



**Материалы Межведомственной
научно-практической конференции
«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ –
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, МЕТОДЫ
БОРЬБЫ И ПРОФИЛАКТИКА»**

Под редакцией
д.м.н. А.В. Девяткина и профессора С.Б. Шевченко

28-29 апреля 2015, г. Москва

Министерство здравоохранения Российской Федерации,
Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации,
Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
при участии медицинских служб силовых ведомств



**Материалы Межведомственной
научно-практической конференции
«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ –
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, МЕТОДЫ
БОРЬБЫ И ПРОФИЛАКТИКА»**

Под редакцией
д.м.н. А.В. Девяткина и профессора С.Б. Шевченко

28-29 апреля 2015, г. Москва

**Сборник материалов Межведомственной научно-практической конференции
«Инфекционные болезни – актуальные проблемы, методы борьбы и профилактика»
28-29 апреля 2015 года, г. Москва**

Организаторы конференции:

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Главное медицинское управление
Управления делами Президента Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в
сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Технический организатор конференции и выставки:

ООО «Экспо пресс»

129515, г. Москва, ул. Ак. Королева, д. 13

тел./факс: (495) 617-36-44/79, (499) 758-36-44/79

E-mail: lvov.m.g@inbox.ru

<http://expodata.ru>

В сборник включены тезисы докладов, представленные на Межведомственной научно-практической конференции «Инфекционные болезни – актуальные проблемы, методы борьбы и профилактика».

В тексте настоящего издания сохранены содержание и стиль, использованные авторами представленных материалов. Издатель не несет ответственности за достоверность приведенной информации.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Альварес Фигероа М.В.

ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва, Россия
m.alvarez@cmd.su

Молекулярная диагностика туберкулеза в последние годы получает все более широкое распространение в мире. Основными направлениями использования таких методов являются: 1) обнаружение возбудителя заболевания, 2) его дифференциация до вида, в т.ч. с целью исключения осложнения вакцинации БЦЖ, 3) определение его лекарственной чувствительности, 4) генотипирование клинического изолята для расследования вспышек и выявления источника заболевания.

В последние годы, как в мире, так и в России, появился ряд документов, обосновывающих необходимость и регламентирующих использование этих методов. Для анализа пригодности методов следует помнить, что на практике используются не абстрактные методы, а конкретные методики - наборы реагентов, которые являются многокомпонентными системами, в связи с чем, наборы реагентов разных производителей, даже предназначенные для решения однотипной задачи, значительно отличаются друг от друга по своим диагностическим характеристикам. Существующая общемировая практика ограничивает возможность применения на территории той или иной страны не прошедших национальную регистрацию наборов реагентов. Их тщательная клиническая валидация на планируемой для применения территории является обязательным условием получения разрешения для использования в клинической практике во многих странах мира. В случае успешных испытаний продолжается определение диагностических характеристик наборов реагентов (чувствительности, специфичности, положительного и отрицательного предсказательных значений и др.) в лабораториях практических учреждений здравоохранения при обследовании разных групп населения, включая больных ВИЧ-инфекцией, детей, мигрантов и т.д. Данная информация является наиболее ценной, т.к. именно она отражает практические возможности наборов реагентов с целью более точного определения ниши их применения. Аккумуляция результатов опубликованных исследований, проведенных по однотипному дизайну, позволяет провести метаанализ и сделать окончательное заключение о диагностической эффективности тестов.

В докладе будут рассмотрены диагностические характеристики отечественных и зарубежных наборов реагентов, применяемых для молекулярной диагностики туберкулеза, в контексте использованных для их создания технологий.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Биличенко Т.Н.

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва, Россия

tbilichenko@yandex.ru

Многолетний опыт применения 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины (ППВ23) у населения разных возрастных групп подтвердил, что длительность защиты против пневмококковой инфекции (ПИ) после её введения ограничена и на повторные введения ППВ23 иммунный ответ может быть ниже, чем на первичное. В связи с этим, для эффективной защиты от ПИ пациентов в возрасте старше 50 лет ВОЗ и Европейское медицинское агентство рекомендуют использовать конъюгированную пневмококковую 13-валентную вакцину (ПКВ13). Эта вакцина, благодаря конъюгации антигена с белком носителем, более иммуногенна и способна формировать иммунную память, снижать назофарингеальное носительство, хотя не покрывает наиболее значимые у взрослых серотипы пневмококка. Рекомендуются следующие схемы применения этих вакцин у взрослых: 1) лицам 18-64 лет из групп риска, не имеющим иммунокомпрометирующих состояний (ИКС), рекомендуется ведение 1 дозы ППВ23 без ревакцинации; 2) лицам 18-50 лет из групп риска, при наличии ИКС, рекомендуется вакцинация ППВ23 и последующая ревакцинация ППВ23 через 5 лет после первой дозы; 3) лицам старше 50 лет и без ограничения возраста, при наличии ИКС, рекомендуется однократная вакцинация ПКВ13, однократная вакцинация ППВ23 и ревакцинация ППВ23 через 5 лет после первой дозы ППВ23; 4) лицам с 65 лет как здоровым, так и из групп риска рекомендуется однократная вакцинация ПКВ13 и однократная вакцинация ППВ23. При наличии ИКС таким лицам рекомендуется также ревакцинация ППВ23 через 5 лет после первой дозы ППВ23. Последовательность введения ПКВ13 и ППВ23 и интервалы между ними следующие: 1) если пациент, которому рекомендована вакцинация ПКВ13 + ППВ23, ранее не был привит против ПИ, то его рекомендуется привить сначала ПКВ13, а затем с интервалом не менее 8 недель вводить ППВ23; 2) если такой пациент получил сначала ППВ23, то вакцинация ПКВ13 проводится не ранее 1 года после ППВ23; 3) если пациенту показана ревакцинация ППВ23, то она проводится не ранее 5 лет после предыдущего введения ППВ23, и не ранее 6-12 мес. после ПКВ13.

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ТРИХИНЕЛЛЕЗА

Боброва Н.К.¹, Аитов К.А.¹, Передельская Г.И.², Серых Л.Н.², Белых К.А.²

¹Иркутский государственный медицинский университет;

²Иркутская областная инфекционная клиническая больница, г. Иркутск, Россия

В разные годы в Иркутской области мы наблюдали неоднократные вспышки трихинеллеза, связанные с употреблением мяса бурого медведя и собак.

Приводим пример тяжелого течения трихинеллеза у больного, прибывшего в Иркутск из Якутии. Больной Б., 33 лет, находился на лечении в Иркутской областной инфекционной клинической больнице (ИОИКБ) с 08 по 30.04.14 г. с клиническим диагнозом: Трихинеллез, тяжелое течение, осложненное инфекционно-аллергическим миокардитом, гидроперикардитом, миозитом, миастенией; Сопутствующий: хронический вирусный гепатит С; токсокароз.

Заболел остро в Якутии 10.03.14 г., когда повысилась температура до 39°C, с ознобом, появились чувство жара, ломота в теле. С 15.03.14 г. – отмечает боли в мышцах нижних конечностей, слабость, отеки на лице, верхних и нижних конечностях, туловище. Впервые к врачу обратился в Иркутске 25.03.14 г. и был направлен на стационарное лечение с диагнозом: Острый пиелонефрит, ОПН. Из анамнеза выяснено, что с 02.03.14 г., находился в Якутии, где за неделю до начала болезни неоднократно употреблял в пищу в сыром виде мясо медведя. С 25.03. по 08.04.14 г. находился на лечении в Иркутском ГКБ №1, куда поступил в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, ознобы, чувство жара, редкое мочеиспускание, боли в мышцах, отеки на лице, руках и ногах, температура до 38–39°C.

Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, периодически бредит. Ходит с трудом из-за слабости, отеки на лице и конечностях. Тоны сердца приглушены, ЧСС 140 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт. ст., дыхание везикулярное. При лабораторном обследовании были выявлены АТ к трихинеллам. В ОАК-эозинофилия: 6%, п/я сдвиг до 21%. УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, диффузные изменения в печени, поджелудочной железе. Больной 08.04.14г. переведен в ИОИКБ, где диагноз трихинеллеза был подтвержден. Заболевание протекало с гипоеозинофилией, что затруднило своевременную диагностику. Диагноз был поставлен на 39-й день болезни и назначена этиотропная терапия (альбендазол по 400 мг – 2 раза в день – 13 дней) в комплексе с патогенетической терапией. На 7-й день лечения (46-й день болезни) нормализовалась температура. Больной выписан на 51-й день болезни в удовлетворительном состоянии с клиническим выздоровлением.

Таким образом, особенностью течения трихинеллеза у данного больного явилось тяжелое течение с гипоеозинофилией, инфекционно-аллергическим миокардитом, гидроперикардитом, что послужило причиной поздней диагностики.

ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКАЯ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ДОТ-ИММУНОАНАЛИЗА

**Бойко А.В., Кузнецов О.С., Киреев М.Н., Ерохин П.С., Михеева Е.А.,
Осина Н.А.**

**Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб»
Роспотребнадзора, г. Саратов, Россия**

Одним из направлений по улучшению лабораторной диагностики ВОЗ считает использование иммунохроматографических методов для диагностики инфекционных болезней, позволяющих быстро получить результат анализа без оборудования и специальных навыков. Местом приложения этих методов являются средние и малые лаборатории, а также urgentные ситуации.

В нашей стране использование иммунохроматографических методов регламентировано как для диагностики инфекционных, так и неинфекционных болезней.

В большинстве случаев иммунохроматографические тесты позволяют получать результат анализа только в альтернативной форме.

Целью настоящей работы явилась разработка метода количественной оценки результатов дот-иммуноанализа, не лимитированного наличием специализированного оборудования, и алгоритма его реализации.

На нитроцеллюлозной мембране проведен дот-иммуноанализ с двукратными разведениями иммуноглобулинов. Мембрана оцифрована. Количественный учет нормализованной интенсивности отраженного света (НИОС) проведен с использованием «Универсальной компьютерной программы для количественного учета биохимических реакций», разработанной Киреевым М.Н. с соавт. (2006). Полученный ряд значений НИОС аппроксимируется экспоненциальной функцией. Показано, что концентрация иммуноглобулинов в пробе коррелирует с НИОС на уровне $r = -0,9051$. Зависимость НИОС от концентрации иммуноглобулинов в пробе полностью согласуется с законом Бугера Ламберта-Бера, на закономерностях которого разработаны иные фотометрические методы определения концентраций различных веществ.

Таким образом, предложен метод количественной оценки дот-иммуноанализа, не зависящий от наличия специализированных приборов-регистраторов, и, который может быть реализован на обычной офисной технике (компьютер, сканер).



КЛИНИЧЕСКОЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ББФ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

**Боковой А.Г., Ковалев И.В., Маккавеева Л.Ф., Володина О.А.,
Комаров А.А.**

ЦКБП ФГБУ УДПРФ, г. Москва, Россия

Цель работы. Обосновать показания к применению больших доз бифидум-бактерина форте в комплексном лечении детей больных инфекционным мононуклеозом (ИМ).

Материалы и методы. Обследованы 92 ребенка в возрасте от 2-х до 14 лет, находившихся в детском инфекционном боксированном отделении с диагнозом «инфекционный мононуклеоз», получавших в составе комплексной терапии большие дозы бифидумбактерина форте-ББФ (в зависимости от возраста от 40 до 15 доз на прием три раза в день 5 дней и 1 раз в день 5 дней). Диагностированы типичные легкие (24 ребенка) и средне-тяжелые (68 детей) формы болезней. Исследования, подтверждающие диагноз проведены в клинической лаборатории ЦКБП. Кроме рутинных обследований (общий анализ крови, анализ мочи, анализ кала и т.п.) была проведена ПЦР в крови, слюне, моче для выявления геномов ЭБВ, ЦМВ, ВГЧ-6, определение титров антител М- и G- к выделенным герпесвирусам, иммунологический и интерфероновый статус.

Результаты проведенных исследований. Подтверждена этиологическая роль ЭБВ (у 68 детей), сочетаний ЭБВ, ЦМВ и ВГЧ-6 (у 24 детей), показаны супрессия клеточного иммунитета (снижение % содержания лимфоцитов CD4

и отношения $CD4/CD8 < 1,0$), снижение уровней α - и γ -интерферонов (< 320 ед. и < 64 ед. соответственно). Продолжительность основных клинических симптомов (интоксикация, гипертермия, наложения на миндалины, гепато-спленомегалия, шейный лимфаденит) у детей, получавших ББФ, была достоверно меньше (на 3-4 дня, $p < 0,05$) по сравнению с таковой у больных, получавших только симптоматическую терапию. ПЦР по определению геномов ЭБВ в крови количественным методом, проведенная в крови у 12 детей, получавших ББФ, в динамике на 1-й и 3-й неделе заболевания показала резкое снижение числа копий ДНК ЭБВ у этих больных ко времени выписки из стационара. Величины логарифмов концентрации ДНК ЭБВ на 3-й неделе болезни были существенно меньше таковых на 1-й неделе ИМ ($2,4 \pm 0,72 < 4,55 \pm 0,24$; достоверно, $p < 0,05$).

Выводы.

1. На фоне применения больших доз ББФ у детей больных ИМ существенно уменьшается продолжительность основных клинических симптомов заболевания (интоксикация, лихорадка, наложения на миндалины, гепато-спленомегалия).

2. Большие дозы ББФ подавляют также репликативную активность ЭБВ в остром периоде ИМ, что подтверждается достоверным снижением концентрации в крови ДНК этих вирусов в течение 6-10 дней лечения ($4,55 \pm 0,24 < 2,4 \pm 0,72$; $p < 0,05$).

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДЕМИЧНЫХ И ЗАВОЗНЫХ ТРОПИЧЕСКИХ АРБОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Бутенко А.М.¹, Ларичев В.Ф.¹, Козлова А.А.¹, Сайфуллин М.А.²,
Малышев Н.А.²**

¹ФГБУ ФНИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи Минздрава России «Институт вирусологии им. Д.И. Ивановского»,

²ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1»

В РФ установлена циркуляция 29 арбовирусов. Наиболее актуальными из них являются клещевой энцефалит (КЭ), лихорадка Западного Нила (ЗН), крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) и заболевания группы калифорнийского энцефалита. Для диагностики ЛЗН, КГЛ и КЭ доступны коммерческие ИФА тест-системы (т/с) ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск), и «Евроиммун» (Германия), в которых отсутствуют необходимые контроли, что приводит к регистрации ложноположительных результатов. Диагностикумы «Евроиммун» для детекции IgM антител у больных не отвечают требованиям специфичности. Наилучшими показателями обладают т/с производства ЗАО «Биосервис». Нами разработаны и апробированы т/с для выявления специфических IgM и IgG антител в сыворотках крови людей и антигенов вирусов Синдбис, Чикунгунья, ЗН, японского энцефалита, желтой лихорадки, денге, Усуту, КЭ, КГЛ, Тягиня, Инко, Батаи, неаполитанской и сицилийской москитных лихорадок, Укуниими, Бханджаи Дхори; для выявления IgG антител к вирусам американских энцефаломиелитов лошадей, КГЛ и Батаи у домашних животных. Т/с для диагностики ЛЗН внедрены в производство ЗАО «Биосервис». В 1999-2009 гг. практическим учреждениям РФ было предоставлено 4174 набора для диагностики многих эндемичных и тропических арбовирусных инфекций. Их использование позволило в 1999 г. установить значение вируса ЗН в этиологии вспышки лихорадки ЗН в южном регионе России, затем в Воронежской области. Верифицированы первые случаи в Тульской области. С 1999 г. по 2014 годы по данным Роспотребнадзора в РФ было диагностировано 2284 случая ЛЗН и 1725 случаев КГЛ. В 2012-2014 гг. специфические IgG и нейтрализующие антитела к вирусу ЗН обнаружены у населения Южного и Черноземного регионов России. Данные обследования жителей Татарстана, Тверской, Рязанской, Калужской, Курской и Вологодской областей оказались отрицательными. На основании изучения динамики IgM и IgG антител рекомендована схема лабораторной диагностики ЛЗН и КГЛ. В 2000 г. впервые выявлены случаи КГЛ в Волгоградской области, а также Калмыкии и Дагестане. Применение ИФА-IgM т/с позволило выявить случаи лихорадок Синдбис, Батаи, Тягиня, Инко, москитных лихорадок (впервые в РФ), Укуниими (впервые в мире) и Бханджа (впервые в РФ). В период 2009-2014 были диагностированы 178 верифицированных завозных случаев лихорадок: денге (157), Чикунгунья (10), ЗН (6), москитных лихорадок (3), японского энцефалита (1) среди лиц, госпитализированных в Инфекционную клиническую больницу №1 г. Москвы после возвращения из поездок в тропические страны. У 87,5% больных лихорадкой денге наблюдалась классическая форма болезни у 12,5% геморрагическая форма, в том числе, с тяжелым течением у 3 пациентов. (1,9%).



ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО СЕЗОНА 2014-2015 ГГ. В МИРЕ И РОССИИ

**Бурцева Е.И.¹, Феодоритова Е.Л.¹, Беляев А.Л.¹, Кириллова Е.С.¹,
Трушакова С.В.¹, Мукашева Е.А.¹, Краснослободцев К.Г.¹, Гарина Е.О.¹,
Колобухина Л.В.¹, Меркулова Л.Н.¹, Кистенева Л.Б.¹, Вартанян Р.В.¹,
Малышев Н.А.¹, Федакина И.Т.¹, Львов Д.К.¹, Соминина А.А.²**

¹ФГБУ «Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф.Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва,

²ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

Эпидемический подъем заболеваемости ОРВИ начали страны Северной Америки, где пик активности вирусов гриппа регистрировали в конце декабря 2014 г., частота положительных на грипп проб составила 30,4%. В странах Европейского региона и России рост показателей заболеваемости гриппом и ОРВИ регистрировали в начале 2015 г. с пиковыми значениями в конце февраля - начале марта (частота положительных проб на грипп составила 60,0% и 45,0% соответственно). Отличительной особенностью текущей эпидемии стало доминирование вируса гриппа А (H3N2) во многих странах мира, большая активность вируса гриппа В (с доминированием во Франции и Португалии) и спорадическая активность вируса гриппа А (H1N1) pdm09 (с доминированием в Хорватии, Италии, Нидерландах, Португалии, Словении). Высокая активность А (H3N2) и В определила большую вовлеченность в эпидемию детей и лиц пожилого возраста. Популяция циркулирующих штаммов вирусов гриппа А (H3N2) и В была гетерогенна по антигенным и генетическим свойствам и в большинстве своем значительно отличалась от свойств штаммов, входивших в состав гриппозных вакцин 2014-2015 гг. (А/Техас/50/2012 и В/Массачусетс/2/2012, линии Ямагата-подобных). В связи с этим, в феврале 2015 г. эксперты ВОЗ рекомендовали новый состав гриппозных вакцин на сезон 2015-2016 гг. с включением штаммов, подобных А/Калифорния/7/2009 (H1N1)pdm09, А/Швейцария/9715293/2013 (H3N2), В/Пхукет/3073/2013 (линия Ямагата-подобных) и для четырехвалентных вакцин – В/Брисбен/60/2008 (линия Виктория-подобных). В подавляющем большинстве эпидемические штаммы сохранили чувствительность к антинейраминидазным препаратам и оставались резистентными к адамантанам.



ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВОРА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Вершинина М.Г., Калугина Е.Ю., Пак И.В.

ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Россия
lab.cent.ckb@gmail.com

Инфекции ЦНС протекают тяжело, вызывают осложнения, являются причиной инвалидизации и высокой смертности. В зависимости от локализации процесса подразделяются на энцефалиты, менингиты, миелиты. Этиологическими факторами инфекционных поражений ЦНС выступают бактерии, вирусы, грибы, простейшие. В этиологической диагностике предпочтение должно отдаваться прямым методам выявления возбудителя.

Цель исследования - оценка эффективности внедрения молекулярно-биологического метода в этиологической диагностике инфекций ЦНС и оптимизация алгоритма микробиологического исследования ликвора. В ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ в 2012-2014 гг. бактериологическим методом исследовано 287 образцов ликвора пациентов в возрасте от 0 до 92 лет с признаками общей инфекционной интоксикации и/или диагнозом энцефалит, менингит, миелит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит. Из них методом ПЦР исследовано 84 (29%), методом латекс-агглютинации – 87 (30%) образцов. При бактериологическом исследовании рост микроорганизма получен в 61 образце (21%) с преобладанием возбудителей вторичных инфекций. Исследование методом ПЦР включало определение ДНК/РНК бактериальных (*N.meningitidis*, *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M.tuberculosis*, *L.monocytogenes*), вирусных (*HSV I/II*, *VZV*, *EBV*, *CMV*, *HHV6*, *Enterovirus*), простейших (*T.gondii*) возбудителей нейроинфекций. Положительные результаты получены в 19 (23%) случаях, при этом выявлялись как вирусные (в 15 образцах), так и бактериальные (в 4-х образцах) возбудители. Латекс-агглютинация проводилась только в случае достаточного объема (не менее 1 мл) ликвора. Результаты выявления антигенов бактериальных возбудителей совпали с результатами ПЦР. Таким образом, целесообразным представляется алгоритм, включающий бактериологический посев и ПЦР-исследование.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГЕПАТИТА G У РЕБЕНКА

**Гаврилова Н.И., Краснова Е.И., Васюнин А.В., Голованова М.В.,
Черепанова Н.С.**

Новосибирский государственный медицинский университет;

*Детская городская клиническая больница №3, Новосибирск; ЗАО «Вектор-Бест»,
г. Новосибирск, Россия*

Вирус гепатита G (HGV) встречается среди лиц с рисками парентерального инфицирования (30–43%), и чаще в сочетании с другими гепатотропными возбудителями, реже – в качестве моно-инфекции (А.В. Качко, А.Е. Ершов, И.В. Гаврилова и соавт., 2005). Основным критерием диагностики является наличие РНК HGV в крови. Антитела IgG к HGV (к E2 протеину) обнаруживаются после элиминации вируса из крови, и являются вируснейтрализующими. Возможна и персистенция возбудителя, формирующая течение хронического процесса (Alter MJ, Galla gher M, Morris TT, et al., 1997; W. Hardikar, L.D. Moaven, D.S. Bowden, 1999). В январе 2015 г. в поле нашего зрения попал мальчик 5,5 лет с клиникой острого ни А, ни Е гепатита. Из анамнеза жизни: беременность закончилась плановым Кесаревым сечением; прививки по календарю; в 11 мес. перенес ОКИ, г-энтерит; в 2 г. 10 мес. – ОРЗ, ринофарингит; в 3 г. – стеноз гортани; в 4 г. – аденоидит; в 5,5 лет – ветряная оспа. Ребенок организованный (д/сад). Эпидемиологически – лечение у стоматолога (терапевта и хирурга) в пределах инкубационного периода. Анамнез болезни: острое начало (через 2,5 нед после появления ветряночной сыпи), в течение 1-го дня – рвота 4 р; на 2-й день болезни (дб) – боли в животе, темная моча и снижение аппетита; на 3-й дб – появление иктеричности кожи и склер, госпитализация с диагнозом «ВГА?». Синдром гепатита документировался а) гепато- и спленомегалией (клинически, и по УЗИ); б) билирубинемией до 70 за счет прямого, с нормализацией к 25 дб; в) увеличением АЛТ до 1770–1870–990–627–539 (норма до 39), и АСТ до 1200–1385–253–213–246 (норма до 47) к 4–14–18–21–25дб; г) небольшим увеличением ГГТ до 2–х норм, и ЩФ до 1,5 норм, тимоловой пробы до 1,5 норм с нормализацией к 25 дб. ПТИ оставался в пределах нормы.

ИФА маркеры ВГА и ВГЕ IgM, IgG, ИФА ВГВ, ВГD (все маркеры), ИФА ВГС (скрининг, п/тест и спектр подтверждающий тест) на 4 и 15 дб были отрицательными. ИФА ВЭБ, ЦМВ, ВПГ1 демонстрировали паст-инфекции с наличием высокоавидных IgG ат; ВПГ2, HHV6 и 8 IgG, HIV1,2 отрицательны, ИФА VZV- IgM, gE IgG, IgG положительны, ПЦР РНК ВГА, ДНК ВГВ, РНК ВГD, РНК ВГС, в крови на 4-й и 14дб были отрицательными, ПЦР ДНК ВЭБ, ЦМВ, ВПГ1,2 VZV в крови отрицательны (7 дб). На 14 дб в крови обнаружена РНК HGV (ПЦР). ИФА HGV IgG сум. (21 дб) отрицательны. Первые 3 недели пациент получал гепатопротекторы, далее ему назначен интерферон с рекомендациями последующего амбулаторного мониторинга маркеров ИФА, ПЦР HGV, функциональных показателей печени и, общеклинических данных инфекционистом гепатологом. Таким образом, мы диагностировали у ребенка 5,5 лет редкое течение острого моно-гепатита G (ПЦР РНК HGV +, а-HGVсум-), с незавершенным к настоящему времени процессом, протекающим на фоне ветряночного ВИД. Планируется продолжить противовирусную терапию интерфероном и наблюдение за пациентом в рамках диспансеризации неопределенно длительное время. Также планируется вирусологический и биохимический скрининг контактных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Гараева С.З.

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) остается одной из важнейших проблем неонатологии и акушерства, так как эти дети определяют уровень перинатальной заболеваемости среди новорожденных.

Цель исследования: сравнительная оценка перинатальной заболеваемости детей с задержкой внутриутробного развития в зависимости от клинического варианта.

Под наблюдением находилось 315 доношенных детей с ЗВУР в возрасте от рождения до 1-го месяца: 172 новорожденных с асимметричным вариантом, 143 ребенка – с симметричным вариантом ЗВУР.

У детей с симметричным вариантом ЗВУР частота встречаемости родовых травм больше $74,1 \pm 3,7\%$, чем у детей с асимметричным вариантом – $55,2 \pm 3,8\%$. Шансы возникновения родовых травм при симметричном варианте составляют 2,32 (ОШ = 2,32; 95% ДИ (1,44–3,75); $p2 < 0,001$). У детей с асимметричным и симметричным вариантом ЗВУР сердечно-сосудистые нарушения отмечались в $35,5 \pm 3,6$ и $46,2 \pm 4,2\%$ случаях соответственно.

Инфекционные заболевания у новорожденных с симметричным вариантом ЗВУР встречается достоверно меньше $18,9 \pm 3,3\%$, чем при асимметричном варианте, при этом отношения шансов составляют 0,29 (ОШ = 0,29; 95% ДИ: 0,17 – 0,48; $p2 < 0,001$). Доля геморрагических и гематологических нарушений у детей с симметричным вариантом больше $51,7 \pm 4,2\%$, в сравнении с асимметричным вариантом $15,7 \pm 2,8\%$. Шанс развития при симметричном варианте равен 5,76 (ОШ = 5,76; 95% ДИ: 3,41–9,74; $p2 < 0,001$). Сохраняется высокая заболеваемость детей болезнями органов пищеварения при симметричном варианте ЗВУР $26,6 \pm 3,7\%$, тогда как при асимметричном варианте – $6,4 \pm 1,9\%$, а отношения шансов равны 5,30 (ОШ = 5,30; 95% ДИ: 2,59 – 10,82; $p2 < 0,001$). Эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ у новорожденных с симметричным вариантом встречались достоверно реже $2,8 \pm 1,4\%$, чем при асимметричном варианте – $18,0 \pm 2,9\%$. Шансы формирования этой группы заболеваний составляют 0,13 (ОШ = 0,13; 95% ДИ: 0,05–0,38; $p2 < 0,001$).

Таким образом, высокая частота заболеваемости отмечалась у новорожденных с симметричным вариантом ЗВУР, между тем распространенность инфекционных заболеваний, эндокринных нарушений и нарушений обмена веществ достоверно выше у новорожденных с асимметричным вариантом.



МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИРУСА ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В БЕЛАРУСИ

**Гасич Е.Л.¹, Еремин В.Ф.¹, Черновецкий М.А.², Сосинович С.В.¹,
Домнич М.В.¹, Гущина Л.М.², Лукьяненко И.Г.², Романова О.Н.²**

¹Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии,

²Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологи, г. Минск, Республика Беларусь

Ежегодно в Беларуси выявляется около 3 тыс. новых случаев вирусного гепатита С (ВГС). Особую актуальность эта инфекция приобретает для пациентов со злокачественными заболеваниями. Высокий уровень инфицированности ВГС данной группы пациентов обусловлен приемом препаратов, обладающих иммуносупрессивным действием, частыми парентеральными вмешательствами, массивными гемотрансфузиями; развитием токсического и медикаментозного поражения печени в течение получения полихимиотерапии. Результаты исследования по определению генотипов/подгенотипов ВГС, выполненные методом секвенирования, позволяют установить пути распространения вируса у данной группы пациентов, установить его рекомбинантные формы, выявить родственные связи между вирусами. Данные молекулярно-генетического мониторинга позволяют оптимизировать подходы к терапии и разработать новую стратегию профилактики, направленную на сокращение появления новых случаев заболевания ВГС.

Цель исследования. Дать молекулярно-генетическую характеристику ВГС у детей со злокачественными заболеваниями в Беларуси.

Материал и методы. Было исследовано 211 образцов сыворотки/плазмы крови, полученной от 128 детей со злокачественными заболеваниями (исследовались пробы, отбираемые в динамике). Забор материала осуществлялся на протяжении 2000–2013 гг. Антитела к ВГС были выявлены у 52 пациентов, РНК ВГС – у 46. Методом секвенирования и последующим филогенетическим анализом генотип ВГС определен у 43 пациентов по core/E1 и 28 – по NS5 участкам генома ВГС. Среди обследованных было 40 ($31,2 \pm 4,1\%$) девочек в возрасте от 3 мес. до 24 лет и 88 ($68,8 \pm 4,1\%$) мальчиков в возрасте от 1 мес. до 29 лет.

Результаты исследований. Генотипирование 43 образцов по участку гена core/E1 ВГС показало, что 37 исследованных проб (86,0%) относились к 1b подгенотипу, 3 (7,0%) – к 3a, 2 (4,7%) – к 1a и 1 (2,3%) – к 1d. данные анализа нуклеотидных последовательностей этих же проб по NS5 участку генома ВГС показали аналогичные результаты. Впервые в республике у пациента №2 ОГ обнаружена рекомбинантная 1d/1b форма ВГС, которая по core/E1 участку генома относилась к последовательности 1d, по NS5 – 1b подгенотипу. Впервые проведенные филогенетические исследования 250 образцов 1b подгенотипа ВГС, полученных от пациентов, проживающих в разных регионах Беларуси, показали, что все нуклеотидные последовательности, принадлежащие пациентам с онкологическими и гематологическими заболеваниями, образуют самостоятельные кластерные группы. Полученные данные свидетельствуют, вероятно, об инфицировании разными вариантами 1b подгенотипа ВГС искусственным путем во время гемотрансфузий крови или ее препаратов.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что у ВГС-инфицированных детей со злокачественными заболеваниями 85% всех случаев инфицирования относится к 1b подгенотипу вируса.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МАРСЕЛЬСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Гафарова М.Т., Вербенец Е.А., Алиева Э.Э.

**Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,
г. Симферополь, Россия**

Общепринятыми препаратами для лечения больных марсельской лихорадкой в г. Севастополь и Республике Крым является тетрациклин и доксициклин, которые имеют побочные эффекты. По данным исследований Г.С. Нью показал, что ципрофлоксацин и офлоксацин ингибируют рост риккетсий, в частности *R. conorii*, при концентрациях порядка 0,25 мкг/мл.

Целью нашего исследования было доказать эффективность применения ципрофлоксацина в лечении больных марсельской лихорадкой.

Пациенты и методы. Для изучения эффективности препарата ципрофлоксацин больные были рандомизированы на 2 группы: основная и группа сравнения (контрольная). В исследование были включены 16 человек, получавших ципрофлоксацин и 16 человек, принимавших тетрациклин. Больные первой группы получали ципрофлоксацин в дозе по 500 мг 2 раза в сутки, курс лечения 5–7 дней. Больные второй группы получали тетрациклин по 0,4 г 4 раза в сутки. Клиническую эффективность ципрофлоксацина оценивали по следующим критериям: сроки нормализации температуры, сроки исчезновения интоксикации, сыпи, рубцевания первичного аффекта, а также сроки нормализации показателей крови.

Результаты. При лечении ципрофлоксацином отмечалось снижение продолжительности головной боли и лихорадки, а также миалгии и артралгии, чем при приеме тетрациклина. Средняя длительность сыпи при приеме тетрациклина у больных составила 15,2 дня, а при приеме ципрофлоксацина – 12,9 дня. Длительность первичного аффекта при приеме тетрациклина составила 15,4 дня, а при приеме ципрофлоксацина 14,8 дня. У больных, получивших курс лечения ципрофлоксацином, снижение лейкоцитоза, СОЭ наступала на 5-е сутки, а у больных получавших тетрациклином нормализация показателей крови отмечалось как на 3-и сутки. Изменения биохимические показатели обнаруживались в первый день поступления, не были связаны с приемом лекарственных препаратов, а трактовались как клинические проявления марсельской лихорадки. Препарат имеет отличный профиль безопасности: ни в одном случае не были зафиксированы побочные и токсические эффекты.

Вывод. Полученные результаты позволяют рекомендовать ципрофлоксацин в качестве альтернативного препарата для лечения марсельской лихорадки у взрослых.



ИССЛЕДОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ СИНАНТРОПНЫХ НАСЕКОМЫХ К ИНСЕКТИЦИДАМ

Геворкян И.С., Олифер В.В., Еремина О.Ю.

**ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора, г. Москва, Россия
lrgev83@yandex.ru**

Рыжие тараканы *Blattella germanica* L. (Dictyoptera, Blattellidae) механически переносят возбудителей различных инфекций. Согласно данным, полученным отечественными и зарубежными исследователями, рыжие тараканы переносят более 40 возбудителей различных заболеваний, в т.ч. внутрибольничных инфекций (тиф, кишечные инфекции, аспергиллёз, гепатиты, полиомиелит), а также три вида гельминтов и простейших [Salehzadeh, Tavacol, Mahjub 2007]. Комнатные мухи *Musca domestica* L. (Diptera: Muscidae), распространены повсеместно и передают более 100 возбудителей заболеваний человека и животных, включая бактериальные (сальмонеллез, сибирская язва, бактериальная дизентерия, брюшной тиф, туберкулез, холера и инфантильная диарея), протозойные (амебная дизентерия); 4 вида гельминтов; а также вирусные и риккетсиозные инфекции [Sasaki, Kobayashi, Agui, 2000, Boulesteix, Le Dantec, Chevalier et al., 2005].

В настоящее время проблема усугубляется тем, что возбудители заболеваний человека резистентны к антибиотикам [Wannigama, Dwivedi, Zahraei-Ramazani, 2014, Rahuma, et al., 2005, Macovei, Zurek, 2006], а их механические переносчики устойчивы ко многим инсектицидам из разных химических классов [Рославцева 2006, Gondhalekar, Song, Scharf 2011]. При проведении в Москве мониторинга чувствительности комнатных мух к инсектицидам установлено, что практически все исследованные субпопуляции устойчивы к пиретроидам ($3-140\times$), и фосфорорганическим соединениям ($1-30\times$).

Проведена оценка устойчивости рыжих тараканов субпопуляции R_{MI} собранных на пищевом объекте г. Москвы к инсектицидам из различных химических классов. Установлено, что тараканы высоко устойчивы к пиретроидам ($12,1-51,9\times$), фенилпиразолам ($9,4-12,0\times$), толерантны к фосфорорганическим соединениям ($1,5-5,0\times$), карбатам ($4,1\times$), авермектинам ($3,1-10,0\times$), чувствительны к неоникотиноидам ($0,7-1,0\times$). Выявлено замедленное проявление симптомов отравления у тараканов расы R_{MI} в сравнении с тараканами чувствительной расы.

По-видимому, имеет место мультирезистентность, сопровождающаяся возникновением самых различных механизмов - от поведенческих до генетических (избегание отравленных приманок, возникновение мутаций Kdr-типа, изменение проницаемости кутикулы, изменение активности ферментных систем и др.).

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Гололобова Т.В.

**ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве», г. Москва, Россия
fguz@mossanepid.ru**

Одним из проявлений последствий нарушений противоэпидемических мероприятий является возникновение и распространение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Результаты социологического исследования, проведенного среди руководителей и медицинского персонала медицинских организаций, позволили определить значимость основных факторов, влияющих на обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи в современных условиях и выявить основные проблемные зоны в системе профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, которыми являются:

- недостаточное обеспечение медицинских организаций необходимым современным дезинфекционным и стерилизационным оборудованием, а также дезинфицирующими средствами надлежащей эффективности;
- недостаточный уровень профессиональной подготовки и недостаток медицинского персонала для реализации противоэпидемических мероприятий;
- отсутствие четких инструкций по проведению противоэпидемических мероприятий;
- несоответствие имеющегося оборудования современным требованиям, что, в свою очередь, обусловлено недостаточным финансированием большинства медицинских организаций и др.

Наибольший удельный вес составили недостатки в системе обеззараживания медицинских отходов (83%), обеспеченности ЛПУ дезсредствами и кожными антисептиками (соответственно 71% и 78%), а также по вопросам: контроля качества дезсредств (70%), организации и проведения работ по очистке и дезинфекции систем вентиляции и кондиционирования воздуха (65%), обеспеченности организации инструментарием и изделиями однократного применения (63%).

Анализ состояния стерилизационного оборудования показал, что суммарная доля устаревшего стерилизационного оборудования, имеющегося в арсенале медицинских организаций г. Москвы со сроком эксплуатации более 10 лет, составляет около 70% общей численности.

Наиболее высокий уровень износа воздушных стерилизаторов наблюдается в амбулаторно-поликлинических учреждениях, где в рабочем состоянии находятся только 76,0% аппаратов.

Самый высокий износ паровых стерилизаторов наблюдается в родильных домах: более 20% стерилизаторов отечественного производства требуют замены. В арсенале амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы в рабочем состоянии находятся только 83% аппаратов, в стационарах - 88%. В клинических базах научно-исследовательских институтов - требуют замены 15% аппаратов.

Для совершенствования системы профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, обеспечения эпидемиологической безопасности медицинской помощи и, в целом, безопасности медицинской деятельности необходима разработка и реализация на различных уровнях управления здравоохранением системы мер, включающих развитие информационного обеспечения, совершенствование нормативно-правовой базы, совершенствование системы подготовки и переподготовки кадров и другие.

АСКАРИДОЗ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АСПЕРГИЛЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

**Давис Н.А., Бектимиров А.М.-Т., Рахматова Х.А., Парпиева Н.Н.,
Осипова С.О.**

*Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, НИИ эпидемиологии,
микробиологии и инфекционных заболеваний, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Инвазивный аспергиллез легких (ИАЛ) является частым осложнением туберкулеза легких (ТЛ). Колонизация *Aspergillus spp.* с последующим развитием ИАЛ обусловлена структурными изменениями респираторного тракта, вызывающими стаз воздушного потока, и иммунным дисбалансом, переключающим механизм активации легочных макрофагов с Th1- на Th2-путь (Pages et al., 2012). Ранее нами было установлено, что аскаридоз (Аск) определяется у больных ТЛ в 5 раз чаще, чем в популяции, вызывая снижение показателей клеточного иммунитета и уровня сывороточного ИФН- γ (Давис Н.А. и соавт., 2013), что может рассматриваться как фактор риска, предрасполагающий к колонизации *Aspergillus spp.* Информация о влиянии сопутствующих паразитозов на развитие ИАЛ у больных ТЛ отсутствует.

Цель: оценить влияние зараженности аскаридозом на развитие ИАЛ у больных туберкулезом легких.

Пациенты и методы. Обследовано 30 больных ТЛ с ИАЛ. ТЛ диагностировали на основе клинических, рентгенологических и бактериологических данных, ИАЛ – по выделению культур *Aspergillus spp.* из биоматериала, определению IgG антител к *Aspergillus spp.* (ИФА, тест-система «ООО Вектор-бест», Новосибирск, Россия), рентгенологическим и клиническим данным. Кишечные паразитозы диагностировали методом трехкратной копроскопии.

Результаты и обсуждение. При обследовании 600 больных ТЛ Аск выявлен в $10,0 \pm 1,2\%$ случаев, аналогичный показатель в популяции составлял $2,0 \pm 0,7\%$. Из 30 больных ТЛ + ИАЛ Аск диагностирован в $26,6 \pm 8,0\%$ случаев, достоверно превышая заболеваемость Аск у больных ТЛ ($p < 0,05$), при этом показатель зараженности контактными паразитозами (энтеробиозом и лямблиозом) в этих группах достоверно не отличался. Установлено, что уровень сывороточного ИФН- γ у больных ТЛ + ИАЛ + Аск был достоверно ниже, чем у больных ТЛ и ТЛ + ИАЛ. Поскольку протективный иммунитет у больных ТЛ и ИАЛ является односторонним и основан на Th1- ответе, ассоциированным с повышенной продукцией ИФН- γ (Lass-Florl C. et al. 2013), в отличие от Th2-ответа при Аск, можно сделать вывод, что Аск у больных ТЛ является фактором риска развития ИАЛ.

ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ИНФЕКЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА

Девяткин А.В., Митюшина С.А.

**ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами
Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия
dav-med@yandex.ru**

Территория Московской области на протяжении многих лет является неблагополучной по природно-очаговым инфекциям. Особенное эпидемическое значение для москвичей в период отдыха или выезда за пределы города представляют геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) и клещевой иксодовый боррелиоз (КИБ). Наблюдаются редкие случаи лептоспироза, туляремии. В последние годы в связи с развитием туризма у жителей Московского региона все чаще выявляются завозные природно-очаговые заболевания: лихорадка денге (ЛД), клещевой вирусный энцефалит (КВЭ), лихорадка Западного Нила (ЛЗН).

В 2012-2014гг. в инфекционном стационаре многопрофильной больницы были выявлены местные случаи ГЛПС – 41 больной, КИБ – 36 больных, туляремии – 4 больных; завозные случаи КВЭ – 2 больных, ЛД – 24 больных, ЛЗН – 1 больной. Клинический диагноз инфекционного заболевания во всех случаях подтвержден лабораторно.

Больные ГЛПС были в возрасте от 26 до 70 лет, преобладали мужчины - 77%. У 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 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 2-4 сеанса гемодиализа. Все заболевшие выписаны с выздоровлением.

Больные КИБ были в возрасте от 20 до 78 лет, преобладали женщины - 67%. Наиболее характерным и ранним симптомом была мигрирующая кольцевидная эритема в месте присасывания клеща – у 67% больных, у 54% отмечалась локальная миалгия. Неврологические симптомы (головная боль, парестезии) были выявлены у 25% больных, артралгии – у 21%. Факт присасывания клеща подтвержден 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, 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. Основным 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 за пределы города, в другие регионы страны и за рубеж, необходимо получить у врача-инфекциониста подробную информацию о природно-очаговых инфекциях в зоне будущего пребывания, ранних клинических проявлениях и мерах профилактики.



ЛИСТЕРИОЗ ПОД МАСКОЙ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Девяткин А.В., Вершинина М.Г., Манухин С.А.

**ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами
Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия
dav-med@yandex.ru**

Листериоз – редко диагностируемая инфекционная болезнь, отличающаяся разнообразием клинического течения. Особую клиническое значение имеет листериоз беременных, который в большинстве случаев приводит к тяжелой акушерской патологии и представляет непосредственную угрозу для жизни матери.

Приводим собственное наблюдение неблагоприятного течения листериоза у женщины 33 лет со сроком беременности 14 недель, которая с 28.07 по 31.07.14 г. амбулаторно перенесла острый гастроэнтерит с клиническим улучшением. 2.08.14 г. питалась курицей, хранившейся в холодильнике 2 дня. 03.08.14 г. - t 37,9оС, повторно тошнота, рвота, жидкий стул. С диагнозом пищевая токсикоинфекция 04.08.14 г. госпитализирована в инфекционное отделение.

4 - 7.08.14 г. t 38 - 39оС, сухость во рту, тошнота, дискомфорт в животе, жидкий стул. В анализе крови 4.08 лейкоц. 7,6 тыс., нейтр. 88% п/я – 7%. Посевы кала на кишечную группу 4 и 5.08.14 г., ПЦР кала на кишечные вирусы и бактерии отрицательные. 6.08.14 г. после консультации гинеколога назначены цефтриаксон и метрогил в/в. 07.08 появились тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. В анализе крови 7.08: лейкоц. 17,1 тыс., нейтр. 90%, п/я 15%. Диагноз акушера-гинеколога: Хориамнионит. Неразвивающаяся беременность, поздний самопроизвольный выкидыш. Переведена в роддом для вакуум-аспирации матки. 08.08.14 г. возвращена в инфекционное отделение. В посевах крови 7 и 9.08.14 г. и мазке из влагалища 7.08.14 г. обнаружена *Listeria monocytogenes*. Назначен трифамокс 4.5 г/сут. в/в и амикацин 1г/сут. в/в. Температура нормальная с 11.08.14 г. В крови 14.08.14 без патологии. Выписана 15.08.14 г. В тканях удаленного плода также обнаружены листерии.

В представленном клиническом случае острый листериоз у беременной женщины, протекающий вначале под маской пищевой токсикоинфекции, привел к трансплацентарному заражению и гибели плода, а затем к вторичному заражению женщины с развитием у нее сепсиса, что описано в иностранной литературе как «пинг-понг» эффект листериоза беременных. Прерывание беременности и назначение эффективных антибиотиков спасло жизнь женщины.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И ДРУГИМИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В МИНУВШЕМ ЭПИДСЕЗОНЕ

Девяткин А.В., Извозчикова Н.В.

**ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами
Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия
dav-med@yandex.ru**

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются самыми частыми и распространенными инфекционными заболеваниями человека. Наиболее тяжело они протекают при развитии осложнений, главным из которых является внебольничная пневмония.

Целью работы явился анализ течения внебольничной пневмонии у больных гриппом и другими острыми респираторными вирусными инфекциями, госпитализированных в 2014-2015 гг.

Обследовано 366 больных гриппом и другими ОРВИ в возрасте от 16 до 92 лет. Мужчин 47%, женщин - 53%. Преобладали больные молодого и среднего возраста (до 40 лет) - 56%. Для этиологической верификации респираторных вирусов у всех больных проводилась ИФА и ПЦР-диагностика. У 41 больного диагноз гриппа подтвержден лабораторно; вирус гриппа серотипа А был обнаружен у 36 больных, вирус гриппа серотипа В у 5.

У 320 (87%) больных течение гриппа и других ОРВИ протекало с осложнениями. Доминировали бронхо-легочные осложнения, среди которых пневмония была выявлена у 157 больных (49%), бронхит - у 91 (28%), острые синуситы - у 26 (8%). По клиническим и рентгенографическим данным двусторонняя пневмония была у 21% больных, правосторонняя - у 60% больных, левосторонняя - у 19% больных. Пневмококк выделялся из мокроты почти у половины обследованных.

Тяжелое течение вирусно-бактериальной пневмонии, потребовавшей проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), было у одного больного 32 лет, который поступил в инфекционное отделение 31.01.15, через 2 дня переведен в отделение общей реанимации, 19.02.15 г. вернулся в отделение и 6.03.15 г. выписан домой в удовлетворительном состоянии с полным разрешением пневмонии. Проведено 34 койка/дня, из них 17 дней в отделении реанимации с ИВЛ через трахеостому.

Клинический диагноз: Грипп, вызванный вирусом серотипа А (субтип H1N1pdm09), тяжелое течение, осложненный острой двухсторонней субтотальной пневмонией, дыхательной недостаточностью III ст. В мазках из носа методом ПЦР обнаружена РНК вируса гриппа А (H1N1 pdm09), из смывов с бронхов рост клебсиеллы пневмонии, зеленого стрептококка, кандиды. Больной получал тамифлю, комбинированную антибактериальную терапию (последовательно и в комбинациях авелокс, меронем, ванкомицин, сульперазон, амикацин, рифампицин).

Таким образом, внебольничные пневмонии на фоне тяжелого течения гриппа характеризовались бурным прогрессированием инфильтративного поражения легких. У 21% больных развилась двусторонняя полисегментарная или субтотальная пневмония, потребовавшая назначения комбинированной антибактериальной и противовирусной терапии.

Ранняя клиническая и лабораторно-инструментальная диагностика осложнений гриппа и других ОРВИ, а также их своевременное адекватное лечение способствовали быстрому и полному клиническому выздоровлению больных.



ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Девяткин А.В., Богомолов Б.П., Митюшина С.А.

**ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами
Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия
dav-med@yandex.ru**

Инфекционная служба многопрофильной клинической больницы предназначена для оказания экстренной специализированной медицинской помощи инфекционным больным, обеспечения противоэпидемических мероприятий и осуществления консультативной работы. Возможности крупного многопрофильного стационара позволяют использовать современные методы лабораторной и инструментальной диагностики, привлекая для дифференциальной диагностики специалистов различного профиля.

Структура инфекционной службы больницы состоит из трех инфекционных отделений для взрослых и детского инфекционного отделения. Коечный фонд в 2014 г. сократился с 120 до 104 коек, размещенных в 39 боксах и 17 полубоксах. Укомплектованность штатного расписания врачами-инфекционистами составляет 90%, медицинскими сестрами – 92% (27 врачей-инфекционистов и 77 медицинских сестер).

Инфекционные заболевания у 3159 больных в 2014 г. были представлены различными нозологическими формами. Лидирующую группу составили 1063 больных острыми респираторными вирусными инфекциями и гриппом (34%), на втором месте – 928 больных острыми кишечными инфекциями (29%), на третьем месте – 388 больных герпес-вирусными инфекциями (12%), сразу за ними 372 больных стрептококковыми инфекциями (12%). По сравнению с 2013 г. количество больных ОРВИ и гриппом, острыми кишечными и стрептококковыми инфекциями уменьшилось. По сравнению с 2013 г. увеличилось почти на 50% (124 больных) число случаев вирусных гепатитов, 66% среди них составил гепатит А, 16% гепатит В, 10% – гепатит С, 2% – гепатит Е.

Среди обследованных больных респираторными вирусными инфекциями грипп был верифицирован в 8% случаев, парагрипп и аденовирусная инфекция – в 2-3 % случаев. Благодаря широкому внедрению в лабораторной службе больницы молекулярно-биологического метода верификации возбудителей кишечных инфекций существенно (до 42%) сократилась доля нерасшифрованных случаев ОКИ. Доминирующую группу составили вирусные гастроэнтериты – 28%, сальмонеллез – 11%, шигеллез (бактериальная дизентерия) – 2%.

Заслуживает серьезного внимания увеличение количества взрослых больных с лабораторно подтвержденным диагнозом корь – 28 чел, случаев ветряной оспы у взрослых – 26 больных. По-прежнему вызывают серьезную озабоченность случаи выявления ВИЧ-инфекции у госпитализированных больных. В 2014 году этот диагноз был установлен у 11 больных в инфекционных отделениях и у 10 больных в неинфекционных отделениях больницы. Чаще всего у больных имелись признаки вторичных заболеваний, связанные со СПИДом.

Среди природно-очаговых инфекционных болезней Московского региона диагностированы 18 случаев геморрагической лихорадки с почечным синдромом, 7 – клещевого иксодового боррелиоза, 1 – туляремии. Среди завозных болезней – 4 случая классической лихорадки Денге, 1 случай малярии. У 94 больных были установлены смешанные инфекции в различных сочетаниях. Случаев смерти от инфекционных заболеваний в 2014 году не было.

Врачами-инфекционистами в 2014 г. было проведено 2055 консультаций в различных отделениях больницы, у диагностически сложных больных состоялся 71 консилиум с их участием. На клинической базе инфекционного корпуса функционирует курс инфекционных болезней, проходят подготовку студенты МГУ им. М.В. Ломоносова, клинические ординаторы и врачи-терапевты курсов усовершенствования кафедры семейной медицины Учебно-научного медицинского центра УД Президента РФ.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ И ПЕРСПЕКТИВА СОЗДАНИЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ЭТОЙ ИНФЕКЦИИ

Дзагурова Т.К.

ФГБНУ «Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова»,
г. Москва, Россия
evgeniytkach@mail.ru

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), систематическое изучение которой было начато в нашей стране более 75 лет тому назад, и в современный период продолжает играть важную роль в патологии человека на территории Евразии. ГЛПС представляет собой природно-очаговый нетрансмиссивный зооноз, возбудители которой (Хантаан, Пуумала, Сеул, Амур, Куркино и Сочи) объединены в род *Hantavirus* в семействе *Bunyaviridae*, который насчитывает к настоящему времени более 40 генетически и иммунологически различающихся видов хантавирусов. К ним относятся не только патогенные для человека хантавирусы, но также вирусы с неустановленной к настоящему времени эпидемиологической значимостью.

Установлены клинико-эпидемиологические различия ГЛПС, этиологически обусловленной разными видами хантавирусов. Так, клиническое течение ГЛПС у больных, заразившихся вирусом Куркино в Центральной России, имело определенные отличия от клиники ГЛПС, вызванной вирусом Пуумала в Башкирии, касающиеся частоты проявления тех или иных симптомов. Однако обе формы хантавирусной инфекции протекали значительно легче, по сравнению с таковой у больных, инфицированных вирусом Хантаан на Дальнем Востоке и вирусом Сочи в Краснодарском крае. Более тяжелое клиническое течение заболевания ГЛПС у больных, заразившихся вирусами Хантаан и Сочи, можно объяснить, по-видимому, более высокой вирулентностью этих вирусов.

Таким образом, под названием ГЛПС существуют этиологически, эпидемиологически и клинически отличающиеся хантавирусные инфекции.

До сих пор неспецифическая профилактика в очагах ГЛПС ограничивается дератизационными мероприятиями. Несмотря на определенную эффективность, дератизационные мероприятия обходятся довольно дорого и, кроме того, их применение обеспечивает лишь кратковременное снижение численности грызунов на обработанных территориях и не решает проблемы ликвидации природного резервуара хантавируса.

Наиболее эффективным методом борьбы с ГЛПС является вакцинопрофилактика, что было продемонстрировано на протяжении последних 20 лет в Китае, Южной и Северной Корее. Однако вакцины против ГЛПС, производимые в этих странах на основе вирусов Хантаан и Сеул, не обладают защитным действием против вируса Пуумала – основного возбудителя ГЛПС у жителей европейской части России, на которую приходится около 98% всей заболеваемости, регистрируемой в России.

Проведенная нами адаптация вирусов Пуумала и Добrava к сертифицированной в ГИСК им. Л.А. Тарасевича перевиваемой культуре клеток VERO и возможность использования данной культуры в качестве культуры-продуцента, аттестация вакцинных штаммов в соответствии с международными требованиями, оптимизация условий концентрирования, очистки и инаktivирования вирусов, а также разработка методов контроля позволили создать культуральную, бивалентную, инаktivированную, концентрированную, очищенную, сорбированную вакцину против ГЛПС.

РОЛЬ ГЕПАТОТРОПНЫХ ВИРУСОВ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дмитриева Т.Г., Саввина В.А., Алексеева С.Н.

**Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета
им. М.К. Аммосова, г. Якутск, Россия**

Цитомегаловирусная инфекция была диагностирована у 21 новорожденного. Проведенный анализ частоты встречаемости факторов риска реализации ВУИ показывает, что отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, патологическое течение беременности и родов наблюдались в 100% случаев. Новорожденные с ЦМВ отличались низким весом при рождении $2939,1 \pm 704$. У половины новорожденных оценка по шкале Апгар в среднем составил $6,5 \pm 1,5$. Состояние при рождении оценивалось как тяжелое у 11 детей (52,3%). Реанимационные мероприятия при рождении проводились 8 новорожденным (38%). У всех новорожденных с ЦМВ было отмечено полиорганное поражение. Перинатальное поражение головного мозга диагностировалось в 80,9% случаях (17 детей). Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 11 пациентов (52,3%). Патология органов дыхательной системы составила 38% (8 новорожденных). Поражение ЖКТ в виде некротического энтероколита наблюдалось у 3 пациентов (14,2%). Гепатомегалия у новорожденных с ЦМВИ отмечена у 19 детей (90,4%). При этом визуально желтуха отмечалась у 9 детей (42,8%), из них у 5 детей (28,5%) имела место клиника холестаза. Клинические признаки острого гепатита отмечены у 12 детей (57,1%). Как правило, синдром желтухи и гиперферментемия появлялись на 2 неделе жизни ребенка. Клиника имела волнообразное, длительное течение.

Достоверно диагностировано 2 случая внутриутробного вирусного гепатита В, вирусный гепатит С диагностирован у 4 детей. У всех 6 женщин имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Состояние 4 новорожденных при родах расценивалось как удовлетворительное, 2 – как средней тяжести. В периоде новорожденности у всех детей отмечалась умеренная гепатомегалия. Диагноз был установлен на основании выделения у 2 детей HbsAg, у 3 новорожденных RNA HCV в первый месяц жизни и в 1 случае – в возрасте 36 дней. Клиническая картина гепатита развивалась со второго месяца жизни. Состояние 2 пациентов было расценено как острый гепатит средней степени тяжести (1 – ОВГВ и 1 – ОВГС), 4 – как легкой степени тяжести.

Заключение. Особую значимость в диагностике и верификации вирусных инфекций, прогнозировании осложненного течения и исходов беременности, имеет выбор современных лабораторных и инструментальных методов, определение алгоритма обследования. Необходимо введение в практику четких алгоритмов скрининга женщин, планирующих беременность и беременных на гепатотропные вирусы.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ БАКТЕРИЙ И ПУТИ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Егоров А.М.^{1,2}, Рубцова М.Ю.¹, Григоренко В.Г.¹

¹ Химический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

² Кафедра микробиологии Российской медицинской академии постдипломного образования, Москва, Россия

Рост числа инфекционных заболеваний, вызываемых патогенными бактериями, является острой проблемой для всего мира. Эта проблема существенно осложняется вследствие распространения антибиотикорезистентных штаммов среди возбудителей как внутрибольничных, а в последнее время и внебольничных инфекций. Это значительно осложняет выбор правильной тактики лечения. Исследование механизмов возникновения резистентности к антибиотикам является важной проблемой микробиологии.

В настоящее время наиболее широко применяемыми антибиотиками являются бета-лактамы, механизм действия которых заключается в нарушении процессов синтеза клеточной стенки бактерий. Наиболее распространенным механизмом устойчивости к бета-лактамам является синтез ферментов бета-лактамаз, гидролизующих бета-лактамное кольцо антибиотика. По своей структуре и субстратной специфичности бета-лактамазы очень разнообразны, они разделяются на несколько молекулярных классов. Бета-лактамазы характеризуются высокой мутабельностью, что является следствием общебиологического механизма адаптации микроорганизмов к действию антибиотиков.

В докладе будут представлены подходы к преодолению резистентности, связанные с поиском новых ингибиторов. Существующие ингибиторы бета-лактамаз обладают довольно узкой специфичностью. Новый подход состоит в анализе структурных особенностей бета-лактамаз и поиске поверхностных центров регуляции их активности.

Также будут представлены результаты разработки и использования олигонуклеотидных микрочипов на различных носителях для идентификации генетических детерминант резистентности, относящихся к наиболее распространенным генам бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) и карбапенемаз.



ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ

Запольских А.М.¹, Михеева И.В.¹, Ярмольская М.С.², Базарова М.В.³

¹ФБУН Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии
Роспотребнадзора,

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве»,

³ГБУЗ Инфекционная клиническая больница №1 Департамента здравоохранения
г. Москвы, г. Москва, Россия

anna-197@yandex.ru

Вакцинация является наиболее эффективным средством защиты восприимчивых людей от гриппа, а так же способствует снижению циркуляции вируса среди населения. В настоящее время вакцинация в Москве и Российской Федерации в целом осуществляется в группах риска. Нами установлена обратная средней силы корреляционная связь между охватом профилактическими прививками против гриппа и заболеваемостью ($r=-0,72$) и смертностью ($r=-0,72$) от этой инфекции (проанализировано 15 сезонов: с 1997-1998 до 2011-2012 гг.), т.е. увеличение охвата вакцинацией против гриппа в группах риска приводит к снижению заболеваемости и смертности от этой инфекции.

Результаты изучения иммуноструктуры населения Москвы к актуальным возбудителям гриппа в сезонах 2009-2010, 2010-2011 и 2011-2012 гг. совпадают с данными об этиологической структуре этой инфекции: к началу эпидемии гриппа А (H1N1)pdm09 в октябре 2009 г. среди обследованных лиц не было иммунных к данному возбудителю. За два сезона эпидемической заболеваемости гриппом А (H1N1)pdm09 и два цикла вакцинации удельный вес серопозитивных к данному вирусу лиц возрос в конце сезона 2009-2010 гг. до 10% от числа обследованных, а к концу сезона 2010-2011 гг. вырос в 3,2 раза и достиг 28,9%. В сезоне 2011-2012 гг. среди обследованных выявлено 20,7% лиц, защищенных от этого возбудителя. В начале и в конце сезона доля серопозитивных к вирусу гриппа А (H1N1)pdm09 не изменилась, несмотря на почти полное отсутствие положительных находок данного вируса у больных гриппом и ОРВИ. Этот факт можно объяснить проведением кампании массовой вакцинации населения «пандемическими» вакцинами. Данный вывод подтверждается достоверным снижением доли серопозитивных к вирусу гриппа А (H1N1) лиц в сезоне 2010-2011 гг. в условиях отсутствия циркуляции вируса гриппа А (H1N1) и исключения его из состава противогриппозных вакцин в сезоне 2010-2011 гг.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2010-2012 ГГ.

Иванова Е.В.

ФГУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г.Москва, Россия

eivanova1@yandex.ru

Проведен анализ заболеваемости и смертности взрослого трудоспособного населения Российской Федерации (РФ) по причине болезней органов дыхания (БОД) в 2010-2012 гг. по данным официальной статистической информации Минздрава России и Росстата.

В 2012 г. в структуре общей заболеваемости (ОЗ) в РФ БОД занимала второе место (20209,7 на 100 тыс. взрослого населения). Самые высокие показатели ОЗ регистрировались в Северо-Западном (24193,9; $p < 0,001$) и Приволжском (21801,4; $p < 0,001$) федеральных округах. В 2012 г. в структуре ОЗ взрослого населения лидирующее место занимали острые заболевания - острый ларингит и трахеит (1779,2) и пневмония (374,1 случаев), а среди хронических болезней - хронический бронхит (1614,8), бронхиальная астма (889,9), ХОБЛ и бронхоэктатическая болезнь (668,1), интерстициальные, гнойные лёгочные болезни и болезни плевры (27,1 случаев). За 2010-2012 гг. наблюдался незначительный рост ОЗ БОД в РФ ($p < 0,001$). Достоверный прирост показателей зафиксирован в СЗФО (17%), ПФО (9%), ЦФО (1%).

Смертность трудоспособного населения РФ по причине БОД в 2012 г. занимала пятое место в структуре смертности от всех причин (26,9 случаев на 100 тыс. населения трудоспособного возраста). Коэффициент смертности (КС) у мужчин превышал аналогичный показатель у женщин в 4,6 раза (43,4 и 9,5 соответственно). КС от пневмоний в 2012 г. составил 20,2 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста. В структуре смертности 75% всех случаев обусловлено пневмониями. В Дальневосточном федеральном округе отмечались наиболее высокие КС от БОД (40,6) и пневмонии (34,1). За 2010-2012 гг. отмечалась устойчивая тенденция к снижению смертности трудоспособного населения от БОД, от пневмонии тенденции к снижению не было.



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ МАРКЕРОВ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ

Ивашкина С.Г.

Компания «Кормей Русланд», г. Москва, Россия
sivashkina@cormay.ru

Лабораторные исследования часто играют ключевую роль при постановке диагноза инфекционного заболевания. Серологические исследования наиболее распространенных и социально значимых инфекций в настоящее время автоматизированы. Но анализ многих маркеров, особенно редких инфекций, ряд лабораторий по-прежнему выполняет в ручном формате. Использование ручных методик приводит к существенному негативному влиянию субъективного фактора на получаемый результат.

Для решения этой задачи разработан анализатор Chorus, позволяющий проводить единичные исследования в полностью автоматическом режиме, минимизирующем возможность аналитической ошибки.

В меню тестов автоматического иммуноферментного анализатора Chorus (Diesse, Италия) входит широкий спектр серологических маркеров инфекций. Это маркеры инфекций, входящих в TORCh-комплекс с дифференциацией по классам иммуноглобулинов и возможностью определения авидности, полный спектр маркеров инфекции Эпштейна-Барр, маркеры напряженности иммунитета к широкому спектру детских инфекций и многие другие.

Уникальной возможностью прибора является автоматизация проведения реакции связывания комплемента, с помощью которой можно проводить исследование редких инфекций (листериоз, лептоспироз и т.д.).

Прибор позволяет определять также широкий спектр показателей аутоиммунных процессов. Известно, что ряд инфекционных агентов могут являться триггерными факторами при запуске аутоиммунной реакции. Таким образом, возможно проведение комплексного исследования всех основных маркеров инфекционных и аутоиммунных процессов на одной аналитической платформе.

Каждый анализ проводится в отдельном стрипе, представляющем собой готовую реагентную систему. Такая аналитическая система обеспечивает высокое качество и точность получаемых результатов. Автоматизация устраняет необходимость рассматривать и валидировать каждый отдельный результат, ведет к сокращению рабочих мест, снижению расхода материалов и трудозатрат, числа ошибок, увеличению безопасности пациента и оператора.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ МОНИТОРИНГА, ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ ТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Карань Л.С.

ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора РФ

karan@pcr.ru

Отличительной особенностью обширной группы трансмиссивных инфекций является передача возбудителей (вирусов, бактерий, простейших) через кровососущих паразитов: вшей, блох, moskitov, комаров, клещей и др. Эволюция вирусов и бактерий происходила неотрывно от эволюции переносчика. Так сложилась группа иксодовых клещевых инфекций, возбудители которых передаются клещами рода *Ixodes*: клещевой энцефалит, энцефалит Повассан, иксодовые клещевые боррелиозы, гранулоцитарный анаплазмоз человека, моноцитарный эрлихиоз человека, Ку-лихорадка, бартоinelлези некоторые риккетсиозы группы клещевых пятнистых лихорадок. Существуют возбудители клещевых инфекций, в основном связанные с другими группами иксодид, клещами рода *Dermacentor*: риккетсии группы клещевых пятнистых лихорадок, омской геморрагической лихорадки, туляремии. Такая инфекция, как эндемический (крысинный) сыпной тиф (*R. typhi*) связана с блохами, вшами и гамазовыми клещами и передается при контакте кожи человека с фекалиями эктопаразитов, загрязненных риккетсиями. В случае эпидемического сыпного тифа (*R. prowazekii*) резервуаром инфекции всегда является больной человек, передача осуществляется через платяных вшей и заражение при этом происходит путем втирания инфицированных экскрементов вшей при расчесах. В последние годы мониторинг инфекций, передаваемых клещами в природных очагах, все чаще проводится с использованием молекулярных методов. Индивидуальное исследование переносчика с целью профилактики заболевания, которое может развиться вследствие передачи возбудителя, также осуществляется путем обнаружения РНК/ДНК патогенных вирусов и бактерий. Профилактика сыпного тифа и малярии напрямую будет зависеть от выявления и полного излечения больных, и здесь одним из наиболее чувствительных методов диагностики и оценки эффективности терапии является ПЦР. Молекулярные методы также хорошо зарекомендовали себя и в диагностике геморрагических лихорадок: крымской и омской геморрагических лихорадок; а также лихорадок денге и чикунгунья, возбудители которых передаются комарами; в диагностике боррелиоза, связанного с *B. miyamotoi*; риккетсиозов из группы клещевых пятнистых лихорадок; Ку-лихорадке. Диагностическая чувствительность ПЦР метода здесь составляет 70-100%.



ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ

Кареткина Г.Н.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ГКУЗ ИКБ№1, г. Москва, Россия
karetkinagn@mail.ru

ОРВИ, количество возбудителей которых исчисляется сотнями, и в первую очередь грипп, являются и медицинской, и социальной проблемой мирового масштаба. В последние эпидсезоны наблюдается одновременная циркуляция нескольких типов и подтипов вируса гриппа А, включая пандемический. В эпидсезоне 2013-14 гг. в РФ выделяли одновременно как вирусы гриппа разных типов, так и другие возбудители ОРВИ. Несмотря на накопленный многолетний опыт лечения, в прошедшем эпидсезоне в РФ зарегистрировано 32 летальных исхода от гриппа, в том числе от гриппа А/Н1N1 pmd -29, гриппа А/Н3N2- 2 и В-1. Последнее особенно тревожно в связи с увеличением количества выделяемых в текущем эпидсезоне 2014-15 гг. именно вируса типа В, а также принимая во внимание регистрацию в последние годы летальных исходов не только от гриппа, но и от других ОРВИ (РС-вирусной, аденовирусной инфекции, метапневмовирусной и др.). Не исключена вероятность завоза в РФ и новых возбудителей тяжелых ОРВИ (ТОРИ) - коронавируса ближневосточного респираторного синдрома, высокопатогенных вирусов гриппа птиц и др. Вышеизложенное аргументирует необходимость эффективной профилактики и лечения гриппа и ОРВИ. В течение последних лет для лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ как у взрослых, так и у детей старше 3-х лет с успехом применяется новый отечественный препарат кагоцел, относящийся к индукторам интерферона. В частности, среди 580-и медработников ИКБ № 1, имевших тесный контакт с больными пандемическим гриппом в 2009 г. и принимавших с профилактической целью кагоцел, случаев заболевания гриппом не зарегистрировано (кроме одной медсестры, переболевшей в легкой форме). Клиническая эффективность кагоцела проявляется в укорочении (по сравнению с плацебо) продолжительности лихорадки, интоксикационного и катарального синдромов вне зависимости от конкретного возбудителя гриппа или ОРВИ. Кагоцел имеет высокий профиль безопасности, удобен в применении, эффективен при назначении вплоть до 4-го дня от начала болезни. Входит в список ЖНВЛП и в стандарты Минздрава России по лечению гриппа.

ГОСПИТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2014-2015 ГГ.

Колобухина Л.В.¹, Бурцева Е.И.¹, Кружкова И.С.¹, Кистенева Л.Б.¹, Меркулова Л.Н.¹, Вартанян Р.В.¹, Трушакова С.В.¹, Кириллова Е.С.¹, Краснослободцев К.Г.¹, Базарова М.В.², Малышев Н.А.², Филлипова О.А.²

¹ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России Институт вирусологии им. Д.И. Ивановского, г. Москва,

²ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, Россия

Целью работы являлся госпитальный мониторинг (эпидемиологический, клинический, лабораторный), проводимый в рамках Глобальной госпитальной сети эпидемиологического надзора по гриппу в эпидемическом сезоне 2014-2015 гг.

Материалы и методы. Обследованы 1068 пациентов с симптомами острого респираторного вирусного заболевания (лихорадка, головная боль, слабость, боль в горле, кашель), поступивших в ИКБ №1с 15 января по 15 марта 2015 г. Длительность заболевания до госпитализации не превышала 5-6 дней.

Результаты. Из 1068 пациентов доля больных с подтвержденным лабораторно гриппом составила 29,9% (n= 319), из них в 48,2% случаев заболевание обусловлено вирусом гриппа А(Н3N2); в 5,6% - вирусом А(Н1N1) pdm09; в 44,5% – вирусом гриппа В. Из назальных смывов пациентов изолированы 142 штамма вирусов гриппа: А(Н3N2) - 63 (44,4%), А(Н1N1) pdm09 - 13 (9,2%) , В - 66 (46,4%). В группе выделенных штаммов вируса гриппа В 63 (95,5%) относились к эволюционной линии Ямагата-подобных, 3 (4,5%) – к линии Виктория-подобных. Доля штаммов вируса гриппа А(Н3N2), соответствующих в антигенном отношении вакцинному, составила 20,6%, остальные 79,4% являлись антигенными вариантами, отходящими от вакцинного (эталонного) штамма не менее, чем 1/8 гомологичного титра. Анализ возрастной структуры пациентов показал, что среди госпитализированных преобладали лица до 40 лет. Вместе с тем, следует подчеркнуть, что в сравнении предыдущими эпидсезонами увеличилось число лиц старше 60 лет (48,7%). В детской популяции доля госпитализированных детей от 0 до 1 года составила 13,1%; до 3 лет – 36,2%; 4-7 лет – 26,9%; 8 лет и старше - 23,8%. Все пациенты с лабораторно подтвержденным гриппом в текущем эпидемическом сезоне не вакцинированы от гриппа; в эпидсезоне 2012-2013 гг. прививку от гриппа подтвердили 1,3% пациентов.



НАСЕКОМЫЕ – МЕХАНИЧЕСКИЕ ПЕРЕНОСЧИКИ ИНФЕКЦИЙ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И БЕЗОПАСНЫЕ СПОСОБЫ ИХ УНИЧТОЖЕНИЯ

Костина М.Н.

ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора, г. Москва
marina_kostina_38@mail.ru

Большая роль в распространении инфекционных болезней принадлежит насекомым – временным или постоянным обитателям различных объектов, в том числе лечебных учреждений. Самые распространенные из них – тараканы (рыжий, черный, мебельный, американский, южно-азиатский). Эти насекомые являются механическими переносчиками возбудителей кишечных инфекций: из них выделены бактерии из родов *Shigella*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Micrococcus* и др. Высокая плодовитость вне зависимости от времени года, всеядность, способность переходить с отбросов на пищевые продукты повышает их эпидемиологическую значимость.

Широко распространенные в помещениях рыжие домовые муравьи, предпочитающие сахар, животные белки, сладости, мясные и молочные продукты, чрезвычайно опасны в больницах, особенно в хирургических отделениях, роддомах. Привлеченные запахом крови, они могут заползать под повязки, вызывая воспалительные процессы, а проникая в операционные – нарушать стерильность. Муравьи переносят возбудителей чумы, брюшного тифа, дизентерии, полиомиелита, а также могут быть источниками аллергенов.

Наиболее безопасным способом воздействия на численность этих видов являются пищевые приманки, содержащие аттрактанты для этих насекомых. Наибольший эффект был нами достигнут при использовании геля, содержащего 0,05% фипронила. Благодаря шприцу или острому наконечнику тубы его можно было вносить в трещины, щели и малодоступные места, где любят укрываться тараканы. Высокая эффективность была достигнута при применении гранул с аттрактантами на основе фипронила (0,05%) и азаметифоса (0,4%) отечественного производства.

Хороший эффект был получен при использовании средства в форме лака испанского производства на основе смеси трех соединений из разных химических групп, и отечественного, содержащего циперметрин (1,5%). Данная форма отличалась длительным (не менее 3 месяцев) действием за счет образования прозрачной пленки на поверхностях, что позволило избежать повторных обработок. Высокую эффективность против муравьев показали гранулы на основе фипронила (0,01%) и пищевая приманка в пластиковом контейнере, содержащая 0,05% ацетамиприда. Не следует также забывать, что содержание помещений в надлежащем санитарном состоянии и лишение насекомых воды и пищи могут предотвратить их появление.

ПЛАТЯНЫЕ ВШИ КАК ПЕРЕНОСЧИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА И ИХ УСТОЙЧИВОСТЬ К ПИРЕТРОИДАМ

Лопатина Ю.В.^{1,2}, Еремина О.Ю.², Карань Л.С.³

¹Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,

²ФБУН «НИИ Дезинфектологии» Роспотребнадзора, ³ФБУН ЦНИИ эпидемиологии
Роспотребнадзора, г. Москва, Россия

ylopatina@mail.ru

Изменение в последние десятилетия социально-экономических условий жизни широких масс населения в странах бывшего СНГ и России привело к увеличению потока мигрантов в крупные города в поисках работы. На этом фоне выросла численность социально-неадаптированной части населения – бездомных (лиц «БОМЖ»), алкоголиков, наркоманов, которые входят в группу риска по платяному педикулезу. Согласно полученным нами данным в 2009-2015 гг. платяные вши были выявлены при осмотре одежды бездомных в санпропускниках г. Москвы у 27,5% людей (из 2500 осмотренных). В последние годы наблюдается тенденция к снижению этого показателя. В 2009 г. вши были обнаружены у 44,1% людей, обратившихся в санпропускник, в 2010-2012 гг. встречаемость платяных вшей у лиц «БОМЖ» составила 31,1-34,9%, в 2013 - 27,5%, в 2014 – 13,5% и 2015 – 13,4%.

Проведено исследование платяных вшей, собранных в 2010-2012 гг. в санпропускниках г. Москвы с одежды бездомных людей, на наличие возбудителей эпидемического сыпного тифа (*Rickettsia prowazekii*), возвратного тифа (*Borrelia recurrentis*) и окопной (= волынской, траншейной) лихорадки (*Bartonella quintana*). Вшей исследовали в пулах (1-25 особей) методом ПЦР с детекцией в режиме реального времени. По предварительным данным инфицированность насекомых *B. quintana* составила около 30%, остальные патогены не обнаружены. Наличие платяных вшей, инфицированных *B. quintana*, создают условия для существования очагов окопной лихорадки в Москве. Ситуация осложняется развитием устойчивости вшей к современным инсектицидам, в частности к пиретроидам. Показатель резистентности к перметрину для изученных выборок из микропопуляций (вши, паразитирующие на одном человеке) варьировал от 20х до 520х и более. Корреляции между зараженностью вшей *B. quintana* и уровнем резистентности вшей к перметрину не выявлено. Из-за развития устойчивости к пиретроидам (перметрину, d-фенотрину и др.) контролировать численность платяных вшей позволяют только предназначенные для этих целей препараты на основе фосфорорганических соединений (фентиона, малатиона).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ЦЭПЕГИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В (АЛЬГЕРОН) В КОМБИНАЦИИ С РИБАВИРИНОМ

**Малашенкова И.К., Крынский С.А., Праслова Е.И., Гурская О.Г.,
Огурцов Д.П., Добровольская Е.И., Дидковский Н.А., Мамонов Р.А.,
Масякин П.Н., Мамонов А.В.**

ФГБУН НИИ физико-химической медицины ФМБА России, г. Москва, Россия

К семейству Herpesviridae относятся 8 ДНК-содержащих вирусов человека, вызывающих у человека пожизненную инфекцию. Некоторые представители семейства, в частности вирус Эпштейна-Барр (EBV) и герпесвирус человека 6 типа (HHV-6), участвуют в патогенезе вторичного иммунодефицита (ВИД), а также аутоиммунных и нейровоспалительных заболеваний, таких как миалгический энцефаломиелит (МЭ). Имеются данные, что хроническая инфекция EBV и HHV-6 может влиять на течение хронического вирусного гепатита С (ХГС), снижая эффективность терапии и ухудшая прогноз в отношении развития гепатокарциномы. Отечественный препарат пегилированного интерферона альфа-2b (цепэгинтерферональфа-2b) «Альгерон» эффективен в отношении HCV, но его действие на герпесвирусы до сих пор не изучалось. В данной работе исследовали частоту герпесвирусной инфекции при МЭ, при ВИД и при ХГС (до начала лечения Альгероном и Ребетолом, после 4 и 12 и 24 нед. лечения). У 24 здоровых доноров, 29 больных с МЭ, 21 больного с ВИД, 11 больных с ХГС определяли наличие ДНК EBV и HHV-6 в крови и в слюне. Для статистической обработки использовали критерий хи-квадрат. У доноров EBV выявили в слюне в 8% случаев, в крови (по данным литературы) данный вирус обнаруживается у 3,9%, HHV-6 выявили соотв. в 29% и 0% (по данным литературы). При МЭ EBV выявили у 58,6% в слюне и у 24,5% в крови, HHV-6 – у 62,1% в слюне и у 8,6% в крови. При ВИД EBV выявлялся у 42,9% больных в слюне и у 8,5% в крови, HHV-6 – у 42,9% больных в слюне, в крови HHV-6 не обнаруживался. При ХГС до лечения EBV выявляли у 45,5% в слюне и у 30% в крови, HHV-6 выявляли у 45,5% в слюне, в крови HHV-6 не обнаруживался. При ХГС через 4 нед. и через 24 нед. после начала лечения EBV выявляли у 11,1% ($p < 0,05$ по сравнению с показателем до лечения), в крови EBV в эти сроки отсутствовал у всех больных ($p < 0,025$). Лечение не влияло на частоту выявления HHV-6. При данном числе наблюдений противовирусный эффект на EBV-инфекцию не зависел от генотипа HCV, а также от достижения больными быстрого (4 нед.) и раннего (12 нед.) вирусологических ответов по HCV. По данным литературы, Рибавирин не эффективен в отношении герпесвирусов. Есть основания считать, что полученный эффект был связан с действием «Альгерона». Эффективность отечественного препарата цепэгинтерферональфа-2b в отношении EBV показана нами впервые.

ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩЕВЫЕ БОРРЕЛИОЗЫ: ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

**Малов В.А., Горобченко А.Н., Немилюстива Е.А., Колаева Н.В.,
Малолетнева Н.В., Богданова М.В.**

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Из регистрируемых в Российской Федерации природно-очаговых инфекций наибольшее распространение, по официальным данным, имеют иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) (Коренберг Э.И. с соавт., 2013). Хотя большая часть регистрируемых случаев ИКБ приходится только на 15 субъектов РФ, что совпадает с эндемичностью по клещевому энцефалиту, реально ИКБ выявляются на большей территории страны. Проблема выбора этиотропной терапии больных ИКБ самым тесным образом связана с лабораторной верификацией диагноза.

Цель настоящей работы - рассмотреть проблему выбора адекватной этиотропной терапии больных с ИКБ с соответствии с особенностями клинического течения заболевания.

Хотя единой общепринятой классификации ИКБ нет, традиционно выделяют локализованную, диссеминированную и хроническую стадии заболевания (Кашуба Э.А. с соавт., 2014). Поскольку развитие мигрирующей эритемы (МЭ) при ИКБ рассматривается как патогномоничный признак, клиническая диагностика, как правило, базируется на выявлении данного признака. В то же самое время, МЭ выявляется только в 55-80% случаев инфицирования боррелиями. ИКБ может протекать в безэритемной форме, при которой манифестация заболевания ограничивается лихорадочной реакцией. Следует учитывать возможность формирования первично генерализованных форм ИКБ, при которых диссеминация возбудителя будет происходить фактически с первых дней заболевания. Еще одним важным аспектом заболеваний, передающихся иксодовыми клещами, является высокий риск развития микст-инфекций. Выделение особенностей клинического течения заболевания будет определять выбор адекватной этиотропной терапии.

Таким образом, длительные лихорадочные состояния, регистрируемые в весенне-летний период, даже при отсутствии типичных проявлений локализованной стадии ИКБ, но при указании пациента о пребывании в загородной зоне, требуют проведения исследований для исключения заболеваний, передающихся иксодовыми клещами. Наличие в анамнезе факта присасывания клеща с последующим развитием МЭ следует рассматривать как потенциальную микст-инфекцию, требующую лабораторной верификации.



СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Мамедова Г.Б., Назарова Н.Б., Мамбетова Ш.У.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент,
Республика Узбекистан*

Совершенствование организационной структуры управления сестринским персоналом первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – одна из самых актуальных проблем в реформировании сестринского дела. Современному руководителю сестринских служб совершенно ясно, что невозможно повысить значимость профессии сестринское дело в обществе, не возложив на средний медицинский персонал, а так же на себя более серьезную ответственность по медицинскому обслуживанию пациентов поднятию качества практической деятельности медсестры. Коллективы медсестер должны активно участвовать в разработке стандартов сестринских манипуляций и технологий внедрению новых достижений в медицине на уровне своего лечебного учреждения. Целью обеспечения качества медицинской услуги является достижение наилучших возможных условий для людей, которым эта услуга оказывается. Качество сестринской помощи зависит от степени развития сестринского дела в стране и отдельно взятом медицинском учреждении, требований предъявляющих к медицинской сестре какие функции на нее возлагаются и роль в этом главных и старших медсестер. Основной принцип философии сестринского дела – уважение прав и достоинств человека. Наиболее ответственным участком работы медицинских сестер является первичное звено здравоохранения (сельский врачебный пункт, семейная поликлиника и др.) В ходе проведенного исследования были выявлены основные факторы, влияющие на качество трудовой жизни руководителей среднего медицинского персонала, учреждений здравоохранения г. Ташкента и Ташкентской области. Основным фактором, влияющим на качество трудовой жизни, является низкий социальный статус выбранной профессии; неудовлетворенность жилищными условиями и отсутствие путей решения этой проблемы в ПМСП; отсутствие возможности сохранения и укрепления своего здоровья; недостаточная теоретическая подготовка по вопросам психологии управления и не всегда адекватного отбора на руководящие посты, с учетом характерологических качеств, а также отсутствие рациональной организации труда (соблюдение режима работы, организация питания на рабочем месте, дефицит материально-технического обеспечения труда). Все это негативно сказывается на удовлетворенности трудовой жизнью руководителей среднего медицинского персонала и, как следствие, снижении эффективности и результативности профессиональной деятельности данной группы специалистов.

ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ РОЖИ

Маржохова М.Ю., Маржохова А.Р.

Кабардино-Балкарский государственный университет, г. Нальчик, Россия

У больных с розей с целью более полной оценки выраженности эндогенной интоксикации был вычислен интегральный индекс интоксикации (ИИ), равный сумме произведения ВН и СММ и ОП плазмы крови и произведения ВН и СММ и ОП эритроцитов. ИИ был подсчитан в динамике заболевания у больных с различными формами рожи в периоде разгара, угасания клинических симптомов и ранней, а у части больных поздней реконвалесценции.

В результате проведенных исследований было обнаружено, что ИИ был максимально повышен в периоде разгара заболевания ($26,4 \pm 0,18$) и возвращался к норме в периоде ранней реконвалесценции. Однако, у больных с тяжелым течением заболевания, у которых был неблагоприятный преморбидный фон и хроническое рецидивирующее течение рожи ИИ не приходил к норме и в периоде ранней реконвалесценции ($19,5 \pm 0,23$), а только спустя 1 месяц после выписки из стационара.

Было подсчитано отношение шансов для того, чтобы оценить частоту воздействия такого фактора, как повышение значения ИИ у больных розей в периоде ранней реконвалесценции, как фактора риска для развития последующего рецидивирования. Отношение шансов (OR) – это статистический показатель, позволяющий сравнивать частоту воздействия факторов риска в эпидемиологических исследованиях.

С этой целью наблюдались 48 человек после выписки из стационара в течение 2 лет. У всех этих больных была диагностирована первичная рожа различной локализации и форм. Из них у 21 больного ИИ не приходил к норме в периоде ранней реконвалесценции (в 3-м периоде), а у 27 больных ИИ в этом периоде не отличался от показателя у здоровых. Проведенные расчеты подтвердили, что повышение уровня ИИ в периоде ранней реконвалесценции является фактором риска (или неблагоприятным прогностическим фактором) относительно развития рецидивов заболевания, т.к. полученное значение OR оказалось больше единицы.



ИСХОДЫ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛЮДЕЙ ПО ДАННЫМ МНОГОЛЕТНИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Махиня О.В., Санникова И.В., Дейнека Д.А., Голубь О.Г.

**ГБОУ ВПО Ставропольский Государственный Медицинский Университет,
г. Ставрополь, Россия**

Заболеваемость бруцеллезом в Ставропольском крае значительно превышает среднероссийский уровень и колеблется от 1,29 до 2,81 на 100 тыс. населения. Особенности патогенеза бруцеллеза определяют возможность длительной персистенции бруцелл в организме человека и формирование хронической инфекции, что приводит к временной и стойкой утрате трудоспособности.

Цель исследования: определение исходов острого бруцеллеза у больных в Ставропольском крае.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 434 историй болезни стационарных больных с 2000 по 2014 гг. Средний возраст больных составил $36,2 \pm 12$ лет. Основная часть больных (76%) поступили в период от 1 до 3 месяцев от начала заболевания, соответственно в эти сроки начата антибактериальная терапия.

Результаты и обсуждение: Из 434 больных впервые поступивших в отделение с острым бруцеллезом установить исход заболевания через 2 года удалось лишь у 163 человек (37,6%). Сведений о большей части (62,4%) больных нет в силу особенностей проживания и миграции на сопредельные с краем территории. Большинство больных (71,8%, $n=117$ – I группа) по различным причинам не завершили рекомендованный курс, общая продолжительность приема антибиотиков составила до 4 недель. Полноценный курс антибактериальной терапии получили только 46 больных (28,2%) (группа II). В группе I хронический бруцеллез установлен у 106 больных (90,6%), вторичный латентный – у 11 больных (9,4%). В группе II вторичная латенция выявлена у 33 человек (71,7%) ($p < 0,005$ vs группа I). Количество больных в группе II с сформировавшимся хроническим бруцеллезом – 13 человек (28,3%), что значительно меньше в сравнении с группой I ($p < 0,005$).

Выводы: Раннее выявление больных, своевременная диагностика бруцеллеза с проведением полного курса антибиотиков позволит минимизировать неблагоприятный исход инфекции. Низкая приверженность больных к терапии обусловлена длительностью курса лечения. Обеспечение преемственности ведения и диспансеризации позволит снизить медицинские и социальные потери, связанные с этой инфекцией.

ОСОБЕННОСТИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Махиня О.В., Санникова И.В., Дейнека Д.А., Голубь О.Г.

**ГБОУ ВПО Ставропольский Государственный Медицинский Университет,
г. Ставрополь, Россия**

Особенностью бруцеллеза у людей является неспецифичность клинических проявлений и изменения различных органов и систем. Очаговые поражения определяют тяжесть заболевания и утрату трудоспособности. Очаги диссеминации бруцелл формируются в острый период болезни, а в хронический период возможны иммунные механизмы воспалительных реакций.

Цель исследования: изучение структуры очаговых поражений при остром бруцеллезе в Ставропольском крае.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 434 историй болезни больных острым бруцеллезом с 2000 по 2014 гг. Средний возраст больных - $36,2 \pm 12$ лет. Преобладали мужчины (78,3%) трудоспособного возраста (67,7%). Основная часть заболевших - сельские жители (83,4%). Диагноз устанавливали на основании анамнеза, клинических проявлений и специальных методов исследования (реакции Хеддльсона, Райта, РПГА, ИФА, бактериологическое исследование крови).

Результаты и обсуждение: При поступлении у 68,4% больных в острый период (до 3-х месяцев от начала заболевания) выявлены очаговые поражения бруцеллеза. Преобладали реактивные синовиты (63%) крупных суставов. Поражение печени выявлено у 40,8% больных и носило доброкачественный характер с уровнем АСТ и АЛТ не более 2N. Реже диагностированы сакроилеиты (19,8%), бурситы (10,8%), тендовагиниты (9,7%) и спондилиты (5,5%). Поражение урогенитального тракта у мужчин в виде орхоэпидидимитов выявлено у 8,8% больных. За данный период был выявлен случай бруцеллезного мастита (0,3%), подтвержденный выделением культуры *Br. melitensis* из крови и пунктата молочной железы.

Выводы: В структуре очаговых поражений при остром бруцеллезе доминируют поражения со стороны костно-суставной системы, преимущественно доброкачественного характера в виде реактивных синовитов. За 15 летний период наблюдения нами не было выявлено тяжелых форм поражения центральной нервной системы, инфекционно-метастатических поражений суставов, эндокардита, регистрируемых ранее, что свидетельствует о более «мягком» течении бруцеллеза на современном этапе.



ЗНАЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ И ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ПОМЕЩЕНИЯМ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОИЗВОДСТВА ИМПЛАНТОВ

Мельникова Г.Н.

**ФГУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора, г.
Москва
melnikovaGN@niid.ru**

В последнее время все более широкое распространение получают различные виды новых сложных по конструкции медицинских изделий, относящихся к имплантам, в состав которых входят, в том числе наноматериалы, требующие проведения эффективной обработки.

Сложность материалов и конструкций современных имплантов требуют особого внимания к условиям их производства, а также к процессу обеспечения и соблюдения должного контроля на каждом этапе обработки, от которых зависит получение стерильного изделия.

Поэтому при организации технологического процесса при производстве имплантов большое значение имеет соблюдение требований, предъявляемым к помещениям, а также обеспечение строгого и постоянного контроля на каждом этапе обработки, от которых практически в равной степени зависит получение стерильного изделия без последующего риска инфицирования хирургической раны (ГОСТ Р ИСО 14644-4-2001 «Чистые помещения и связанные с ними контролируемые среды». ГОСТ Р ИСО 14644-3-2002 «Чистые помещения и связанные с ними контролируемые среды» Часть 3. Методы контроля).

Имплантаты представляют собой медицинские изделия однократного применения, изготовленные по оригинальной инновационной технологии, который по своим физико-техническим и медико-биологическим характеристикам максимально приближен к различным типам костей человека (губчатым, трубчатым, плоским).

Поскольку имплантаты относятся к изделиям, контактирующим с раневой поверхностью пациента и которые предполагаются вводить в пораженную область путем хирургического вмешательства, они должны выпускаться стерильным в упакованном виде в соответствии с ГОСТ Р ИСО 14630-2011 «Имплантаты хирургические неактивные Общие требования». Как изделие однократного применения оно должно поступать в медицинскую организацию в стерильном виде в стерилизационной упаковке готовыми к использованию, т.е. простерилизованными в соответствующих упаковках на предприятии изготовителе.

Контроль стерильности выпускаемых образцов имплантатов, простерилизованных в упакованном виде осуществляют согласно требованиям Межгосударственного стандарта ГОСТ ISO 11737-2-2011 «Стерилизация медицинских изделий. Микробиологические методы» Часть 2. Испытания на стерильность, проводимые при валидации процессов стерилизации». М.2013.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ И АНТИГЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО МЕНИНГИТА

**Миронов К.О., Платонов А.Е., Королева И.С., Шипулина О.Ю.,
Дунаева Е.А., Дрибноходова О.П., Матосова С.В., Белошицкий Г.В.,
Королева М.А., Шипулин Г.А.**

**ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии»
Роспотребнадзора, г. Москва, Россия**

В рамках проведения микробиологического мониторинга возбудителей гнойного бактериального менингита (ГБМ) в Центральном НИИ Эпидемиологии проводится разработка методик для антигенной и генетической характеристики *Neisseriameningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* серотипа b.

Генетическая характеристика осуществляется методом мультилокусного секвенирования - типирования; ее результаты публикуются в соответствующих базах данных: <http://pubmlst.org/neisseria/>, <http://pubmlst.org/spneumoniae/> и <http://haemophilus.mlst.net/>. Анализ результатов типирования позволяет выявить особенности российских возбудителей ГБМ в сопоставлении с возбудителями, циркулирующими за рубежом, проводить оценку их эпидемической опасности и следить за появлением новых или измененных возбудителей, не характерных для наблюдаемого в настоящее время межэпидемического периода.

Поскольку наиболее эффективным способом контроля за эпидемическим процессом менингококковой и пневмококковой инфекций является вакцинация, обязательным элементом характеристики штаммов этих возбудителей является характеристика антигенов капсулы. С этой целью разработаны основанные на ПЦР методики для дифференциации 4 основных серогрупп *N. meningitidis* (A, B, C и W) и 16 серотипов *S. pneumoniae* путем детекции серотип-специфических мишеней в бактериальном геноме. Мишени для серотипирования *S. pneumoniae* распределены по четырем реакционным смесям, и включают серотипы, входящие в состав 10- и 13-валентных конъюгированных вакцин, благодаря чему методика может быть применена для планирования оптимальных схем иммунопрофилактики. В обеих методиках используется ПЦР в формате «мультипрайм» для приборов с пятью каналами флуоресцентной детекции при проведении ПЦР в режиме реального времени.

Сочетание методик для генетической и антигенной характеристики возбудителей ГБМ позволяет проводить микробиологический мониторинг соответствующих возбудителей оптимальным образом, а также позволяет использовать для этой цели клинический материал, содержащий ДНК возбудителя, минуя этап получения бактериальной культуры.



«ХОЛОДОВАЯ ЦЕПЬ» КАК КОМПОНЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ

Михеева И.В., Мельникова А.А.

**ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии»
Роспотребнадзора, г. Москва, Россия
Irina_Mikheeva@mail.ru**

Несоблюдение температурного режима хранения и транспортирования вакцин может быть причиной поствакцинальных реакций и осложнений, а также снижения эффективности вакцинации.

В 2012-2015 гг. в ЦНИИ эпидемиологии были проанализированы данные Управлений Роспотребнадзора в субъектах федерации. Установлено, что на 3-4 уровнях «холодовой цепи» для длительного (в течение нескольких месяцев) хранения вакцин используются бытовые холодильники. При расследовании случаев нарушения температурного режима выявлены основные недостатки этого оборудования, к которым относятся: невозможность регулировки, недостаточная надежность, т.е. короткое время сохранения оптимального температурного режима при отключении электроэнергии, неспособность поддерживать нужный режим в условиях температуры окружающей среды выше +25°C, что может иметь место не только в условиях жаркого климата, но и при размещении нескольких холодильников в небольшом помещении.

Учитывая выявленные недостатки холодильного оборудования, проблемой является организация непрерывного контроля температурного режима при хранении вакцин. В настоящее время контроль осуществляется медработниками с помощью обычных термометров лишь дважды в сутки в рабочие дни. На 3-ем и 4-ом уровнях «холодовой цепи» непрерывность контроля должны обеспечивать термоиндикаторы. Однако в более чем половине субъектов Федерации используют химические термоиндикаторы, которые не контролируют отрицательные температуры и обладают низкой чувствительностью в отношении положительных температур. Для непрерывной записи температуры служат электронные терморегистраторы. Их необходимо использовать, прежде всего, на складах второго уровня, а также в авторефрижераторах. В целом, решение проблем «холодовой цепи», а значит и безопасности иммунизации в Российской Федерации, тесно связано с внедрением электронных технологий контроля температурного режима и использованием специального холодильного оборудования для хранения и транспортирования МИБП.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

Михеева И.В., Ермоленко М.В., Афонина Н.М.

ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии»
Роспотребнадзора, г. Москва, Россия
Irina_Mikheeva@mail.ru

Прививка против ветряной оспы по эпидпоказаниям с 2014 года включена Национальный календарь, плановая вакцинация - в региональные календари профилактических прививок г. Москвы, Свердловской области.

Для выбора оптимального возраста для вакцинации проведены исследования по изучению иммуноструктуры населения Москвы к вирусу ветряной оспы, которые показали, что с возрастом доля неиммунных существенно снижается: с 58,95 + 2,58% среди детей до 14 лет до 6,19+1,66% среди взрослых 30-49 лет. Установлено, что 49,33% детей в возрасте от 12 мес. до 3-х лет включительно имели антитела к возбудителю ветряной оспы вследствие перенесенной инфекции. В связи с этим оптимальным периодом для проведения вакцинации против ветряной оспы следует считать второй год жизни ребенка, до поступления в дошкольное учреждение.

Проведено исследование парных сывороток 29 исходно серонегативных к возбудителю ветряной оспы детей. Из них ответили образованием IgG на однократную прививку против ветряной оспы (Варилрикс) только 44,8+9,4% детей. Таким образом, иммунологическая эффективность однократной прививки оказалась очень низкой и не достигла 50%. Учитывая данные о профилактической эффективности вакцины, которая составляет около 80%, при внедрении однократной прививки следует прогнозировать усиление наблюдаемой тенденции «сдвига» заболеваемости на старшие возрастные группы. Чтобы предупредить это последствие вакцинации, необходимо предусмотреть вторую прививку для детей 6-7 лет.

В рамках сероэпидемиологического изучения очагов ветряной оспы в детских коллективах выявлена обратная сильная корреляционная связь между величиной иммунной прослойки и долей заболевших в группе детского учреждения ($r=-0,74$), а также длительностью эпидемической вспышки ветряной оспы ($r=-0,79$). С помощью экстренной вакцинации детей, контактировавших с больными, возможно увеличить иммунную прослойку в коллективах, что будет способствовать уменьшению числа случаев заболевания в очаге и сокращению длительности его существования.



ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЛИХОРАДКОЙ ЗАПАДНОГО НИЛА НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Монастырский М.В., Шестопалов Н.В., Акимкин В.Г., Демина Ю.В.

monstrmmm@gmail.com

monastyrskymv@niid.ru

Волгоградская область, как наиболее неблагополучный по лихорадке Западного Нила (ЛЗН) субъект РФ, в большей степени определяет напряженность эпидемиологической обстановки по ЛЗН в стране.

Ретроспективный анализ заболеваемости населения Волгоградской области в период 1999-2013 г.г. показал, что многолетняя динамика заболеваемости ЛЗН характеризуется достоверной тенденцией к вспышечной заболеваемости, которая регистрируется на протяжении последних 4 лет ежегодно с большим числом пострадавших. Динамика заболеваемости ЛЗН, позволила установить в её проявлениях летне-осеннюю сезонность. Определено, что прогноз эпидемической ситуации по ЛЗН будет зависеть от многих факторов и наиболее глобальным фактором являются последствия потепления климата. Сопоставление возрастных и социально-профессиональных факторов с заболеваемостью ЛЗН показало имеющуюся между ними прямую корреляционную связь: чем больше в эпидсезон по ЛЗН граждан находилось на дачах или на природе, тем выше был риск заражения вирусом ЗН и чем старше возраст заболевшего, тем ярче выражены у него клинические проявления заболевания.

Существующая на настоящий момент система эпидемиологического контроля в целом позволяет оказывать должное воздействие на источник возбудителя инфекции – вирус ЗН и в какой-то мере его нейтрализовывать. Проводимый эпидемиологический контроль также позволяет разрывать механизм передачи ВЗН, а активная разъяснительная работа с населением по профилактике ЛЗН способствует формированию у граждан повышенной настороженности к существующей проблеме, особенно у городских жителей ежегодно посещающих дачные участки, где противокомариные обработки не проводятся.

Основой оптимизации эпидемиологического надзора за ЛЗН на современном этапе является разработка и реализация Комплексных планов (программ), обобщающих и координирующих между собой деятельность всех «подсистем» эпидемиологического надзора от сбора информации до принятия управленческих решений, с обязательным учётом особенностей эпидемиологии ЛЗН, а также реальными возможностями, которыми располагает противоэпидемическая система в конкретных условиях на конкретной территории и в конкретное время.

ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ ГЛЮКОМЕТРОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Пантелеева Л.Г.¹, Абрамова И.М.², Цвирова И.М.¹

¹ФБУН НИИ Дезинфектологии Роспотребнадзора,

²ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва, Россия

PanteleevaLG@niid.ru

Глюкометры для контроля уровня глюкозы у пациентов с помощью медицинских работников не рассматривались ранее как медицинские изделия, представляющие опасность в передаче некоторых, в частности, гемоконтактных инфекций. Однако публикации последних лет свидетельствуют о том, что глюкометры в 30% (и выше) случаев загрязнены кровью. Наличие крови не является показателем обязательного инфицирования тем или иным возбудителем инфекции, но предполагает потенциальный риск контакта с возбудителями инфекций. При этом риску инфицирования подвержены как пациенты, так и персонал медицинских организаций. Описаны случаи заражения гепатитом В пациентов при совместном использовании одних и тех же глюкометров. Проведенные различными авторами исследования позволили установить факторы риска, которые могут повышать вероятность загрязнения кровью глюкометров и способствовать распространению инфекции. Этот риск увеличивается в тех случаях, когда одни и те же скарификаторы, глюкометры или другое оборудование используются у нескольких пациентов. В связи с тем, что стали выпускаться глюкометры специальной конструкции для контроля уровня глюкозы у пациентов в медицинских организациях, нами проведена работа по выбору средств дезинфекции и способа обработки поверхности таких глюкометров. Были выбраны растворы хлорсодержащих средств на основе гипохлорита натрия и натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты, а также другие средства, которые не портят поверхность этих приборов и обеспечивают необходимую эффективность обеззараживания от широкого спектра микроорганизмов при обработке способом протирания. Разработан комплекс противоэпидемических (в том числе дезинфекционных) мероприятий, направленный на профилактику внутрибольничных инфекций при использовании глюкометров, и подготовлен проект методических рекомендаций по их применению в медицинских организациях.



КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ИЗ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ

Райчева М.В.¹, Биличенко Т.Н.², Шубин И.В.¹, Чучалин А.Г.²

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск Министерства внутренних дел России, Московская область, г. Балашиха,

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва, Россия

tbilichenko@yandex.ru

С целью изучения клинико-эпидемиологических особенностей внебольничной пневмонии (ВП) у молодых мужчин, привитых 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакциной (ППВ23) и не привитых, проведено обследование 265 больных ВП, помещённых в стационар: 114 вакцинированных ППВ23 в срок больше 30 дней и 151 невакцинированных пациентов. Обследование включало клинические методы, анализ крови, микробиологическое исследование мокроты, определение антигена пневмококка (ПК) в моче методом иммунохроматографии (тест Binax NOW Streptococcus pneumoniae, США), исследование С-реактивного белка количественным методом, микрофлоры носоглотки методом полимеразной цепной реакции, рентгенографию грудной клетки.

Результаты. Отсутствие вакцинации против ПК, низкие антропометрические показатели (ИМТ и окружность грудной клетки) у мужчин, а также хронические болезни верхних дыхательных путей и повторные ВП до поступления в организованный коллектив увеличивают риск ВП. Мужчины, поступившие в организованный коллектив и не вакцинированные, в 45% случаев заболевают ВП в первые три месяца и клинические проявления болезни более тяжёлые, по сравнению другими. Вакцинированные против ПК больные ВП заболевали преимущественно после 6 месяцев нахождения в коллективе и болезнь имела более лёгкое течение, чем у не вакцинированных.

Лидирующим возбудителем ВП была гемофильная палочка и пиогенные стрептококки, а ПК занимал 3-е место. По результатам мочевого теста антиген капсулы ПК был обнаружен у 2,9% привитых и 1,4% не привитых против ПК больных ВП, что указывает на значительное снижение роли этого возбудителя при ВП при массовой вакцинации против ПК.

У вакцинированных против ПК и гриппа мужчин при заболевании ПВ сокращались средние сроки болезни в среднем на 2,2 койко-дня.

Носительство ПК было широко распространено у больных ВП из организованных коллективов, что указывает на необходимость профилактики ПИ перед поступлением в организованный коллектив.

ОПАСНЫЕ ПЕРЕНОСЧИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Рославцева С.А.

**ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора, г.
Москва, Россия**

roslavcevaca@mail.ru

Насекомые, как правило, являются специфическими или механическими переносчиками возбудителей внутрибольничных инфекций. При неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях такими био-объектами могут быть вши, комары, синантропные тараканы, рыжие домовые муравьи, постельные клопы и, как правило, комнатные мухи. Возможно заражение приемных отделений ЛПО вшами, при поступлении больных с головным и особенно платяным педикулезом. В летний период при открытых окнах в палатах комары могут заражать больных малярией, лихорадкой Западного Нила, дирофиляриозом и др.

Синантропные тараканы являются хроническими носителями возбудителей внутрибольничных инфекций. Рыжие домовые муравьи могут переносить возбудителей туберкулеза, брюшного тифа, дизентерии, полиомиелита, стрептококковых инфекций. Особенно они опасны в хирургических отделениях и родильных домах. Они способны прогрызать различные материалы, легко проникать в стерильные и асептические материалы, под повязки, в том числе и гипсовые, стремясь достигнуть ран.

Комнатные мухи переносят более 40 возбудителей заболеваний и, в первую очередь кишечных инфекций, особенно холеры. Поскольку ситуация по холере в южных регионах нашей страны является напряженной, необходима защита людей в больницах от комнатных мух. Эти мероприятия могут быть надежной защитой от возникновения кишечных заболеваний при нахождении больных в ЛПО.

В настоящее время в нашей стране имеется достаточное количество инсектицидных и педикулицидных средств для борьбы со вшами, тараканами, муравьями, комарами и мухами, действующие вещества которых относятся к разным классам химических соединений, обладающих разными механизмами действия. Возможно применение этих средств в системе ротации, что обеспечит высокую эффективность за счет предотвращения формирования популяций, резистентных к применяемым средствам.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ВЗРОСЛЫХ

Ртищева Л.В., Костенко О.А., Дохов М.Б., Правдина А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет;

Ставропольская краевая клиническая инфекционная больница, г. Ставрополь, Россия

Заболеваемость инфекционным мононуклеозом (ИМ) в России составляет 40–80 случаев на 100 тыс. населения. Заболевание может протекать в виде манифестных или бессимптомных форм. Следует отметить полиморфизм клинических проявлений ИМ, что затрудняет раннюю диагностику заболевания.

Цель исследования – диагностика болезни на догоспитальном и стационарном этапах, особенности клинического течения, информативности лабораторного подтверждения. С этой целью проанализированы 75 историй болезни с ИМ, находившихся на лечении в ККИБ с 2013 по 2014 гг. При направлении в стационар диагноз «ИМ» установлен лишь у 12 больных (16%). С диагнозом «лакунарная ангина» поступило 42 пациента (56%), 10 – «ОРВИ» (13,3%). В приемном отделении диагноз ИМ установлен только у 28 пациентов (37,3%). У остальных 47 пациентов установлены диагнозы «лакунарная ангина», «хронический тонзиллит». Мужчины составили 53,3%, женщины – 46,7%. В возрасте от 15 до 35 лет. У 4 пациентов обнаружен сахарный диабет 1-го типа. В первые 3 дня госпитализировано 26 пациентов (34,7%), на 5–10-й день – 38 (50,7%) и 11 пациентов (14,6%) – на 11–18-й дни болезни. Большинство пациентов (74,7%) связывали заболевания с переохлаждением, контакт с инфекционными больными – у 14,7%, у 10,6% – анамнез не установлен. Основные жалобы – повышение температуры, небольшие боли при глотании. Только у 5 пациентов отмечались болезненность и припухлость шеи. У 44 (58,7%) пациентов наблюдалась субфебрильная температура, у 31 (41,3%) – фебрильной, продолжительность лихорадочного периода варьировала от 5 до 10 дней. При поступлении состояние расценено как среднетяжелое у 100%. Явления тонзиллита отмечались у 52 (69,3%) пациентов, гепатолиенальный синдром – у 90,7%. В общем анализе крови у 65 (86,7%) пациентов выявлялся лейкоцитоз, в лейкоцитарной форме – лимфоцитоз. Атипичные мононуклеары отсутствовали только у 7 пациентов. Повышение активности АлАт и АсАт до 3–4 норм отмечалось только у 8 (10,7%) пациентов. Серологически диагноз был подтвержден у 71 (94,7%) пациентов. Лечение больных было комплексным, использовали противовирусные препараты (инозин пранобекс, циклоферон и др.). Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Рецидивов заболевания не наблюдалось. Таким образом, следует отметить широкое распространение ИМ, характеризующегося вариабельностью клинического течения, полиорганностью поражения.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КАК ОСНОВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ОБОД ВО ВНУТРЕННИХ ВОЙСКАХ

Рыбин В.В., Рихтер В.В., Лянгусова Т.А., Заволожин В.А.

**ФКУЗ «Главный центр государственного санитарно – эпидемиологического надзора
ВВ МВД России», г. Москва, Россия**

tanjaepid@mail.ru

Новые достижения современной микробиологии в настоящее время становятся столь существенными для решения эпидемиологических проблем, что вряд ли эпидемиологическая служба любых ведомств, в т.ч. силовых структур, может осуществить эффективные противоэпидемические мероприятия без использования результатов лабораторных исследований.

Сейчас «Микробиологический диагноз» нередко приобретает решающее значение в определении тактики лечения, что может быть обусловлено вариабельностью клинических симптомов даже при банальных инфекциях. Поэтому, на первом этапе оказания медицинской помощи военнослужащим, с целью ранней диагностики оправдано применение таких микробиологических иммунохроматографических экспресс – тестов как «СТРЕПТАТЕСТ», т.к. результат известен уже через 5-10 минут и как следствие – раннее назначение эффективной этиотропной терапии, снижающей риск возникновения различных осложнений, своевременное проведение всего комплекса противоэпидемических мероприятий в подразделениях воинских частей.

Для оценки перспективности внедрения «СТРЕПТАТЕСТА» нами на базе ГЦГСЭН ВВ МВД России в 2013 и 2014 годах было проведено проспективное обследование больных с явлениями острого тонзиллита и ОРИ параллельно двумя методами: культуральным методом («золотой стандарт») и ИХТ (СТРЕПТАТЕСТ). Общая корреляция чувствительности и специфичности с культуральным бактериологическим исследованием по данным испытания составила 99,9%. В связи с этим можно с уверенностью говорить о высокой результативности данного экспресс – теста.

При проведении этих исследований нами наряду с питательными средами собственного изготовления применялись готовые питательные среды производства ООО «ЦФГС» г. Москва (Колумбийский кровяной агар с ДОК, Агар Байрда – Паркера). При сравнительном анализе результатов, полученных в ходе работы на готовых питательных средах промышленного изготовления отмечался высокий уровень высеваемости исследуемых культур, и как следствие улучшение качества и эффективности исследований. Так, на 5% кровяном агаре с ДОК КРС, приготовленном в условиях лаборатории, рост *S.pyogenes* и *S.aureus* отмечался в 65% случаев лишь на 2-е сутки, тогда как рост на Колумбийском кровяном агаре промышленного производства был зарегистрирован уже через 12-14 часов в 45% случаев, а к исходу 1-х суток – в 80%.



МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Рыбин В.В., Рихтер В.В., Лянгусова Т.А.

**ФКУЗ «Главный центр государственного санитарно – эпидемиологического надзора
ВВ МВД России», г. Москва, Россия
tanjaepid@mail.ru**

Понимание этиологической структуры острых тонзиллитов несет в себе решение одной из важнейших проблем – избыточного назначения антибактериальных препаратов.

Принципиально то, что острое воспаление небных миндалин вирусной этиологии не требует системной антибактериальной терапии, тогда как при бактериальной инфекции (а именно стрептококковой) показано назначение противомикробных средств с целью эрадикации возбудителя и профилактики серьезных осложнений.

В ходе проведения исследования в течение 2013 – 2014 г.г. нами был разработан алгоритм обследования больных с признаками острых респираторных инфекций, регламентирующий показания для микробиологического обследования, сроки и правила забора и транспортировки биологического материала.

За анализируемый период на базе ФКУЗ «ГЦГСЭН ВВ МВД России» было обследовано 92 военнослужащих с острыми респираторными заболеваниями, в т.ч. 37 с острыми тонзиллитами.

По результатам микробиологического исследования мазков с задней стенки глотки, взятые либо в день госпитализации, либо на следующие сутки у больных с диагнозом острый тонзиллит, преобладают *S. pyogenes* (56,8%), *S. aureus* (21,6%), *S. pneumoniae* (18,9%), бактериальные ассоциации *S. pyogenes* + *S. aureus* (32,4%). Превышение титров нормальной микрофлоры полости рта (*S. viridans*) отмечается в 27,02% случаев, при этом все эти случаи сопровождались наличием патогенных микроорганизмов в различных концентрациях.

Помимо указанных патогенных микроорганизмов у отдельных пациентов высевались также представители нормального микробиологического пейзажа слизистой оболочки глотки в пределах нормируемых показателей (*CNS Staphylococcus* – 39,1%, *Streptococcus α-haemolyticus* – 30,4%, *Streptococcus γ-haemolyticus* – 21,7%, *Corynebacterium spp.* – 8,7%, *Haemophilus spp.* – 4,3%, *Pseudomonas aeruginosa* – 4,3%).

Кроме того, при параллельном исследовании с помощью метода ИФА (набор реагентов А 8758 альфа – Интерферон – ИФА – БЕСТ) на вспышке острых тонзиллитов с нетипичной клинической картиной, было подтверждено присутствие вирусной инфекции у 56,0% обследованных.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ МЕТОДАМИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА И ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ НА НАЛИЧИЕ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1 И 2 ТИПОВ У БОЛЬНЫХ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Саипов Ф.С., Темирова С.Ё.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Проведено обследование 90 детей в возрасте от 6 мес. до 3 лет с гидроцефалией развившейся в результате перенесенной внутриутробной инфекции. В 5 случаях ($5,56 \pm 2,41\%$) гидроцефалия была вызвана вирусом простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типов; в 19 случаях ($21,1 \pm 4,3\%$) ЦМВ и ВПГ 1 и 2 типов; в 5 случаях ($5,56 \pm 2,41\%$) ЦМВ, ВПГ 1 и 2 типов и токсоплазмозом; в 1 случае ($1,1 \pm 1,1\%$) ВПГ 1 и 2 типов и токсоплазмозом. Для подтверждения диагноза герпесвирусной инфекции проводились исследования плазмы крови методами ИФА и ПЦР. По результатам исследований методом ИФА в $23,3 \pm 7,7\%$ случаях к ВПГ 1 и 2 типов выявлены высокие титры IgM. В $40 \pm 8,9\%$ случаях к ВПГ 1 и 2 типов. При исследовании методом ПЦР положительный результат к ВПГ 1 и 2 типов в $13,3 \pm 6,7\%$ случаях. В $6,7 \pm 4,6\%$ ВПГ 1 и 2 типов положительных результатах ПЦР исследований отмечалось повышение титра антител как класса М, так и класса G. В $3,3 \pm 3,2\%$ случаях при положительных результатах ПЦР наблюдалось повышение только IgG к ВПГ 1 и 2 типов. Напротив, в $3,3 \pm 3,2\%$ случаях результаты ИФА были отрицательными. Результаты наших исследований показали, что, несмотря на высокую специфичность метод ПЦР позволяет выявить ВПГ 1 и 2 типов в плазме крови только в 13,3% случаях. В то же время исследование сыворотки крови методом ИФА на наличие антител с обязательным определением их avidности к герпесвирусам поможет установить диагноз в любой фазе заболевания и вирусносительства.

При первичном заражении на 5–7-й день вырабатываются IgM, через 10–14 дней – низкоавидные IgG, затем постепенно avidность IgG возрастает и они становятся высокоавидными. IgM исчезают через 1 мес., низкоавидные IgG – через 1–3 мес., а IgG (поздние, высокоавидные) циркулируют в крови пожизненно.

Выявление IgM, низкоавидных IgG и предранних IgG при отсутствии поздних IgG свидетельствует о первичном инфекционном процессе.

Для вирусоносителей единственный надежный тест для определения активности герпесвирусов это выявление IgG к предранним белкам вирусов. Появление их в любом титре свидетельствует об активности вирусной инфекции.

Выявление поздних, высокоавидных IgG при отсутствии IgG к предранним белкам вирусов свидетельствует о латентной фазе носительства.

Выявление IgM, низкоавидных IgG и предранних IgG при отсутствии поздних IgG - свидетельствует о первичном инфекционном процессе.

Отсутствие поздних IgG, IgM и IgG к предранним белкам герпесвирусов, т.е. серонегативность в отношении данных вирусов, означает отсутствие ВПГ 1 и 2 типов в организме.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Семенов С.И., Максимова С.С., Никитина С.Г., Федоров А.И.

*Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск;
НИИ здоровья, г. Якутск, Россия*

Проведено иммунологическое исследование 160 жителей Якутии, из них 55 больных разными формами хронического вирусного гепатита и 105 здоровых лиц. В лимфоцитарной фракции цельной крови определены уровни относительного содержания зрелых Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), Т-супрессоров (CD8+), В-лимфоцитов (CD72+), натуральных киллеров (CD16+).

Анализ средних уровней относительного содержания популяций лимфоцитов у больных разными формами вирусных гепатитов и здоровых лиц показал, что у больных наблюдается статистически значимое снижение уровня содержания зрелых функционально активных Т-лимфоцитов (несущих маркер CD3+, $p = 0,000$) и Т-хелперов (несущих маркер CD4+, $p = 0,002$). В то же время у больных хроническим гепатитом регистрируется повышение уровня относительного содержания натуральных киллеров (несущих маркер CD16+, $p = 0,000$). В группе больных отмечается снижение средних концентраций сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G по сравнению с таковыми у здоровых лиц.

Таким образом, у больных разными формами хронических вирусных гепатитов формируется иммунодефицитное состояние, основной особенностью которого является усиление эффекторной функции иммунитета за счет повышения уровня содержания киллерных Т-клеток, экспрессирующих маркер CD16+. Такое может быть объяснена вирусной этиологией данной патологии и внутриклеточной локализацией инфекционного агента. Также происходит снижение уровня содержания зрелых функционально активных Т-клеток, Т-хелперов и основных классов сывороточных антител, связанное с их повышенным расходом в результате продолжительного иммунного ответа на вирусную инфекцию, переходящего в хроническую форму.

Анализ частоты встречаемости зрелых Т-лимфоцитов показал, что у 74–100% больных хроническим гепатитом наблюдаются нормальные значения данного показателя. В данной группе обследованных в 9–26% случаев регистрируется снижение уровня содержания зрелых Т-лимфоцитов. В группе здорового контроля в 66% случаев наблюдается нормальное содержание, а в 30% – повышение уровня содержания зрелых Т-лимфоцитов. Снижение уровня содержания данного показателя среди здоровых лиц отмечено всего в 4% случаев. Указанные различия статистически значимы при $\chi^2 = 29,2$, $p = 0,001$.

Таким образом, результаты исследования показали, что при хроническом гепатите происходит значительный сдвиг иммунологической реактивности в сторону повышения цитотоксичности на фоне дефицита зрелых функционально активных популяций лимфоцитов и сывороточных иммуноглобулинов.

РОЛЬ АПОПТОЗА И НЕКРОЗА В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ

Сергеева И.В., Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Алимов А.Д., Хританков С.А.

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

**Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича,
г. Красноярск, Россия**

Цель работы. Установить уровень апоптоза в лимфоцитах больных тяжелой формой гриппа.

Материал и методы. Проведено исследование апоптоза и некроза лимфоцитов у 21 больного с тяжелой формой гриппа методом детекции апоптоза с помощью системы AnnexinV-FITC на клеточных мазках. Для сравнения обследованы 8 больных с присоединением бактериальных осложнений на фоне гриппа и проведением антибактериальной терапии в течение 3–5 дней проведения.

Статистический анализ результатов исследования проводился методом Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Вирус гриппа, как уже было указано, являясь индуктором апоптоза лимфоцитов, может быть причиной перевода физиологического апоптоза этих клеток в патологический, приводящий к дисфункции клеточного звена иммунитета. Было ранее доказано, что вирусы гриппа А способны индуцировать апоптоз клеток иммунной системы, тем самым обеспечивая высокий уровень выработки АТФ и провоцируя активацию апоптоза.

Для подтверждения полученных метаболических нарушений было проведено исследование апоптоза и некроза лимфоцитов у 21 больного с тяжелой формой гриппа. Для сравнения обследованы 8 больных с присоединением бактериальных осложнений на фоне гриппа и проведением антибактериальной терапии в течение 3–5 дней проведения. Уровень апоптоза у больных с тяжелым течением гриппа составил 61,8%, а уровень некроза, соответственно 31,8%. У больных с осложненным течением гриппа преобладающим был уровень некроза, который составил 82%. Статистический анализ результатов исследования методом Манна-Уитни показал высокий уровень апоптоза в лимфоцитах больных тяжелой формой гриппа ($p < 0,001$) по сравнению с некрозом. Нами ранее было доказано наличие выраженной относительной и абсолютной лимфопении, снижение количества CD4-лимфоцитов у всех пациентов вне зависимости от степени тяжести гриппа. Действие гриппозной инфекции на лимфоциты связано, вероятнее всего, не только с прямой иммуносупрессией в пределах популяций Т-лимфоцитов, но и прямым инфицированием NK-клеток. А одной из основных причин изменений в иммунном статусе больных гриппом является именно апоптоз.

Закключение. Таким образом, результаты подтверждают полученные данные о том, что вирус гриппа, как уже было указано, являясь индуктором апоптоза лимфоцитов.

Клинический вариант тяжелых форм гриппа формируется при снижении пролиферации и дифференцировки лимфоцитов за счет высокого уровня апоптоза, что имеет важную роль в патогенезе заболевания.



К ВОПРОСУ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ГЕПАТИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Слепцова С.С.

Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова, г. Якутск, Россия

В связи с высокой частотой выявления гемоконтактных вирусных гепатитов у женщин репродуктивного возраста, вертикальный путь передачи приобретает особое значение, что требует разработки эффективных мер профилактики передачи от матери к плоду. Частота инфицированности вирусом гепатита В у беременных составила 3,29% и в 3,0 раза превышает частоту инфицированности вирусом гепатита С, которая за аналогичный период равнялась 1,1%.

Выявление HBsAg за аналогичный период у новорожденных от женщин с манифестной HBV-инфекцией, а также больных бессимптомными формами инфекции составило по республике 2,3% и колебалось в разные годы от 0 до 5,2%. Снижение данного показателя в последние годы демонстрирует эффективность проводимой работы по специфической профилактике ГВ; частота выявления анти-HCV среди новорожденных не имела тенденции к снижению. В отношении ГВ уровень носительства HBsAg среди детей до 14 лет, который с 86,3 на 100 тыс. населения в 2000 г. сократился до 0,49 к 2011 г. и продемонстрировал эффективность проводимых мероприятий по вакцинации против ГВ, что подтверждается высокой обратной корреляционной связью (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) ($r_{sp} = -0,96$, $p < 0,001$) между показателями носительства HBsAg и охватом вакцинацией населения РС (Я).

Результаты обследования новорожденных на HBV-инфекцию необходимо сопоставлять с динамикой заболеваемости этой инфекцией у детей первого года жизни, поскольку эти данные требуют лонгитюда. Среди группы детей до 1 года в период 2003–2010 гг. не наблюдалось случаев ОГВ, но факт носительства HBsAg нами выявлен, а в 2011 и 2012 гг. зафиксировано по 1 случаю ОГВ у детей до года, рожденных от матерей с активной HBV-инфекцией. Этот факт подтверждает необходимость углубленного обследования детей, рожденных от HBsAg-позитивных матерей, индивидуализированного подхода к иммунопрофилактике и последующего динамического наблюдения за детьми до 1 года.

Для снижения риска перинатальной передачи HBV-инфекции рекомендуется выполнение количественного ПЦР-исследования у беременных с HBsAg, которое обеспечит снижение частоты передачи ГВ путем проведения при необходимости противовирусной терапии женщине (телбивудин) и индивидуализированного графика вакцинопрофилактики с введением специфического иммуноглобулина новорожденному.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В III ТРИМЕСТРЕ

Спивак С.В., Чуйкова К.И., Куприянова И.Е.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) и их выявление во время беременности приводит к развитию стресса и психической дезадаптации в третьем триместре беременности.

Цель исследования: оценить взаимосвязь клинических проявлений с показателями психического здоровья у беременных с ХГВ и ХГС в III триместре.

Пациенты и методы. Обследовано 164 беременных женщин в III триместре в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст составил $29,3 \pm 4,6$ лет), из них 45 женщин были с ХГВ, 83 женщины с ХГС и 36 здоровых женщин. Первичное выявление ХГВ у 21 беременной (58,1%), а ХГС у 61 (74,1%) женщины. Проведены исследования: оценка клинического статуса, маркерного спектра методом ИФА и ПЦР-диагностики на вирусные гепатиты. Оценка общего уровня соматического и психического здоровья беременных женщин в III триместре проводилась по опроснику качества жизни (КЖ) по И.А. Гундарову (1995) и Hamilton anxiety scale (HAS).

Результаты. Жалобы чаще выявлялись у беременных с ХВГ, чем у здоровых беременных. У беременных с ХВГ чаще – боль в правом подреберье (при ХГВ – у 22,5% беременных женщин, при ХГС – 6,8%) ($\chi^2 = 6,53$; $p = 0,03$). Среди клинических проявлений у беременных с ХВГ чаще – пальмарная эритема (при ХГВ – у 6,7% беременных женщин, при ХГС – у 70,3%), ($\chi^2 = 20,63$; $p \leq 0,01$).

Уровень качества жизни ниже у беременных с ХВГ составил $45,71 \pm 0,82$ баллов, у здоровых – $49,23 \pm 1,07$ баллов ($p \leq 0,01$). У беременных с ХВГ чаще проявлялась в физической характеристике ($14,89 \pm 0,25$ и $16,8 \pm 0,48$ баллов, соответственно) ($p \leq 0,01$).

При оценке взаимосвязи между клиническими проявлениями и КЖ беременных женщин с ХВГ выявили: при низком КЖ жалобы и клинические проявления встречались у 71%, а при высоком КЖ – у 37% женщин. В группе беременных с ХВГ с низким КЖ чаще изжога – у 25 (19,5%) ($\chi^2 = 0,44$; $p \leq 0,05$) женщин.

Оценка уровня тревоги у беременных с ХВГ, наряду со здоровыми, показала повышение уровня общей тревоги до $10,41 \pm 0,74$ баллов против $2,72 \pm 0,48$ баллов, соответственно ($p < 0,01$), особенно повышение психической тревоги до $5,12 \pm 0,39$ против $1,52 \pm 0,30$ баллов ($p \leq 0,01$). У беременных ХВГ высокая тревога – у 71 %, низкая – у 29%. При высокой тревоге: изжога у 40 (31,2%), слабость у 16 (12,5%), ($p \geq 0,05$).

Таким образом, у беременных женщин с ХВГ установлена взаимная сопряженность клинических проявлений в третьем триместре с показателями психического здоровья: наличие клинических проявлений сопровождается снижением качества жизни и повышением уровня тревоги.



ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБЛЕМНО-ПОИСКОВЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

**Старостина В.И., Валишин Д.А., Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р.,
Бурганова А.Н.**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Проблемно-поисковые методы применяются с целью развития у обучаемых лиц способностей поиска ситуационных решений. На кафедре инфекционных болезней активно применяются методы проблемного изложения материала, метод «мозговой атаки», проблемно-поисковые дискуссии и задачи. С педагогической точки зрения проблемной является задача, требующая самостоятельного нахождения нетривиального решения.

Изложение учебного материала методом проблемно построенной лекции предусматривает по ходу изложения материала размышления, доказательства, обобщения, анализ фактов. Учебная дискуссия представляет собой специально запрограммированное свободное обсуждение теоретических вопросов учебной программы, которое обычно начинается с постановки вопроса. Для учебной дискуссии характерны коллективное обсуждение спорного вопроса, борьба между разными мнениями. Метод «мозговой атаки» заключается в поиске ответа на сложную проблему посредством интенсивных высказываний всевозможных приходящих в голову идей, догадок, предположений, случайных аналогий, а также спонтанно возникающих у присутствующих ассоциаций, с дальнейшим отбором наиболее интересных идей.

На кафедре инфекционных болезней применяются задачи проблемно-поискового типа. Преподаватель формулирует условия и вопросы ситуационной задачи. Далее следует период обсуждения. Для решения задач необходимы владение приемами дифференциально-диагностического поиска, нюансами ведения пациентов с инфекционной патологией и ситуационная ориентировка. Студенты, основываясь на полученной за время обучения информации, применяют дедуктивные и индуктивные методы, приемы анализа и синтеза, методы сравнения, логическое мышление, предлагают варианты решения задачи. Как правило, студенты должны поставить предположительный диагноз, провести дифференциальную диагностику с заболеваниями со сходной клинической картиной, предложить дополнительные диагностические мероприятия, лечебную тактику. Далее совместно с преподавателем обсуждаются все возможные способы решения задачи, их нюансы, ошибки на этапах решения задачи, положительные и отрицательные стороны, выбираются наиболее адекватные решения.

Закключение. Проблемно-поисковые методы обучения способствуют развитию навыков творческой учебно-познавательной деятельности, что ведет к более осмысленному и самостоятельному овладению знаниями.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Стоянова Н.Н., Гладышева М.А., Бучко Н.П., Соболев В.А., Павленок К.Н., Киклевич В.Т.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) продолжает оставаться частым проявлением вирусной инфекции у детей раннего возраста.

Под нашим наблюдением находилось 647 детей с ОСЛТ в возрасте от 3 мес. до 12 лет (от 3 мес. до 1 года – 18,3%, от 1 года до 3 лет – 65,9%, от 3 лет до 7 лет – 12,2%, от 7 лет до 12 лет – 3,4%). Все дети поступали по экстренным показаниям. Среди пациентов преобладали мальчики (73,5%). Из анамнеза установлено, что у 77 детей (12%) наблюдался ранее перенесенный стенозирующий ларинготрахеит.

В большинстве случаев (90%) у детей регистрировался стеноз гортани I степени, который характеризовался острым началом чаще в вечерние и ночные часы, осиплостью голоса, грубым кашлем и инспираторной одышкой при беспокойстве. У большинства больных (80%) отмечалась повышенная температура тела. У остальных больных (10%) отмечался стеноз гортани II степени с синдромом дыхательной недостаточности в покое, которая резко усиливалась при беспокойстве ребенка.

Все больные получали комплексное консервативное лечение. Глюкокортикостероиды (ГКС) применялись у всех больных, парентерально, в разовой дозе 0,4–0,6 мг/кг. В большинстве случаев было достаточно однократного введения, у 65 пациентов (10%) требовалось повторное введение ГКС. Повторное введение было необходимо при сохраняющейся клинике стеноза гортани, чаще у больных с поздней обращаемостью в стационар. Все дети получали ингаляции с 0,1% раствором адреналина и солевыми растворами. Детям со 2 степенью стеноза применялись ингаляции с пульмикортом. Антибактериальную терапию получали 232 ребенка (36%), она была обусловлена продолжительностью лихорадки и воспалительными изменениями со стороны крови (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево). В большинстве случаев явления стеноза гортани протекали в компенсированной форме и купировались в первые сутки от начала лечения. Средняя продолжительность госпитализации этих детей составила 3,9 койко-дня. Больные со 2 степенью стеноза гортани получали антибактериальную терапию в 100% случаев. Средняя продолжительность пребывания детей этой группы в стационаре составила 6,8 койко-дня. В редких случаях (6%) острый стенозирующий ларинготрахеит осложнялся бронхо-обструктивным синдромом.

Таким образом в большинстве случаев ОСЛТ протекал в стадии компенсации. Комплексная терапия с применением ГКС приводит к быстрому терапевтическому эффекту.

Эффективность терапии во многом зависит от сроков обращаемости в стационар с момента заболевания.



К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ФЕБРИЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОРВИ

Строганова М.А., Мартынова Г.П., Шнайдер Н.А.

**Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия**

Фебрильные приступы (ФП) наиболее часто встречаемые пароксизмы детского возраста, развивающиеся на резкий подъем температуры тела выше 38°C. ФП возникают у детей в возрасте старше 1 мес. и до 5 лет. Частота встречаемости ФП в детской популяции составляет от 2 до 5%. Принято различать простые и сложные ФП. Большинство ФП представлены простым типом, который составляет около 85% всех пароксизмов в детском возрасте.

На сегодняшний день нет четкого представления о причинах возникновения ФП. Публикации последних лет свидетельствуют о том, что все чаще этиологическим фактором развития ФП являются вирусы семейства герпеса.

Цель исследования: изучить этиологическую структуру больных с простыми ФП в возрасте от 3 мес до 3 лет и оценить вклад герпесвирусов в развитие ФП.

Под нашим наблюдением находилось 59 больных в возрасте от 3 мес. до 3 лет, госпитализированных в Красноярскую межрайонную детскую клиническую больницу №1 с развитием ФП на фоне острых респираторных инфекций (ОРИ) за период с октября 2013 г. по февраль 2014 г. За всеми больными проводилось тщательное клинико-лабораторное наблюдение с момента поступления в стационар. Наряду с традиционными методами лабораторной диагностики с целью этиологической расшифровки ФП, проводилось исследование мазков из носовых ходов в реакции ИФ для выявления антигенов респираторных вирусов. Дополнительное обследование пациентов включало обнаружение маркеров герпесвирусной инфекции (ВПГ-1 и 2 типов, ВГЧ-5 (ЦМВ), ВГЧ-6) методами иммуноферментного анализа (ИФА) с определением индекса авидности антител и определение ДНК вирусов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Средний возраст пациентов составил 24,6 мес. Изучение этиологическая структура ФП показало, что только у 15,2% больных причиной заболевания явились респираторные вирусы с преобладанием вируса гриппа А (H3N2) – 6,7% (4 чел.) У 86,2% (50 чел.) наблюдаемых больных с ФП были обнаружены маркеры представителей ГВИ: Ig G к ВГЧ-6 типа у 22,4% (13 чел.), Ig G ЦМВ у 25,9% (15 чел.), Ig G ВПГ 1 и 2 типов у 5,2% (3 чел.). Среди всех обследованных вирус-вирусные микст инфекции (ОРВИ + ГВИ) установлены у 13,6% (8 чел.).

Заключение. Результаты проведенного исследования подтверждают высокую инфицированность герпесвирусами детей с ФП, протекающими на фоне ОРВИ. Расширение диагностических возможностей у пациентов с ФП позволит определить оптимальный выбор этиотропной терапии, рациональную тактику ведения и диспансерного наблюдения.

АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ (REAL-TIME PCR) ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Сухинин А.А., Макавчик С.А., Герасимов С.В., Прасолова О.В.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная академия ветеринарной медицины», г. Санкт-Петербург, Россия

olgaprasolova@mail.ru

Своевременная и надежная оценка вида возбудителей является начальным и наиболее важным звеном в сложной цепи терапевтических и эпизоотических мероприятий по борьбе с ростом инфекционных болезней. Появление полимеразной цепной реакции значительно расширило возможности клинической лабораторной диагностики. Поэтому различные виды PCR широко применяются для быстрой идентификации возбудителей, культивирование которых слишком длительно и трудоемко.

Целью нашей работы является анализ проблем, возникающих при постановке полимеразно-цепной реакции в реальном времени (PCR-RT) с использованием различных реактивов и аппаратуры.

Материалы и методы: в работе мы использовали готовые наборы реактивов разных производителей, а так же в некоторых случаях осуществляли подбор праймеров ("BLAST", GenBank) и оптимизацию режимов амплификации. Выделение нуклеиновых кислот проводили с помощью колонок и на селикогеле. Контроль концентрации выделенного генетического материала осуществляли с помощью прибора Qubit (Германия). Амплификация специфических фрагментов ДНК и учет реакции осуществлялись в приборе роторного типа - «RotorGene-6000» (Qiagen), а так же в приборе планшетного типа –CFX96Touch(Bio-Rad). Перед каждым новым циклом исследований добавляли урацил-N-гликозилазу.

Результаты: За период 2012-2014 г.г. доля исследований с помощью PCR-RT (в том числе и мультиплексной) постоянно увеличивается. Нами в 2012 году проведена идентификация 8 возбудителей в 886 пробах материала, а в 2014 году уже 10 – в 2378. При отборе материала для выделения микроорганизма необходимо исходить из патогенеза изучаемой инфекции. Следует подчеркнуть, что ДНК-матрицы клеток, вирусов и бактерий при нейтральном и слабощелочном pH для ПЦР в условиях инактивации ДНК-азы пригодны для ПЦР в течение длительного времени, тогда как РНК-матрицы клеток вирусов и бактерий менее устойчивы: быстро гидролизуются очень активными эндогенными и экзогенными РНК-азами, при щелочных и кислых значениях pH, поэтому материал для анализа методом ОТ-ПЦР должен подвергаться немедленному исследованию или храниться при -70°C в присутствии ингибиторов РНК-аз. Несмотря на разнообразие технологий молекулярной диагностики, во всех случаях материал для исследования - нуклеиновые кислоты – должен быть выделен из биопроб и очищен от интерферирующих примесей. В нашей работе мы практическим путем показали преимущества колоночных систем выделения – концентрация выделенного генетического материала была выше, чем при использовании селикогеля. Необходимо отметить простоту использования и более высокую скорость работы с колоночными системами. Однако их применение в широкомасштабном мониторинге затруднительно ввиду высокой стоимости. При проведении амплификации в режиме RT удобно использовать любой прибор. Постановку Real-time PCR в мультиплексном варианте мы рекомендуем проводить при наличии схожих клинических признаков, для дифференциации возбудителей, а так же при значительной вариабельности одного возбудителя. При анализе использования внутреннего контроля мы пришли к выводу: если в реакционной смеси находится нужная ДНК, то эффективность ее амплификации снижается из-за конкуренции с внутренним контролем за праймеры. Это особенно принципиально важно при низких концентрациях ДНК в испытуемом биологическом образце, что может приводить к ложноотрицательным результатам.

Закключение. Методы обнаружения в диагностических пробах нуклеиновой кислоты, специфичной для инфекционных патогенов, приобрели большое значение в медицине и ветеринарии. В данном случае нет равных по скорости получения результата и простоте постановке PCR-RT, в том числе и в мультиплексном варианте. Однако при исследовании материала данными методами необходимо критично подходить как к отбору материала, так и к выбору реактивов, для идентификации конкретного возбудителя. Особое внимание необходимо уделять квалификации персонала, так как технически поставить реакцию не сложно, но решать проблемы при возникновении проблем в ПЦР-лаборатории достаточно сложный и дорогостоящий процесс.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ЦИТОКИНОВ КРОВИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ *HELICOBACTER PYLORI*

**Татаркина А.Н., Ольховская О.Н., Копейченко Т.С., Вовк Т.Г.,
Жаркова Т.С., Зимина М.С., Белоконова Л.А., Оношко Н.В.**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Многочисленные исследования свидетельствуют о высокой распространенности хеликобактерного инфицирования среди населения, в том числе среди детей различных возрастов. Доказанная роль влияния *H. pylori* на развитие и прогресс ряда заболеваний ЖКТ, однако, иммунный ответ у детей, инфицированных *H. pylori*, при острых кишечных инфекциях (ОКИ) остается мало изученным.

Цель исследования: выявить особенности цитокиновой реакции при бактериальных ОКИ у детей, инфицированных *H. pylori*. Обследовано 137 детей в возрасте одного – пяти лет, больных бактериальными ОКИ. КИ были обусловлены шигеллезом, сальмонеллезом и эшерихиозом (47,3, 34,4 и 18,3%) соответственно. Верификация диагноза осуществлялась известными, общепринятыми методами исследования. Наряду с общеклиническими методами исследования в динамике патологического процесса определяли содержание цитокинов (ФНО-альфа и интерлейкины – 1b, -2, -4, -6, -8) в сыворотке крови твердофазным иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов реагентов («Протеиновый контур» С.-Петербург). Выделили две группы наблюдений: в первую объединили 105 (76,9%) больных КИ без фонового инфицирования, во вторую – 38 (23,1%) – с фоновым инфицированием *H. pylori*. Сравнительный анализ показателей цитокинового ответа у больных обеих групп выявил повышенный уровень исследуемых параметров на всем протяжении болезни, однако их концентрация и соотношения в динамике позволили установить несколько типов цитокинового реагирования детского организма (нормореактивный, гиперреактивный, гипореактивный и диссоциативный). У больных I гр. наблюдений чаще регистрировался гипер- и нормореактивный ($p < 0,05$), тогда, как во II гр. – гипо- и диссоциативный типы цитокинового реагирования.

Таким образом, выявленные изменения реакции цитокинов у больных бактериальными ОКИ в ассоциации с хеликобактерной инфекцией указывают на участие

H. pylori в формировании иммунопатологических механизмов в развитии патологического процесса, что является основанием своевременно корректировать терапию больных и осуществлять выбор комплекса мер медико-социальной адаптации реконвалесцентов.

ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ ВИРУСНЫХ И БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТОВ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ СОЧЕТАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Тикунова Н.В., Жираковская Е.В., Соколов С.Н., Швалов А.Н.

*Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск;
Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор»
Роспотребнадзор, п. Кольцово, Новосибирская область, Россия*

Проведен ретроспективный анализ результатов определения вирусных и бактериальных возбудителей острых гастроэнтеритов более чем у трех тысяч детей раннего возраста, госпитализированных с диагнозом острый гастроэнтерит. Каждый образец фекалий, собранный при поступлении ребенка в стационар, анализировали на наличие основных возбудителей острых гастроэнтеритов: рота-, норо-, астровирусов, кампилобактерий, сальмонелл, шигелл и ЕИЕС, а также условно-патогенных микроорганизмов. Получены данные о встречаемости, возрастной зависимости и сезонности выявления вышеперечисленных инфекционных агентов. Приблизительно в 68% образцов выявлен возможный возбудитель, причем более 12% всех протестированных образцов содержали два и более инфекционных агента. Около 1,5% образцов содержали три и более возможных возбудителя острых гастроэнтеритов. Проведен анализ данных об особенностях течения заболевания и сроках госпитализации в зависимости от типа выявленного возможного возбудителя при моноинфекции или сочетания возможных возбудителей при инфекции сочетанной этиологии. В результате было показано, в частности, статистически достоверное увеличение срока госпитализации в случае присутствия трех и более инфекционных агентов в образце фекалий. При обнаружении двух возбудителей в образце статистически достоверное увеличение срока госпитализации зарегистрировано в случае присутствия ротавирусов группы А и бактериальных агентов.

КОРРЕКЦИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Тихонова Ю.С., Сергеева И.В., Юрьева Э.А.

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

**Городская больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича, г. Красноярск,
Россия**

Цель исследования: оценить клинико-лабораторную эффективность препарата глутоксим для коррекции нежелательных явлений противовирусной терапии у больных хроническим вирусным гепатитом С.

Пациенты и методы. Пациенты ($n = 81$) с ХГС были разделены на две группы: 1-я – получали «короткоживущие» ИФН- α (альтевир) в сочетании с рибавирином 800– 1200 мг/сут (в зависимости от массы тела), 2-я – ЦеПегИФН- $\alpha 2b$ (альгерон) и рибавирин. Для коррекции нейтропении и тромбоцитопении 36 пациентам из 1-й группы ($n = 18$) и из 2-й ($n = 15$) назначался глутоксим в дозе 20 мг/кг в/м через 48 ч, 5 инъекций. Критериями эффективности являлись: купирование «нежелательных» клинических и гематологических эффектов интерферонотерапии на начальных сроках терапии (1–3-й месяц).

Результаты. Анализ нежелательных явлений при применении любой комбинации препаратов показал, что наиболее распространенными побочными эффектами были гриппоподобные и астеновегетативные симптомы (100%); при применении альгерона – дерматит (5,6%), миалгии (9%), при лечении «короткоживущими» интерферонами – чаще отмечалось снижение веса (95%). Умеренные гематологические изменения на начальных этапах лечения отмечались у 32,6% больных из 2-й группы и у 51,7% пациентов – из 1-й. Динамическое наблюдение за пациентами, получавшими в течение 1-го месяца лечения глутоксим, позволило отметить выраженный гематологический и клинический эффекты. Последний заключался в улучшении самочувствия, снижении выраженности астеновегетативного и депрессивного синдромов. Одним из самых значительных эффектов являлось существенное повышение числа тромбоцитов в 1,5–2 раза ($p < 0,001$) и нейтрофилов ($p < 0,05$), нормализация активности ферментов в биохимическом анализе крови ($p < 0,05$).

Выводы. Как у больных, получавших «короткоживущие» интерфероны с их ежедневным введением в 1-й месяц лечения, так и находящихся на лечении пегилированной формой интерферонов, глутоксим стимулирует гемопоэз, корригируя «раннюю» нейтропению и тромбоцитопению, повышает резервные возможности функционально-метаболической активности гранулоцитов и, таким образом, позволяет не только не отменять лечение, но и не снижать дозы интерферонов.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РОССИИ: УСПЕХИ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ткаченко Е.А.

**ФГБНУ «Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова»,
г. Москва, Россия
evgeniytkach@mail.ru**

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 15 лет XXI века было зарегистрировано более 108 тысяч случаев ГЛПС в 7 из 8 Федеральных округах, включая более 2,5 тысяч детей в возрасте до 14 лет. У 450 больных 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. В настоящее время можно говорить о существовании в России помимо ранее обнаруженных 4-х хантавирусов-возбудителей ГЛПС (Пуумала, Хантаан, Амур и Сеул) ещё двух вирусов Куркино и Сочи, ассоциированных с двумя видами грызунов (полевая и кавказская лесная мыши) и вызывающих заболевания ГЛПС, отличающиеся тяжестью клинического течения болезни.

Биотехнологические параметры, разработанные нами в результате создания кандидатной вакцины против ГЛПС, будут приняты за основу на следующем этапе исследований по оптимизации технологии промышленного изготовления вакцинных препаратов.

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 проблемы ГЛПС.



МЕТАСТАБИЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВОДНЫЕ РАСТВОРЫ, ПОЛУЧАЕМЫЕ МЕТОДОМ КАВИТАЦИИ, ОСНОВА НОВЫХ ПОДХОДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ВИЧ, ГЕПАТИТ И ДР.)

Уваров В.М.

ЗАО НПП «АТОЛЛ», г. Златоуст, Челябинская обл., Россия

uwarov.valer@yandex.ru

Медицина - есть искусство подражать природе – Гиппократ.

Созданием эффективных, но дорогих химических препаратов вирусные эпидемии не остановить.

Одной из альтернатив лекарственной терапии является лечение, основанное на использовании свойств воды и водных растворов, находящихся в метастабильном состоянии, получаемых методом искусственного физического воздействия на их структуру. Это направление в лечении ВИЧ, Гепатита и оппортунистических заболеваний подтверждается исследованиями, проводимыми за рубежом (вода МРЕТ) и в России (напиток Ваше здоровье, Аквацит-К и др.)

Экспериментально установлено, что метастабильные водные растворы отрицательно воздействуют на развитие вирусных заболеваний. Это обусловлено наличием в растворах повышенного количества одиночных молекул воды с разорванными водородными и ковалентными связями, имеющими повышенную поверхностную энергию. При адсорбции молекул воды на поверхности вирусов последние теряют часть своего электрического потенциала, что равносильно их гибели. Адсорбция таких вирусов на поверхность клеток будет затруднена и может, не состояться. Биологом П. Эгром (США) установлено (Нобелевская премия 2003 г.), что клетки имеют водные поры (аквапорины) через которые могут проходить только одиночные молекулы H₂O. В соответствии с этим одиночные молекулы метастабильных растворов легко проходят через аквапорины, что устраняет обезвоживание клеток и организма в целом.

На оборонном предприятии разработана технология, направленная на замедление процесса возрастного обезвоживания организма, основанная на использовании метастабильного структурированного биологически активного водного раствора. Создан малогабаритный структуризатор для получения водных растворов в домашних условиях, офисах, лечебных учреждениях. Технология апробирована с положительными результатами на более 800 добровольцах и в нескольких НИИ она применяется рядом медицинских центров. Разработанная технология является безмедикаментозной и не требует больших финансовых затрат.

СОЗДАНИЕ АТЛАСА ПЕРЕНОСЧИКОВ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Углева С.В., Галимзянов Х.М.

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия

Территория Астраханской области характеризуется особыми географическими, климатическими и экологическими условиями, которые в свою очередь влияют на эпидемический процесс природно-очаговых заболеваний. Наиболее тяжело протекающим заболеванием арбовирусной этиологии на территории области является Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ), сохраняющая тенденцию к расширению ареала. Одним из доминирующих на территории природно-очаговым заболеванием является Астраханская риккетсиозная лихорадка (АРЛ). Также в области сформировался новый природный очаг – очаг лихорадки Западного Нила (ЛЗН). В основе изучения природно-очаговых болезней лежат научные поиски и разработки, насчитывающие более двух столетий. Важной вехой в такого рода исследованиях стал монументальный Атлас эпидемических болезней в трех томах под редакцией Э. Роденвальдта (Rodenwaldt et al., 1952–1961). Атлас обобщил и представил накопленные к середине XX века знания по распространению различных болезней в виде обзорных и детальных карт. Из последних зарубежных изданий, связанных с изучением инфекционных и паразитарных болезней, отметим Атлас эпидемических болезней под редакцией А. Клиффа (Cliff et al., 2004). В отечественной медицине активно разрабатываются научно-методические основы и к настоящему времени многие из природно-очаговых болезней достаточно хорошо изучены. Наибольший интерес представляют атласы, посвященные природно-очаговой тематике, в которых содержатся в разных объемах в общих (Атлас Забайкалья, 1967; Атлас Тюменской обл., 1976; Атлас Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, 2006) и специализированных комплексных (Медико-географический атлас Приморского края, 1969; Атлас Иркутской области, 2004; Атлас природных и техногенных опасностей в РФ, 2005) атласах. Однако, атласы, посвященные преимущественно природно-очаговым заболеваниям, единичны (Ландшафтно-эпидемиологический атлас Европейской части РСФСР, Урала и Крымской области УССР, 1987; Атлас природно-очаговых и паразитарных болезней Республики Коми, 2004; Медико-экологический атлас Хабаровского края и Еврейской автономной области, 2005).

Учитывая все изложенное, необходимость создания атласа Астраханской области является актуальной проблемой для специалистов нашего региона. Главная и конечная цель создания Атласа – способствовать осуществлению объективной оценки эпидемиологической ситуации по комплексу трансмиссивных природно-очаговых болезней, ее контролю и научно обоснованной информации для органов здравоохранения.



ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ ДИОКСИДА ХЛОРА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Федорова Л.С., Левчук Н.Н., Скопин А.Ю.

ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора, г. Москва, Россия
fedorova-LS@yandex.ru

В современных условиях в практике борьбы с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), возрастает роль дезинфицирующих средств (ДС), имеющих широкий спектр действия в отношении бактерий (включая микобактерии, споры бацилл), вирусов, грибов, при обеззараживании объектов внешней среды в медицинских организациях.

Одним из таких соединений является диоксид хлора - экологически чистое соединение, разлагающееся на безвредные компоненты менее чем за час, обладающее шадящим действием на обрабатываемые объекты. С появлением безопасных технологий его производства двухкомпонентные и однокомпонентные ДС на его основе в формах порошков, растворов, таблеток рекомендуют для обеззараживания поверхностей в помещениях, белья, посуды, медицинских изделий и других объектов внутрибольничной среды. В последнее время в медицинских организациях стали использовать диоксид хлора аэрозольным методом для одновременной обработки поверхностей и воздуха в помещениях, что позволяет сократить расход ДС и трудозатраты. Аэрозольный метод хорошо сочетается с другими технологиями, рекомендованными для снижения обсемененности воздуха: ультрафиолетовым излучением, применением бактерицидных фильтров, ламинарными потоками и другими, закрывая проблемы по обработке труднодоступных мест, помещений большого объема.

Проведенное экспериментальное изучение эффективности ДС на основе диоксида хлора и специального оборудования для его распыления (генераторов аэрозолей) показало их высокую эффективность в отношении бактерий (включая микобактерии, споры бацилл), вирусов, грибов при обеззараживании воздуха и поверхностей в режиме: расход средства 30-50 мл/м³, дисперсность аэрозоля – 10-20 мкм («увлажненный туман»), концентрация диоксида хлора – от 0,1% до 0,3%, время дезинфекционной выдержки – от 30 до 90 минут.

Применение в практике работы медицинских организаций средств с широким спектром антимикробного действия, таких как диоксид хлора, позволяет более успешно бороться с ИСМП.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПРИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Ходжаева Н.М., Токмалаев А.К., Файзуллоев Н.Ф.

*Таджикский государственный медицинский университет, Душанбе,
Республика Таджикистан,*

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

Тропическая малярия представляет серьезную проблему здравоохранения эндемичных регионов и стран в связи с угрозой летальности и развитием тяжелых осложнений. Наиболее часто и тяжело болеют дети в возрасте от 6 мес. до 4–5 лет, но наиболее поражаемой группой являются дети старших возрастных групп.

Целью исследования явилось изучение цитокинового статуса при тропической малярии у детей для прогнозирования неблагоприятных исходов.

Проведено исследование 48 детей с тропической малярией в возрасте от 4 до 14 лет, госпитализированных в ЦРБ Хатлонской области Таджикистана.

В возрастной группе детей 4–7 лет в периоде разгара выявлялось повышение уровня про- и противовоспалительных цитокинов на фоне низких концентраций IFN- γ . В периоде ранней реконвалесценции наблюдалось достоверное повышение содержания IL-2 ($82,4 \pm 12,3$ против $28,2 \pm 2,4$ пг/мл соответственно, $p < 0,05$) и снижение уровня IL-4 ($54,2 \pm 4,5$ против $218,6 \pm 14,6$ пг/мл соответственно, $p < 0,001$), свидетельствующих об изменении баланса цитокинов в пользу продукции Th1 цитокинов. К периоду поздней реконвалесценции отмечалась нормализация уровня провоспалительных цитокинов, высокая концентрация IL-2 и восстановление уровня IL-4. Такая динамика цитокинов предопределяла более благоприятное течение тропической малярии у детей данной возрастной группы, о чем свидетельствовали уменьшение удельного веса тяжелых форм болезни и частоты рецидивов.

У детей школьного возраста в периоде разгара и ранней реконвалесценции отмечалась достоверно низкая концентрация провоспалительных цитокинов на фоне повышенных значений IFN- γ и IL-2, определяющих «гладкое» течение тропической малярии, так как незначительное повышение таких цитокинов как TNF- α , IL-6 выполняет, как известно, защитную роль. Кроме того, ранняя продукция IFN- γ и IL-2 способствовала доминированию Th1-типа иммунного ответа. Характер изменений цитокинового профиля в данной возрастной группе коррелировал с клиническим течением болезни: преобладали легкие и среднетяжелые формы тропической малярии, отмечался низкий процент рецидивов.

Таким образом, у детей старших возрастных групп при тропической малярии наблюдается преобладание Th1-типа иммунного ответа, способствующий санации организма от возбудителей при условии своевременного и адекватного лечения.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С СРЕДИ ПЕРВИЧНЫХ ДОНОРОВ КРОВИ НА ТЕРРИТОРИИ РОВЕНСКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ

**Хоронжевская И.С., Мартинюк Г.А., Шевченко Г.Н., Резников А.П.,
Мороз В.А., Семенова Л.А.**

Ровенский областной лабораторный центр Госсанэпидслужбы Украины

Проведение молекулярно-генетического мониторинга ВГС на исследуемой территории – важная часть эпидемиологического надзора за этой инфекцией.

Исследование методом ОТ-ПЦР 47 первичных доноров крови, у которых в крови выявляли анти-ВГС, показало, что у 42 ($89,4 \pm 4,49\%$) человек была выявлена РНК ВГС. Изучение структуры генотипов ВГС среди них позволило выявить субтип 1b у 19 ($45,2 \pm 7,6\%$) человек, субтип 3a – у 15 ($35,7 \pm 7,4\%$) человек, генотип 2 – у одного ($2,4 \pm 2,4\%$), не удалось типировать генотип у 7 ($16,7 \pm 5,8\%$) первичных доноров крови.

За последние 20 лет среди населения Ровенской области Северо-Западного региона Украины структура генотипов вируса гепатита С (ВГС) претерпела определенные изменения – уменьшился удельный вес субтипа 1b ВГС с $85 \pm 8,19\%$ до $45,2 \pm 7,6\%$, ($p < 0,01$) и увеличился удельный вес субтипа 3a ВГС с $10,0 \pm 6,88\%$ до $35,7 \pm 7,4\%$, ($p < 0,05$).

В то же время среди групп населения, где не было отмечено внутривенное введение наркотических препаратов, удельный вес субтипа 1b ВГС был значительный. У медицинских работников удельный вес субтипа 1b ВГС был достоверно выше, чем у других пациентов, которые, в основном, были представлены лицами принимавшими наркотические препараты внутривенно, ($78,85 \pm 5,66$ и $47,06 \pm 6,05\%$ соответственно) ($p < 0,05$), а удельный вес субтипа 3a ВГС был в 4,4 раза ниже – $7,69 \pm 3,69\%$ и $26,47 \pm 5,35\%$ соответственно ($p < 0,05$).

Также у 19 ВИЧ-инфицированных пациентов (среди которых преобладали лица употребляющие наркотические вещества внутривенно) субтип 1b ВГС был обнаружен у 5 человек ($26,32 \pm 10,38\%$), субтип 3a – у 5 ($26,32 \pm 10,38\%$), генотип 2 – у 2 человек ($10,52 \pm 7,23\%$), субтип 1a ВГС – у одного ($5,26 \pm 5,26\%$), еще у 6 больных ($31,58 \pm 10,96\%$) типировать генотип вируса гепатита С не удалось.

Таким образом, изучение структуры генотипов ВГС среди 42 первичных доноров крови, у которых в крови выявляли РНК ВГС, позволило выявить субтип 1b у 19 ($45,2 \pm 7,6\%$) человек, субтип 3a – у 15 ($35,7 \pm 7,4\%$) человек, генотип 2- у одного ($2,4 \pm 2,4\%$), не удалось типировать генотип у 7 ($16,7 \pm 5,8\%$). Анализ циркулирующих генотипов и субтипов ВГС в Северо-Западном регионе Украины за последние 20 лет показал уменьшение удельного веса субтипа 1b ВГС (с $85,0 \pm 8,19$ до $45,2\%$ $p < 0,01$) и увеличение удельного веса субтипа 3a ВГС за этот период (с $10,0 \pm 6,88$ до $35,7\%$, $p < 0,05$).

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

Хохлова З.А., Кириллова Ю.М.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей;

Городская клиническая больница №29, г. Новокузнецк, Россия

Наблюдали случай генерализованной формы ветряной оспы тяжелой степени, осложнившейся вирусно-бактериальной двусторонней пневмонией, сепсисом, с летальным исходом у больного 29 лет. Поступил в тяжелом состоянии 06.02.14: контакт с больным ветряной оспой, с 03.02 везикулезные элементы, лихорадка до 40°C. Социально адаптирован. Употребление наркотиков, алкоголя отрицал. 07.02 появилась одышка, ДН. Переведен в ОРИТ. При переводе состояние очень тяжелое, возбужден, адекватен, контактен. Конечности холодные. Общий цианоз кожи, обильная везикулезная сыпь по всему телу, практически все элементы с гнойным содержимым, и геморрагическая сыпь. Энантема на мягком нёбе. Дыхание самостоятельное, множественные влажные хрипы по задней поверхности легких, ЧД 46 в мин, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 84 в мин. Печень + 2 см от ребра, селезенка не увеличена. Диурез сохранен. Рентгенологически: 2-сторонняя септическая пневмония – по всем легочным полям множественные очаговые тени различной плотности, корни расширены, мало-структурны. Больной переведен на ИВЛ. 08.02 на фоне септического шока произошла остановка сердечной деятельности, угнетение сознания до комы 1–2, судорожные приступы.

Проводились реанимационные мероприятия. В гемограмме лейкоцитоз 16,4 – 30,0 – 13,0 – 17,4, сдвиг влево: 24-50-40-23, ТЗН. Гиперферментемия, метаболический ацидоз: pH 6,88. Нарушений свертывающей системы не выявлено. Исследование на ВИЧ-и: результат отрицательный. Лечение: виролекс 5 мг/кг 3 р/сут., АБТ-зивокс 600 мг 2 р/сут. + максипим 2,0 3 р/сут. – в/в, противоотечная, противосудорожная, гастропротективная, антикоагулянтная терапия, трансфузии ГЭХ, СЗП. Наблюдалось постепенное прогрессирование болезни, сохранялась кома, ПОН. 17.02 нестабильная гемодинамика на фоне вазопрессоров, анурия, остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта. При патологоанатомическом и гистологическом исследованиях обнаружено: на плевре, брюшине множественные геморрагии, под капсулой селезенки множественные белесоватые пустулы; ОГМ, геморрагии в оболочках мозга; микроскопически застойное полнокровие, стазы. Межальвеолярные перегородки некротизированы. В почках, печени, селезенке множественные кровоизлияния и некрозы. Надпочечники полнокровны с выраженными расстройствами кровообращения. Из крови и легочной ткани выделена культура *Klebsiella pneumoniae*.

Выводы: ветряная оспа у взрослых может протекать тяжело, с поражением внутренних органов, септическими осложнениями и летальным исходом.



НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Храпунова И.А.

¹ ФБУН НИИ Дезинфектологии Роспотребнадзора,

² ФБУН НИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва, Россия

KhrapunovaIA@niid.ru

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) являются проблемой для медицинских организаций всего мира. Более трех четвертей ИСМП представлены раневыми гнойно-септическим осложнениями (далее ГСО). Несмотря на достижения науки и практики в области разработки инновационных технологий при осуществлении хирургических вмешательств, производства и применения новейших антибиотиков, антисептиков и дезинфектантов проблема возникновения ГСО не становится меньше, а наоборот, обостряется. Немаловажную роль в этом играет селекция устойчивых к антибиотикам и дезинфицирующим средствам госпитальных штаммов, циркулирующих в хирургических отделениях, появление «супербактерий», которые обладают устойчивостью, в том числе к антибиотикам выбора. Выживающие бактерии, или персистеры, способны, в ряде случаев, воспроизводить такую же популяцию. Удельный вес устойчивой оппортунистической микрофлоры год от года растет и составляет 50-80% от всей выявленной микрофлоры пациентов и внутрибольничной среды в ряде хирургических и реанимационных отделений. ГСО не подлежат специфической профилактике. В этом случае речь идет о способах и методах неспецифической профилактики ИСМП, которая включает комплекс организационных, технических, эпидемиологических, дезинфекционно-стерилизационных, микробиологических, санитарно-гигиенических, планировочных, клинических мероприятий. Основные профилактические мероприятия направлены на второе звено эпидемического процесса - механизмы, пути распространения и факторы передачи инфекции. Для успешной профилактики ИСМП, в том числе распространения «супербактерий», необходима слаженная, вдумчивая работа всего коллектива медицинской организации. В то же время методы профилактики должны базироваться на фундаментальных исследованиях механизмов устойчивости микроорганизмов и возможности их преодоления. Вопросы профилактики ИСМП требуют к себе пристального внимания специалистов разного профиля: клиницистов, микробиологов, клинических фармакологов, эпидемиологов, санитарных врачей, дезинфектологов, инженеров, архитекторов, производителей медицинской техники и изделий. Иными словами речь идет о проблеме, требующей мультидисциплинарного подхода.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ ЗА 2013 ГОД ПО ДАННЫМ ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №4 Г. УФА

**Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р., Кутлугужина Ф.Г., Старостина В.И.,
Галиева А.Т.**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Всего в Республике Башкортостан в 2013 г зарегистрировано 268 больных, показатель заболеваемости 6,6. В 2013 г. на стационарном лечении в ГБУЗ РБ ИКБ №4 г. Уфы находились 52 пациента старше 18 лет с диагнозом ИМ, из них – 30 мужчин (58%) и 22 женщины (42%). У 48 пациентов (92%) заболевание было диагностировано впервые и протекало в острой форме, при этом, из них у 26 больных (50%) наблюдалось среднетяжелое течение, 24 больных (42%) – тяжелое течение заболевания; два пациента (8%) поступил с рецидивом болезни, у которого она протекала в легкой форме. Наибольшее количество пациентов – 30 человек (58%) – поступили в стационар в периоде с 1 по 5 день от начала заболевания, 17 человек (33%) – в периоде с 6 по 10 день, 5 пациентов поступило более чем через 10 дней от начала заболевания. У всех пациентов наблюдалось повышение температуры, у 9 из них (17%) оно длилось от 1 до 3 дней, у 23 больных (42%) – от 4 до 7 дней, у 9 больных (17%) – в течение от 8 до 10 дней и у 13 больных (25%) – более 10 дней. Тонзиллит отмечался у 100% больных и протекал в виде лакунарной ангины. Полилимфаденопатия выявлялась в 100% случаев. Пятнисто-папулезная экзантема была выявлена у 4 больных (8%). У 8 пациентов (16%) отмечалась желтуха. Наличие контакта с больными инфекционным мононуклеозом отрицают 52 пациента (100%). С первых дней болезни выявлялись характерные изменения в общем анализе крови: у 44 больных (84%) регистрировался лейкоцитоз, лимфоцитоз – у 35 больных (67%), у 30 больных (58%) – моноцитоз, атипичные мононуклеары (10% и более в лейкоформуле) были выявлены у больных (75%). В биохимическом анализе крови – гиперферментемия у 39 больных (75%) и повышение уровня билирубина у 4 больного (8%). При микробиологическом исследовании отделяемого слизистой зева у 26 больных (50%) было выявлено наличие стрептококка, у 13 больных (25%) – стафилококка. У большинства больных были выявлены гепатомегалия и спленомегалия – у 35 больных (67%) и у 30 больных (58%) соответственно. Серологически диагноз был подтвержден у всех пациентов, при этом маркер VCA – IgM выявлялся у 48 больных (92%), маркер EA – IgG – у 17 больных (33%).



ПРЕДМЕТ КЛИНИКИ ОСТРЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ

Шишов А.С.

ФГБНУ «Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова»,
г. Москва, Россия
shishov_1947@mail.ru

Исторически многоплановая проблема нейроинфекций оказалась наиболее тесно связанной со становлением и развитием невропатологии в тот период, когда анатомо-локалистический подход в медицине, казалось, давал ясное, простое и твёрдое основание для понимания сущности того или иного патологического процесса. Основные формы, которые стали позже рассматриваться как «острые нейроинфекции», были выделены по чисто локалистическому признаку группировки – «менингиты», «энцефалиты», «миелиты». Изложение этого ключевого вопроса в учебниках и руководствах проводится без учёта серьёзных недостатков публикаций прошлых лет.

Отсутствуют четкие представления о предмете острых нейроинфекций, о месте поражений мозга и его оболочек в картине болезни. Действительно ли существуют первичные «менингиты и энцефалиты» и как на современном этапе нужно себе представлять общие вопросы патогенеза острых нейроинфекций. Каковы клиническая сущность, определение и место в номенклатуре казалось бы всем понятного термина «менингит». Правильно ли считать, что «бактериальный гнойный менингит – БГМ» развивается «как самостоятельное заболевание» или всё же это синдром, клинический маркёр генерализации бактериальной инфекции и показатель их тяжести.

Как следствие, остаются нерешёнными следующие важные аспекты:

- о критериях диагностики острых нейроинфекций,
- о клинической классификации острых нейроинфекций,
- о порядке оформления заключительного клинического диагноза (в качестве клинического диагноза широко применяются термины, в которых нет даже названия основного заболевания!),
- о кодировании острых нейроинфекций на принципах МКБ,
- о системе регистрации острых нейроинфекций и необходимости реорганизации порядка их учёта при подготовке МКБ-11.

Раздел патологии нервной системы при инфекционных болезнях в наибольшей степени позволяет «поднять флаг» (Маргулис М.С., 1941) клинико-нозологического направления, врачебного подхода при постановке клинического диагноза, которые обязывают «показать больного в его неделимой целостности».

ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ

**Ющук Н.Д.¹, Гаджикулиева М.М.¹, Пархоменко Ю.Г.²,
Тишкевич О.А.², Волгина Г.В.¹**

¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,

² ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 ДЗМ», г. Москва, Россия
madina67@mail.ru

Цель исследования. Оценить частоту, структуру и морфологическую картину поражений почек при ВИЧ-инфекции по данным аутопсии.

Материалы и методы. Для выявления частоты и структуры почечной патологии при ВИЧ-инфекции были проанализированы результаты 400 секционных исследований, проведенных в патолого-анатомическом отделении ИКБ №2 г. Москвы. Во всех случаях аутопсии проводили макроскопическое, микроскопическое и иммуногистохимическое исследования с использованием широкого спектра гистологических окрасок, бактериологических и вирусологических методов.

Результаты. Вовлечение почек в патологический процесс от общего числа патолого-анатомических вскрытий было установлено в 162 (40,5%) случаях, из которых в 95 (58,6%) - при вторичных и оппортунистических заболеваниях. Среди них с учетом этиологии вторичных заболеваний преобладало поражение почек на фоне генерализованного туберкулеза (62,1%, n=59) в фазе прогрессирования заболевания с преимущественно милиарной диссеминацией органа, во всех случаях подтвержденной гистобактериоскопическим выявлением микобактерий туберкулеза. В исследуемой группе (n=95) в 11,5% случаев отмечено развитие почечной патологии на фоне тяжелых бактериальных пневмоний, в 6,4% - на фоне злокачественных новообразований (при генерализованной форме саркомы Капоши, множественной миеломе, неходжкинской В-клеточной лимфоме), в 2,1% случаев - при генерализованной кандидозной инфекции, в 4,2% - на фоне цитомегаловирусной инфекции, в 2,1% - при токсоплазмозе. Кроме того, выявлено одновременно наличие нескольких тяжелых инфекционных патологий.

Выводы. По материалам ретроспективного исследования аутопсий поражение почек установлено в 40,5% случаев, что позволяет сделать вывод о высокой частоте повреждения почек в естественной эволюции ВИЧ-инфекции. Ведущая роль в вовлечении почек в патологический процесс принадлежит генерализованному течению вторичных и оппортунистических заболеваний, сочетанию нескольких инфекционных патологий. С учетом этиологии вторичных заболеваний выявлено преобладание поражений почек на фоне генерализованного туберкулеза (62,1%).



ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВВ МВД РОССИИ ИММУНИЗИРОВАННЫХ ВАКЦИНОЙ «ПРЕВЕНАР-13»

Ярославцев В.В., Рыбин В.В., Рихтер В.В.

**ФКУЗ «Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ВВ МВД России, г. Москва, Россия
yar_doctor@mail.ru**

Нами было обследовано две группы по 20 человек: лица иммунизированные «Превенар-13» и контрольная группа. Митогенную активацию клеток цельной крови проводили с использованием набора «Цитокин-Стимул-Бест» производства ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск).

Результаты. В первой группе продукция ИФН- γ , ФНО- α и, особенно, ИЛ-2 через неделю после вакцинации достоверно выросла у 53, 50 и 80% вакцинированных соответственно, повышения ФНО- α и ИЛ-2 были значимы. Через месяц продукция ФНО- α достоверно ниже исходной только у 12% вакцинированных, тогда как у 59% этот показатель выше, а у 29% на уровне исходного. Продукция ИЛ-1 β достоверно падает через неделю у 55% вакцинированных, однако через месяц восстанавливается и у 35% достигает, а у 41% превышает исходный уровень. Все вместе свидетельствует об активации Th-1 (клеточного) иммунитета после вакцинации. При этом через неделю отмечается значимое падение продукции ИЛ-6 и ИЛ-10 (достоверно у 45 и 70% соответственно). Через месяц продукция ИЛ-6 относительно недельного значения значимо увеличивается (достоверно у 71%), продукция ИЛ-10 достоверно растет у 47% и остается на достигнутом уровне у 29%. Конечные уровни ИЛ-6 и ИЛ-10 достоверно ниже исходных только у 18 и 47% соответственно. Таким образом, вероятно, вакцина активирует и гуморальный иммунитет тоже. Повышение митоген-индуцированной продукции ИФН- γ и, особенно, ИЛ-2, а также ФНО- α , ИЛ-1 β через неделю после вакцинации свидетельствует об активации Т-клеток и формировании клеточного иммунного ответа. Повышение продукции ИЛ-6, ИЛ-10 и ИФН- γ через месяц после вакцинации связано с активацией гуморального иммунного ответа.

В группе контроля через неделю после первого забора крови продукция ИЛ-2 преимущественно снижается, а также происходит значимое падение продукции ИФН- γ (достоверно у 74%), т.е. наблюдается существенное падение Th-1 (клеточного) иммунитета, вызванное, вероятно, стрессирующим фактором радикального изменения образа жизни. Через месяц начинается адаптация к предлагаемым внешним условиям у подавляющего большинства (93%) всех сдавших кровь, о чем свидетельствует наблюдаемое значимое повышение продукции ИФН- γ через 30 дней, относительно недельных данных. При этом у большинства (75%) уровень продукции ИФН- γ и ФНО- α возвращается (25%) или достоверно превышает (75%) исходное значение.

Выводы: вероятно, повышение после вакцинации митоген-индуцированной продукции как провоспалительных (ФНО- α , ИФН- γ , ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-6), так и регуляторного (ИЛ-10) цитокинов, говорит о возможности применения «Превенар-13» для локализации очагов пневмонии.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВСПЫШКАМИ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Яцышина С.Б., Карань Л.С.

ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, г. Москва, Россия

svetlana.yatsyshina@pcr.ms

karan@pcr.ru

При наличии практически одинаковых симптомов в начале заболевания, этиология групповых инфекций дыхательных путей, достаточно разнообразна. При этом важно учитывать, что заболевание может иметь как антропонозную, так и природно-очаговую или зоонозную природу. Возбудителями острых респираторных инфекций (ОРЗ) могут быть вирусы гриппа, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус, риновирус и другие возбудители ОРВИ. Вспышки пневмонии могут вызывать *Mycoplasma pneumoniae*, возбудитель болезни легионеров *Legionella pneumophila*, возбудитель орнитоза *Chlamydia psittaci*, возбудитель Q-лихорадки - *Coxiella burnetii*, при легочной форме сибирской язвы – *Bacillus anthracis*. Сходный с ОРЗ комплекс симптомов имеют коклюш и паракклюш в катаральной стадии, а при стертой клинической картине, и на более поздних стадиях, что нередко в эру вакцинопрофилактики.

Решающее значение в скорости купировании очага играет быстрота проведения противоэпидемических мероприятий, напрямую зависящая от своевременного выявления этиологического агента заболевания у больных, а при его установлении, в объектах окружающей среды (животных), подозреваемых в качестве источника возбудителя. На сегодняшний день наиболее адекватными по скорости и специфичности анализа являются методы молекулярной биологии, и в частности, ПЦР, которая позволяет при проведении эпидемиологического обследования работать, как с разнообразным биологическим материалом, так и с объектами окружающей среды.

В докладе рассматриваются основные аспекты организации лабораторных исследований при расследовании вспышек инфекций дыхательных путей, а также приводятся примеры их эффективного использования на практике.



СОДЕРЖАНИЕ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА <i>Альварес Фигероа М.В.</i>	4
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Биличенко Т.Н.</i>	5
СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ТРИХИНЕЛЛЕЗА <i>Боброва Н.К., Аитов К.А., Передельская Г.И., Серых Л.Н., Белых К.А.</i>	6
ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКАЯ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ДОТ-ИММУНОАНАЛИЗА <i>Бойко А.В., Кузнецов О.С., Киреев М.Н., Ерохин П.С., Михеева Е.А., Осина Н.А.</i>	7
КЛИНИЧЕСКОЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ББФ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ <i>Боковой А.Г., Ковалев И.В., Маккавеева Л.Ф., Володина О.А., Комаров А.А.</i>	8
СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДЕМИЧНЫХ И ЗАВОЗНЫХ ТРОПИЧЕСКИХ АРБОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Бутенко А.М., Ларичев В.Ф., Козлова А.А., Сайфуллин М.А., Малышев Н.А.</i>	9
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО СЕЗОНА 2014-2015 ГГ. В МИРЕ И РОССИИ <i>Бурцева Е.И., Феодоритова Е.Л., Беляев А.Л., Кириллова Е.С., Трушакова С.В., Мукашева Е.А., Краснослободцев К.Г., Гарина Е.О., Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Кистенева Л.Б., Вартанян Р.В., Малышев Н.А., Федякина И.Т., Львов Д.К., Соминина А.А.</i>	10
ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВОРА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Вершинина М.Г., Калугина Е.Ю., Пак И.В.</i>	11
СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГЕПАТИТА G У РЕБЕНКА <i>Гаврилова Н.И., Краснова Е.И., Васюнин А.В., Голованова М.В., Черепанова Н.С.</i>	12
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ <i>Гараева С.З.</i>	13
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИРУСА ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В БЕЛАРУСИ <i>Гасич Е.Л., Еремин В.Ф., Черновецкий М.А., Сосинович С.В., Домнич М.В., Гущина Л.М., Лукьяненко И.Г., Романова О.Н.</i>	14
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МАРСЕЛЬСКОЙ ЛИХОРАДКИ <i>Гафарова М.Т., Вербенец Е.А., Алиева Э.Э.</i>	15
ИССЛЕДОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ СИНАНТРОПНЫХ НАСЕКОМЫХ К ИНСЕКТИЦИДАМ <i>Геворкян И.С., Олифер В.В., Еремина О.Ю.</i>	16
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Гололобова Т.В.</i>	17
АСКАРИДОЗ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АСПЕРГИЛЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ <i>Давис Н.А., Бектимиров А.М.-Т., Рахматова Х.А., Парпиева Н.Н., Осипова С.О.</i>	18



ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ИНФЕКЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА <i>Девяткин А.В., Митюшина С.А.</i>	19
ЛИСТЕРИОЗ ПОД МАСКОЙ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ <i>Девяткин А.В., Вершинина М.Г., Манухин С.А.</i>	20
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И ДРУГИМИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В МИНУВШЕМ ЭПИДСЕЗОНЕ <i>Девяткин А.В., Извозчикова Н.В.</i>	21
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Девяткин А.В., Богомолов Б.П., Митюшина С.А.</i>	22
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ И ПЕРСПЕКТИВА СОЗДАНИЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ЭТОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Дзагурова Т.К.</i>	23
РОЛЬ ГЕПАТОТРОПНЫХ ВИРУСОВ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Дмитриева Т.Г., Саввина В.А., Алексеева С.Н.</i>	24
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ БАКТЕРИЙ И ПУТИ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ <i>Егоров А.М., Рубцова М.Ю., Григоренко В.Г.</i>	25
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ <i>Запольских А.М., Михеева И.В., Ярмольская М.С., Базарова М.В.</i>	26
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2010-2012 ГГ. <i>Иванова Е.В.</i>	27
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ МАРКЕРОВ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ <i>Ивашкина С.Г.</i>	28
РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ МОНИТОРИНГА, ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ ТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ <i>Карань Л.С.</i>	29
ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ <i>Кареткина Г.Н.</i>	30
ГОСПИТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2014-2015 ГГ. <i>Колобухина Л.В., Бурцева Е.И., Кружкова И.С., Кистенева Л.Б., Меркулова Л.Н., Вартанян Р.В., Трушакова С.В., Кириллова Е.С., Краснослободцев К.Г., Базарова М.В., Малышев Н.А., Филлипова О.А.</i>	31
НАСЕКОМЫЕ – МЕХАНИЧЕСКИЕ ПЕРЕНОСЧИКИ ИНФЕКЦИЙ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И БЕЗОПАСНЫЕ СПОСОБЫ ИХ УНИЧТОЖЕНИЯ <i>Костина М.Н.</i>	32
ПЛАТЯНЫЕ ВШИ КАК ПЕРЕНОСЧИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА И ИХ УСТОЙЧИВОСТЬ К ПИРЕТРОИДАМ <i>Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю., Карань Л.С.</i>	33
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ЦЭПЕГИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В (АЛЬГЕРОН) В КОМБИНАЦИИ С РИБАВИРИНОМ <i>Малашенкова И.К., Крынский С.А., Праслова Е.И., Гурская О.Г., Огурцов Д.П., Добровольская Е.И., Дидковский Н.А., Мамонов Р.А., Масякин П.Н., Мамонов А.В.</i>	34
ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩЕВЫЕ БОРРЕЛИОЗЫ: ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ <i>Малов В.А., Горобченко А.Н., Немилостива Е.А., Колаева Н.В., Малолетнева Н.В., Богданова М.В.</i>	35



МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «Инфекционные болезни – актуальные проблемы, методы борьбы и профилактика»

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ <i>Мамедова Г.Б., Назарова Н.Б., Мамбетова Ш.У.</i>	36
ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ РОЖИ <i>Маржохова М.Ю., Маржохова А.Р.</i>	37
ИСХОДЫ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛЮДЕЙ ПО ДАННЫМ МНОГОЛЕТНИХ НАБЛЮДЕНИЙ <i>Махиня О.В., Санникова И.В., Дейнека Д.А., Голубь О.Г.</i>	38
ОСОБЕННОСТИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ <i>Махиня О.В., Санникова И.В., Дейнека Д.А., Голубь О.Г.</i>	39
ЗНАЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ И ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ПОМЕЩЕНИЯМ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОИЗВОДСТВА ИМПЛАНТОВ <i>Мельникова Г.Н.</i>	40
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ И АНТИГЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО МЕНИНГИТА <i>Миронов К.О., Платонов А.Е., Королева И.С., Шипулина О.Ю., Дунаева Е.А., Дрибноходова О.П., Матосова С.В., Белошицкий Г.В., Королева М.А., Шипулин Г.А.</i>	41
«ХОЛОДОВАЯ ЦЕПЬ» КАК КОМПОНЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ <i>Михеева И.В., Мельникова А.А.</i>	42
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ <i>Михеева И.В., Ермоленко М.В., Афонина Н.М.</i>	43
ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЛИХОРАДКОЙ ЗАПАДНОГО НИЛА НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Монастырский М.В., Шестопалов Н.В., Акимкин В.Г., Демина Ю.В.</i>	44
ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ ГЛЮКОМЕТРОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ <i>Пантелеева Л.Г., Абрамова И.М., Цвирова И.М.</i>	45
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ИЗ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ <i>Райчева М.В., Биличенко Т.Н., Шубин И.В., Чучалин А.Г.</i>	46
ОПАСНЫЕ ПЕРЕНОСЧИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ <i>Рославцева С.А.</i>	47
ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ВЗРОСЛЫХ <i>Ртищева Л.В., Костенко О.А., Дохов М.Б., Правдина А.А.</i>	48
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КАК ОСНОВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ОБОД ВО ВНУТРЕННИХ ВОЙСКАХ <i>Рыбин В.В., Рихтер В.В., Лянгусова Т.А., Заволожин В.А.</i>	49
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ <i>Рыбин В.В., Рихтер В.В., Лянгусова Т.А.</i>	50
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ МЕТОДАМИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА И ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ НА НАЛИЧИЕ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1 И 2 ТИПОВ У БОЛЬНЫХ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ <i>Саипов Ф.С., Темирова С.Е.</i>	51
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ <i>Семенов С.И., Максимова С.С., Никитина С.Г., Федоров А.И.</i>	52
РОЛЬ АПОПТОЗА И НЕКРОЗА В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ <i>Сергеева И.В., Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Алимов А.Д., Хританков С.А.</i>	53



К ВОПРОСУ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ГЕПАТИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) Слепцова С.С.	54
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В III ТРИМЕСТРЕ Спивак С.В., Чуйкова К.И., Куприянова И.Е.	55
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБЛЕМНО-ПОИСКОВЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ» Старостина В.И., Валишин Д.А., Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р., Бурганова А.Н.	56
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ Стоянова Н.Н., Гладышева М.А., Бучко Н.П., Соболев В.А., Павленок К.Н., Киклевич В.Т. ..	57
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ФЕБРИЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОРВИ Строганова М.А., Мартынова Г.П., Шнайдер Н.А.	58
АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ (REAL-TIME PCR) ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ Сухинин А.А., Макавчик С.А., Герасимов С.В., Прасолова О.В.	59
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ЦИТОКИНОВ КРОВИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> Татаркина А.Н., Ольховская О.Н., Копейченко Т.С., Вовк Т.Г., Жаркова Т.С., Зимина М.С., Белоконова Л.А., Оношко Н.В.	60
ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ ВИРУСНЫХ И БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТОВ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ СОЧЕТАННОЙ ЭТИОЛОГИИ Тикунова Н.В., Жираковская Е.В., Соколов С.Н., Швалов А.Н.	61
КОРРЕКЦИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Тихонова Ю.С., Сергеева И.В., Юрьева Э.А.	62
ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РОССИИ: УСПЕХИ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Ткаченко Е.А.	63
МЕТАСТАБИЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВОДНЫЕ РАСТВОРЫ, ПОЛУЧАЕМЫЕ МЕТОДОМ КАВИТАЦИИ, ОСНОВА НОВЫХ ПОДХОДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ВИЧ, ГЕПАТИТ И ДР.) Уваров В.М.	64
СОЗДАНИЕ АТЛАСА ПЕРЕНОСЧИКОВ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ Углева С.В., Галимзянов Х.М.	65
ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ ДИОКСИДА ХЛОРА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Федорова Л.С., Левчук Н.Н., Скопин А.Ю.	66
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПРИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН Ходжаева Н.М., Токмалаев А.К., Файзуллоев Н.Ф.	67
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С СРЕДИ ПЕРВИЧНЫХ ДОНОРОВ КРОВИ НА ТЕРРИТОРИИ РОВЕНСКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ Хоронжевская И.С., Мартынюк Г.А., Шевченко Г.Н., Резников А.П., Мороз В.А., Семенова Л.А.	68
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ Хохлова З.А., Кириллова Ю.М.	69



МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «Инфекционные болезни – актуальные проблемы, методы борьбы и профилактика»

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА Храпунова И.А.	70
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ ЗА 2013 ГОД ПО ДАННЫМ ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №4 Г. УФА Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р., Кутлугужина Ф.Г., Старостина В.И., Галиева А.Т.	71
ПРЕДМЕТ КЛИНИКИ ОСТРЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ Шишов А.С.	72
ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ Ющук Н.Д., Гаджикулиева М.М., Пархоменко Ю.Г., Тишкевич О.А., Волгина Г.В.	73
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВВ МВД РОССИИ ИММУНИЗИРОВАННЫХ ВАКЦИНОЙ «ПРЕВЕНАР-13» Ярославцев В.В., Рыбин В.В., Рихтер В.В.	74
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВСПЫШКАМИ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ Яцышина С.Б., Карань Л.С.	75