значимых и особо опасных инфекционных заболеваний.

В структуру мероприятий по неспецифической профилактике инфекционных заболеваний входят мероприятия по дезинфекции, дезинсекции, дератизации и стерилизации, реализация которых обеспечивает эпидемиологическую безопасность медицинской помощи для пациента. Пациент, в свою очередь также может оказать негативное влияние на процесс оказания медицинской помощи, например, неадекватным поведением (при психических расстройствах и расстройствах поведения). А при отсутствии должного информирования при таких социально значимых заболеваниях, как гепатит В, гепатит С, болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), инфекциях, передающихся преимущественно половым путем и туберкулезе, действия пациента могут повлечь ряд негативных последствий и стать причиной распространения инфекций.

На данном этапе возникает вопрос разработки и соблюдения алгоритмов информационной подготовки пациентов к различным видам медицинских вмешательств, а также алгоритмов осуществления профилактических мероприятий, в том числе дезинфекционных.

В свою очередь алгоритмы должны быть разработаны в соответствии с санитарным законодательством в части выполнения определенных требований по обеспечению безопасности (использование средств индивидуальной

защиты, дезинфицирующих средств, антисептиков и т.д.), выполнение методик оперативного самоконтроля и др.

При разработке алгоритмов необходимо учитывать следующие особенности:

- профиль отделения (категории помещения);
- степень вероятности контаминации объектов больничной среды различными видами микробных ассоциаций;
- спектр применяемых дезинфекционных средств, их основные характеристики (эффективность, безопасность для пациентов и медперсонала);
- вид, конструктивные особенности, необходимое количество медицинских изделий;
- оборудование для дезинфекции, предстерилизационной очистки;
- оборудование и материалы для стерилизации;
- средства, оборудование и материалы для контроля качества дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации;
- средства индивидуальной защиты, спецодежда.

Наряду с этим, немаловажным фактором являются условия, в том числе санитарно-гигиенические, в которых происходит процесс проведения медицинских манипуляций. Так, например, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние помещений (процедурных, перевязочных, манипуляционных и операционных), наличие бактериальных загрязнений в воздухе, на поверхностях объектов внешней среды, оборудовании, которые, попадая на поврежденные кожные покровы и слизистые, могут привести к возникновению осложнений, распространению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в том числе социально значимых. Уровень профессиональной подготовки и наличие практических навыков медицинского персонала в области соблюдения дезинфекционного и стерилизационного режимов, а также состояние здоровья персонала, личная гигиена, играют важную роль в обеспечении профилактики социально значимых инфекций.

Таким образом, совершенствование организации санитарно-противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные, а также их регламентация, будет способствовать повышению уровня системы профилактических мероприятий при оказании медицинской помощи пациентам с социально-значимыми и особо опасными инфекционными заболеваниями.

Список литературы.

1. Федеральный закон от 21.11. 2011 г №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 30.03.99 №52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".
3. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715"Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих".

Шестопалов Н.В., Пантелеева Л.Г., Абрамова И.М., Серов А.А.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЮ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научно-исследовательский институт дезинфектологии, г. Москва
Первый Московский государственный медицинский университет им.
И.М. Сеченова, Институт профессионального образования, г. Москва

Необеззараженные медицинские изделия (далее – изделия) представляют большую опасность для пациентов и медицинского персонала. Они способствуют распространению ИСМП любой этиологии. Согласно стандартной триаде обработки изделия подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Внедрение в медицинскую практику новых видов изделий требует особых методических подходов к их обеззараживанию, что обусловлено конструктивными особенностями и разнообразием материалов, не выдерживающих воздействия традиционных термических (паровой, воздушный) методов и способов обработки. Многочисленными исследованиями установлена возможность передачи вирусных парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции, других вирусных и бактериальных инфекций через некачественно продезинфицированные эндоскопы, необеззараженные глюкометры, а также некоторые изделия, применяемые в стоматологии и др. областях медицинской деятельности.

Проблемы обеззараживания подобных изделий актуальны для всех стран и поиск их решений направлен как в сторону выбора эффективных химических средств, не влияющих на функциональные свойства и материалы изделий, так и на разработку щадящих физических методов. В частности, для стерилизации и дезинфекции высокого уровня гибких эндоскопов разработаны средства на основе альдегидов – глутарового, ортофталевого. Изучение этих средств показало их высокую бактерицидную (включая спороцидную), туберкулоцидную, вирулицидную и фунгицидную активность. Преимуществом средств на основе альдегидов является также щадящее действие в отношении металлов и других материалов. Однако в связи с фиксирующими свойствами альдегидов, изделия, кроме обычно принятой очистки перед стерилизацией, надо тщательно отмывать от органических загрязнений еще и перед дезинфекцией, изменив таким образом стандартную схему обработки. В связи с токсичностью альдегидов при работе со средствами на их основе следует не только использовать строгие меры индивидуальной защиты, но все виды работ изделий проводить в помещениях с хорошей вентиляцией.

Новой эрой в дезинфектологической практике является применение перекиси водорода в специально разработанных для этого низкотемпературных, в том числе и в так называемых плазменных стерилизаторах. Данное оборудование используют для стерилизации гибких эндоскопов и других изделий, для которых необходимы щадящие технологии обработки. При этом

новые методы требуют создания новых упаковочных материалов и средств контроля стерилизации.

Для предстерилизационной очистки эндоскопов и других изделий созданы новые средства на основе ферментов. Их эффективность во многом зависит от других компонентов в рецептуре, не всегда улучшающих моющие свойства, что необходимо учитывать особенно при разработке ферментосодержащих средств, предназначенных для предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией.

Профессиональные глюкометры – новый вид изделий. Они разработаны для экспресс-контроля уровня глюкозы в крови пациентов с участием (помощью) медицинских работников. В отличие от индивидуальных глюкометров, используемых в быту и во многих медицинских организациях, профессиональные глюкометры предназначены для применения у разных пациентов. Их конструкция позволяет проводить обеззараживание способом протирания, что не предусмотрено для индивидуальных глюкометров, при этом средства, рекомендуемые для обработки профессиональных глюкометров, должны быть эффективны при коротком (1–3 мин) времени дезинфекционной выдержки. Разработаны рекомендации по мерам эпидемиологической безопасности в медицинских организациях на различных этапах обращения профессиональных глюкометров.

Требует решения проблема обеззараживания некоторых видов медицинских изделий, применяемых в стоматологии, которые нельзя обрабатывать термическими методами или погружать в растворы средств. Согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 такие изделия подлежат дезинфекции способом протирания, что также является исключением из общих правил обработки изделий, контактирующих в процессе их применения со слизистыми оболочками пациентов. Другой вид изделий – стоматологические оттиски, подлежат сначала отмыву от органических загрязнений (кровь, слюна, пломбирочный материал и др.), и только затем дезинфекции, при этом выбор средства зависит от материала оттиска.

Нельзя погружать в растворы дезинфицирующих средств или протирать ими датчики УЗИ, имеющие контакт со слизистыми оболочками. Для предотвращения контаминации этих изделий микроорганизмами и исключения возможности передачи инфекции от пациента к пациенту рекомендовано защищать их рабочую часть индивидуальными стерильными резиновыми насадками, а выдерживающих стерилизацию – стерилизовать.

Таким образом, для некоторых видов медицинских изделий разработаны специальные средства, методы и способы обеззараживания, отличающиеся от общепринятых стандартов. Для радикального решения проблем дезинфекции и стерилизации новых видов изделий необходимо тесное взаимодействие между их разработчиками, материаловедцами и дезинфектологами.

Список литературы.

1. Alfa M.J. In-hospital evaluation of orthophthaldehyde as a high level disinfectant for flexible endoscopes / M.J. Alfa, D.L. Sitter // J. Hosp. Infect. – 1994. – V. 26, № 1. – P. 15-26.
2. Birnie G.G. Endoscopic transmission of hepatitis B virus / G.G. Birnie, E.M. Quigley, G.B. Clements et al. // Gut. – 1983. – V. 24, № 2. – P. 171-174.
3. Leontiou A.P. Disinfection of dental diamond burs contaminated with hepatitis B virus / A.P. Leontiou, M.M. Coogan, S. Aspinall // J. Prosthet. Dent. – 1999. – V. 82, № 3. – P. 332-335.
4. Louie R.F. Multicenter study of the prevalence of blood contamination on point-of-care glucose meters and recommendations for controlling contamination// R.F. Louie, M.J. Lau, J.H Lee et al. // Point of Care. – 2005. – V. 4, № 4. – P. 158-163.
5. Rutala W.A. Disinfection of endoscopes: review of new chemical sterilants used for high-level disinfection / W.A. Rutala, D.J. Weber // Infect. Control Hosp. Epidemiol. – 1999. – V. 20, № 1. – P. 69-76.

Шильникова В.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С УЧЕТОМ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бронницкая городская муниципальная больница, г. Бронницы

Аннотация: Ограниченная склеродермия – серьезная медицинская и социальная проблема. Количество больных с данным аутоиммунным заболеванием становится больше и отмечается более агрессивное течение болезни (Кубанова А.А. и соавт., 2004). Избыточное фиброобразование и нарушение микроциркуляции формируют клиническую картину заболевания,

Цель: Определить эффективность и особенности течения ограниченной склеродермией с учетом показателей иммунного статуса в комплексном лечении.

Методы исследования: Проведено лечение 48 пациентов с ограниченной склеродермией, терапия назначалась с учетом формы, стадии, клинических проявлениях заболевания, показателей иммунологического обследования.

Выделены 2 группы: 1-я группа – (28 человек) получали препарат лонгидазу в дополнение базовой терапии; 2-я группа – (20 человек) проводилась только базовая терапия по традиционной методике. Оценивались результаты стандартного общеклинического, лабораторного и иммунологического исследования. Иммунологический статус был изучен по показателям: состава иммунокомпетентных клеток, Т- общей популяции, уровню субпопуляции Т-хелперов и супрессоров, цитокинов, естественных клеток киллеров, циркулирующих иммунных комплексов. Препарат «Лонгидаза» 3000 МЕ для внутримышечных инъекций назначался пациентам с бляшечной склеродермией в прогрессирующей стадии, больным с линейной склеродермией курсом

№ 10 инъекций через день. Больные с бляшечной и линейной склеродермией в стадии стабилизации после лабораторного обследования получали препарат «Лонгидаза» по 3000 МЕ для инъекций через день, курсом № 7-10 в зависимости от степени тяжести. В лечение были включены ксантинол никотинат внутрь по 0,15 г.3 раза в день в течение месяца, аевит по 1 капсуле 2 раза в день 1 месяц. Эффективность применения оценивалась по срокам ликвидации признаков прогрессирования заболевания, частоты и сроков стойкой ремиссии, снижения индекса активности и распространенности ограниченной склеродермии, отсутствия побочных эффектов и улучшения качества жизни пациентов при сопоставлении с динамикой нормализации показателей иммунной системы до и после лечения в обеих группах.

Результаты: Выявлена положительная динамика по иммунологическим показателям больных ограниченной склеродермией в основной группе, где применялась терапия традиционным методом и препарат лонгидаза вводился с частотой 1 инъекция в три дня, курс 10, наблюдалось более выраженное снижение пролиферативной активности лимфоцитов, снижение уровня цитокинов (ослабление воспалительного процесса).

Показатель ЦИК в пределах нормы оказался у 35 пациентов (72,9%), в то же время как показатель у 13 (28,1%) находился выше верхней границы нормы, в среднем составил (36,9+5,5), $p < 0,05$. Критерии клинического улучшения в виде: значительного улучшения, улучшения, стабилизации процесса были больше выражены в 1-й группе пациентов – значительное улучшение – у 9 пациентов (32,1%), улучшение – у 12 (42,9%), у 7 пациентов (25,0%) стабилизация процесса. Терапевтический эффект был получен в 100% случаев; во 2-й группе – значительное улучшение у 6 пациентов (30,0%), улучшение у 5 (25,0%), стабилизация процесса – у 6 (30,0%) и отсутствие эффекта от проводимой терапии у 3 пациентов (15,0%). Терапевтический эффект составил 85,0%.

Выводы: Комплексная терапия ограниченной склеродермии с применением лонгидаза и сосудистых препаратов обладает кроме антиоксидантных и противовоспалительных свойств, и иммуностропным действием, что способствует улучшению параметров микроциркулярного русла и качества жизни пациентов, отвечая высокой терапевтической эффективностью.

Список литературы.

1. Болотная Л. А., Шахова Ф. Б., Сербина И. М. Новое в патогенезе и терапии ограниченной склеродермии // Вестник дерматологии и венерологии. 2004, № 2. С. 31-34.;
2. Галлямова Ю.А.Очаговая склеродермия. Журнал « Лечащий врач» № 5, 2008;
3. Кубанова А. А., Тихонова Л. И. Дерматовенерология в России. Реальность и перспективы // Вестник дерматологии и венерологии. 2004, № 2. С. 4–11.;
4. Пинегин Б.В., Тельнюк Я.И., Ильинская А.Н., Голубева Н.М., Хамаганова И.В., Дворников А.С., Хаитов Р. М., Скрипкин Ю.К. Комплексное лече-

ние ограниченной склеродермии. Журнал «Физиология и патология иммунной системы» 2004 №11;

5. Смирнов А. В., Главинская Т.А. Современные представления о патогенезе и возможностях терапии ограниченной склеродермии // Нижегородский медицинский журнал. 1997, № 3. С. 73-82.

Шип С.А., Ратникова Л.И.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕГЛЮМИНА АКРИДОНАЦЕТАТА И ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Инфекционный процесс служит мощным триггерным фактором патологических свободнорадикальных процессов в организме [1]. Неконтролируемые, избыточно активированные свободнорадикальные окислительные процессы приводят к дисбалансу в функционировании оксидантной/антиоксидантной системы [2, 5]. Запускаемый оксидативный стресс выступает дополнительным повреждающим агентом, негативно влияющим на сбалансированную работу иммунной системы [3, 4]. В этой связи становится очевидным, что коррекция оксидативного стресса и оптимизация работы иммунной системы становятся непреложными условиями развития благоприятного исхода инфекционного процесса.

Цель. Оценить клиническую эффективность препаратов: меглюмина акридонацетата («циклоферон») и янтарной кислоты («цитофлавин», «реамберин») – при некоторых инфекционных заболеваниях.

Материалы и методы исследования. Изучалась эффективность стандартной терапии больных клещевым энцефалитом (68 n=68) в сравнении с терапией, включающей циклоферон (n=62). Сравнивалась эффективность комплексной патогенетической терапии нейроформ моно- и микст-инфекций иксодового клещевого боррелиоза и клещевого энцефалита: пациенты, получавшие базисную терапию (n=35) и пациенты, получавшие базисную терапию + цитофлавин (n=35). Оценивалась эффективность общепринятой базисной терапии рожи в контрольной группе (n=131) и группе сравнения (n=124), где базисное лечение дополнялось реамберином.

Полученные результаты. Использование цитофлавина при клещевом энцефалите сокращает длительность госпитализации больных с лихорадочной формой на $2 \pm 0,6$ дней, с менингеальной формой – на $2,7 \pm 1,2$ суток; ни у одного пациента с лихорадочной формой, в терапии которых применялся цитофлавин, не развилось двухволновое течение. Использование цитофлавина в патогенетической фармакотерапии больных менингитами вирусной, боррелиозной и вирусно-боррелиозной этиологии способствует ускорению регресса менингеального симптомокомплекса ($5,1 \pm 1,1$ сут.) и уменьшает продолжительность стационарного лечения ($18,3 \pm 1,7$ сут.). Использование реамберина

у больных рожей ускоряет регресс общеинтоксикационного синдрома ($3,11 \pm 0,12$ сут.) и локальных воспалительных проявлений: эритемы ($4,45 \pm 0,20$ сут.) и локальной болезненности ($5,02 \pm 0,25$ сут.).

Обсуждение. Включение в комплексную терапию больных клещевым энцефалитом циклоферона – с первого дня поступления в стационар по 2 мл 12,5% раствора внутримышечно 1 раз в сутки на 1, 2, 4, 6, 8 день при лихорадочной и на 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 сутки при менингеальной форме способствует раннему клиническому выздоровлению, сокращению сроков лечения в стационаре и предупреждает двухволновое течение. Включение цитофлавина в схемы патогенетической терапии больных клещевыми инфекциями, протекающих с поражением ЦНС (1 раз в сутки внутривенно капельно по 10,0 мл на 200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью не более 90 капель в минуту в течение 7 дней, рекомендуется) ускоряет купирование симптоматики. Включение в терапию больных рожей реамберина в объеме 400 мл 1 раз в день, ежедневно, в течение 3 дней сокращает продолжительность клинических проявлений заболевания.

Заключение. Подтверждена высокая клиническая эффективность: циклоферона – при клещевом энцефалите, цитофлавина – при клещевых инфекциях с поражением ЦНС, реамберина – при роже.

Список литературы.

1. Волчегорский И.А. Снижение чувствительности к глюкокортикоидам как фактор стрессогенных сдвигов активности моноаминоксидазы, перекисного окисления липидов и поведения у крыс / И.А. Волчегорский, В.Э. Цейликман, Д.С. Смирнов и др. // Проблемы эндокринологии. – 2003. – Т. 49. №5. – С. 48-51.
2. Ратникова Л.И. Клинические проявления, интенсивность процессов перекисного окисления липидов и особенности синтеза оксида азота у больных рожей / Л.И. Ратникова, С.А. Шип // Журнал инфектологии. – 2011. – Т. 3, № 2. – С. 47-51.
3. Ратникова Л.И. Роль оксида азота в генезе системных нарушений при инфекционной патологии / Л.И. Ратникова, В.А. Елисеев, С.А. Шип и др. // Журнал инфектологии. – 2010. – Т. 2. № 4. – С. 101.
4. Шип С.А. Клинические проявления и процессы липопероксидации у больных рожей / С. А. Шип, Л. И. Ратникова // Российский медицинский журнал. – 2011. – № 6. – С. 37-39.
5. Шип С.А. Свободно-радикальные окислительные процессы в организме / С.А. Шип, Л.И. Ратникова // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2015. – № 2. – С. 105-109.

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РОЖЕ

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Коморбидность – это сочетание основного заболевания с другой сопутствующей, фоновой патологией. Клиническая картина рожи зачастую носит тяжелый и осложненный характер, при этом возможности адекватной терапии остаются ограниченными [1, 2, 5]. Проведенные ранее многочисленные исследования подтверждают важную роль коморбидной патологии при роже, а именно, в патогенезе, клинических проявлениях, лечебной тактике и прогнозе [3, 4]. Изучение проблемы коморбидных состояний у больных рожей оказывает прямое влияние на эффективность проводимой терапии и профилактики и, следовательно, имеет высокую актуальность и значимость для науки и практики.

Цель.

Определение распространённости коморбидных состояний при роже и изучение связи данных состояний с некоторыми клинико-эпидемиологическими характеристиками пациентов.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 115 больных рожей, получавшие лечение в инфекционном отделении ГКБ № 8 г. Челябинска в 2015 году. Изучена коморбидная патология у больных рожей, включенная в сопутствующий диагноз; особое внимание уделено изучению так называемых «предрасполагающих факторов» развития рожи.

Полученные результаты.

Частота встречаемости фоновой патологии у больных рожей: сердечно-сосудистая (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и пр.) – 69/60,0%; хроническая лимфовенозная недостаточность (варикозная болезнь вен нижних конечностей, постмастэктомический синдром с развитием лимфедемы верхних конечностей, посттромбофлебитический синдром и пр.) – 33/28,7%; эндокринная патология (ожирение, сахарный диабет, гипотиреоз, узловой зоб, гинекомастия) – 31/27,0; кожная патология (микоз, экзема, псориаз, трофическая язва, дерматит и пр.) – 29/25,2%; гастроэнтерологическая (хронический гастрит, гепатит, панкреатит и пр.) – 22/19,1% неврологическая (энцефалопатия, остеохондроз и пр.) – 21/18,3%; онкологическая (в большинстве случаев – фаза ремиссии) – 15/13,0; пульмонологическая (бронхиальная астма, хронический бронхит и пр.) – 14/12,2%; урологическая/нефрологическая (хронический пиелонефрит и пр.) – 14/12,2; прочая патология (наркологическая, поражение опорно-двигательной системы, офтальмо- и пр.) – < 11/10,0%.

Обсуждение.

Среди всей сопутствующей патологии, зарегистрированной у обследованных пациентов, можно выделить три группы заболеваний, рассматривае-

мых в качестве предрасполагающих факторов развития рожи: 1) хроническая лимфовенозная недостаточность различного генеза; 2) эндокринные заболевания; 3) кожные болезни. При этом необходимо отметить, что наличие одного из трех предрасполагающих факторов, указанных выше, установлено у 52 (45,2%) больных; сочетание двух факторов – у 16 (13,9%); трех факторов – у 3 (2,6%). В итоге 71 (61,7%) пациент с диагнозом рожа имеет от одного до трех факторов, предрасполагающих к развитию заболевания, что в свою очередь, сопоставимо с частотой сердечно-сосудистой патологии.

Заключение.

Подтверждена актуальность проблемы коморбидных состояний при роже, что требует от врача оптимизации стратегии лечения и профилактики.

Список литературы.

1. Ратникова, Л.И. Клинические проявления, интенсивность процессов перекисного окисления липидов и особенности синтеза оксида азота у больных рожей / Л.И. Ратникова, С.А. Шип // Журнал инфектологии. – 2011. – Т. 3, № 2. – С. 47-51.

2. Ратникова, Л.И. Современные клинико-лабораторные и гендерные особенности рожи / Л.И. Ратникова, С.А. Шип // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. – № 3. – С. 19-21.

3. Шип, С.А. Клинические проявления и процессы липопероксидации у больных рожей / С. А. Шип, Л. И. Ратникова // Российский медицинский журнал. – 2011. – № 6. – С. 37-39.

4. Шип, С.А. Рожа как вариант неинвазивной стрептококковой инфекции: клинические аспекты / С.А. Шип, Л.И. Ратникова // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2014. – № 2. – С. 132-142.

5. Шип, С.А. Эпидемиология рожи как клинического варианта неинвазивного стрептококкоза / С.А. Шип, Л.И. Ратникова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2012. – № 1. – С. 34-37.

Шкляев А.Е.

ДИАРЕЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Потребность в антибактериальных средствах в клинической практике возрастает [1]. Часто встречаемый нежелательный эффект антибиотикотерапии – антибиотикоассоциированная диарея (ААД) [2, 3]. Вариантом тяжелого течения ААД является диарея, ассоциированная с *Clostridium difficile* (ДАКД). Клинико-эндоскопически ДАКД обозначается как псевдомембранозный колит – заболевание с потенциально летальными осложнениями [2, 4].

Цель исследования: уточнить частоту и клинические особенности диареи, ассоциированной с *Clostridium difficile*, у больных неврологического стационара.

Материалы и методы. Проведено сплошное исследование всех пациентов (981 человек), находившихся на лечении в Региональном сосудистом центре БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница» МЗ УР в 2013 году. У 42 из них (21 мужчина и 21 женщина в возрасте $63,5 \pm 12,4$ лет) возникла ААД. Поводом для их госпитализации являлись ОНМК по ишемическому (24 человека) и геморрагическому (18 человек) типам. Структура сопутствующей патологии: гипертоническая болезнь – 41 человек, ишемическая болезнь сердца – 20, сахарный диабет 2 типа – 15, постоянная форма фибрилляции предсердий – 7. Показания для антибактериальной терапии: госпитальная пневмония (27 пациентов), обострение хронического бронхита (8), инфекции почек и мочевыводящих путей (7). *Clostridium difficile* выявляли иммунохроматографически двойным экспресс-тестом для качественного выявления токсинов А и В в кале (DUO TOXIN A+B СHECK-1). В зависимости от наличия *Clostridium difficile* пациенты были поделены на 2 группы: наблюдения (19 человек с ДАКД) и сравнения (23 человека с идиопатической ААД (ИААД)).

Результаты и обсуждение. Большинство обследованных принимали комбинации из нескольких антибактериальных препаратов. Лидерами по частоте назначения оказались цефоперазон-сульбактам, амикацин, меропенем, цефтриаксон, цефатоксим. Монотерапию получали 11 человек (26,2%), остальные 31 (73,8%) – комбинированную антибиотикотерапию. Самая частая комбинация – сочетание амикацина с цефотаксимом с последующим назначением цефоперазон-сульбактама. Частота развития ААД на фоне комбинированной антибиотикотерапии была выше – 10,3% (в том числе ДАКД у 3,4%, ИААД – у 6,9%), чем при монотерапии – 1,1% (ДАКД – 0,7%, ИААД – 0,4%). Отмечен высокий удельный вес ДАКД в структуре ААД – 40 курсов антибиотикотерапии из 111 проведенных у пациентов осложнились ДАКД (36,0%). По уменьшению частоты возникновения ААД препараты расположились следующим образом: амоксициллин (в том числе с клавулановой кислотой), имипенем-циластатин, меропенем, цефтриаксон, амикацин и пиперациллин-тазобактам. Диарея возникала как на фоне приема, так и после отмены препаратов. Сроки ее возникновения не зависели от дозы антибиотика.

Клиническая картина ААД проявлялась более выраженной симптоматикой в группе пациентов с ДАКД. Невысокая частота абдоминального болевого синдрома (ДАКД – 42,8%, ИААД – 30,4%), очевидно, связана с чувствительными расстройствами у пациентов с ОНМК. Частота диареи в разгар болезни у пациентов с ДАКД и ИААД была сопоставима и у большинства пациентов составляла 5-6 раз в сутки. Отмечена гипопроотеинемия и меньшая динамика лейкоцитоза в процессе лечения при ДАКД в сравнении с ИААД. В группе пациентов с ДАКД выявлены более выраженные макроскопические (жидкий) и микроскопические изменения кала (лейкоциты, слизь).

Все больные с ААД получали этиотропное (ванкомицин, метронидазол внутрь в стандартных дозах) и патогенетическое (дезинтоксикационная терапия, пробиотики, ферменты, сорбенты) лечение. На фоне данной терапии у всех 42 пациентов (100%) исчезли клинические симптомы заболевания. В группе больных с ДАКД длительность диареи варьировала от 2 до 16 дней (в среднем $6,08 \pm 4,68$), ИААД – от 1 до 10 дней (в среднем $4,2 \pm 2,65$).

Заключение. Для пациентов неврологического стационара характерна высокая потребность в назначении антибактериальных препаратов. Наиболее частыми показаниями для антибиотикотерапии у них являются госпитальная пневмония, обострение хронического бронхита, инфекции почек и мочевыводящих путей. На долю ДАКД приходится до 45,2% случаев ААД у пациентов с ОНМК. Своевременная диагностика и адекватная терапия ААД позволяют избежать потенциально летальных осложнений данной патологии.

Список литературы.

1. Шульпекова, Ю.О. Антибиотикоассоциированная диарея / Ю.О. Шульпекова // Русский медицинский журнал. 2007; 15 (6): 1-6.
2. Захарова, С.М. Антибиотикоассоциированная диарея: патогенез, лечение // С.М. Захарова. Врач. 2013; 1: 35-40.
3. Лузина, Е.В. Антибиотикоассоциированная диарея / Е.В. Лузина // Сибирский медицинский журнал. 2009; 2: 122-124.
4. Костюкович, О.И. Антибиотикоассоциированная диарея – мифы и реальность / О.И. Костюкович. Русский медицинский журнал. 2009; 7: 15-20.

Шмойлов Д.К., Каримов И.З., Ачкасова Т.А.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ГРИППЕ А У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В КРЫМУ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского,
г. Симферополь

В начале апреля 2009 года на сайте ВОЗ появилось первое сообщение о вспышке в Мексике и США нового варианта гриппа А (H1N1), смертность от которого была гораздо выше, чем при сезонном гриппе. Особенностью пандемии явилось быстрое развитие поражения легких на ранних сроках, описываемое как «первичная вирусная пневмония», «шоковое легкое», РДСВ [1–2]. Также исследователи отмечали, что при развитии тяжелых и осложненных форм, у пациентов часто регистрируется диарея, повышение уровня сывороточных трансаминаз [2–3]. В протоколе СДС от 2009 года даже рекомендована госпитализация в ПИТ при кратности диареи 5–7 раз на фоне гриппа А [4].

Нами была выдвинута гипотеза о том, что реализация осложненных форм может быть обусловлена не только действием вируса, но и усилением

транслокации эндотоксинов грамотрицательных бактерий и эндотоксемией. Также мы предположили, что в случаях повреждения биологических барьеров и усилении эндотоксемии будет происходить нарастание процессов окислительной модификации белков (ОМБ) и усиление метаболической интоксикации (рост уровня молекул средней массы – МСМ) как составной общепринятого токсикационного синдрома. Для сравнения изучаемых показателей определялся уровень СРБ в качестве известного маркера альтерации и последующего воспаления.

Целью нашего исследования явился анализ патогенетического значения гуморальных показателей эндотоксинсвязывающей системы, метаболической интоксикации, ОМБ и СРБ при гриппе А (H1N1) pand. средней степени тяжести, а также поиск прогностических критериев осложнений. Нами обследовано 152 больных гриппом А средней степени тяжести за период 2009 – 2014 гг. Все больные при поступлении и в динамике подвергались общепринятому комплексному клинико-лабораторному обследованию с общеклиническими, биохимическими, специфическими иммунологическими исследованиями периферической крови. Этиологический диагноз у больных подтверждали с помощью общепринятых молекулярно-биологического, иммунохроматографического и серологического методов исследования. Дополнительное обследование проводилось в острый период заболевания – на 1-е сутки госпитализации до начала терапии; в разгар заболевания (на 3-и сутки пребывания в стационаре); в период ранней реконвалесценции, что соответствовало 6-7-му дню лечения.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о следующем:

1. У больных гриппом А при госпитализации отмечается значительная степень развития метаболической интоксикации: содержание МСМ увеличилось в 1,5–2 раза ($0,114 \pm 0,008$ ед. оп. пл. при норме $0,064 \pm 0,006$) ($p < 0,05$), оставаясь высоким на фоне проводимой терапии. При осложненном течении болезни в динамике заболевания отмечалось отсутствие снижения этого показателя – уровень МСМ в группе больных с осложненным течением на третьи сутки терапии снижался в среднем на 5,6% от изначального уровня.

2. Показатели одного из эффекторных маркеров окислительного стресса – ОМБ, значительно повышались до уровня $184,6 \pm 7,6$ нм/мл при норме $80,1 \pm 6,9$. На фоне проводимой терапии на третьи сутки уровень ОМБ снижался, но превышал норму ($92,4 \pm 9,3$ нм/мл) в период реконвалесценции, при осложненном течении гриппа оставаясь повышенным ($175,6 \pm 12,6$ нм/мл) на фоне проводимой стандартной терапии.

3. Выявленные изменения свидетельствуют о важной патогенетической роли карбонильных групп окислительно модифицированных белков при гриппе, а показатель ОМБ может быть использован для мониторинга и прогноза осложнений при гриппе с большей информативностью по сравнению с концентрацией МСМ.

4. В начальный период заболевания концентрация СРБ повышалась в 4–5 раз по сравнению с нормой. На фоне проводимого лечения и клинического

улучшения этот показатель прогрессивно снижался. Увеличение концентрации СРБ (на 35,3%) на фоне лечения ассоциировалось с бактериальными осложнениями ($p < 0,05$).

Таким образом, для оценки степени выраженности интоксикационного синдрома, мониторинга течения и прогноза заболевания при гриппе в качестве дополнительного объективного критерия целесообразно определять уровень окислительной модификации белков в сыворотке крови, МСМ, адекватно отражающих степень эндогенной метаболической интоксикации, которые доступны для выполнения и могут быть рекомендованы в клинической лабораторной практике. Эти показатели с большой вероятностью могут иметь важное прогностическое значение в ранней диагностике развивающихся бактериальных осложнений при гриппе А средней степени тяжести.

Список литературы.

1. Карпова Л.С., Соминина А.А., Пелих М.Ю., Поповцева Н.М., Столярова Т.П., Бурцева Е.И., Киселев О.И. Эпидемия гриппа в России в сезон 2012-2013 годов // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2013. – № 4 (71). – С. 7-13.

2. Эсауленко Е.В., Стуколкин К.О., Дунаева Н.В., Григорьева И.В., Бондарь Е.С., Позднякова М.Г. Редкие симптомы (диарея, менингизм, геморрагический синдром) у больных гриппом различных субтипов // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2013. – Т.1, № 71. – С.93-97.

3. Cunha B.A., Syed U., Stroll S., Mickail N., Laguerre M. Winthrop-University Hospital Infectious Disease Division's: Swine influenza (H1N1) pneumonia diagnostic weighted point score system for hospitalized adults with influenza-like illnesses (ILIs) and negative rapid influenza diagnostic tests (RIDTs) // Heart Lung. — 2009 Nov—Dec. — 38 (6) – P. 534-538.

4. CDC. 2009–2010 Influenza Season Triage Algorithm for Adults (older than 18 years of age) With Influenza-Like Illness, P. 1-3. — Режим доступа: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/clinicians/pdf/adultalgorithm.pdf>

Эсауленко Е.В., Сиглаева Л.М., Сухорук А.А., Бигулов В.Н., Иванов И.Б.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗИНТЕРФЕРОНОВОЙ ТЕРАПИИ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург,

Министерство здравоохранения Калининградской области, г. Калининград

Инфекционная больница Калининградской области, г. Калининград

В настоящее время противовирусная терапия (ПВТ) показана всем пациентам с хроническим гепатитом С (ХГС) вне зависимости от стадии фиброза печени и от предшествующего опыта ПВТ [1, 2]. Однако, приоритет в назначении терапевтических препаратов принадлежит пациентам специальных

популяций, к которым относят пациентов с выраженным фиброзом и циррозом печени, а также перенесших трансплантацию. До 2015г. в Российской Федерации эффективность ПВТ в этих группах была крайне низкой [3]. Современные схемы гарантируют излечение в 95 – 100% случаев.

Цель – оценить эффективность и безопасность применения безинтерфероновых схем у пациентов с циррозом печени и после трансплантации.

Материалы и методы. В исследование были включены десять пациентов в возрасте 41 – 71 год с ХГС и четыре пациента в возрасте 40 – 48 лет, перенесшие трансплантацию печени 8 – 24 месяца назад. Стадия фиброза печени у пациентов определялась при помощи непрямой эластометрии печени, а у пациентов, перенесших трансплантацию печени – тестом ФиброМакс. Пациентов с диагностированным фиброзом 3 – 4 степени было шесть. У всех пациентов с F3 – 4 функция печени была компенсированной (класс А по Чайлд-Пью). У одного пациента с циррозом печени был выявлен вирус гепатита С (ВГС) 1a генотипа, у всех остальных – ВГС 1b генотипа.

Для ПВТ использовали паритапревир, бустированный ритоновиром в сочетании с омбитасвиром и дасабувиром (3D-терапия) плюс рибавирин в течение 12 недель (W).

Определение вирусной нагрузки (ВН) перед стартом терапии и ее мониторинг во время лечения проводился с использованием тест-систем с чувствительностью 30 МЕ/мл для количественного исследования и 10 МЕ/мл – для качественного. Также проводилось определение комплекса гематологических и биохимических показателей, необходимых для оценки безопасности терапии. У пациентов после трансплантации печени контролировали концентрацию иммунодепрессанта (такролимус). Точки мониторингования клинико-лабораторных показателей – W2, W4, W6, W8, W10, W12, а также 6 и 12 недель после завершения терапии.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ SPSS Statistica 17.0.

Результаты исследования.

У пациентов после трансплантации печени степень фиброза составила 0-1. На старте ПВТ у всех пациентов уровень ВН в среднем составил 5-6 log₁₀. Цитолитическая активность по АлАТ у пациентов с циррозом печени в среднем составила 2,0 N, по АсАТ – 1,8 N; у пациентов после трансплантации – 1,8 N (АлАТ) и 1,3 N (АсАТ). Синдром желтухи отмечен у двух пациентов с циррозом (уровень общего билирубина – 1,5 – 2,5 N), у остальных – показатель в пределах нормальных значений. У пациентов с циррозом печени отмечено снижение синтетической функции печени: концентрация альбумина 37,7±7,1 г/л, уровень ПТИ 79,1±5,7%, тогда как у реципиентов печени данные показатели были в пределах нормы (альбумин 42,6±2,6 г/л, ПТИ 96,7±6,3%). У всех пациентов с цирротической стадией заболевания отмечалась значительная тромбоцитопения (среднее значение 156,8±80,6×10⁹/л) при нормальном уровне гемоглобина (146,4±7,7 г/л); у пациентов после трансплантации

оба показателя были в пределах нормы. Признаков геморрагического синдрома не было.

На фоне ПВТ через четыре недели (W4) у одной пациентки с циррозом и двух после трансплантации определялась РНК ВГС в плазме крови, но ВН значительно снизилась и не превышала $1 \log_{10}$, у остальных пациентов РНК ВГС не определялась. Далее до окончания терапии у всех пациентов РНК ВГС была ниже порога определения. Цитолитический синдром у всех пациентов купировался на W2. На W6 у пациентов с циррозом улучшились показатели синтетической функции печени (альбумин $40,0 \pm 5,6$ г/л, ПТИ $88,1 \pm 13,5\%$), снизилась выраженность тромбоцитопении (тромбоциты $190 \pm 81,96 \times 10^9/\text{л}$).

В процессе лечения у двух пациентов отмечалось нежелательное явление в виде гипербилирубинемии, которая в одном случае потребовала госпитализации, фармакологической коррекции и отмены рибавирина. У всех пациентов была тенденция к снижению гемоглобина, обусловленная приемом рибавирина. Также отмечался диспепсический синдром, головная боль, слабость. Случаев декомпенсации функции печени не было.

При последующем наблюдении через 4-12 недель после завершения ПВТ устойчивый вирусологический ответ был достигнут у всех пациентов (100%).

Заключение. Таким образом, использование в реальной клинической практике безинтерфероновой ПВТ с включением паритапревира, бустированного ритоновиром в сочетании с омбитасвиром и дасабувиром (3D-терапия) плюс рибавирин в течение 12 недель у пациентов с циррозом печени и после трансплантации подтвердило эффективность и безопасность, не зависящую от выраженности фиброза и субтипа ВГС, и сопоставимую с результатами клинических исследований [4].

Список литературы.

1. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015 / Journal of Hepatology. 2015. – Vol. 63. – P. 199 – 236.
2. Hepatitis C Guidance: AASLD-IDSА Recommendations for Testing, Managing, and Treating Adults Infected With Hepatitis C Virus / Hepatology. 2015. – Vol. 62, No. 3. – P. 932 – 954.
3. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Герасимова А.О. Опыт противовирусной терапии хронического гепатита С до и после трансплантации печени / Практическая медицина. 2014. – №7 (83). – С. 27 – 30.
4. Kwo P.Y., Mantry P.S., Coakley E., Te H.S., Vargas H.E., Brown R. J.r, et al. An Interferon-free Antiviral Regimen for HCV after Liver Transplantation / N Engl J Med. 2014. – Vol.371. – P. 2375 – 2382.

*Якимова Т.Н., Максимова Н.М., Маркина С.С.,
Корженкова М.П., Яцковский К.А.*

БЛАГОПОЛУЧНАЯ ЭПИДСИТУАЦИЯ ПО ДИФТЕРИИ В РОССИИ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТОГО ВЫСОКОГО УРОВНЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

Московский научно- исследовательский институт эпидемиологии и
микробиологии им. Г.Н. Габричевского, г. Москва

Дифтерия является управляемой инфекцией благодаря иммунопрофилактике. Благополучие в отношении дифтерии по данным ВОЗ достигается при уровне привитости населения 95% и более. При этом необходим эпидемиологический надзор за инфекцией и особенно строгий контроль уровня иммунизации и состояния антитоксического противодифтерийного иммунитета, объективно подтверждающего показатели охвата прививками населения.

Ослабление контроля за вакцинопрофилактикой и недостатки в выполнении всего комплекса мероприятий системы управления эпидемическим процессом привели к подъему заболеваемости дифтерией в нашей стране в 90-е годы, чему способствовало изменение политической ситуации, последующий за этим экономический кризис, миграция населения из бывших союзных республик неблагополучных по заболеваемости дифтерией и носительству. Основными причинами тяжелой эпидемической ситуации, как отмечено в директивных документах, явились серьезные недостатки в организации проведения профилактических прививок органами здравоохранения. Сократился охват прививками против дифтерии детей в возрасте до 2-х лет (не более 52%), было привито лишь 5% взрослых. Снижение объема вакцинации у детей раннего возраста было связано с многочисленными необъективными длительными медицинскими отводами. Большую роль сыграла и слабая разъяснительная работа среди населения о необходимости иммунизации и тяжелых последствиях отказов от проведения прививок.

Пик этого подъема пришелся на 1994 год. Всего в 1994 году было зарегистрировано 39703 случая заболеваний дифтерией (показатель 26,8 на 100 тыс.). Умерло 1104 человека (показатель 0,8 на 100 тыс.), из них 254 ребенка. В общей структуре заболевших сохранялось преобладание взрослых, на долю которых приходилось 67,5%-58,5%. Наиболее тяжело дифтерией болело непривитое население. Среди непривитых детей, токсические формы, сопряженные с опасностью для жизни, перенесли 64,5% заболевших. У непривитых взрослых этот показатель равнялся 52,1%. В течение пяти лет с 1990 по 1994 гг. смертность увеличилась более чем в 20 раз, летальность составила 2,8%. Об активизации эпидпроцесса свидетельствовало также повышение уровня носительства токсигенных коринебактерий дифтерии. Показатель носительства токсигенных коринебактерий равнялся 20,7 на 100 тыс. населения.

В период с 1990-1996 г дифтерией в России заболело 111144 человека (35928 детей, 15776 подростков и 59450 взрослых), умерло 3047 человек (729 детей, 37 подростков и 2281 взрослый). Практически все умершие от дифтерии (95%) не были привиты против этой инфекции.

Массовая иммунизация всего населения в 1993 –1995 годах с последующей ревакцинацией в 2003-2005 гг. позволили стабилизировать эпидситуацию.

В 2001 году были впервые разработаны, а в 2002 г внедрены в практику здравоохранения методические указания «Эпидемиологический надзор за дифтерийной инфекцией», выполнение которых было обязательным для органов здравоохранения.

В последующие годы в процессе исследований было оптимизировано информационно-аналитическое обеспечение надзора для более углубленной оценки развития эпидемического процесса и прогноза.

В 2005-2008 гг. показатели привитости среди детей и подростков превышали 97%, своевременно в декретированные возраста вакцинировано и ревакцинировано было более 95% детей. Охват прививками взрослого населения достиг 95,6% 97,1%.

В 2009-2015 гг. среди детей, подростков и взрослых охват прививками по России оставался высоким 96,6%-99,8%. В разрезе возрастных групп взрослых по десятилетиям данный показатель был в пределах 95,9%-99,3%. В целом в стране за все годы наблюдения фактическая защищенность составила: у детей 95,2+0,2% 96,6+0,17%, у подростков 97,6+0,13% 98,2+0,12%, у взрослых 91,1+0,17% – 94,5+0,14%. [1] Результаты контрольных исследований на базе Федерального Референс-центра по мониторингу за возбудителем дифтерии подтвердили достоверность данных серологического мониторинга из всех субъектов страны – антитела на защитном уровне были выявлены у 90,7+0,89% 99,0+0,58% детей, 95,7+0,6% 100% подростков и 87,1+1,03% – 94,7+0,45% взрослых. При этом отмечается снижение защищенности у лиц старше 50 лет: 86,1+0,48% 92,1+0,31% в группе 50 59 лет и 85,7+0,64% 90,9+0,43% в группе 60 лет и старше, что свидетельствовало о необходимости проведения очередной ревакцинации против дифтерии взрослых в 2014-2015 гг. согласно национальному календарю прививок. [2]

В результате поддержания стабильно высоких показателей охвата прививками и фактической защищенности населения, заболеваемость и носительство возбудителя дифтерии в стране регистрируются на уровне единичных случаев (за 2014 – 2015 гг. зарегистрировано 3 больных и 8 носителей) и показатели с 2009 года не превышают 0,01 и 0,02 на 100 тыс. нас. соответственно, не регистрируется смертность. [3]

Список литературы.

1) Харсеева, ГГ. Противодифтерийный антитоксический иммунитет у детского населения г. Ростова – на Дону и Ростовской области / Г.Г Харсеева, М.Ю. Соловьев, Г.В. Айдинов и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2013. №2. –С. 52-55.

2) Семеновко, Т.А. Состояние популяционного иммунитета в отношении управляемых инфекций (по материалам банка сывороток крови) / Т.А. Семеновко, Е.В. Русакова, А.Г. Щербаков и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2012. № 6. – С. 10-15.

3) Якимова, Т.Н. Дифтерия сегодня / Т.Н. Якимова, С.С.Маркина, Н.М. Максимова // Здоровье население и среда обитания. 2013. №12 (249). –С. 18-19.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Абдурахманов Д.Т., Бакулин И.Г., Богомолов П.О., Бурневич Э.З., Галушко М.Ю., Гейвандова Н.И., Жданов К.В., Знойко О.О., Ивашкин В.Т., Кижло С.Н., Климова Е.А., Константинов Д.Ю., Маевская М.В., Миронова Н.И., Морозов В.Г., Никитин И.Г., Осипенко М.Ф., Пасечников В.Д., Сагалова О.И., Хаертынова И.М., Чуланов В.П., Яковлев А.А., Колода Д. Е., Красавина Э.Н., Самсонов М.Ю.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИНГИБИТОРА ПРОТЕАЗЫ НАРЛАПРЕВИРА У ПЕРВИЧНЫХ И РАННЕ ЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С 1 ГЕНОТИПА БЕЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (ИССЛЕДОВАНИЕ 3 ФАЗЫ PIONEER)	3
<i>Абуова Г.Н., Лапишова Т.И.</i>	
ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОРА ЗА ГРИППОМ И ОРВИ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ЭПИДСЕЗОНЕ 2015-2016 ГГ.....	5
<i>Авдеева М.Г., Ганжа А.А., Мелитонян А.С.</i>	
КЛИНИКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИКТЕРОГЕМОМОРРАГИЧЕСКОГО ЛЕПТОСПИРОЗА В ПРОШЛОМ И НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ	7
<i>Авдеева М.Г., Городин В.Н., Гафурова О.Р., Ковалевская О.И., Яковчук Е.Е., Журавлев А.Ю.</i>	
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПОДЪЕМ ВЫСОКОПАТОГЕННОГО ГРИППА А (H1N1) В 2015-2016 гг., ТЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ, ВЛИЯНИЕ НА ИСХОДЫ РОДОВ	10
<i>Агапова Е. Г., Притулина Ю. Г.</i>	
АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРЗ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ГРУППЫ ВОЕННЫХ ПЕНСИОНЕРОВ	14
<i>Агафонов В.М., Бурмагина И.А., Колесникова Е.Е., Веселова Т.М., Вепрева Л.В.</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА ТУЛЯРЕМИИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	16
<i>Аксенова В.А.</i>	
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ НА ПЕРИОД ПОСЛЕ 2015 ГОДА	17

<i>Алымбаева Д.Б., Куватова Д.О., Радченко Е.А., Мамбетова А.И.</i> ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С НА ФОНЕ ГАСТРОДУОДЕНИТА, ВЫЗВАННОГО HELICOBACTER PYLORI	19
<i>Антонова М.В., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г.</i> ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	21
<i>Антонова Т.В., Жевнерова Н.С., Ковалева В.А.</i> ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.....	23
<i>Арбулиева Е.А., Магомедова С.А., Улакаев И.М., Цветкова О.А., Магомедов М.М., Гитинова М.Д.</i> БРУЦЕЛЛЕЗ: ЭПИДСИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....	25
<i>Баранов А.Е., Волобуева С.Ю., Михеева Р.Л., Фоменкова Н.В.</i> РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА 28В В ПРОГНОЗАХ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С.....	27
<i>Баранова И.П., Никольская М.В., Лесина О.Н., Курмаева Д.Ю., Гайфуллин К.М.</i> ЗАВОЗНЫЕ СЛУЧАИ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ PLASMODIUM VIVAX.....	29
<i>Баскаков И.Н., Якимович С.Е.</i> КОНЦЕНТРАЦИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	30
<i>Батырханова С.Т., Абуова Г.Н.</i> БРУЦЕЛЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	32
<i>Белова О.А., Коржов П.Н., Шапошникова Л.И., Котенев Е.С.</i> О ПЕРВОМ ВЫЯВЛЕНИИ ТУЛЯРЕМИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОЛУПУСТЫННОЙ ЗОНЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ В 2015 Г.	34
<i>Белявцева Л.И., Дубянский В.М., Цапко Н.В., Давыдова Н.А.</i> ФЕНОЛОГИЯ МАЛОГО И ГОРНОГО СУСЛИКОВ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФЕНОЛОГИЮ ОСНОВНОГО ПЕРЕНОСЧИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ ЧУМЫ В ИХ ПОСЕЛЕНИЯХ – БЛОХ CITELLORHILUS TESQUORUM WAGN., 1898	36

<i>Беляева Е.В., Борискина Е.В., Ермолина Г.Б., Никифоров В.А.</i> РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ КОАГУЛАЗОНЕГАТИВНЫХ СТАФИЛОКОККОВ, ИЗОЛИРОВАННЫХ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА.....	38
<i>Беляева Н.М., Трякина И.П., Ватутина О.В., Никитина Г.Ю.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЙШМАНИОЗА	40
<i>Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Ескараева М., Турмагамбетова Ф., Мырзаева Г., Тастанбекова Э.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ	41
<i>Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Сарытбекова Л.Л., Усманова Ф., Калжанова А., Мырзабаева Ф.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГУС- СИНДРОМА, ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТЕЧЕНИЯХ ОКИ У ДЕТЕЙ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ	43
<i>Блажняя Л.П., Авдеева М.Г., Угрюмова Л.А., Головчанская К.В., Чернявская О.В.</i> ДИКРОЦЕЛИОЗ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	45
<i>Боженова И.В., Верещагин Н.Н., Корнеев А.Г., Самойлов М.И., Соловых В.В.</i> РАЙОНИРОВАНИЕ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ТЕРРИТОРИЙ ОРЕНБУРЖЬЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	47
<i>Бойцова О.В., Вильчинская И.Д., Штоль И.Н., Томенко С.Р.</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЯМИ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	49
<i>Бондаренко А.Л.</i> ПАТОМОРФОЗ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В КИРОВСКОЙ ОБАСТИ	51
<i>Бондаренко А.Л., Сапожникова В.В.</i> СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕЗЭРИТЕМНОЙ ФОРМОЙ I СТАДИИ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА.....	53
<i>Бондаренко Л.С., Цыганков М.А.</i> ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ РОЛИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С	54

<i>Бончук Ю.С., Нагорная Н.Ю., Онуфриенко И.Н.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ ОДНО ИЗ ГЛАВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	56
<i>Брюханова Г.Д., Городин В.Н.</i> ТРАНСФОРМАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА КОНФИГУРАЦИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ	58
<i>Бутьльченко О.В., Старостенко Е.В., Береснева Р.Е.</i> ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УСКОРЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕПАРАЦИИ.....	62
<i>Быстрицкий Д.А., Милованова И.И., Кулагин В.В., Лебедев П.В., Палагута А.Е.</i> О РАБОТЕ СЛУЖБЫ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ СО СПИД В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	64
<i>Быстрицкий Д.А., Топольская С.В., Бакулкина О.Г., Хасанов Х.А., Кулагин В.В., Городин В.Н., Шевченко Н.П.</i> ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.....	66
<i>Быхалов Л.С.</i> КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВИЧ/ТБ КО-ИНФЕКЦИИ С УЧЁТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ	69
<i>Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзабаева Р.Т., Мамон Н.А., Арсланова Л.В., Хабелова Т.А.</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ	71
<i>Валишин Д.А., Мамон А.П., Мурзабаева Р.Т., Мамон М.А., Асадуллина О.А., Мурзабулатова И.Х., Гайдукевич С.Р., Хасанишина Л.М</i> ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ В Г. УФЕ	73
<i>Васильева И.И.</i> НОВЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С	75

<i>Войтенков В.Б., Вильниц А.А., Скрипченко Н.В., Климкин А.В., Степанов С.Г., Аксенова А.И.</i>	
АКУСТИЧЕСКИЕ СТВОЛОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА.....	77
<i>Волкова В.М., Бургасова О.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛОГО КОНТИНГЕНТА.....	78
<i>Волкова Н.А., Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Соловьев Д.В.</i>	
ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В Г, МОСКВЕ.....	81
<i>Волостнова Е.С.; Исаева Г.Ш.</i>	
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КАК ОСНОВА ОЦЕНКИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ РИСКОВ ОЧАГОВ ГЛПС.....	83
<i>Волынкина А.С., Лисицкая Я.В., Котенев Е.С.</i>	
МОЛЕКУЛЯРНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИРУСА КРЫМСКОЙ-КОНГО ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НА ЮГЕ РОССИИ	85
<i>Воробьева Н.Н., Сумливая О.Н.</i>	
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ	87
<i>Галиева А.М., Вафин А.Ю., Кравченко И.Э.</i>	
АНАЛИЗ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	89
<i>Галиева А.Т., Валишин Д.А., Шайхуллина Л.Р., Дмитриев А.С.</i>	
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	90
<i>Галиева А.Т., Валишин Д.А., Шайхуллина Л.Р., Мингазова Э.М.</i>	
ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	92
<i>Гасанова М.А., Арбулиева Е.А., Магомедова С.А., Тагирбекова А.Р.</i>	
ГРИПП И ОРВИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН В ЭПИДСЕЗОН 2015-2016 гг.	94
<i>Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмина В.Ю., Чакрян А.А., Аврамец Е.В.</i>	
ТЕНДЕНЦИИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РФ	96

<i>Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Шевченко Г.А., Самойлик И.Б.</i>	
К ВОПРОСУ ТRENDA ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРИХОМОНИАЗОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ ВО ВТОРОМ ДЕСЯТИЛЕТИИ XXI ВЕКА	97
<i>Гололобова Т.В., Акимкин В.Г., Шестопалова Т.Н.</i>	
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЧАТОК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ».....	100
<i>Гореликова Е.В.</i>	
СТАНДАРТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЯ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ.....	101
<i>Городин В.Н., Бахтина В.А., Зотов С.В.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ	102
<i>Городин В.Н., Пронин М.Г., Ванюков А.А., Дубина Н.А., Шубина Г.В.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЛЕПТОСПИРОЗА	105
<i>Городин В.Н., Пронин М.Г., Зотов С.В., Бахтина В.А.</i>	
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ	107
<i>Гречухина Т.И.</i>	
ОЦЕНКА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ.....	109
<i>Груздева О.А., Филатов Н.Н., Тартаковский И.С., Марьин Г.Г.</i>	
О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗОМ В РОССИИ.....	111
<i>Девяткин А.В., Кардонова Е.В., Базарова М.В., Карань Л.С.</i>	
ЛИХОРАДКА ЗИКА: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ПРОФИЛАКТИКА.	113
<i>Девяткин А.В., Митюшина С.А.</i>	
ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА.....	115
<i>Дессау М.И., Лиознов Д.А., Журкин А.Т.</i>	
СТИГМАТИЗАЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПРИВЕРЖЕННЫХ И НЕПРИВЕРЖЕННЫХ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ	117

<i>Доброхотский О.Н., Муцак И.П.</i>	
УПРАВЛЕНИЕ БИОРИСКАМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	119
<i>Долбин Д.А., Тюрин Ю.А., Хайрутдинова Э.И.</i>	
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И ПРОТОЗООЗОВ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	121
<i>Должикова И.В., Токарская Е.А., Зубкова О.В., Тухватулин А.И., Джаруллаева А.Ш., Тутыхина И.Л., Шмаров М.М., Пантюхов В.Б., Сыромятникова С.И., Шатохина И.В., Сизикова Т.В., Румянцева И.Г., Андрус А.Ф., Боярская Н.В., <u>Войтюк А.Н.</u>, Кутаев Д.А., Борисевич С.В., Логунов Д.Ю., Народицкий Б.С., Гинцбург А.Л.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ПРИМАТОВ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ВЕКТОРНОЙ ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ЭБОЛА	122
<i>Домашенко О.Н., Черкасова Т.И.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНИНГИТА ИЕРСИНИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ	124
<i>Домашенко О.Н., Скорик Е.Б., Галенко Л.А., Новикова Ю.О.</i>	
ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ	126
<i>Емельянова А.Н., Мороз В.В., Чупрова Г.А., Веселова Е.В., Юрчук С.В.</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАЙМ – БОРРЕЛИОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ	128
<i>Емене Ч.Ч., Хайбуллина С.Ф., Кравченко И.Э., Айбатова Г.И., Лукина Н.В., Ризванов А.А.</i>	
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ.....	130
<i>Епремян Х.Х., Жернов Ю.В., Гринкина С.Д., Корнилаева Г.В., Каминский Г.Д., Пронин А.Ю., Карамаов Э.В.</i>	
МОЛЕКУЛЯРНАЯ ГЕНЕТИКА ШТАММОВ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА-1 ТИПА, РАСПРОСТРАНЕННЫХ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	132
<i>Ермоленко Д.К., Закревская А.В., Желтакова И.Р., Ермоленко К.Д.</i>	
СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ ВИРУСОВ ЭПШТЕЙНА-БАРР У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА	133

Ермолова Н.В.

О НАХОДКАХ КОМАРОВ Aedes (Stegomyia) albopictus SKUSE В НЕКОТОРЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ЧЕРНОМОРСКОГО ПОБЕРЕЖЬЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ.....135

Жаворонок С.В., Арабей А.А., Зновец Т. В., Яговдик Е.Н., Давыдов В.В., Красочко П.А., Кюрегян К.К., Михайлов М.И., Алаторцева Г.И.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Е СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ЖИВОТНЫХ И ЛЮДЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ136

Жаворонок С.В., Мишура В.М., Воропаев Е.В., Солдатенко О.В., Барьяш Т.М., Гутмане В.Р., Стратиенко Д.И., Терешков Д.В., Яговдик Е.Н.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С: ОТ ИНТЕРФЕРОНОВ К ПРЕПАРАТАМ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ...138

Жаворонок С.В., Тумаш О.Л.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЭКСПРЕССИИ АНТИГЕНА FAS/APO-1 (CD 95) НА CD 3,4,8 ЛИМФОЦИТАХ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ141

Жукова Л.И., Шахвердян Ю.Г., Кулагин В.В., Топольская С.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....142

Зайцева Е.А., Попова Л.Л., Константинов Д.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО НВЕАГ-НЕГАТИВНОГО ГЕПАТИТА В143

Заморщиков И.К., Слепцова С.С., Маркова С.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ145

Зиятдинов В.Б., Сабирзянов А.Р., Хакимзянова М.В., Карпова И.А., Зайнутдинова Н.Ф., Карпова И.А.

ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА ИНФЕКЦИОННОЙ И ПАРАЗИТАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.....146

Зыкова О.А., Баранова И.П., Свистунова Н.В., Герсов М.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА А (H1N1) У ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ В ЭПИДСЕЗОНЕ 2015/16 гг.....148

Ирсимбетова Н.А., Долтаева Б.З., Сапарбаева С.М.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСОМП) ЗА 2014-2015 ГОДЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....150

<i>Ирсимбетова Н.А., Сарыпбекова Л.Л., Умирзакова Г.А.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ОКИ) ЗА 2014-2015 ГОДЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	152
<i>Исмаилова С.О., Городин В.Н.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ.....	153
<i>Кабин В.В., Агапов Б.Л., Рыбкин В.С.</i> ЭПИЗОТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ В СЕВЕРНОМ ПРИКАСПИИ.....	155
<i>Кадкина В.А., Кравченко И.Э., Айбатова Г.И., Козлова О.С., Ризванов А.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОХРОМА У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ	158
<i>Карбышева Н.В., Бобровский Е.А., Салдан И.П.</i> ГЕЛЬМИНТОЗЫ КАК СИСТЕМНЫЙ ПРОЦЕСС В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА.....	160
<i>Качина Т.Н., Лиознов Д.А.</i> ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В НИЖНЕИЛИМСКОМ РАЙОНЕ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 1999- 2015 гг.	161
<i>Клетра В.</i> BROAD RESERVOIR HOST RANGE OF HANTAVIRUSES UNDERLINES THEIR ZOONOTIC POTENTIAL	163
<i>Козлов С.Н., Марков Е.Ю., Урбанович Л.Я.</i> ГИАЛУРОНИДАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ VIBRIO CHOLERAЕ	164
<i>Корнева А. В., Николаев В. Б., Иванова Т. А., Мухтургин Г. Б., Старовойтова Т. П., Марков Е. Ю., Мазепа А. В., Попова Ю. О.</i> ПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТОВ КЛЕТОЧНЫХ СТЕНОК ТУЛЯРЕМИЙНОГО МИКРОБА РАЗНЫХ ПОДВИДОВ	165
<i>Котти Б. К.</i> СПЕЦИФИЧНОСТЬ ПАРАЗИТО-ХОЗЯИННЫХ СВЯЗЕЙ ПЕРЕНОСЧИКОВ ЧУМЫ.....	167
<i>Краснова Е.И., Жираковская Е.В., Капустин Д.В., Хохлова Н.И., Соколов С.Н., Тикунова Н.В., Позднякова Л.Л.</i> ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГАСТРОЭНТЕРИТЫ У ВЗРОСЛЫХ.....	169
<i>Креницына Э.В., Демина О.К.</i> БРУЦЕЛЛЁЗ И ПРОБЛЕМЫ ЕГО ДИАГНОСТИКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	171

<i>Круглова О.В., Руденко И.В., Андрушенко О.Н., Сацута С.В., Бондаренко Я.В.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	172
<i>Kruger D.H.</i>	
HANTAVIRUS DISEASE AS A GLOBALLY EMERGING HEALTH THREAT.....	174
<i>Курдин А.А., Амбалов Ю.М., Коваленко А.П., Донцов Д.В., Скрипкина Н.А., Пишеницкая О.А., Бондаренко Л.С.</i>	
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОВЫШЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ КОЖИ И ПОЛИМОРФИЗМОВ ИЛ-28 В У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И ДРУГИМИ ОРВИ	175
<i>Лазаренко Е.В., Шкарлет Г.П., Жильцова А.Ю.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНТОМОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ АБХАЗИЯ С ЦЕЛЬЮ МОНИТОРИНГА ЧИСЛЕННОСТИ И РАЗМЕЩЕНИЯ КОМАРОВ Aedes (Stegomyia) albopictus Skuse, 1895 В ИЮЛЕ 2016 ГОДА	177
<i>Лейбов М.И., Лейбова Н.И., Ермакова И.М.</i>	
КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ	178
<i>Лизонов Д.А., Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Дьячков А.Г., Кирякова Е.А.</i>	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	179
<i>Лунин А.Д., Тихонов Н.Ю.</i>	
ЧС ВЫЗВАННАЯ НАРУШЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ЦИКЛОНА (ТАЙФУНА ЛАНРОК).....	181
<i>Любезнова О.Н., Долгих Д.С., Коледаев А.К.</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИРОДНО- АНТРОПУРГИЧЕСКИХ ОЧАГОВ «КЛЕЩЕВЫХ» ИНФЕКЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПУТНИКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	183
<i>Мананова Э.Р., Фазылов В.Х., Гурьянова С.В.</i>	
КОРРЕКЦИЯ ЦИТОПЕНИИ ПРИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНОТИПОМ 1	185

<i>Марьин Г.Г., Бутаков С.С., Кузин А.А., Жарков Д.А., Николаев Р.В., Волынков И.О., Сибилев В.И.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ	187
<i>Мельникова Г.Н., Пантелеева Л.Г., Шестопалова Т.Н.</i>	
ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ – ПУТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИСМП В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	189
<i>Мойсова Д.Л., Городин В.Н.</i>	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ	191
<i>Моренец Т.М., Черникова Н.В., Поникарева Е.К., Помитун С.С.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ	193
<i>Муцак И.П., Доброхотский О.Н., Бондаренко Н.Л.</i>	
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НА ПРИМЕРЕ МСЧ № 164 ФМБА РОССИИ.....	195
<i>Никифоров В.А., Кряжев Д.В., Княгина О.Н., Красногорская С.Е.</i>	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗЛИЧНЫХ СТАЦИОНАРАХ НИЖНЕГО НОВГОРОДА	198
<i>Николаева Л.И., Беляева Н.М., Сапронов Г.В., Шевченко Н.Г.</i>	
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ IFNL3 И IFNL4	200
<i>Николаева Н.А., Хохлова З.А., Середя Т.В., Гилева Р.А., Бобков С.С.</i>	
СТРУКТУРА ГЕНОТИПОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА С В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ ЮГА КУЗБАССА	202
<i>Николенко В.В., Воробьева Н.Н.</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ НЕ ИНВАЗИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ, ВЫЗВАННЫХ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	204
<i>Никулина М.А., Лубская Н.С., Гранитов В.М., Матрос О.И.</i>	
ВАРИАНТЫ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С	205
<i>Новак К.Е., Калач С.Ю., Эсауленко Е.В., Агафонов В.М., Подгорочная Т.Н.</i>	
АНАЛИЗ МАЛЯРИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В СЕВЕРО- ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2012-2016 ГОДАХ	207

<i>Огошкова Н.В., Дроздова Т.Г., Любимцева О.А., Ханитова Л.В.</i> АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ МАТРИЦ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ И КАТАМНЕЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДОВ	209
<i>Олейникова Е.С., Рябцева А.В.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СКИБ».....	211
<i>Орадова А.Ш., Сапаргалиева А.Д., Шумкова Э.Н., Джардемалиева Н.Ж.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОФЛОРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЛЕЙОМИОМАХ.....	213
<i>Орадова А.Ш., Сапаргалиева А.Д., Шумкова Э.Н., Джардемалиева Н.Ж.</i> ПЦР-ДИАГНОСТИКА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВНУТРЕНЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ	214
<i>Орлов М.Д., Шарухо Г.В., Князева Е.Ф., Юшкова И.Ю., Антонюк Н.В., Абраменко Г.Ю., Дубинина О.В., Фольмер А.Я., Бельтикова А.А.</i> ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСОБО-ОПАСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	215
<i>Отараева Н.И., Отараева Б.И., Гипаева Г.А., Плиева Ж.Г., Дзгоев А.М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КОРЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ В 2015-2016 ГГ....	217
<i>Павелкина В.Ф., Баткова С.В.</i> ОСТРЫЕ СТРЕПТОКОККОВЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ	218
<i>Полукчи Т.В., Абуова Г.Н.</i> НЕПРЯМАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОМЕТРИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ФИБРОЗА ПРИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ.....	220
<i>Полукчи Т.В., Абуова Г.Н.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ А, В, С ЗА ПЕРИОД 2010-2015 гг. В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	222
<i>Прилуцкий А.С., Колесникова А.Г.</i> К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЭНТЕРОВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.....	223

<i>Прислегина Д.А., Малецкая О.В., Василенко Н.Ф., Манин Е.А.</i> СТРУКТУРА «КЛЕЩЕВЫХ» ИНФЕКЦИЙ НА ЮГЕ РОССИИ В 2015 ГОДУ	225
<i>Простомолотов А.О.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ	226
<i>Радченко Е.А., Куватова Д.О., Мамбетова А.И.</i> ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ТЕЧЕНИЕ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	228
<i>Ракитина Е.Л., Гостищева С.Е., Абзаева Н.В., Пономаренко Д.Г., Тюменцева И.С., Афанасьев Е.Н., Костюченко М.В., Иванова Г.Ф., Гаркуша Ю.Ю.</i> ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИХ КЛЕТОЧНЫХ ТЕСТОВ IN VITRO ДЛЯ ОЦЕНКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПРОТИВОЧУМНОГО ИММУНИТЕТА.....	229
<i>Ратникова Л.И., Картополова Е.В.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА ГРИППА	232
<i>Романенко Т.А., Демкович О.О., Калиберда С.В.</i> ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....	234
<i>Романов В.В.</i> О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО- БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ УГРОЗ БИОЛОГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	236
<i>Русанова Д.В., Пономаренко Д.Г., Лисица Д.С., Швец О.Г., Ефанова Н.Д., Бамматов Д.М.</i> АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....	239
<i>Рыцарев Ю.О., Адаменко Л.В., Моренец Т.М., Зотов С.В.</i> АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА И ИСХОДОВ ОТКАЗОВ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	241
<i>Савицкая И.М., Ванюков А.А., Подсадняя А.А., Адаменко Л.В., Пронин М.Г., Еремина Г.А.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ СКИБ 2011- 2015 гг.	243

<i>Самородова А.В., Москвитина Э.А., Тюленева Е.Г.</i> ХОЛЕРА В 2015 ГОДУ: ЭНДЕМИЧНЫЕ ТЕРРИТОРИИ СТРАН МИРА	245
<i>Саркисян Н.С., Пономаренко Д.Г., Ракитина Е.Л., Логвиненко О.В., Костюченко М.В.</i> НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ НОЗОГЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ.....	247
<i>Сарыпбекова Л.Л., Тайжанова М.А., Ирсимбетова Н.А., Алтынбекова А.М.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПО ВИЧ/СПИД ЗА 8 МЯСЯЦЕВ 2016 ГОДА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	249
<i>Севостьянова Т.А., Аксенова В.А.</i> СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ОСЛОЖНЕНИЙ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ/БЦЖ-М В РОССИИ.....	251
<i>Селянская Н.А., Титова С.В., Головин С.Н., Егизарян Л.А., Веркина Л.М., Тришина А.В.</i> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА БИОПЛЁНКИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ	253
<i>Сизова Л.В.</i> РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ В РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	255
<i>Слепцова С.С., Бугаева Т.Т.</i> ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА (клинический пример).....	256
<i>Созинова Ю.М., Подряднова Т.В., Галеева Н.В., Урманчиева Ю.Р., Хаертынова И.М.</i> КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	258
<i>Соцкая Я. А., Хомустьянская Н. И., Шаповалова И. А., И.А. Кузовлева</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЕРСИНИОЗОВ ПРИ ВСПЫШЕЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	261
<i>Соцкая Я.А., Хабарова А.В.</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ.....	263

<i>Стельмах В.В., Козлов В.К.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С	264
<i>Стельмах В.В., Козлов В.К., Прокопенко С.М., Коваленко А.Л.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РЕМАКСОЛОМ ПРИ ЦИРРОЗАХ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	267
<i>Суранова Т.Г.</i> РОЛЬ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В СИСТЕМЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ	269
<i>Тагирова З.Г., Ахмедов Д.Р., Гаджимирзаева З.М.</i> СОСТОЯНИЕ НЕФЕРМЕНТАТИВНОГО ЗВЕНА АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ШИГЕЛЛЕЗАМИ	271
<i>Тагирова З.Г., Магомедов М.М.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ОСТРЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН	273
<i>Таланова Н.М.</i> ОСПА ЖИВОТНЫХ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСПЫ КОРОВ У ЧЕЛОВЕКА	275
<i>Терешин В.А., Заболотный К.Г., Меркулова Н.Ф., Градиль Г.И., Гордиенко А.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ ФОРМ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ	277
<i>Терешин В.А., Заболотный К.Г., Меркулова Н.Ф., Могиленец Е.И., Екимова Н.А</i> ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ ФОРМ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ НА ОСНОВЕ ДИОКСИДА КРЕМНИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	279
<i>Тихомолова Е.Г., Осокина А.А., Жуйкова В.И., Фурсова Е.А., Конякова Е.Л., Коробицын К.Г., Кропанев А.В.</i> ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С	281
<i>Ткаченко Е.А., Дзагурова Т.К., Морозов В.Г., Бахтина В.А., Городин В.Н.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РОССИИ	283
<i>Трунова О.А.</i> ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ В Г. ДОНЕЦКЕ	285

<i>Трякина И.П.</i> МАНИФЕСТНЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У РЕЦИПИЕНТОВ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ	287
<i>Туманова А.Л., Кочетков Н.М.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПИЩЕВОГО КОНЦЕНТРАТА «ЖИВАЯ ХЛОРЕЛЛА» В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	289
<i>Туровский А.Б., Попова И.А., Савостикова М.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РОТОГЛОТКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ СЕМЕЙСТВ HERPESVIRIDAE И PARILLOMAVIRIDAE	291
<i>Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В., Плисецкая Т.А., Перчун И.М., Щербакова Т.В.</i> ГРИПП А У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.....	293
<i>Тюленева Е.Г., Москвитина Э.А., Самородова А.В.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ГОДА ПРИ АНАЛИЗЕ ГОДОВОЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХОЛЕРЫ	295
<i>Тюрин Ю.А., Баязитова Л.Т., Тюпкина О.Ф., Тойменцева А.А., Шамсутдинов А.Ф., Лисовская С.А., Шарифулина А.А.</i> ИДЕНТИФИКАЦИЯ ТАКСОНОВ МИКРОБНЫХ СООБЩЕСТВ ПРЕДДВЕРИЯ И СЛИЗИСТОЙ НОСА МЕТОДОМ MALDI-TOF У БОЛЬНЫХ С РИНИТАМИ	297
<i>Ульянова Я.С., Позднякова Л.Л., Добровольский А.В., Спиридонова Э.А., Есикова Е.Ю., Хохлова Н.И.</i> ГРИПП У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2016 ГОДА.....	299
<i>Федорова Л.С.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СРЕДСТВ И МЕТОДОВ ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ..	301
<i>Хасанова Г.М., Валишин Д.А., Хасанова А.Н., Акмухаметова А.А.</i> ПРОБЛЕМЫ СТИГМАТИЗАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	303

<i>Хасанова Л.А., Мартынов В.А., Чернобавская М.Н., Баренина О.И., Безручко С.А., Бушмелева Е.Ю.</i>	
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ И НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕДСТВИЙ ГНОЙНЫХ И СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ	305
<i>Хохлова З.А., Гилёва Р.А., Серода Т.В., Николаева Н.А.</i>	
СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ВЗРОСЛЫХ.....	306
<i>Цанко Н.В.</i>	
ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩИ РОДА NYALOMMA КОСН, 1844 НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ	308
<i>Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Бакиров С.А., Бакиров И.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОГО ШИСТОСОМОЗА..	310
<i>Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Хунафина Д.Х., Мурзабаева Р.Т., Бурганова А.Н., Галиева А.Т., Кутлугужина Ф.Г.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХОРИОРЕТИНИТА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	312
<i>Шакарян А.К., Деменко В.В., Митрофанова И.В.</i>	
РОЛЬ ЭНТЕРОВИРУСОВ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	314
<i>Шаповалова И.А., Саламех К.А.</i>	
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ	316
<i>Швачкина Н.С., Ковалевская О.И., Книжник Т.А., Зотов С.В.</i>	
ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ «СКИБ»	318
<i>Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Шевченко Г.А., Глузмина М.М., Ланина О.П.</i>	
ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ ЭПИДСИТУАЦИИ ПО УРОГЕНИТАЛЬНОМУ ГЕРПЕСУ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РФ.....	320
<i>Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Шевченко М.Н., Чакрян А.А., Шевченко Г.А., Смирнова Т.И.</i>	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ ВИРУСНЫМИ БОРОДАВКАМИ НА КУБАНИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ	322

<i>Шевченко В.В., Лукьяненко Н.В., Базарова Г.Х., Бобровский Е.А., Сафьянова Т.В.</i>	
СИБИРСКАЯ ЯЗВА – ОСОБО ОПАСНАЯ ИНФЕКЦИЯ НА ТЕРРИТОРИИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ.....	324
<i>Шемиура А.Б., Королева Н.В., Бендус И.В., Милованова И.И., Топольская С.В., Быстрицкий Д.А., Лебедев П.В., Кулагин В.В.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2015 Г.	326
<i>Шеронова О.Б., Гончарова И.А., Мокрицкая А.В., Капустин Д.В., Киселев В.С.</i>	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ВЗРОСЛЫХ В Г.НОВОСИБИРСКЕ	328
<i>Шестопалов Н.В., Гололобова Т.В.</i>	
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ И ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	330
<i>Шестопалов Н.В., Пантелеева Л.Г., Абрамова И.М., Серов А.А.</i>	
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЮ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	332
<i>Шильникова В.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С УЧЕТОМ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ	334
<i>Шип С.А., Ратникова Л.И.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕГЛЮМИНА АКРИДОНАЦЕТАТА И ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	336
<i>Шип С.А., Ратникова Л.И.</i>	
ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РОЖЕ	338
<i>Шкляев А.Е.</i>	
ДИАРЕЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....	339
<i>Шмойлов Д.К., Каримов И.З., Ачкасова Т.А.</i>	
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ГРИППЕ А У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В КРЫМУ	341

<i>Эсауленко Е.В., Сиглаева Л.М., Сухорук А.А., Бигулов В.Н., Иванов И.Б.</i> ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗИНТЕРФЕРОНОВОЙ ТЕРАПИИ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ.....	343
<i>Якимова Т.Н., Максимова Н.М., Маркина С.С., Корженкова М.П., Яцковский К.А.</i> БЛАГОПОЛУЧНАЯ ЭПИДСИТУАЦИЯ ПО ДИФТЕРИИ В РОССИИ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТОГО ВЫСОКОГО УРОВНЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ.....	346

Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания

**МАТЕРИАЛЫ III ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ**

Подписано к печати 14.10.2016. Формат бумаги 60×84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура шрифта тип “Таймс”. Печать офсетная. Тираж 1000 экз. Заказ

Москва, издательство
«Ваш полиграфический партнер»

ISBN 978-5-4253-0853-5

