ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ВИРУСОЛОГИЯ ИЛМИЙ - ТЕКШИРИШ ИНСТИТУТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ВИРУСОЛОГИИ

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР МУАММОЛАРИ БУЙИЧА II ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАН

II НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМАМ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ташкент 2012

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ 10

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ 11

РЕФЕРАТЫ ДОКЛАДОВ 16

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХВГС У ДЕТЕЙ
ДАМИНОВ Т.А 17

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ. АТАБЕКОВ Н.С. 18

СЕПСИС. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ. АВАКОВ В. Е. 19

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ БРЕНДОВОГО И ГЕНЕРИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. АЛШИНБАЕВА Г.У., СЕРГАЛИЕВА А.Ш. 20

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ И ДОСТИЖЕНИЯ. АЛШИНБАЕВА Г.У. 21

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ
АБДУКАДЫРОВА М.А. 22

UPDATES AND BEST PRACTICES IN CARE AND TREATMENT FOR CHILDREN LIVING WITH HIV/AIDS Eric Dziuban, MD, DTM 23

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА. БЕГАЙДАРОВА Р.Х. КУЗГИБЕКОВА А.Б. 24

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ.
БЕГАЙДАРОВА Р.Х. 25

АРВ ПРОФИЛАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УЗБЕКИСТАНЕ.
БЕКМЕТОВА М. Ю. 26

МЕСТО ЭТИОТРОПНЫХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА. СЕЛЬКОВА Е.П. 27

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РОТАВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ. ИБАДОВА Г.А. 28

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КЛЕЩЕВЫМ РИККЕТСИОЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ. БАХРАМОВА Н.Н. 29

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ. БАЙЖАНОВ А.К. 30

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА В УЗБЕКИСТАНЕ. БРЯНЦЕВА Е.В. 31

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ГРИППУ И ОРИ В УЗБЕКИСТАНЕ В СЕЗОН 2011-2012 ГГ. РАХИМОВ Р.А. 32

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА В УЗБЕКИСТАНЕ. РАХИМОВА В.Ш. 33

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА A/H1N1/PDM09 У ДЕТЕЙ. Р.Р. РАХИМОВ 34

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В РЕШЕНИИПРОБЛЕМ ИНЪЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ: МИРОВОЙ ОПЫТ. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПРАКТИКИ ИНЪЕКЦИЙ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ, 2010. УСМАНОВА Н.Р. 35

МОНИТОРИНГ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В И С. ХАЕРТЫНОВА И.М., ЛЕОНОВА Г.Ф., АХМЕРОВА А.Н., КАМАЛОВА Н.К. 36

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ РИККЕТСИЙ ГРУППЫ КЛЕЩЕВОЙ ПЯТНИСТОЙ ЛИХОРАДКИ И ДРУГИХ А1-ПРОТЕОБАКТЕРИЙ В ИКСОДОВЫХ КЛЕЩАХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. ШПЫНОВ С.Н. 37

АРБОВИРУСЫ УЗБЕКИСТАНА. ШЕРМАТОВ В.А. 38

ТЕЗИСЫ **39**

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ 40

ИЗУЧЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А. АХМЕДОВА Ш.У., АХМЕДОВ У.Ш. 40

НОВЫЙ ФЕНОМЕН В ГЕПАТОЛОГИИ: СЛУЩИВАНИЕ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ ЛИМФОЦИТОВ В ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ Д. АЛИЕВ Б.Р. 41

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ АЛЬФА-ИНТЕРФЕРОН /РИБАВИРИН ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С. АБДУКАДЫРОВА М.А. 42

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ. АБДУКАДЫРОВА М.А., ХИКМАТУЛЛАЕВА А.С. 43

ЧАСТОТА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА С. АБДУСАТТАРОВА Ш.К. 44

СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С. АБДУКАДЫРОВА М.А. ХИКМАТУЛЛАЕВА А.С. 45

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ. БЕГАЙДАРОВА Р.Х., КИЗАТОВА С.Т. 46

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ. БОЙМУРОДОВА Ш.М., ТАДЖИЕВ Б. М. 48

ЧАСТОТА ПЕРСИСТИРОВАНИЯ HCV В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ ХВГС. ГУЛЯМОВ Н.Г. АХМЕДОВА Х.Ю., НОРБОБОЕВ М.Х. 49

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОВРЕМЕННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С. КУЛАГИНА О.И., КРАСНОВ А.В. 50

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ. КИМ А.А., КОШЕРОВА Б.Н., КОЛМОГОРОВА Е.Л., КИШЕНОВА Г.Ж. 51

ЗНАЧЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ТЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С. КАДИРКУЛОВА Д. Т., ТАДЖИЕВ Б. М. 52

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ HBE AG-НЕГАТИВНОГО ВАРИАНТА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ ДЕТЕЙ. КУРБОНОВА Н.Н. 53

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА 28В В ПРОГНОЗАХ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ. МУСАБАЕВ Э. И., РАХМОНОВ М.И., УСМАНОВА Г.З. 54

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ IGG В КРОВИ К СТРУКТУРНЫМ И НЕСТРУКТУРНЫМ БЕЛКАМ ВИРУСА ГЕПАТИТА С. МИРРАХИМОВА Н.М., АХМЕДОВА М.Д. 55

THE STATE OF INTERFERONGENESIS IN ANTIVIRAL THERAPY OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C. MAXMUDOV U.U, ZOKIRKHADJAYEV A. KH., TADJIYEV B.M. 56

ВЛИЯНИЕ ЦЕЛАГРИПА НА СОДЕРЖАНИЕ БИЛИРУБИНА И ЕЁ ФРАКЦИЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ. МАХМУДОВ С.С. 57

АУТОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С. НАБИЕВА У.П., ИСМАИЛОВА А.А., ПЕТРОВА Т.А., АГЗАМОВА Т.А*., НУРИЕВА Э.И. 58

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА. НАБИЕВА У.П., АГЗАМОВА Т.А., БРЮХАНОВ С.В. 59

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К ИНСУЛИНУ И К ГЛЮТАМАТДЕКОРБОКСИЛАЗЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В И С. РУСТАМОВАХ.Т., АБДУЛЛАЕВА Х.Н., МИРАХМЕДОВАМ.П., ИБРАГИМОВА Н.Ш. 60

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ ЎТКАЗГАН РЕКОНВАЛЕСЦЕНТ БОЛАЛАРДА ЎТ СУЮҚЛИГИ БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ. ТУЙЧИЕВ Л.Н., МЎМИНОВА М.Т., МАМАТМУСАЕВА Ф.Ш. 61

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИЛ-28В У МОНО- И КОИНФИЦИРОВАННЫХ ХГС/ВИЧ ПАЦИЕНТОВ. ФАЗЫЛОВ В.Х. МАНАПОВА Э.Р., ТКАЧЕВА С.В., ДОЛГИН В.А. 62

ПРОЯВЛЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТА Е. УМИРОВ С.Э., БУРИЕВ А.Я. САФАЕВА К.С. 63

ЎТКИР ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А ХАСТАЛИГИНИНГ НАМОЁН БЎЛИШИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР. ХАЙДАРОВ Х.Х., ХОДЖАЕВА М.А., ХАЙДАРОВА Ж.Х. 64

ТИОТРИАЗОЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ. ХИКМАТУЛЛАЕВА А.С. 64

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛЕСБОХОЛА НА ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ. ХАКИМОВ З.З., МАВЛАНОВ Ш.Р. ХОДЖИМАТОВ О.К. 66

A RANDOMIZED, MULTI-CENTRAL, CONTROLLED STUDY OF PATIENTS WITH HEPATITIS B E ANTIGEN-POSITIVE CHRONIC HEPATITIS B TREATED BY ADEFOVIR DIPIVOXIL OR ADEFOVIR DIPIVOXIL PLUS BICYCLOL. WEN XIE, GUANGFENG SHI, HONGFEI ZHANG, GUIMING ZHAO, ZUJIANG YU, ZHENWEI LANG, HONG ZHAO, JIE YAN, JUN CHENG 67

ВИЧ – ИНФЕКЦИЯ 68

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДОНОРОВ КРОВИ. АТАБЕКОВ Н.С., РАВШАНОВ Я.Ш., МАТКАРИМОВ Б.Д., АЛИМОВ Ш.Г. 68

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С. БАЙЖАНОВ А.К. 69

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭССЕНЦИАЛЕ ФОРТЕ - Н У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. БАЙЖАНОВ А.К., МАТКАРИМОВ Б.Д., АТАБЕКОВ Н.С., ФАЙЗУЛЛАЕВА Д.Б., ЭРОНОВ М.М., АНАРБАЕВА Б.А., АБДУЛЛАЕВ У.М. КУЧКАРОВА Н.М. 70

ОСНОВЫ ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА. БАБАХОДЖАЕВА Д.И. 71

О МЕРАХ ПО СНИЖЕНИЮ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. БЕКМЕТОВА М.Ю. 72

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ. МАТКАРИМОВ Б.Д., АТАБЕКОВ Н.С., МУСТАФАЕВ Х.М., РАЖАБОВ Г.Х., БАЙЖАНОВ А.К., БЕКМЕТОВА М.Ю., РАВШАНОВ Я.Ш. 73

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ НИКОҲЛАНУВЧИЛАР ОРАСИДА АНИҚЛАНИШИ. МАТКАРИМОВ Б.Д., ТУРАПОВА Д.М., УМАРОВ Ж.Ж. 74

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ. РАЖАБОВ Г.Х., АТАБЕКОВ Н.С., МАТКАРИМОВ Б.Д., БАЙЖАНОВ А.К. БЕКМЕТОВА М.Ю. 75

ПРОБЛЕМЫ НЕЙРОСПИДА В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ. МАТЧАНОВ А.Б., ЯКУББЕКОВ Т.Ю., ТОХИРОВ О.А., ЕЛЬЦОВА С.В. 76

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ. РАХИМОВА В.Ш. НАЗАРОВА Р.П., СУББОТИНА И.А. 77

ТОШКЕНТ ШАҲРИ ВА ВИЛОЯТИДА ЯШОВЧИ ОИВ-ИНФЕКЦИЯЛИ ҚОН ДОНОРЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ. РАВШАНОВ Я.Ш. 78

АКУТАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ ПРОТИВ ГРИППА. РАХИМОВ Р.Р., РАХИМОВ Р.А. 79

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ. РАХИМОВ Р.Р., РАХИМОВ Р.А., ИБАДУЛЛАЕВА Н.С. 80

РОСТО- ВЕСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ. ТУЙЧИЕВ Л.Н., АТАБЕКОВ Н.С., ХУДАЙКУЛОВА Г.К. АТАХОДЖИЕВА Х.А., АЛАДОВА Л.Ю. 82

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИ ОРАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ХАҚИДА. ТУЙЧИЕВ Л.Н., НАЗАРОВА С.К., МАТКАРИМОВ Б.Д., РАЖАБОВ Г.Х. АББАСОВ К.И. РАВШАНОВ Я.Ш. 83

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЮЛДАШОВА Г.Т., МУСАБАЕВ Э.И., УМАРОВ Ф. Х. 84

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ 85

БИОХИМИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ. АСИЛОВА М.У. 85

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ РОТА-, АДЕНО- И АСТРОВИРУСНОЙ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ. АСИЛОВА М.У. 86

ОБ ИДИОПАТИЧЕСКИХ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЯХ. БАБАХОДЖАЕВ С.Н., КАСЫМОВ О.Ш. 87

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЙ. БАБАХОДЖАЕВ С.Н. 88

ОБ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЯХ. БАБАХОДЖАЕВ С.Н., КАСЫМОВ О.Ш. 89

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗАМИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ. БУРАКОВА Е.Ф. ИСКАНДАРОВА Т.И., САННИКОВА В.Г. 90

ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ. ГУЛЯМОВ Н.Г., МИРЗАЖАНОВА Д.Б. 91

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АСЛ К АГ S.TYPHI В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА В ИСХОДЕ БРЮШНОГО ТИФА. ГУЛЯМОВ Н.Г., МИРЗАЖАНОВА Д.Б., АХМЕДОВА Х.Ю. 92

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РОТАВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ. ИБАДОВА Г.А., МЕРКУШКИНА Т.А. 93

ЗНАЧЕНИЕ АДЕНО И АСТРО ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ ДЕТСКИХ ДИАРЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ. ЛАТЫПОВ Р.Р. АСИЛОВА М.У., РАХМАНОВА Ж.А., ПЕРЕПАДА К., ШАРАПОВ С.М. АЛИЕВА Л.Е. 94

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ. ЛАТЫПОВ Р.Р., АСИЛОВА М.У., РАХМАНОВА Ж.А., ПЕРЕПАДА К. ШАРАПОВ С.М., АЛИЕВА Л.Е. 95

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТОПА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ВИРУСНЫМИ ДИАРЕЯМИ. МУСАБАЕВ Э.И., АСИЛОВА М.У., ЛАТЫПОВ Р.Р. 96

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА И МЕТОДА ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ. МУСАБАЕВ Э.И. АСИЛОВА М.У., ЛАТЫПОВ Р.Р. 97

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА «РЕГИДРАЦИОННАЯ СОЛЬ АТМ» У БОЛЬНЫХ С ОКИ. РАХИМОВА В.Ш., НАЗАРОВА Р.П. 98

ACUTE DIARREA OF KLEBSIELLOSIS ETIOLOGY IN CHILDREN. RASHIDOV F.A, ZAKIRKHADJAYEV A.KH 98

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БРЮШНОТИФОЗНОЙ ВАКЦИНЫ. ШОУМАРОВ С.Б. 99

ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ИНФЕКЦИИ 100

ЎЗБЕКИСТОНДА ҒАРБИЙ НИЛ ИСИТМАСИ ВИРУСИНИНГ ЦИРКУЛЯЦИЯСИ. БАЙНАЗАРОВ М.М., ШЕРМАТОВ В.А.,УМУРЗАКОВ Ш.Д., ШЕРМУХАМЕДОВА Д.А., БРЯНЦЕВАЕ.В., ЮСУПОВА Л.О., МИРКАСИМОВА Х.Х., КАЛУГИНА Л.Г., ВОЛКОВА Н.Н. 100

АРБОВИРУСЫ, ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ В РЕГИОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ В УЗБЕКИСТАНЕ. МАТНАЗАРОВА Г.С., ЮСУПОВА Л.О., ШЕРМУХАМЕДОВА Д.А., МИРКАСИМОВА Х.Х., ДУСЧАНОВ Б.А., МУСТАФАЕВ Х.М., ШЕРМАТОВ В.А., УМУРЗАКОВ Ш.Д., БРЯНЦЕВА Е.В., КАЛУГИНА Л.Г., ВОЛКОВА Н.Н., БАЙНАЗАРОВ М.М. 101

ЎЗБЕКИСТОННИНГ АЙРИМ ВИЛОЯТЛАРИДА ҒАРБИЙ НИЛ ИСИТМАСИНИНГ ЭПИДЕМИК НАМОЁНИ. МАТНАЗАРОВА Г.С., БАЙНАЗАРОВ М.М, БУРИЕВ А.Я., МУСАБАЕВ Э.И. МУСТАФАЕВ Х.М., ШЕРМАТОВ В.А., УМУРЗАКОВ Ш.Д., ВОЛКОВА Н.Н., ШЕРМУХАМЕДОВА Д.А., ЮСУПОВА Л.О., МИРКАСИМОВА Х.Х., КАЛУГИНА Л.Г., ТАШБОЕВ Н.С. 102

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ РИККЕТСИЙ ГРУППЫ КЛЕЩЕВОЙ ПЯТНИСТОЙ ЛИХОРАДКИ И ДРУГИХ А1-ПРОТЕОБАКТЕРИЙ В ИКСОДОВЫХ КЛЕЩАХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. ШПЫНОВ С.Н., РУДАКОВ Н.В., ТАНКИБАЕВ М.А., FOURNIER P.E., RAOULT D. 103

ОРОЛ БЎЙИ ҲУДУДЛАРИДА ҚРИМ-КОНГО ГЕМОРРАГИК ИСИТМАСИ ТАБИИЙ ЎЧОҚЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИК НАМОЁНИ. ЮСУПОВА Л.О., МАТНАЗАРОВА Г.С. АБСАТТАРОВА В.К., МУСТАФАЕВ Х.М. ШЕРМАТОВ В.А., УМУРЗАКОВ Ш.Д., МИРКАСИМОВА Х.Х. КАЛУГИНА Л.Г. 105

ПРОЧИЕ 106

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БЕШЕНСТВА В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА. АЛШИНБАЕВА Г.У., УТЕПБЕРГЕНОВА Г.А. БАЛАБЕКОВА К.Р. 106

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ИВБДВ НА УРОВНЕ ПМСП И ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРОВ. БЕГАЙДАРОВА Р.Х., ТЕЛЬЖАНОВА Ф.А. ДЮСЕМБАЕВА Н.И., АЛШЫНБЕКОВА Г.К., ДЮСЕМБАЕВА А.Е. 107

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА БЕГАЙДАРОВА Р.Х, АЛШЫНБЕКОВА Г.К..НАСАКАЕВА Г.Е., ДЮСЕМБАЕВА А.Е., ДЕВДАРИАНИ Х.Г. 108

ВЛИЯНИЕ АСКАРИДОЗНОЙ ИНВАЗИИ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ МУЖЧИН БРИТЬКО В.В., ДЖАНГИЛЬДИНОВА С.А., КУЛТАНОВ Б.Ж., КОШЕРОВА Б.Н., ДОСМАГАМБЕТОВА Р.С. 109

АСПЕКТЫ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 1 У ДЕТЕЙ. АХМЕДОВА Ш.У., АБДУЛЛАЕВА О.И 110

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАЗОФАРИНГИАЛЬНОГО НОСИТЕЛЬСТВА МИКРООРГАНИЗМОВ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ ДАМИНОВ Т.А., ТУЙЧИЕВ Л.Н., ТАДЖИЕВА Н.У. ТУРСУНОВА Д.А., РАИМКУЛОВА Д.Ф. ЮЛДАШЕВА Г.Г., ЛОБЗИНА М.Ю. 111

О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОЭПИЗООТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОТИВ КЛЕЩЕВЫХ РИККЕТСИОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН. БАХРАМОВА Н. Н. 112

ЗНАЧЕНИЕ СЕРОДИАГНОСТИКИ РИККЕТСИОЗОВ. БАХРАМОВА Н.Н. МАХСУМОВА Н. У. 113

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ПАРОТИТАХ У ДЕТЕЙ. МАХМУДОВ О.Т. МАХКАМОВА Х.Х. 115

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО АНТИРАБИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА ИЗ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЛОШАДИ. МУСТАНОВ А. Ю., АЛМАНОВА А.Ш., ЮЛДАШЕВ А.В. 116

УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГРИППА СРЕДИ ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ. РАХИМОВ Р.А., РАХИМОВ Р.Р., ИБАДУЛЛАЕВА Н.С. 117

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА RS738409 PNPLA3 У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ. СОБИРОВА Г.Н., КАРИМОВ М.М., ДАЛИМОВА Д.А., БУРНАШЕВА А. 118

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ. УМИРОВ С.Э., ТУРСУНОВА Д.А., САФАЕВА К.С., КАДЫРОВ З.З., МАХАМАТОВ А.А. 118

РУКИ ПЕРСОНАЛА – КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ. ХАЛДАРОВА Х.М., ТУРСУНОВА Д.А., САИДКАСЫМОВА Н.С., РАСУЛОВ Ш.М. 119

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ. ХАЛДАРОВА Х.М., МАХАМАТОВ А.А., ТОШБОЕВ Б.Ю., КАДЫРОВ З.З. 121

СПОНСОРЫ: 123

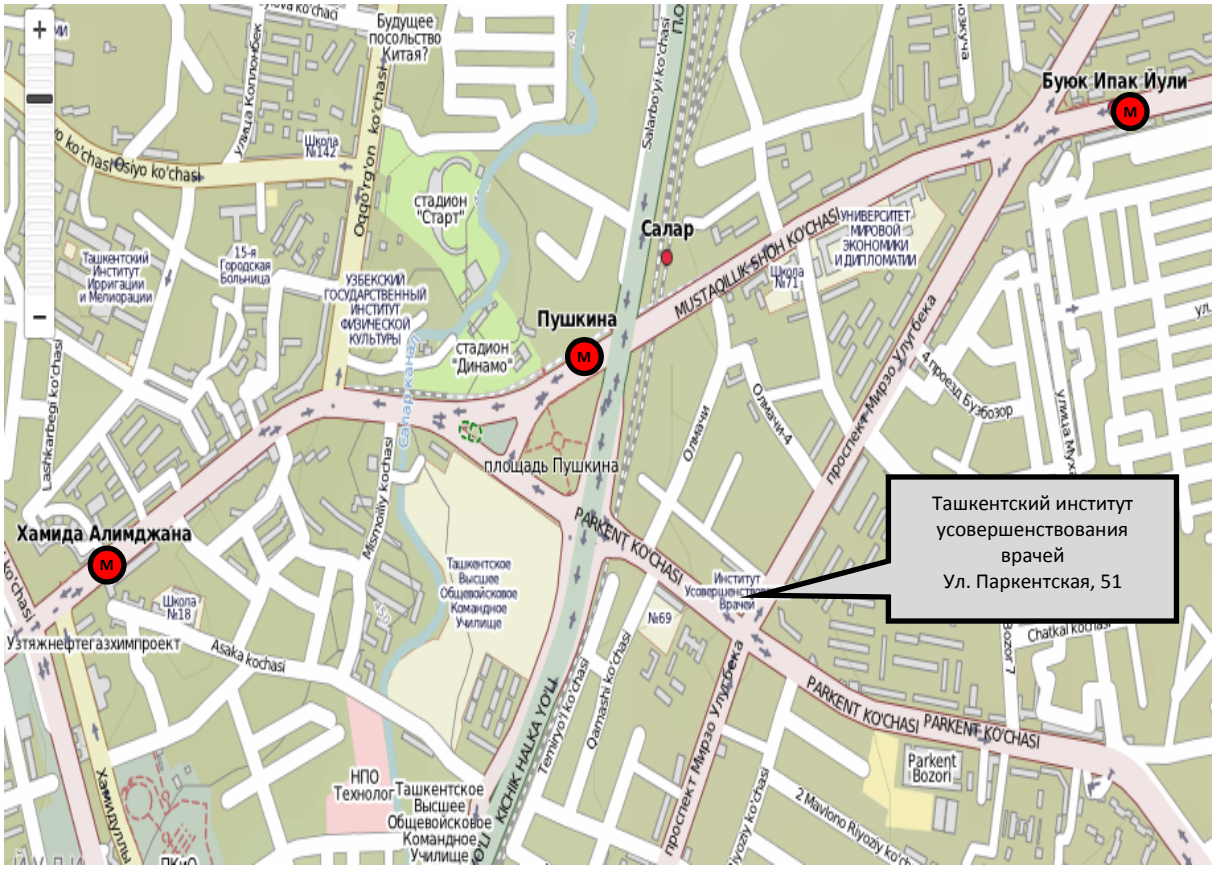
ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Место проведения: Ташкентский институт Усовершенствования врачей Министерства здравоохранения Республики Узбекистан
Website: www.virology.uz
Дата: 1-3 ноября 2012 г.
Регистрация: 1 ноября 2012 г. 8.30-9.00
Расстояние от:

- станции метро «Пушкин» пешком 5 минут
- станции метро «Буюк ипак йўли» автобусом (трамваем) 5 минут, пешком 10 минут

Автобус: 1, 14, 50, 60, 70, 88, 89, 95, 96, 110, 129, 142, 152

Трамвай: 6, 13



ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

1 ноября 2012 года

Официальная церемония открытия II научно-практической конференции по проблемам инфекционных заболеваний

Пленарное заседание

Большой зал

Регистрация участников конференции	8.30-9.00
Церемония открытия	9.00- 9.15

Председатели:
Заместитель Министра Здравоохранения РУз Сайдалиев С.С.,
Академик ДаминовТ.А., профессор Селькова Е.П. профессор Семенов В.М.

1.	**ДаминовТ.А., Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К. (Ташкент, Узбекистан)** Терапевтическая тактика при хроническом вирусном гепатите С у детей	09.15-09.35
2.	**Семенов В.М. (Витебск, Беларусь)** Биологическая резистентность бета - лактатных антибиотиков: миф и реальность	09.35-09.55
3.	**Симон Аголори (Атланта, США)** Современные подходы в лечении и оказании ухода ВИЧ-инфицированным	09.55-10.25
4.	**Джордж Шмид (CDC Алматы, Казахстан)** Экономические аспекты лечения гепатитов В и С: мировая практика	10.25-10.55
	Перерыв	10.55-11.10
5.	**Селькова Е.П. (Москва, Россия)** Место этиотропных противовирусных препаратов в терапии и профилактике гриппа	11.10-11.30
6.	**Алшинбаева Г.У. (Астана, Казахстан)** Актуальность проблемы хронических вирусных гепатитов в Республике Казахстан	11.30-11.50
7.	**Абдукадырова М.А. (Ташкент, Узбекистан)** Современные аспекты лечения циррозов печени	11.50-12.10
8.	**Кладова О.В. (Москва, Россия)** Возможности оптимизации этиотропной терапии ОРИ у детей	12.10-12.30
	Обсуждение	12.30-12.50
	Перерыв на обед	12.50-14.00

Секционные заседания

Большой зал

Секция «ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ И РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ»

Председатели: профессор Аваков В.Е., профессор Дмитраченко Т.И., к.м.н. Семенов А.В.

1.	**Аваков В.Е. (Ташкент, Узбекистан)** Сепсис, современный взгляд на проблему	14.00-14.20
2.	**Караматова Ш. А. (CDC, Ташкент, Узбекистан)** Резистентность к антибиотикам: мировая практика и актуальные подходы в Центральной Азии	14.20-14.40
3.	**Рахимова В.Ш. (Ташкент, Узбекистан)** **А**нтибиотикотерапия бактериальных инфекций. Современное состояние вопроса в Узбекистане	14.40-15.00
4.	**Дмитраченко Т.И. (Витебск, Беларусь)** Рациональное применение бета - лактатных антибиотиков	15.00-15.20
5.	**Усманова Н.Р. (CDC, Алматы, Казахстан)** Актуальные подходы в решении проблем инфекционной безопасности: мировой опыт. Результаты оценки по безопасности инъекций в Центральной Азии	15.20-15.40
6.	**Семенов А.В. (Санкт-Петербург, Россия)** Автоматизация лабораторий службы крови и предотвращение трансфузионной передачи вирусных гепатитов В и С	15.40-16.00

Секция «РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ»

1.	**Касимова Р.И. (Ташкент, Узбекистан)** Выбор рациональной этиотропной терапии при нейроинфекциях	16.00-16.20
2.	**Леонова Г.Ф. (Казань, Россия)** Противовирусная терапия хронических вирусных гепатитов у детей	16.20-16.40
3.	**Хаертынова И.М., Леонова Г.Ф., Ахмерова А.Н., Камалова Н.К. (Казань, Россия)** Мониторинг ведения детей хроническим гепатитом В и С	16.40-17.00
4.	**Набиева У.П. (Ташкент, Узбекистан)** Аутоиммунные нарушения при хронических вирусных гепатитах В и С	17.00-17.20
5.	**Бегайдарова Р.Х., Кузгибекова А.Б. (Караганда, Казахстан)** Современные подходы к терапии лямблиоза у детей.	17.20-17.40
6.	**Обсуждение**	17.40-18.00

Малый зал

Секция «КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ»

1.	**Симон Аголори (CDC, Атланта, США)** Современные подходы в лечении больных с ВИЧ/ТВ и с ВИЧ-инфекцией	14.00-15.00

Секция «ЗАБЫТЫЕ” И НОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Председатели: профессор Вафакулов С.Х., д.м.н. Шпынов С.Н.
д.м.н. Суслопаров И.М.

1.	**ШпыновС.Н. (Омск, Россия)** Генотипирование риккетсий в иксодовых клещах на территории Российской Федерации и Республики Казахстан	15.00-15.20
2.	**Суслопаров И.М. (Новосибирск, Россия)** Современные методы диагностики, разработка гелиевых биочипов для диагностики вируса гриппа	15.20-15.40
3.	**Вафакулов С.Х. (Самарканд, Узбекистан)** Клинические аспекты риккетсиозов в Узбекистане	15.40-16.00
4.	**Бахромова Н.Н. (Ташкент, Узбекистан)** Актуальность проведения эпидемиологического надзора за клещевым риккетсиозом в Узбекистане	16.00-16.20
	Перерыв	16.20-16.40
5.	**Асилова М.У., Латыпов Р.Р. (Ташкент, Узбекистан)** Этиологическая структура вирусных диарей у детей	16.40-17.00
6.	**Рахимов Р.А., Рахимов Р.Р. (Ташкент, Узбекистан)** Клинико-эпидемиологические аспекты гриппа и ОРИ в Узбекистане	17.00-17.20
7.	**Шерматов В.А. (Ташкент, Узбекистан)** Арбовирусы Узбекистана	17.20-17.40
8.	**Брянцева Е.В. (Ташкент, Узбекистан)** Лихорадка Западного Нила в Узбекистане	17.40-18.00
	Обсуждение	18.00-18.10

2 ноября 2012 года

Гепатошкола под эгидой Европейской Ассоциации по Изучению Болезней Печени EASL (EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER)

Обучающий курс в рамках ежегодной встречи Ассоциации гепатологов стран СНГ

Большой зал

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ: ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ – 2012

Церемония открытия
9.00-9.30
Сессия 1. Эпидемиология вирусных гепатитов и диагностика

1.	Эпидемиология и проявления вирусных гепатитов	9.30-9.50
2.	Измерение уровня вирусной нагрузки ВГВ: для чего это нужно в клинической практике?	9.50-10.10
3.	Общепринятые и новые методы оценки фиброза печени	10.10-10.30
4.	**Обсуждение**	10.30-10.40
	Перерыв	10.40-11.10

Сессия 2. Гепатит В

1.	Лечение е - антиген позитивного вирусного гепатита В	11.10-11.25
2.	Беременные ВГВ: приемы ведения и профилактики вертикальной передачи?	11.25-11.45
3.	Гепатит D: обновленные данные о лечении	11.45-12.05
4.	**Обсуждение**	12.05-12.15
	Перерыв на обед	12.15-13.00

Сессия 3. Гепатит С

1.	Острый гепатит С: действительно ли необходимо лечить?	13.00-13.20
2.	Алгоритмы лечения PegIFN/RBV хронического ВГС	13.20-13.40
3.	Контроль побочных эффектов лечения PegIFN/RBV	13.40-14.00
4.	**Обсуждение**	14.00-14.20
	Перерыв	14.20-14.40

Сессия 4. Гепатит С

1.	Комбинированное лечение хронического гепатита С ингибиторами протеазы PegIFN/RBV	14.40-15.00
2.	Ведение больных с микст инфекцией ВГС/ВИЧ и ВГВ/ВИЧ	15.00-15.20
3.	**Обсуждение**	15.20-15.30

3 ноября 2012 года

Большой зал

Секция «КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ»

1.	**Эрик Дзуйбан (CDC, Атланта, США)** Основные подходы и приоритеты в области лечения и ухода детей с ВИЧ-инфекцией	9.00-10.00
2.	**Семенов А.В. (Санкт-Петербург, Россия)** Современные технологии лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции	10.00-11.00

Секция «КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ВИЧ/СПИД»

Председатели: профессор Атабеков Н.С., профессор Ибадова Г.А.
д.м.н. Шарапов М.Б., к.м.н. Семенов А.В.

1.	**Атабеков Н.С. (Ташкент, Узбекистан)** Эпидемиологические закономерности распространения ВИЧ-инфекции в Узбекистане	11.00-11.20
2.	**Алшинбаева Г.У., Сергалиева А.Ш. (Астана, Казахстан)** Сравнительная эффективность антиретровирусных препаратов брендового и генерического производства при лечении ВИЧ-инфекции	11.20-11.40
3.	**Шарапов М.Б. (CDC, Ташкент, Узбекистан)** Приоритетные направления в совершенствовании медицинского наблюдения и лечения ВИЧ - инфекции в Узбекистане	11.40-12.00
4.	**Бегайдарова Р.Х. (Караганда, Казахстан)** Использование гепатопротекторов у детей с хроническими гепатитами при перинатальной ВИЧ – инфекции	12.00-12.20
5.	**Байжанов А.К. (Ташкент, Узбекистан)** Некоторые особенности клинического проявления ВИЧ-инфекции и антиретровирусная терапия в Узбекистане	12.20-12.40
6.	**Бекметова М.Ю. (Ташкент, Узбекистан)** АРВП профилактика у беременных женщин в Узбекистане	12.40-13.00
	Перерыв	13.00-14.00

Секция «КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ»

1.	**Кладова О.В. (Москва, Россия)** Терапия ОРВИ современными индукторами интерферонов. Особенности применения при стенозирующем ларинготрахеите	14.00-15.00
2.	**Ибадова Г.А. (Ташкент, Узбекистан)** Ротавирусные диареи. Постдиарейный синдром. Рациональная терапия	15.00-16.00
	Обсуждение	16.00-16.20

РЕФЕРАТЫ ДОКЛАДОВ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХВГС У ДЕТЕЙ

Даминов Т.А.
Академик, профессор заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезнейТМА

Проблемы ВГС в детском возрасте:
- Возможность передачи инфекции от матери к ребенку.
- У детей раннего возраста -трудности диагностики, т.к. в крови могут длительно циркулировать материнские антитела
- Течение заболевания -первично-хроническое, без выраженных клинических проявлений.
- Большинство противовирусных препаратов имеют возрастные ограничения к использованию у детей.
- Отсутствие вакцинации против ВГС

- Хронический вирусный гепатит С у детей требует назначения препаратов интерферона.
- Препаратом выбора в детской практике является Виферон.
- При ХВГС Виферонтерапия приводит к длительной ремиссии (в зависимости от генотипа HCV)
- Отсутствие или «ускользание» ремиссии связано с персистенцией HCV в мононуклеарах крови

- Перспективным направлением в терапии ВГС у детей является использование пегилированных ИФН
- Этиотропная терапия ХВГС у детей пегилированным ИФН показала высокую эффективность (60-86%)
- Побочные эффекты терапии ПЕГ-ИФН свойственны для первых недель терапии и при адекватном симптоматическом лечении не могут быть фактором отмены

- Игнорирование гепатопротекции приводит к увеличению частоты тяжелых осложнений ВГ, в том числе и цирроза печени.
- Клинические исследования доказывают целесообразность применения эссенциальных фосфолипидов (Эссенциале Н, Фосфоглив) и препаратов на растительной основе (Гепаториц) для гепатопротекции больных, перенесших ВГ
- Тройная терапия ХВГС у детей (ИФН (Виферон) + индуктор ИФН (Амиксин) + Фосфоглив – требующее изучения новое перспективное направление в терапии ХВГС у детей

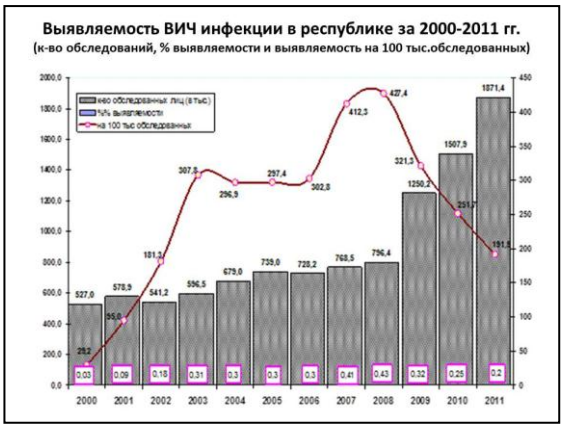
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

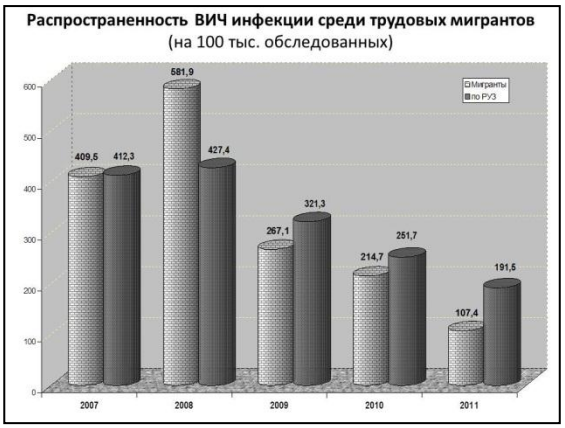
Атабеков Н.С.
Доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского центра по борьбе со СПИДом Минздрава РУз

Установлено, что в 2011 году, в целом по республике на ВИЧ-инфекцию были тестированы 954,3 тыс. лиц. В 2121 случаях был получен положительный результат на иммуноблотинге. Выявляемость ВИЧ-инфекции к числу обследуемых лиц составила 0,22%. Показатели выявляемости ВИЧ-инфекции в целом по республике составила 22,2 на 10 тыс. обследованных лиц. Однако этот показатель в г.Ташкенте, Ташкентской и Андижанской областях был выше средне республиканского уровня и составил 50,2; 43,5 и 37,5 соответственно. Из общего числа выявленных случаев ВИЧ-инфекции 53,9% (1144 случая) именно приходится на долю этих 3-х регионов.

В 2012 году на ВИЧ-инфекцию были тестированы 1207,3 тыс. лиц, что на 26,5% больше, чем в 2011 году и в 2373 (0,19%) случаях был получен положительный результат на иммуноблотинге. На первый взгляд, в динамике заболеваемости ВИЧ-инфекцией наблюдается рост. Однако, в результате анализа выявленных случаев ВИЧ-инфицированных установлено снижение выявляемости ВИЧ в целом, которая составила 0,19% к числу обследованных лиц (в 2011 г.-0,22%). Самое главное, при анализе выявленных случаев на 10 тыс. обследованных лиц также отмечается снижение с 22,2 (в 2011 г.) до 19,6 (в 2012 г.).

Таким образом, в 2012 году в целом по республике, показатель выявляемости ВИЧ-инфекции на 10 тыс. обследованных лиц составил 19,6. Однако этот показатель в отдельных регионах был выше средне республиканского уровня: в г.Ташкенте 44,4, в Ташкентской области 43,4 и в Андижанской области 39,1. Из общего числа выявленных случаев 1312 (55,3%) приходится на долю г.Ташкента, Андижанской и Ташкентской областей, 8,9% - на долю Самаркандской, 7,2% - на долю Ферганской и 5,3% - на долю Сурхандарьинской областей.





СЕПСИС. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Аваков В. Е.
Доктор медицинских наук, профессор, директор кафедры анестезиологии и реаниматологии Ташкентской Медицинской Академии

Частота тяжелого сепсиса среди пациентов в различных отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) колеблется от 2 до 18%, а септического шока – от 3 до 4%. Средняя длительность нахождения в ОРИТ составляла 7,5+ 1,5 дня и 35+9 дней в стационаре. Общие расходы, связанные с лечением септического больного, в 6 раз выше, чем у пациентов без тяжелых инфекционных осложнений.

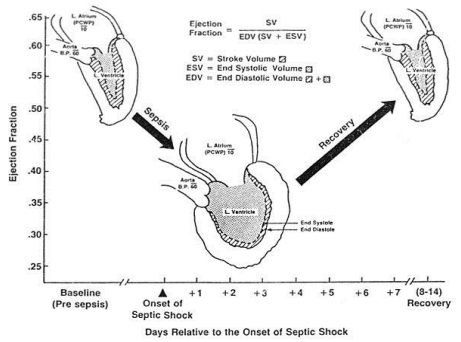
Рост распространенности сепсиса связывают с: постарением населения;

- увеличением продолжительности лиц с тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями;
- более широким включением в схемы терапии глюкокортикоидов, цитостатиков;
- повышением инвазивности лечения, проявляющимся в расширении показаний к обширным радикальным операциям, длительной катетеризацией вен и артерий, экстракорпоральной детоксикации.

Возбудителями сепсиса могут являться: бактерии - 95% случаев, грибки, простейшие и вирусы. Этиологическая структура определяется составом пациентов. Существует определенная взаимосвязь между локализацией очага инфекции и характером микрофлоры, инициировавшей генерализованный инфекционно-воспалительный процесс. В странах Западной Европы ежегодное число больных превышает 500 тысяч.

Приоритетные методы интенсивной терапии

- ***Антибиотикотерапия (АБТ)***
- ***Инфузионная терапия***
- ***Респираторная поддержка***
- ***Восстановление органной и тканевой перфузии***
- ***Нутритивная поддержка***
- ***Коррекция иммунных нарушений***



C NATANSON, ANESTH. CLIN. NORTH AM. 1988

Общие положения АБТ при сепсисе

- **Для эмпирической АБТ выбирают антибиотик широкого спектра с бактерицидным типом действия или комбинацию препаратов, обладающих активностью в отношении потенциально возможных в данной клинической ситуации возбудителей.**
- **Внутривенный путь введения антимикробных средств является обязательным у пациентов с сепсисом.**
- **Выбор дозы и кратности введения препарата зависят от типа бактерицидности и наличия постантибиотического эффекта, а также чувствительности микроорганизмов.**
- **После уточнения характера микрофлоры и ее чувствительности при необходимости вносят коррекцию в лечение: возможен переход на монотерапию, препарат более узкого спектра или менее дорогой.**

Выбор схемы эмпирического антибиотикотерапии сепсиса в зависимости от локализации первичного очага инфекции

Локализация первичного очага, место инфицирования и реактивность больного	Схемы эмпирической АБТ
Ротоглотка	**Амоксициллин/клавуланат + Нетилмицин или Тобрамицин**
Средостение	**Цефотаксим или Цефтриаксон + Амикацин + Метронидазол** **Ципрофлоксацин или Пефлоксацин + Метронидазол** **Имипенем**
Легкие (внебольничная пневмония)	**Цефотаксим или Цефтриаксон + Эритромицин или Спирамицин**
Легкие (госпитальная пневмония вне ОРИТ)	**Цефтазидим или Цефепим или Ципрофлоксацин + Амикацин**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПЕПАРАТОВ БРЕНДОВОГО И ГЕНЕРИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

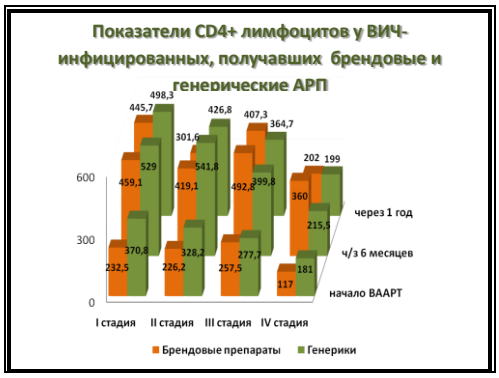
Алшинбаева Г.У.
Доктор медицинских наук, профессор Главный инфекционист МЗ РК, заведующая кафедрой инфекционных болезней, Медицинского университета Астаны
Сергалиева А.Ш. *ассистент кафедры инфекционных болезней, Медицинского университета Астаны*

Высокоактивная антиретровирусная терапия стала важным компонентом повышения качества жизни многих больных ВИЧ/СПИДом.

Существенной проблемой является на сегодняшний день финансовое обеспечение лекарственной терапии ВИЧ-инфицированным. Многие брендовые антиретровирусные препараты не могут быть доступны пациентам ввиду высокой их стоимости, что требует закупа более дешевых лекарственных средств генерического производства.

Уменьшение клинических симптомов оппортунистических инфекций, снижение вирусной нагрузки (ВН), повышение CD4+ клеток указывают на правильно подобранные схемы ВААРТ и свидетельствуют об ее эффективности.

Вирусологическая эффективность на ранних стадиях ВИЧ-инфекции была аналогичной через 6 и 12 месяцев на фоне приема брендовых и генерических АРВП и сопровождалась снижением ВН на I и II стадии; на III и IV стадиях - ВН значительно снизилась на фоне брендовых препаратов в отличие от генериков. Целесообразно включать в схемы ВААРТ препараты генерического производства, учитывая их одинаковую терапевтическую эффективность в сравнении с брендами на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, с целью экономии бюджетных средств местного финансирования в 3-4 раза.



Схемы ВААРТ

Схемы ВААРТ	Количество больных, получающих ВААРТ
I схема (зидовудин + ламивудин + невирапин)	60
I схема 2 ряд (зидовудин + ламивудин +лопиновир/ритоновир)	27
I схема 2 ряд (виростав + видекс + невипан)	4
II схема (абакавир + диданозин+ лопиновир/ритоновир)	6

Сравнительная месячная и годовая стоимость брендовых и генерических антиреровирусных

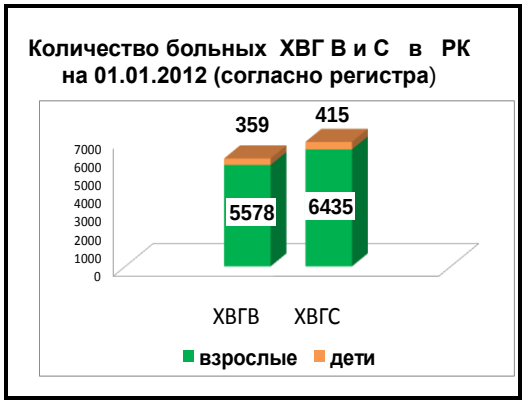
Препараты	Стоимость препарата на 1 месяц, руб		Стоимость препарата на 12 месяцев, руб	
	Бренд	Генерик	Бренд	Генерик
Невирапин	1380	620	16574	7440
Комбивир	6492	1420	77904	17040
Ставудин	5768	423	69216	5080

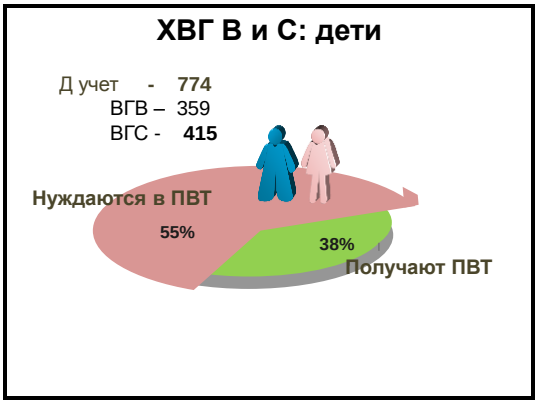
ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В и С В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ И ДОСТИЖЕНИЯ

Алшинбаева Г.У.
Доктор медицинских наук, профессор Главный инфекционист МЗ РК, заведующая кафедрой инфекционных болезней, Медицинского университета Астаны

Представлена динамика и этиологическая структуры заболеваемости хроническими вирусными гепатитами среди детского и взрослого населения в Казахстане за последние 10 лет. Рост заболеваемости в 2010 -2012 годы связан с улучшением диагностики и проводимым скринингом населения на наличие вирусов гемоконтактных гепатитов.

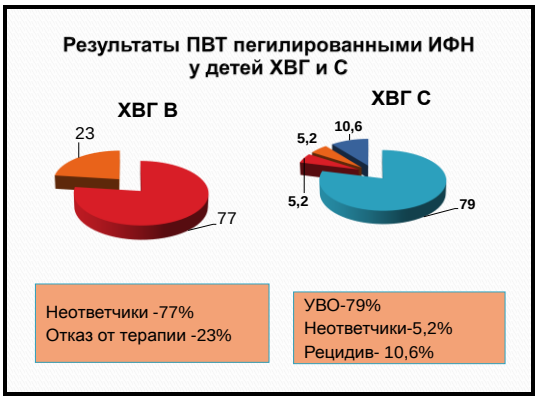
С 2010 года в соответствии с Государственной программой в республике введен регистр, заполняется Карта учета больного ХВГ В и С, проводится скрининг целевых групп риска на вирусы гепатитов В и С среди детей и взрослых, функционируют гепатоцентры (гепатокабинеты) при инфекционных (многопрофильных) стационарах. Пациенты, нуждающиеся в противовирусной терапии (ПВТ), получают бесплатное лечение. Для назначения и контроля обоснованности терапии во всех регионах создана комиссия, включающая специалистов управления здравоохранения, главного инфекциониста и гастроэнтеролога, врача гепатоцентра. Важным моментом при проведении ПВТ является профилактика и коррекция нежелательных явлений.





ХВГ В и С: взрослые

- **Состоят на Д-учете – 12 013 чел**
  ВГВ – 5 578
  ВГС – 6 435
- **Получают ПВТ - 681**
  ВГВ – 15,8%
  ВГС - 33,1%
- **Нуждаются в ПВТ - 2 430**
  ВГВ – 13,3%
  ВГС – 26,6%



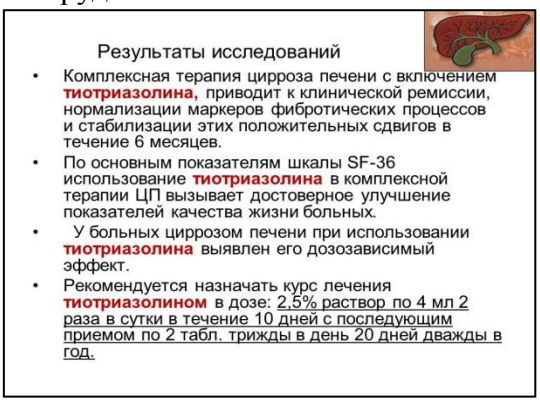
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ

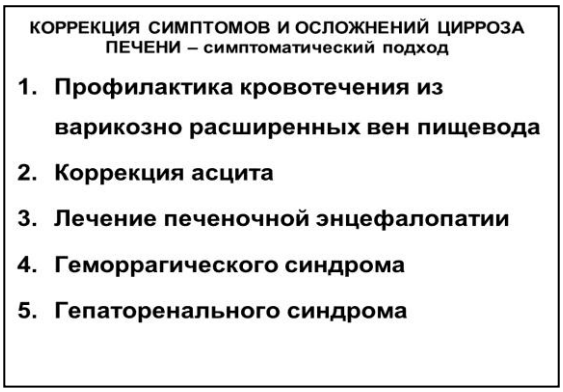
Абдукадырова М.А.
Доктор медицинских наук, руководитель прикладного гранта НИИ Вирусологии МЗ РУз

Цирроз печени представляет собой финальную стадию ряда хронических заболеваний печени и наиболее частой причиной летальных исходов при неопухолевых заболеваниях указанной локализации.

Цирроз печени - хроническое прогрессирующее или реже не прогрессирующее диффузное полиэтиологическое заболевание печени, с различной степенью выраженности признаков функциональной недостаточности печени и портальной гипертензией, которое является конечной стадией развития чаще всего неблагоприятно протекающих форм хронического гепатита, следствием затруднения оттока желчи или крови из печени или генетически обусловленных метаболических дефектов. Это заболевание характеризуется значительным уменьшением массы функционирующих гепатоцитов, резко выраженной фиброзирующей реакцией, перестройкой структуры паренхимы - цитоархитектоники дольки и сосудистой сети печени.

Установлена эффективность некоторых противовирусных препаратов при вирусных циррозах печени, однако, это не решает проблемы терапии ЦП. Своевременная терапия циррозов печени очень важна, так как комплекс проводимых лечебных мероприятий, направленных на уменьшение степени прогрессирования фиброзных процессов в печени способствует продлению жизни больных и сохранению их трудоспособности

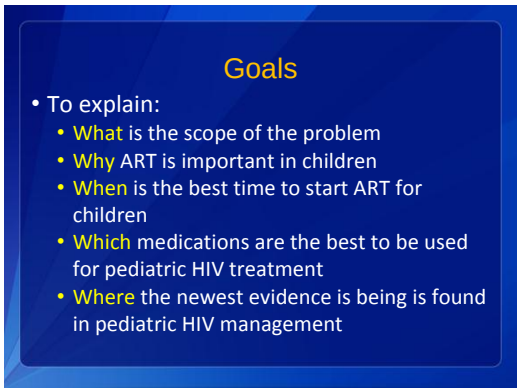


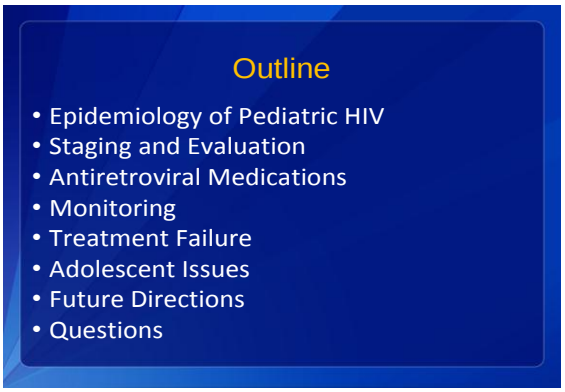


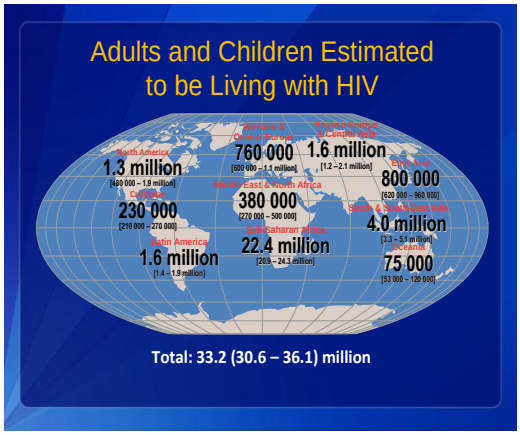
UPDATES AND BEST PRACTICES IN CARE AND TREATMENT FOR CHILDREN LIVING WITH HIV/AIDS

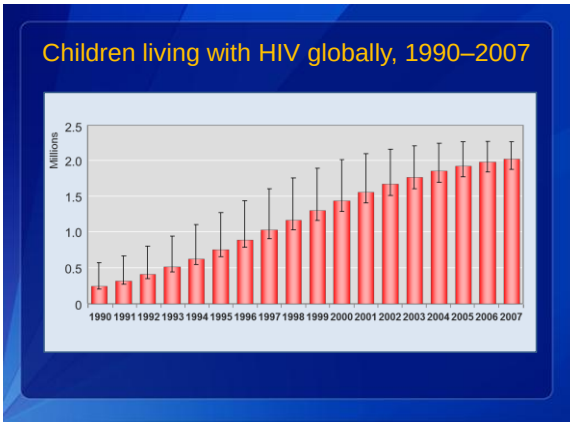
Eric Dziuban, MD, DTM

Pediatric HIV Care & Treatment Team
Maternal and Child Health Branch
Division of Global HIV/AIDS
Center for Global Health
U.S. Centers for Disease Control and Prevention









СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА

Бегайдарова Р.Х.
Доктор медицинских наук, профессор заведующая кафедрой детских инфекционных болезней Карагандинского государственного Медицинского Университета
Кузгибекова А.Б. *доцент кафедрой детских инфекционных болезней Карагандинского государственного Медицинского Университета*

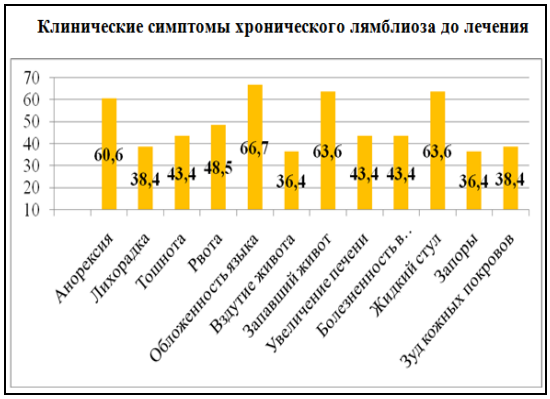
Представлены результаты исследования по определению эффективности препарата Саусалин в качестве этиотропной терапии, в сравнительном аспекте с другими антипротозойными препаратами: метронидазолом и орнисидом.

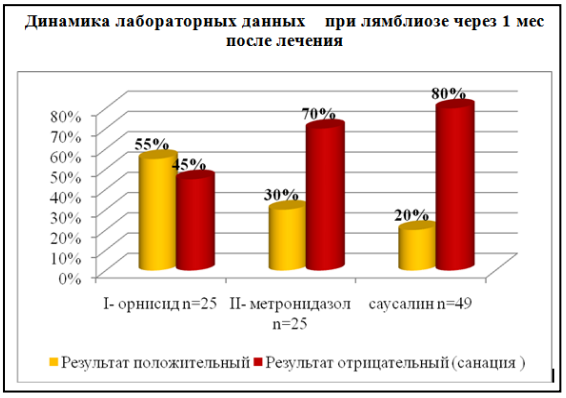
В ходе исследования определена эффективность препарата саусалин, которая была более выражена, чем наиболее часто используемый на современном этапе лечения лямблиоза препарат метронидазол.

Прежде всего, позитивное влияние данного препарата обусловлено, тем, что в плане создания лекарственных средств растительного происхождения, имеющих широкий спектр активности, являются растения рода Saussurea. Биологическая активность растений данного рода обусловлена наличием в их составе сесквитерпеновых лактонов гвайанового ряда. Спектр биологической активности сесквитерпеновых лактонов достаточно широк, охватывает противопаразитарную, антимикробную, противовоспалительную, желчегонную и другие фармакологические характеристики.

Кроме того активирует неспецифический иммунитет: повышает фагоцитоз и титр комплемента, тем самым способствует элиминации лямблий из организма.

Полученные клинические данные позволяют расценивать саусалин как эффективное противолямблиозное средство, которое можно рекомендовать в качестве инновационной терапии.





ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ

Бегайдарова Р.Х.
Доктор медицинских наук, профессор заведующая кафедрой детских инфекционных болезней Карагандинского государственного Медицинского Университета

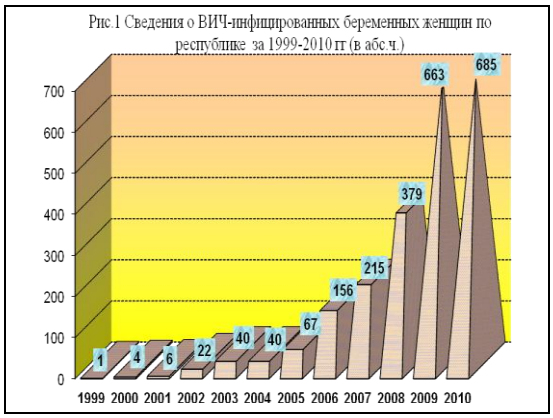
Представлены результаты исследования эффективности применения препарата хофитол у больных с хроническими гепатитами при перинатальной ВИЧ-инфекции у 30 детей, родившихся от ВИЧ- инфицированных матерей и состоящие на учете в Областном центре по профилактике и борьбе со СПИД.

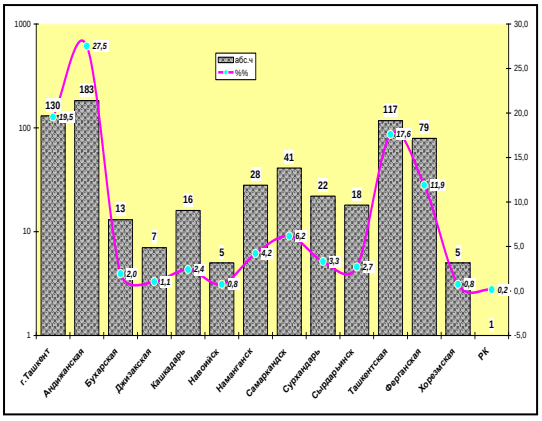
В ходе исследования определена эффективность использования у детей с перинатальной ВИЧ- инфекцией наряду с этиотропной и базисной терапией гепатотропного препарата хофитол, который способствует восстановлению метаболизма в печени, уменьшению выраженности цитолитического, мезенхимально-воспалительного синдрома и улучшению течения заболевания. Хороший терапевтический эффект препарата хофитол позволяет рекомендовать его применение в лечении хронических гепатитов у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией

АРВ ПРОФИЛАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УЗБЕКИСТАНЕ

Бекметова М. Ю.
Заведующая поликлинико-стационарным отделом Республиканского центра по борьбе со СПИДом

В Республике Узбекистан ВИЧ инфицирование беременных женщин было зарегистрировано в 1999 году. В последующие годы количество ежегодно выявляемых случаев ВИЧ инфицирования среди беременных женщин, в целом, было не высоким. Однако начиная, с 2004 года число случаев ВИЧ среди беременных женщин возросло. Сравнительно высокая выявляемость ВИЧ среди беременных женщин отмечалась в возрастной группе 20-24 года (21,5%), 25-29 лет (45,6%) и 30-34 лет (21,5%). В целях профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции в Республике Узбекистан обеспечивается 100 % охват тестированием беременных женщин на ВИЧ-инфекцию, организована специфическая профилактика у ВИЧ позитивных беременных и рожденных ими детей антиретровирусными препаратами.





МЕСТО ЭТИОТРОПНЫХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА

Селькова Е.П.
Доктор медицинских наук, профессор зам. директора по клинической и эпидемиологической работе ФГУН Московский Научно-Исследовательский Институт Эпидемиологии и Микробиологии им. Г.Н. Габричевского

В настоящее время основой терапии гриппа и других ОРВИ является применение современных противовирусных препаратов, с доказанной эффективностью и безопасностью.

По итогам анализа 1448 историй болезни пациентов сезоне 2010/11, госпитализированных с гриппом и другими ОРВИ в 26 городах Российской Федерации установлено, что этиотропная противовирусная терапия была назначена в 80% случаев. При этом наиболее часто назначаемым (60% всех пациентов) противовирусным препаратом был Арбидол. Показано, что при назначении Арбидола в первые 48 часов с момента проявления первых симптомов длительность течения гриппа (в том числе, вызванного A(H1N1)pdm09) и других ОРВИ снижается на 2-3 суток, укорачивается продолжительность основных симптомов, отмечается резкое снижение частоты развития осложненного течения.

Также исследование позволило выделить основные факторы риска тяжелого и осложненного течения ОРВИ - возраст более 50 лет, ожирение, хронические заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Среди групп пациентов повышенного риска тяжелого течения ОРВИ важным компонентом предупреждения осложнений является проведение профилактических мер. Создать эффективную вакцину, охватывающую широкий спектр возбудителей ОРВИ, невозможно, поэтому в этом случае для профилактики с успехом могут быть применены химиопрепараты.

Среди российских препаратов доказано высоким профилактическим эффектом обладают препараты Арбидол® и Амиксин®. Как показали исследования, благодаря широкому спектру прямой противовирусной активности и иммуномодулирующему эффекту Арбидол, по сравнению с плацебо, до 4,4 раз у детей и до 3 раз у взрослых снижает заболеваемость респираторными вирусными инфекциями при сезонной профилактике в период эпидемии ОРВИ и до 7 раз при постконтактной (экстренной) профилактике. Препарат Амиксин обладает противовирусной и иммуномодулирующей активностью и, в отличие от большинства других иммуномодуляторов, способен индуцировать выработку собственных интерферонов всех трех основных классов (α, β, γ). По данным исследований более чем на 39 000 пациентов, профилактический курс Амиксина снижает риск заболеваемости ОРВИ и гриппом в 3-4 раза. Подтверждена безопасность, лечебная и профилактическая эффективность Амиксина, как у взрослых, так и в педиатрической практике. У детей с ОРВИ Амиксин значительно сокращает сроки выздоровления, как при неосложненных, так и при осложненных формах заболевания. Применение Амиксина при ОРВИ у детей с аллергической патологией достоверно снижает риск обострения основного заболевания.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РОТАВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ

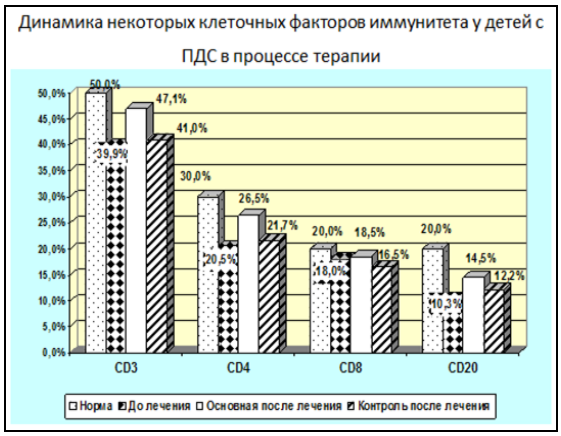
Ибадова Г.А.
Доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных заболеваний, Таш ИУВ

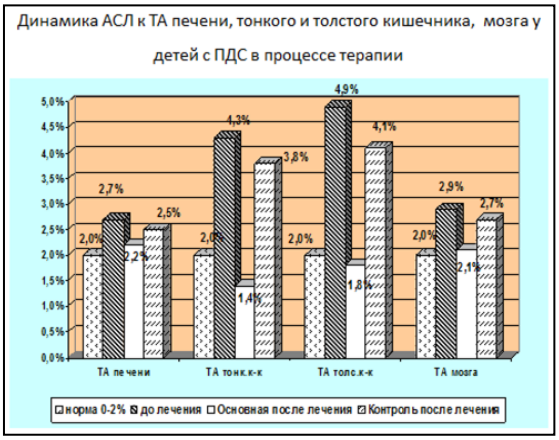
Развитие ОКИ обусловлено большой группой инфекционных агентов. Основными возбудителями острых кишечных инфекций до недавнего времени считались микроорганизмы бактериальной природы семейства Enterobacteriaceae, особенно патогенные энтеробактерии – сальмонеллы и шигеллы. Однако, в последнее время в этиологической структуре острых диарей (ОД) произошли определенные изменения и на первый план выдвинулись острые кишечные инфекции вирусной природы, среди которых наиболее значимыми во всем мире являются ротавирусные диареи. Однако в Республике Узбекистан ротавирусные инфекции (РВИ) до недавнего времени не изучались. Это в определенной степени было связано с дороговизной исследований и отсутствием технической базы для проведения широкомасштабных исследований. Только в последнее время, появилась насущная потребность к более глубокому изучению этиологии диарей, в том числе, обусловленных ротавирусами.

Течение и исход инфекционного заболевания находятся в прямой зависимости от общей реактивности организма. В связи с чем, нами были изучены некоторые показатели, характеризующие иммунологическое состояние организма, у детей раннего возраста с острой диареей (ОД) ротавирусной этиологии.

У детей, перенесших ротавирусные диареи, отмечаются значительные нарушения со стороны клеточных факторов иммунитета и нарастание уровня АСЛ кТА тонкого и толстого кишечника, печени и мозга;

Назначение детям в периоде реконвалесценции после ОД иммуномодулятора Анаферона-детского способствует улучшению ряда иммунологических показателей и уменьшению процессов дегенерации в тканях тонкого и толстого кишечника, печени и мозга.





АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КЛЕЩЕВЫМ РИККЕТСИОЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ

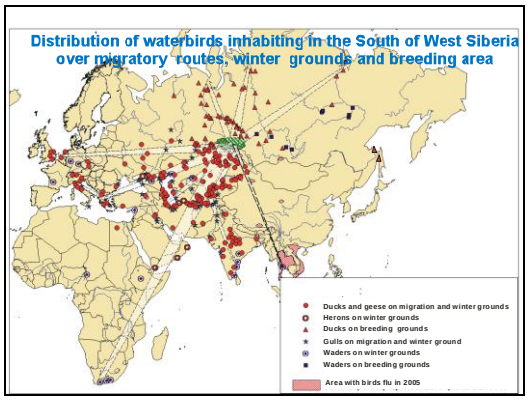
Бахрамова Н.Н.
Кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией эпидемиологии и бактериологии чумы Центра профилактики карантинных и особо опасных инфекций МЗ РУз

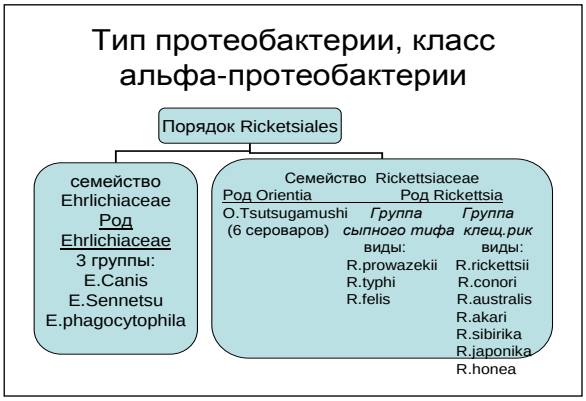
Риккетсии относятся к возбудителям «новых» и «возвращающихся» инфекций. По данным ВОЗ в разных странах мира отмечается активизация природных очагов эндемических риккетсиозов, причины которой требуют дальнейшего изучения.

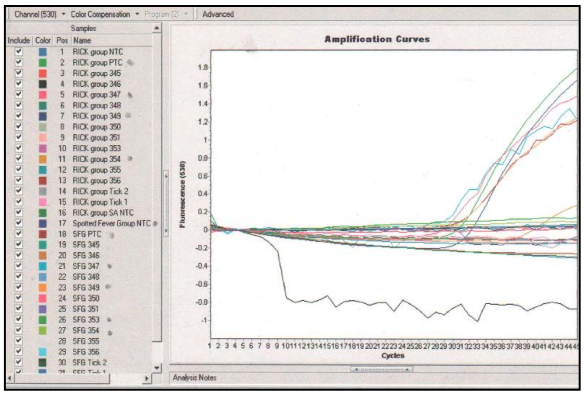
Порядок *Rickettsiales* включает три семейства: *Rickettsiaceae* (рода *Rickettsia* и *Orientia*), *Anaplasmataceae* и *Holosporaceae*. В составе рода *Rickettsia* выделяют две группы - клещевой пятнистой лихорадки (КПЛ) и сыпного тифа (СТ).

Количество риккетсий группы КПЛ постоянно увеличиваются и имеют статус вида классических патогенов, новых патогенов, риккетсий с недоказанной патогенностью для человека, и кандидатов в новые виды.

Результаты исследований доказывают циркуляцию риккетсий и требуют проведения комплекса мер специфической и неспецифической профилактики.







НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

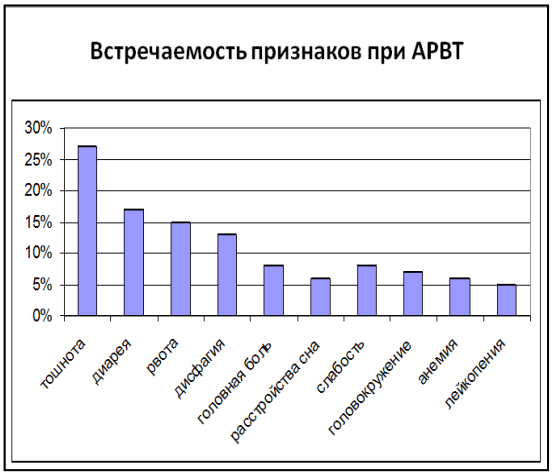
Байжанов А.К.
Кандидат медицинских наук, заместитель директора по лечебной работе Республиканского Центра по борьбе со СПИДом

Особую актуальность приобретает изучение спектра вторичных заболеваний, маркирующих собой переход болезни в стадию СПИДа, поражая различные органы и системы организма. Следует отметить, что спектр оппортунистических инфекций к настоящему времени существенно изменился в сравнении с ранним периодом эпидемии ВИЧ-инфекции. Это обусловлено усовершенствованием методов диагностики, лечения и профилактики оппортунистических инфекций. С внедрением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) риск развития пневмоцистной пневмонии снизился 20 раз, а частота атипичного микобактериоза снизилась в 3 раза.

ВИЧ-инфекция у пациентов с естественным течением заболевания характеризуется прогрессирующим течением с развитием генерализоыанных форм ЦМВИ, кандидоза, саркомы Капоши, язвенно-некротической формы простого герпеса, приводящих, в различных сочетаниях, к летальному исходу.

Таким образом, после внедрения высокоактивной антиретровирусной терапии существенно изменилась клиническая картина ВИЧ-инфекции, увеличилась продолжительность жизни больных за счет значительного снижения частоты оппортунистических инфекций.

ЦМВ-поражение органов зрения при ВИЧ-инфекции	
1	Жалобы на туман перед взором, плавающие точки и пятна перед глазами. Снижение остроты зрения, дефекты полей зрения
2	Среди больных с ЦМВИ ретинит встречается до 45%
3	Офтальмоскопически отмечается некротический ретинит – на сетчатке глаза выявляются очаги белого цвета с геморрагиями по ходу сосудов по периферии глазного дна.
4	В последующем - диффузный обширный желто-белый инфильтрат с зонами ретинальной атрофии и очаги кровоизлияний по поверхности поражения
5	Часто встречаемые осложнения: иридоциклит (71%), атрофия зрительного нерва (63%), ретинальный васкулит (26%), частичный гемофтальм (8%), отслойка сетчатки (8%)



ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА В УЗБЕКИСТАНЕ

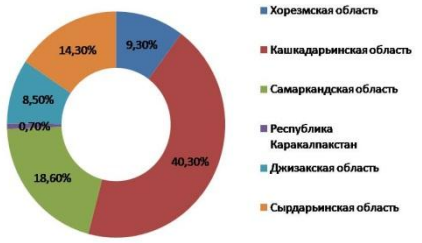
Брянцева Е.В.
Кандидат медицинских наук, врач-вирусолог Республиканского центра арбовирусных инфекций при Научно-исследовательском институте Вирусологии Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

В настоящее время вирус ЛЗН широко распространён практически во всех странах Земного шара. На протяжении последних лет, эпидемиология и вирулентность Западно-Нильского вируса претерпели изменение. В Узбекистане в комарах (смешанные виды), отловленных в Хорезмском и Сурхандарьинском вилоятах выявлен антиген (АГ) вируса ЛЗН. В клещах различных видах, собранных в Хорезмском, Навоийском, Ферганском вилоятах, выявлен АГ вируса ЛЗН. У домашних животных антитела (АТ) к вирусу ЛЗН найдены у крупного рогатого скота в Ташкентском, Наманганском и у овец Кашкадарьинском вилоятах. Среди млекопитающих в дикой природе большое значение имеют дикие грызуны, в органах диких грызунов, отловленных в Кашкадарьинском вилояте выявлен АГ вируса. Выявлено неравномерное распределение комплементсвязывающих и гемагглютинируюших АТ к этому вирусу. В сыворотках крови здоровых людей из Хорезмского, Кашкадарьинского, Самаркандского, Джизакского, Сырдарьинского вилоятов и Республики Каракалпакстан выявлены антитела- иммуноглобулины класса IgG. Необходимо учитывать, что за последние годы резко расширился ареал ЛЗН, которая приобрела черты тяжёлой нейроинфекции. Вспышки вызванных вирусом ЛЗН заболеваний могут возникать после длительных периодов затишья, что свидетельствует о важности непрерывного эпиднадзора за этим вирусом.

Определение АТ к вирусу ЛЗН в крови сельскохозяйственных животных

Область	Сельхоз. животные	Процент от общего числа исследований
Ташкентская	КРС	4,0%
Наманганская	КРС	0,9%
Кашкадарьинская	МРС	3,0%

Определение иммуноглобулинов класса IgG к вирусу ЛЗН в крови здоровых людей



Определение АГ вируса ЛЗН в различных биологических обеъктах

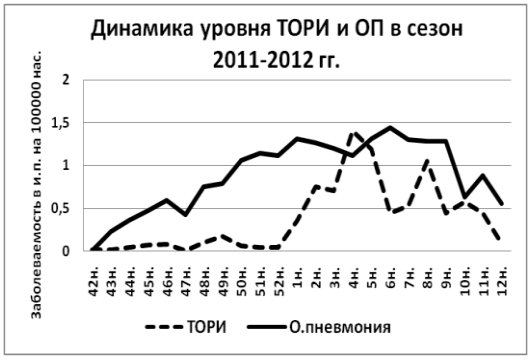
Область	Объект исследования	Выявление АГ вируса	Выявление АГ микст-инфекций	
Кашкадарьинская	грызуны	—	20/5	ЛЗН,Тамды, Карши ЛДСД, И-К, А-А.
Сурхандарьинская	комары	—	5/2	ЛЗН, Карши, А-А
Хорезмская	Клещи	35/1	35/3	ЛЗН,Синдбис,ККГЛ, ЛДСД
	комары	21/2	21/4	ЛЗН,Синдбис,ЛДСД А-А
Навоийская	клещи	31/7	—	
Ферганская	клещи	50/1	50/3	ЛЗН,КЭ

Определение АТ к вирусу ЛЗН в крови здоровых людей

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ГРИППУ И ОРИ В УЗБЕКИСТАНЕ В СЕЗОН 2011-2012 ГГ.

Рахимов Р.А.
Доктор медицинских наук, руководитель НЦГ Научно-исследовательский институт Вирусологии Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Представлена характеристика динамики и этиологической структуры заболеваемости гриппом в сезон 2011-2012 гг. в Узбекистане и г. Ташкенте. Выявлен эпидемический подъем заболеваемости гриппом в феврале 2012 г., продолжавшийся 4 недели. Наиболее эпидемически значимым контингентом населения являются дети в возрасте 0-2 и 3-6 лет. Этиологическая структура представлена вирусами гриппа A/H1N1pdm09, A/H3N2 и B, при превалировании вируса гриппа типа B. Вирус A/H1N1 не был обнаружен, что вероятно связано с замещением его новым вирусом A/H1N1pdm09. Выявлена прямая сильная корреляция заболеваемости гриппа и ОРИ с острой пневмонией. Данные по частоте тяжелых острых респираторных инфекций могут служить индикаторным и прогностическим показателем для оценки эпидемической обстановки и краткосрочного прогноза заболеваемости гриппом и ОРИ.



АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА В УЗБЕКИСТАНЕ

Рахимова В.Ш.
Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры Ташкентского института Усовершенствования врачей Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Рациональное использование антибактериальных средств подразумевает их правильное, соответствующее и надлежащее использование. Рациональное использование означает, что пациенты получают надлежащие антибиотики в правильных дозировках, на соответствующий период времени. Нерациональное применение антибактериальных лекарственных средств приводит к развитию антибиотикорезистентоности. В настоящее время главной задачей клинициста при выборе адекватной антибиотикотерапии является преодоление существующей антибиотикорезистентности большинства возбудителей.

Путь выхода из сложившейся ситуации лежит в наиболее рациональной терапии, что подразумевает назначение антибактериальных средств строго по показаниям, по принятым протоколам лечения, пресечение свободного, то есть безрецептурного доступа населения к антибиотикам в аптечной сети.

Достижения

- В 1928 г. английский микробиолог А. Флеминг открыл первый антибиотик – пенициллин.
- Это открытие положило начало новой эре в медицине – антибактериальной терапии.
- В настоящее время антибиотики – самая многочисленная группа лекарственных средств.
- Проведена расшифровка механизмов действия антибактериальных средств на микробную клетку и определение механизмов развития устойчивости бактерий к этим препаратам.

Важнейшие группы антибактериальных препаратов
(успехи за 50 лет)

Группы препаратов	Основной механизм действия
Бета-лактамы (пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы и другие), гликопептиды (ванкомицин, тейкопланин и другие)	Нарушение биосинтеза клеточной стенки (ингибировпние синтеза пептидогликанов на различных стадиях)
Аминогликозиды (гентамицин, амикацин, нетелмицин и другие), макролиды (эритромицин, кларитромицин, азитромицин и другие), линкозамины (клиндамицин и другие), тетрациклины (доксициклин и другие), фениколы (хлорамфеникол)	Ингибиторы синтеза белка на уровне рибосом (связывание с субъединицами рибосом, нарушение процесса считывания информации с РНК)
Рифамицины (рифамипицин и другие)	Нарушение биосинтеза РНК (ингибиторы РНК-полимеразы)
Фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, норфлоксафн, ломефлоксацин)	Нарушение биосинтеза ДНК (ингибиторы ДНК-гиразы и топоизомеразы IV)
Нитроимидазолы (метронидазол, орнидазол, тинидазол и другие)	Нарушение биосинтеза ДНК (связывание с ДНК и деградация ДНК продуктами восстановления нитроимидазолов)

Проблема резистентности в настоящее время оказывается существенным препятствием для успешной химиотерапии, найдены и расшифрованы резистентоность к антибиотикам у часто встречающихся инфекционных агентов

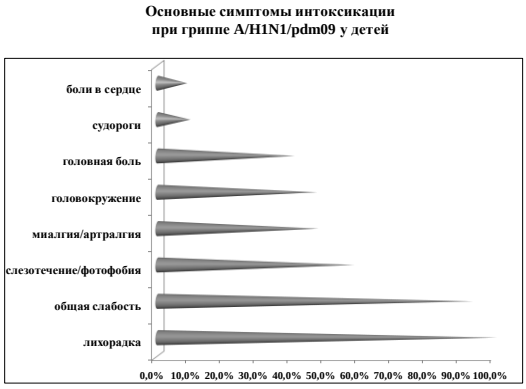
- *Staphylococcus aureus*_ устойчивы к пенициллину
- *Shigella dysenteriae*_ множественной устойчивостью к антибиотикам
- *Esterichia coli*_ множественной устойчивостью к антибиотикам
- *Streptococcus pneumoniae*_, устойчивых к пенициллину
- *Neisseria gonorrhea*_, устойчивых к пенициллину
- *Staphylococcus aureus*_ устойчивые к метициллину
- *Enterococcus faecium*_, устойчивых к пенициллину
- *Shigella*_ множественной устойчивостью к антибиотикам
- *Escherichia coli*_ устойчивы ко многим штаммов фторхинолонов
- *Mycobacterium tuberculosis*_ множественной устойчивостью к антибиотикам
- *Enterococcus*_ устойчивостью к ванкомицину
- *Campylobacter*_ устойчивы к fluroquinolones
- *Staphylococcus aureus*_ устойчивых к ванкомицину

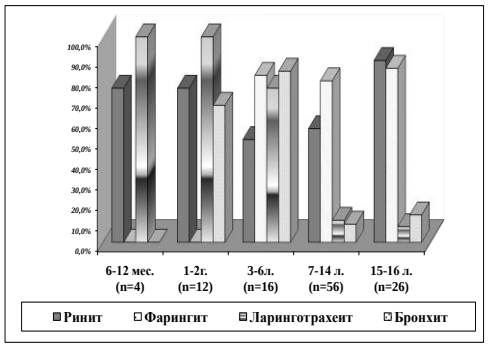
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА A/H1N1/pdm09 у ДЕТЕЙ

Р.Р. Рахимов
Младший научный сотрудник Научно-исследовательский институт Вирусологии
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

В эпидемический сезон гриппа и ОРИ 2009-2010 гг., в г. Ташкенте, проводилось обследование 114 детей, в возрасте 6 месяцев – 16 лет, больных с диагнозом «гриппA/H1N1/pdm09» установленным методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени. У 26,3% детей заболевание протекало в, легкой форме, у 63,2% в среднетяжелой форме. Больных тяжелой формой гриппа выявлено не было.

ГриппA/H1N1/pdm09 характеризовался, острым началом, с выраженным интоксикационным синдромом. На фоне интоксикации наблюдались проявления абдоминального, геморрагического синдромов и явления менингизма. Поражения верхних дыхательных путей у детей младших возрастов проявлялись клиникой ринита и ларинготрахеита, а у детей старшего возраста – по типу ринофарингита. Осложнения (бронхит и пневмония) развились в ранние сроки болезни у 26,3% больных, в основном у детей младших возрастов.





АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В РЕШЕНИИПРОБЛЕМ ИНЪЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ: МИРОВОЙ ОПЫТ

Является ли безопасность инъекций глобальной проблемой?

Усманова Н.Р., MD,PhD

Региональный Советник по Инфекционному Контролю и Безопасности крови CDC/DGHA/CAR

Что означает безопасная инъекция?

- *Безопасная инъекция не наносит вред реципиенту, не подвергает медработника предотвратимому риску, и не создает отходов, опасных для населения*

WHO/SIGN

Содержание

- Что означает безопасная инъекция и безопасность инъекций?
- Масштаб проблемы, обусловленный небезопасными инъекциями
- Типичные нарушения инъекционной безопасности
- Выводы

Что означает безопасность инъекций?

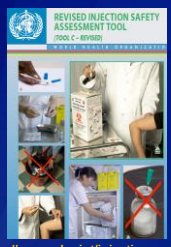
- Ряд мер, принимаемых для выполнения инъекций безопасным образом для пациентов, медработников и других людей
- Включает в себя практику, призванную предотвратить передачу инфекционных заболеваний от:
  - Одного пациента другому
  - Пациента медицинскому работнику (МР)
  - Медицинского работника пациенту

http://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/patient_faqs.html

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПРАКТИКИ ИНЪЕКЦИЙ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ, 2010

Случаи внутрибольничного инфицирования детей ВИЧ в четырех странах ЦА
Запрос Министерство здравоохранения Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана об оказании технической помощи

Инструмент оценки инъекционной безопасности ВОЗ



- Внедрен в 2000
- Использовался в более чем 90 национальных программах оценки безопасности инъекций
- Улучшенное понимание потребности в безопасности инъекций и других связанных с этим процедур в медицинских учреждениях

http://www.who.int/injection_safety/Tool_C_Revised_Final.pdf

Цели

- Выявить небезопасные условия для пациентов и медработников
  - Практики, используемые медработниками
  - Достаточные запасы инструментов
  - Соответствующая утилизация отходов
  - Соответствующая профилактика медработников (вакцинация, пост-контактная профилактика)
- Оценить отношение медработников и пациентов к инъекциям

МОНИТОРИНГ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В И С

Хаертынова И.М. *ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ДПО Казанской государственной медицинской академии Минздрав соцразвития России*
Леонова Г.Ф. *ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ДПО Казанской государственной медицинской академии Минздрав соцразвития России*
Ахмерова А.Н., Камалова Н.К.

В РФ отмечается рост хронической HCV- и HBV-инфекции среди детей.Доля ХГС возросла с 25% в 1995г. до 51% в 2009г. Особенно быстро растет число «носителей» вируса. Отмечается высокая частотаих регистрации среди беременных и в группах риска. У детей и подростков ХВГ формируется в 3 раза чаще, чем у взрослых.Частота развития ЦП при ХГС составляет 1,8% при среднем возрасте ребенка 10 лет. Растет ранняя инвалидизация и смерть среди лиц молодого возраста.

Расчет дозы ПегИнтрона у детей с 3 лет

Расчет дозы ПегИнтрона на основании площади поверхности тела для детей с 3 лет

$$\sqrt{\frac{\text{Рост}_{\text{см}} \times \text{вес}_{\text{кг}}}{3600}}$$

Пример:

$140_{см} x 30_{кг}/3600 = 1,166666$ (важно нажать на =)

$\sqrt{1,166666} = 1,08\ м^2$

$1,08_{м^2} * 60_{мкг} = 65$ мкг/нед

Задачи в лечении больных ХГС

- Эрадикация HCV:
  - СВО – неопределяемая РНК вируса HCV через 6 месяцев после окончания терапии.
- Предотвращение прогрессирования заболевания:
  - уменьшение воспалительных изменений в ткани печени (↓ ИГА, ↓ степени фиброза).
  - N активности трансаминаз.
- Улучшение качества жизни.

Спектр инструментальных методов диагностики

- УЗИ органов брюшной полости
- Биопсия печени
- Эластография
- ФЭГДС
- По показаниям ЯМР с целью диагностики ЦП, ГЦК

Рекомендованные схемы лечения ПВТ

- **При ХГС:** детям от 1 года и старше Интрон А назначают подкожно по 3 млн МЕ три раза в неделю (ч/з день) в комбинации с пероральным приемом ребетола в дозе 15 мг/кг ежедневно, разделяя эту дозу на утреннюю и вечернюю. Продолжительность лечения 6-12 мес.
- Детям от 3 лет и старше рекомендуемая доза ПегИнтрона составляет 60 мкг/м^2/нед подкожно в комбинации с ребетолом в дозе 15 мг/кг/сут перорально в два приема (утром и вечером).

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ РИККЕТСИЙ ГРУППЫ КЛЕЩЕВОЙ ПЯТНИСТОЙ ЛИХОРАДКИ И ДРУГИХ α1-ПРОТЕОБАКТЕРИЙ В ИКСОДОВЫХ КЛЕЩАХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Шпынов С.Н.
Доктор медицинских наук, ученый секретарь ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора

В результате выполненного молекулярно-биологического скрининга установлено присутствие 13 α1-протеобактерий из родов *Rickettsia*, *Anaplasma* и *Ehrlichia* в иксодовых клещах, собранных на территории Российской Федерации. Среди выявленных α1-протеобактерий *Rickettsia sibirica* является «классическим» патогеном, вызывающим клещевой риккетсиоз, *R. heilongjiangensis, R. slovaca, R. helvetica, R. aeschlimannii, R. raoultii, Anaplasma phagocytophilum* и *Candidatus Neoehrlichia mikurensis* были описаны как патогены человека в различных регионах мира в последнее десятилетие. Так же была определена ДНК *Ehrlichia muris, A. bovis,* «Candidatus *Rickettsia tarasevichiae*», риккетсии близкородственной *R. tamurae* и бактерии «*Montezuma*», возможная этиологическая роль которых для человека обсуждается.

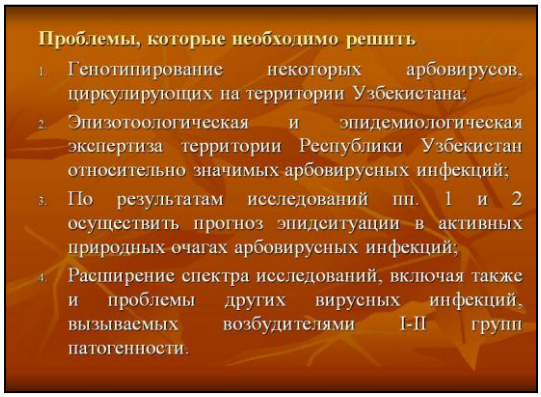
В иксодовых клещах, собранных на территории Республики Казахстан была выявлена ДНК *R. aeschlimannii* и *R. raoultii*.

Необходимо продолжение исследований по молекулярно-биологической идентификации в иксодовых клещах возбудителей инфекционных заболеваний человека в различных регионах Российской Федерации и стран участников СНГ с учетом выявления в клещах ряда «новых» патогенов, список которых пополняется.

АРБОВИРУСЫ УЗБЕКИСТАНА

Шерматов В.А.
Кандидат медицинских наук, руководитель Республиканского Центра арбовирусных инфекций при Научно-исследовательском институте Вирусологии Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Представлены результаты деятельности лаборатории за 45 лет со дня основания. Показана циркуляция 23 арбовирусов, низ них изолированных- 10. Выявлены природные очаги арбовирусов, определены их биологическая структура и уровень активности. Определена степень генетического родства между некоторыми штаммами вируса ККГЛ, циркулирующими в Узбекистане. Изучены вопросы экологии вируса Карши, вызывающего у людей острые лихорадочные заболевания в сезон активности кровососущих членистоногих. Продолжается более углубленное изучение проблемы ЛЗН в Узбекистане. Начаты поисковые исследования хантавирусов, для циркуляции которых имеются условия в республике. Защищены 11 кандидатских диссертаций. Изданы 6 методических рекомендаций и 3 информационных письма по проблемам ККГЛ, ЛЗН и других арбовирусных инфекций. Оказывается практическая и организационно-методическая помощь практическому здравоохранению. Проводятся семинары с медицинскими и ветеринарными работниками по вопросам этиологии, клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики арбовирусных инфекций. Осуществляется отбор доноров среди людей переболевших ККГЛ.



ТЕЗИСЫ

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

ИЗУЧЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А

Ахмедова Ш.У., Ахмедов У.Ш.
ТашПМИ, кафедра Эндокринологии с детской эндокринологией. Ташкент. Узбекистан
Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Актуальность. В условиях незаконченности становления детского организма патологические нарушения эндокринной сферы сопровождаются иными изменениями иммунного статуса. Имеющиеся ряд исследований иммунитета у детей, страдающих сахарным диабетом (СД) типа 1 на различных этапах течения заболевания, показали разнонаправленные изменения изучаемых параметров, интерпретация которых представляет определенные сложности.

Целью исследования явилось изучение параметров клеточного иммунитета у детей с СД типа 1 перенесших вирусный гепатит А.

Материалы и методы. Обследованы 25 детей в возрасте от 5 до 12 лет с СД типа 1 перенесших вирусный гепатит А в анамнезе. Длительность СД типа 1 варьировала от 2х до 5 лет. Все больные обследовались клинически:оценивалось общее состояние больных, степень компенсации диабета, динамика массы тела, суточная доза инсулина; проводился также комплекс лабораторных исследований, анализировались показатели: углеводного обмена, биохимических исследований (ферменты печени), иммунитета. Все больные получали интенсифицированную инсулинотерапию и были обучены по программе “Школы самоконтроля для детей с СД”.

Результаты. У всех детей с СД типа 1 перенесшх вирусный гепатит А отмечаются характерные для аутоиммуного заболевания изменения иммунограммы, усугубленные инфекционым поражением печени: определено достоверное понижение в содержании общих лимфоцитов, снижение уровня Т-супрессоров- цитотоксических, повышение В-лимфоцитов. Концетрации иммуноглобулинов Аи G, а также циркулирующих иммунных комплексов значительно превышали нормальные значения, отмечалось угнетение функциональной активности фагоцитарного звена. Данные показатели отражают роль глюкозотоксичности в подавлении секреторной активности β- клеток, а также могут свидетельствовать об их высоком эндогенно-регенеративном потенциале.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода при обследовании и терапии больных с СД типа 1 перенесших вирусный гепатит А, как для улучшения показателей углеводного обмена, ферментного состава печени, так и правильного подбора суточной дозы инсулина. Все это свидетельствует о включении своевременной иммуномодулирующей терапии для нормализации параметров иммунитета, а также торможению аутоиммунного поражения инсулярного аппарата, уменьшению активности системного воспаления и улучшению функционального состояние печени у данного контингента больных.

НОВЫЙ ФЕНОМЕН В ГЕПАТОЛОГИИ: СЛУЩИВАНИЕ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ ЛИМФОЦИТОВ В ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ Д

(Электронномикроскопическое исследование)

Алиев Б.Р.

Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз., г.Ташкент.Узбекистан

Как известно, гепатит Д обычно протекает тяжело с нередким переходом в хроническую форму и цирроз печени. В данной работе изучали особенности ультраструктуры печени больных хроническим гепатитом Д (ХГД).

Работу проводили в биоптатах печени 30 больных ХГД. Диагноз ставился на основании изучения прижизненной морфологии печени и выявления РНК-ВГД в сыворотках крови методом ПЦР и ткани печени иммунопероксидазным окрашиванием. Для ультраструктурных исследований кусочки печени фиксировали в 2,5% глутар альдегиде с дофиксацией в 1% осмиевой кислоте и заливали в эпон. Блоки резали на ультрамикротоме LKBV, контрастировали уранил ацетатом и цитратом свинца (Ultrastainer) и изучали под электронным микроскопом JEM 100 S.

Развивающейся при ХГД фиброз печени электронномикроскопически характеризовался образованием толстых пучков грубых коллагеновых волокон с проникновением между гепатоцитами, а также формированием базальной мембраны вокруг синусоидов (т.н. капилляризация синусоидов). В печени 7 больных обнаруживалась жировая дистрофия гепатоцитов.

В печени больных ХГД электронномикроскопически выявлялась кооперация макрофага с лимфоцитом в просвете синусоида с последующем прохождением лимфоцитов через эндотелиальную выстилку синусоидов между гепатоцитами. Эти лимфоциты имели хорошо выраженную белоксинтезирующую систему – гранулярную эндоплазматическую сеть, множество мелких пузырьков и развитый комплекс Гольджи, ориентированный на поверхность атакуемых гепатоцитов. Таким образом, данные лимфоциты по своей структуре имеют строение, характерное для клеток секреторных типов. Отмечалась гидропическая дистрофия атакованных клеток печени.

В печени одного больного ХГД наблюдалось слущивание (шеддинг) цитоплазматической мембраны атакующих лимфоцитов: на их поверхности выявляются отходящие от клеточной мембраны и соединяющиеся с ней в узком месте мембраны, которые образуют фигуры овальной или неправильной формы размером 1х3 мк в количестве до 5 шт. Недалеко от этих лимфоцитов выявляются оторванные и свободно расположенные, окруженные элементарной мембраной фигуры различной формы. Такой феномен впервые обнаруживается в печени.

Обнаруженное нами при ХГД слущивание (шеддинг) плазмолеммы лимфоцита, по-видимому, носит компенсаторный характер и направлено на удаление избытка мембраны, образованной от слияния секреторных вакуолей. Аналогичная ультраструктура Т-лимфоцита описана при изучении взаимодействия цитотоксических Т-лимфоцитов и опухолевых клеток-мишеней.

Таким образом, в печени больных ХГД наблюдается кооперация макрофага с лимфоцитом, прохождение средних лимфоцитов через эндотелиальную выстилку в толщу печеночной балки с атакой гепатоцитов, слущивание (шеддинг) цитолеммы лимфоцитов в ток крови, гидропическая дистрофия печеночных клеток. Одновременно также обнаруживается развитие фиброза печени, капилляризация синусоидов, жировая дистрофия (стеатоз) и развитие внутрипеченочного холестаза.

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ АЛЬФА-ИНТЕРФЕРОН /РИБАВИРИН ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Абдукадырова М.А.
Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

За последнее время в лечении гепатита С достигнуты значительные успехи. Интерферон альфа (ИНФ-α) стал первым средством, которое использовалось для лечения хронического гепатита С. Терапия ИНФ-α впервые позволила не только контролировать инфекцию, но и добиться полной эрадикации вируса. Стандартный ИНФ-α оставался основой терапии гепатита С на протяжении 90 годов (M.W. Fried, 2002). Однако, на монотерапию ИНФ-α отвечали только 15-20% больных. Одним из главных достижений в лечении хронического гепатита С стало внедрение в клиническую практику нуклеозидного аналога Рибавирина, который значительно повысил эффективность интерферона. Комбинированная терапия позволила удвоить частоту устойчивого вирусологического ответа по сравнению с монотерапией ИНФ-α (Q.L.Choo, G.Kuo, A.J.Weiner, et al., 1989). После разработки пегелированных интерферонов удалось добиться значительно прогресса в лечении гепатита С (S.Zeuzem, S.V.Feinman, J. Rasenacketal., 2000). В комбинации с рибавирином они демонстрировали еще более высокую эффективность (M.W. Friedetal., 2002). Комбинация пегелированных форм ИНФ-α является стандартом лечения гепатита С. В обозримом будущем она останется основой лечения хронического гепатита С, независимо от наличия цирроза печени.

К сожалению, при проведении терапии ИНФ-α наблюдаются побочные действия препарата, которые могут ухудшать состояние больного (Dusheikoetal.,1996, McHutchisonJGetal.,1998, PoynardTetal.,1998).

Цель исследования. Изучить побочные действия терапии ИНФ-α, ухудщающие качество жизни и приверженность к лечению больных хроническим гепатитом С.

Материал и методы исследования. Проводилось наблюдение и клинико-биохимическое обследование 48 больных хроническим вирусным гепатитом С, получающих препараты пегелированного альфа-интерферона в комбинации с рибавирином в дозах из расчета на кг массы тела больного.

Всем больным регулярно один раз в месяц, при необходимости чаще, обследовали общий анализ крови, билирубин и печеночные ферменты в крови, проводили УЗИ печени.

Результаты. При противовирусной терапии, наряду со снижением качества жизни, связанным с самим вирусом, больным приходилось переносить побочные действия лечения интерфероном. У части из них отмечались гриппоподобные симптомы: головная боль 38 (79,2%), лихорадка, озноб 32 (66,7%), миалгии 18 (37,5%), артральгии 9 (18,8%); желудочно-кишечные нарушения: понижение аппетита 16 (33,3%), тошнота 3 (6,3%), диарея 2 (4,2%), диспепсия 5 (10,4%), боли в животе 4 (8,3%), метеоризм 9 (18,8%); кожные реакции: выпадение волос 14 (29,2%), сыпь 6 (12,5%), зуд 5 (10,4%), сухость кожи 18 (37,5%), воспаление в месте инъекции 4 (8,3%); эндокринные расстройства: дисфункция щитовидной железы 3 (6,3%), потеря либидо 1 (2,1%), нарушения зрения 2 (4,2%). Изменения со стороны крови проявлялись в виде снижения гемоглобина (52,1%), лейкопении (25,0%), снижения тромбоцитов крови (16,7%). Когнитивные расстройства встречались наиболее часто - у 43 из 48 больных**:** астенизация нервной системы у 7 (14,6%) больных проявлялась вялостью, слабостью, снижением работоспособности, деловой активности, памяти, нарушением сна. Астено-невротический синдром выявлен у 20 (41,7%) пациентов в виде раздражительности, вспыльчивости, лабильности нервной системы, плаксивости, неприятных ощущений в области сердца, снижения настроения, концентрации внимания, работоспособности.

Невроз с истерическими наслоениями был у 8 (16,7%) больных и проявлялся неврастенией, истерическими реакциями, навязчивыми состояниями. Астено-депрессивный синдром определен у 6 (12,5%) больных с симптомами снижения работоспособности, подавленности, снижения интереса к жизни, резкого понижения настроения, чувствами тоски, страха. Депрессия у 2 (4,2%) человек проявлялась полной потерей интереса к жизни, работе, семье, тоской, подавленностью.

Из приведенных данных видно, что различные нейропсихические расстройства являются характерным осложнением интерферонотерапии при хроническом вирусном гепатите С.

Гриппоподобные и желудочно-кишечные расстройства проявлялись в основном в начале лечения и проявлялись только в первые дни после инъекций. Из всех нежелательных эффектов, оказывающих наибольшее влияние на качество жизни и наиболее продолжительные - почти на всем протяжении лечения, были психоневрологические расстройства. Часть больных с психоневротическими проявлениями нуждались в специальном лечении депрессивных расстройств. Важный аспект этой проблемы заключается в том, что применение психотропных препаратов при хронических гепатитах не рекомендовано, так как практически все препараты этой группы могут усилить признаки энцефалопатии, некоторые из них гепатотоксичны.

Выводы. При лечении больных хроническим вирусным гепатитом С нередко наблюдаются побочные эффекты противовирусной терапии, ухудшение качества жизни пациента. Пришлось отменять лечение из-за побочных действий препарата двум больным, несмотря на наличие у них раннего вирусологического ответа - у одной больной был астено-невротический синдром, у второго пациента наблюдался астено-депрессивный синдром. Случаев прекращения лечения из-за других нежелательных отклонений не было. При этиотропной терапии препаратами альфа-интерферона необходимо тщательно следить за психическим состоянием больных, так как нарушения в этой сфере чаще всего являются причиной прекращения лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ

Абдукадырова М.А., Хикматуллаева А.С.
Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Длительная хроническая инфекция вирусами гепатитов В, С, Д может привести к поражению печени, которое проявляется фиброзом, циррозом и гепатоцеллюлярной карциномой. Считалось, что фиброз необратим, однако, исследования последних лет показали, что развитие фиброза печени можно замедлить, остановить и даже устранить. Стандарты противовирусного лечения хронических вирусных гепатитов препаратами альфа интерферона (ИНФ-α) определены в международных консенсусах и протоколах. ИНФ-α обладает не только противовирусным, но и противофибротическим действием. Однако, даже самая современная стандартная противовирусная и противофибротическая терапия не может полностью решить проблему хронических вирусных гепатитов. Не решен вопрос терапии, так называемых, «трудных» пациентов с рецидивом после противовирусного лечения, больных у которых лечение прекращено в связи с возникновением побочных эффектов, а также пациентов с циррозом печени (ЦП). Наряду с общими лечебными мероприятиями, актуальным становиться выбор оптимальной патогенетической терапии, направленной на: достижение стойкой биохимической ремиссии, профилактику возникновения фиброза, уменьшение темпов прогрессирования фиброза, профилактику возникновения ГЦК, повышение качества жизни.

Целью исследования было определить терапевтический эффект и целесообразность использования препарата Глутион при лечении больных с ЦП вирусной этиологии.

Методы исследования. 28 пациентов с ЦП в исходе хронических вирусных гепатитов В, С и В+Д были отобраны и рандомизированы в две группы. Основная группа (n =17) использовала препарат Глутион (Farmamediterrania, Барселона) в дозе 600 мг/с в/в кап. на физ. растворе. Контрольная группа (n =11) получала общие лечебные мероприятия (режим, диета и симптоматические средства). В исследовании участвовали больные компенсированным ЦП класса А по Чайлд Пью, с маловыраженной симптоматикой, незначительным повышением активности аминотрансфераз в сыворотке крови.

Результаты. Препарат оказывал положительное влияние на состояние больного: исчезала слабость уже через 10 дней лечения Глутионом у 88,2% больных, восстанавливался аппетит, достоверно реже беспокоила утомляемость, боли в эпигастрии, суставах ($P< 0,05$). В контрольной группе симптоматика сохранялась почти у всех больных. Иктеричность кожи и склер исчезала у 76,5% больных основной и 54,5% контрольной групп ($P>0,05$). Отмечена эффективность Глутиона в плане нормализации активности АлАТ ($P< 0,05$), ЩФ, ГГТП ($P<0,01$). Под влиянием Глутиона уменьшалась диспротеинемия, повышался уровень общего белка, альбумина и протромбинового индекса в отличие от контрольной группы, где динамика биохимических показателей не имела достоверного характера. В группе больных, получающих только симптоматическое лечение, медленнее улучшались показатели УЗИ печени и селезенки, чем при комплексном лечении.

Таким образом, у больных, получающих комплексное лечение с препаратом Глутион, сократилась длительность астеновегетативного, диспепсического синдромов, улучшалась дезинтоксикационная функция печени, уменьшались явления холестаза. У больных контрольной группы клиническое улучшение наступало несколько позже.

Заключение. Глутион, являясь эффективным гепатопротектором, служит перспективным дополнением к базисной терапии при лечении больных ЦП. Использование препарата оказывает положительный эффект на клинические и биохимические показатели, что проявляется улучшением общего состояния, снижением уровня печеночных проб и, в результате, улучшением качества жизни больных.

ЧАСТОТА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА С

Абдусаттарова Ш.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Перинатальный путь передачи вируса гепатита С в результате трансмиссии вируса от инфицированной матери к ребенку играет важную роль в распространении НС-вирусной инфекции, так как обеспечивает сохранение возбудителя в человеческой популяции. Приводимые в литературе данные по этому вопросу зачастую носят противоречивый характер, отсутствует их систематизация. В настоящее время вопросы интенсивности перинатальной передачи гепатита С и факторов, влияющих на частоту такой передачи изучены недостаточно.

На основании вышеизложенного **целью** явилось выяснение интенсивности и факторов риска передачи вируса гепатита С от матерей рожденным от них детям.

Материалы и методы. С целью выяснения частоты перинатальной передачи вирусного гепатита С, проведено клинико-лабораторное обследование 36 беременных женщин и детей, родившихся у них.

Результаты исследования. На основании полученных данных выявлена современная частота генотипов ВГС среди беременных с наличием анти-ВГС и РНК ВГС характеризующаяся преобладанием генотипов 1b и 3a – 41,7%.

На грудном вскармливании находилось 9 детей, материнское молоко в родильном доме получали 11, искусственное вскармливание с рождения – 16.

У всех 9 детей, родившихся у женщин, у которых RNA HCV не обнаруживалась, anti–HCV в течение 6 месяцев элиминировали. Из 27 детей, рожденных женщинами, у которых RNA HCV обнаруживалась, у 20 (74,1%) anti–HCV элиминировали в возрасте от 5 до 12 месяцев. У 7 (22,6%) антитела определялись более 1,5 лет. У этих 7 детей была обнаружена RNA HCV – впервые в возрасте до 1 месяца у 2, в 3 месяца у 4 (из них у 1 в 1месяц RNA HCV не обнаружена), в 6–7 месяцев у 1.

Основными факторами риска инфицирования вирусным гепатитом С детей, рождённых женщинами с хроническим гепатитом С, явились: активность инфекционного процесса гепатита С во время беременности; длительный безводный промежуток; выраженность иммунодефицита у беременных женщин; высокая вирусная нагрузка РНК ВГС. Среднегеометрическая концентрация РНК ВГС в сыворотке крови у женщин, передавших вирус ребёнку, составила 2,4 х 10^6 копий/мл., а у женщин, не передавших вирус гепатита С своему младенцу - 0,9 х 10^6 копий/мл ($P<0,01$).

У детей, рождённых у женщин с хроническим гепатитом С, имело место значительное число (69,4%±6,3) выявляемой патологии в периоде новорожденности: недоношенность (19,4%±5,2), задержка внутриутробного развития (27,8%±6,0), перинатальное поражение ЦНС (30,6%±6,1), затянувшаяся коньюгационная желтуха (5,6%±3,0), анемия (8,3%±6,4).

Клинической особенностью гепатита С у детей, родившихся у женщин с гепатитом С и реализовавших перинатальное заражение ВГС, явилось отсутствие тяжёлых, фульминантных форм. В острый период заболевания у детей 3-7 месяцев гепатит С в основном протекал атипично - в безжелтушной и субклиической формах. При динамическом обследовании (в течении 39,1±4,8 месяцев) за детьми, реализовавшими перинатальный контакт по гепатиту С, развитие хронического гепатита диагностировано у 6 из 8 детей в возрасте 18,3±0,4 месяцев. Клиническая картина хронического гепатита С у детей характеризовалась минимальной симптоматикой при отсутствии желтухи.

Заключение: таким образом, дети, рожденные женщинами с anti–HCV, должны находиться под наблюдением до исключения или верификации перинатальной инфекции с определением активности цитолитических ферментов, anti–HCV и RNA HCV не реже 1 раза в 3 месяца для своевременного назначения лечения.

СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Абдукадырова М.А. Хикматуллаева А.С.
Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Стеатоз печени, нередко наблюдаемый при хроническом гепатите С, коррелирует с выраженностью фиброза и может рассматриваться как фактор более быстрого прогрессирования поражения печени (Никитин И.Г., 2000, FujieHetal., 1999). Его развитие связывают с прямым цитопатическим эффектом вируса гепатита С, главным образом, 3 генотипа и действием факторов хозяина – нарушение липидного обмена, сахарный диабет и др. Установлена корреляционная связь между индексом массы тела и выраженностью стеатоза и фиброза печени у больных хроническим гепатитом С (HouriganL.F. etal., 1999).

Цельисследования выявление диагностических признаков стеатоза печени у больных хроническим вирусным гепатитом С и разработка путей их коррекции комплексной терапией с применением препарата Бициклол.

Материал и методы исследования. Для выявления наличия стеатоза печени принимались во внимание следующие биохимические изменения: повышение активности АлАТ, АсАТ, ЩФ и ГГТП, содержание холестрина и триглицеридов в крови, снижение ЛПВП и повышение ЛПНП и ЛПОНП. Подтверждением диагноза служили данные УЗИ и КТ или МРТ. Из испытуемой группы больных с хроническим гепатитом С были заранее исключены больные с ожирением, сахарным диабетом и артериальной гипертензией.

Результаты исследования. Из 60 обследованных больных хроническим гепатитом С признаки стеатоза печени отмечены у 21 (35,0%) – 14 женщин и 7 мужчин. Всем больным со стеатозом печени рекомендованы мероприятия для коррекции метаболических нарушений – диета, физические нагрузки, метформин для повышения чувствительности клеточных рецепторов к инсулину, при необходимости статины, в качестве антиоксидантов витамин Е, УДХК, для восстановления микробиоценоза кишечника эубиотики, пробиотики, пребиотики. Больные со стеатозом печени разделены на две группы: в основной группе из 15 человек дополнительно к лечению назначен оригинальный препарат Бициклол (институт Материя Медика АМН Китая), действующим веществом которого является шизадрин, полученный из растения Лимонник китайский, в дозе 25 мг 3 раза в сутки в течение 3-6 мес. Остальные 6 человек составили контрольную группу.

Терапевтический эффект был более выражен в группе больных, получавших лечение Бициклолом, чем в контрольной группе. Значительно быстрее улучшалось состояние больных. Уже к 30 дню лечения исчезали астено-вегетативные, диспепсические расстройства, сокращались размеры печени, нормализовались биохимические показатели крови, в том числе цитолиза гепатоцитов у 93,3% в основной и 50,0% контрольной группах ($P<0,05$). В основной группе через месяц лечения отмечено более выраженное снижение активности ЩФ (в 1,6 и 1,2 раза соответственно), ГГТП (2,1 и 1,4 раза), показателей триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП (в 1,8 и 1,3 раза). Улучшились данные УЗИ и КТ через 3 мес. у 86,7% и 66,6% соответственно.

Таким образом, нами показана целесообразность использования Бициклола в дополнение к базисной терапии при лечении больных хроническим вирусным гепатитом С с признаками стеатоза печени.

Заключение. Комплексное лечение, с включением Бициклола в качестве гепатопротектора, дает более выраженный терапевтический эффект при хроническом вирусном гепатите С, осложненном стеатозом печени, и приводит к снижению цитолиза гепатоцитов, улучшению других печеночных проб и нормализации липидного обмена.

РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Бегайдарова Р.Х., Кизатова С.Т.
Карагандинский государственный медицинский университет, ГУ «центр по профилактике и борьбе со СПИДом». Караганда. Казахстан

Цель исследования: изучить клинические особенности хронического гепатита при перинатальной ВИЧ – инфекции у детей и оценить эффективность применения препаратагепатопротекторного действия.

Дизайн исследования

Исследованы 20 детей с диагнозом ВИЧ- инфекция, состоящие на учете в Областном центре по профилактике и борьбе со СПИД. Диагноз ВИЧ – инфекция верифицирован в ИФА, в иммуноблотинге, методом ПЦР.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали, что в структуре заболеваемости детей с перинатальной ВИЧ- инфекцией хронические гепатиты занимают третье место, диагностированы у 45,4% детей ($p \leq 0,05$), обусловлены в основном цитомегаловирусной и герпес- инфекциями. Хронический гепатит протекал в виде персистирующего гепатита с длительностью заболевания от 3 до 5 лет. Клиническая симптоматика проявлялась в увеличении и разной степени уплотнения печени. Гепатомегалия выявлена умеренная, чаще за счет правой доли. Консистенция печени умеренно плотная, край округлый, практически не чувствительный при пальпации. Увеличение селезенки отсутствовало или было незначительным, отмечено у 30% больных. Клинические проявления холестаза не отмечались ни у одного больного. Исследование холестатических биохимических тестов (щелочной фосфотазы, холестерина) не выявило изменений. Уровень общего билирубина и его связанной фракции оставался нормальным (13,4± 0,078 и 4.8± 0,031 ммоль/ л). Симптомы печеночной недостаточности отсутствовали. Проведенное исследование ферментов-индикаторов цитолитического синдрома (АлАТ, АсАТ) выявило их повышение у 75% больных от 3.9 до 5 раз. Тимоловая проба положительна у всех больных и в среднем была ровна 12,8± 0.5 ед. Диспротеинемия проявлялась повышением уровня гамма-глобулинов до 19.4%± 0.3%. Аномалий развития печени, желчного пузыря выявлено не было. Специфических изменений со стороны УЗИ печени не отмечалось. Диагностированы умеренная гепатомегалия и умеренные диффузные изменения паренхимы печени, расширенная воротная вена.

С целью реабилитации нами применен препарат хофитол растительного происхождения из листьев артишока, в растворе для приема внутрь в комплексном лечении детей с ВИЧ – инфекцией. Оценка эффективности терапии проводилась по критериям, характеризирующим состояние гепатобилиарной системы: гепатомегалия (клинически и по данным УЗИ), по уровням сывороточных ферментов АлАТ, АсАТ и тимоловой пробы.

В результате проведенного лечения отмечено снижение уровней АлАТ, АсАТ, тимоловой пробы в 1,2-1.6 раза относительно нормы на 3-4-й неделе применения и выявлено уменьшение размеров печени у 85% пациентов в сравнении с контрольной группой у 33%, подтвержденное УЗИ - исследованиями.

Использование у детей с перинатальной ВИЧ- инфекцией наряду с этиотропной и базисной терапией гепатопротекторного препарата хофитол, способствует восстановлению метаболизма в печени, уменьшению выраженности цитолитического, мезенхимально-воспалительного синдрома и улучшению течению заболевания.

Хофитол защищает печеночные клетки, укрепляет мембрану гепатоцита, улучшает жировой и углеводный обмен. Продолжительность курса лечения составила 1 месяц.

За время наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая возникновения побочных эффектов или аллергических реакций при использовании препарата.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ

Боймуродова Ш.М., Таджиев Б. М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент. Узбекистан

Вирусные гепатиты человека представляют проблему, все еще далекую от своего решения. С каждым годом всю большую актуальность приобретает вирусный гепатит С.

Накапливающиеся эпидемиологические и клинические данные свидетельствуют о значительной повсеместной распространенности гепатита С, высокой частоте формирования хронических форм, неблагоприятных исходах заболевания.

Согласно ВОЗ в мире насчитывается около 500 миллионов носителей вирусного гепатита С (ВГС), что составляет 10% населения Земного шара. У 60-80% из них возможно развитие хронических заболеваний печени, причем у 20-30% больных через несколько лет развивается цирроз, на фоне которого нередко наблюдается развитие гепатоцеллюлярной карциномы. При этом начальный период заболевания в большинстве случаев 85-95% протекает стерто, бессимптомно, что препятствует своевременной диагностике гепатита С.

На сегодняшний день остаются еще не раскрытыми многие стороны патогенеза ВГС. Не до конца ясны причины столь длительной персистенции вируса, и роль различных антител в элиминации возбудителя из организма.

Недостаточно сведений о механизмах формирования Т-клеточного иммунодефицита при хроническом гепатите С.

Таким образом, изучение клинических особенностей и иммунного статуса детей с ХГС определяет актуальность исследования.

Цель исследования. Изучение клинико-иммунологических особенностей течения ВГС у детей.

Материалы и методы исследования: с целью выяснения клинико-иммунологических особенностей вирусного гепатита С, проведено клинико-иммунологическое обследование 24 детей в возрасте от 3 до 14 лет.

Результаты и их обсуждение: У большинства детей с вирусным гепатитом С отмечается длительное латентное течение процесса с последующим формированием хронического гепатита в среднем через 8±1,4 лет после воздействия установленного фактора риска.

У детей с хроническим гепатитом С регистрируется раннее развитие цирроза печени. Факторами способствующими неблагоприятному течению гепатита С являются отягощенный преморбидный фон, массивные гемотрансфузии в раннем возрасте, высокая активность цитолитических ферментов, стойкая репликативная активность.

У детей с вирусным гепатитом С выявляется сочетанные иммунные нарушения, характеризующиеся снижением относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов, Т-хелперов, CD16+-клеток, повышением метаболической активности нейтрофилов крови, увеличением относительного содержания Т-киллеров, нарастанием ЦИКов.

Заключение. На основании вышеизложенного нами установлено, что прогрессирование ХГС у детей характеризуется нарастанием некро-воспалительных изменений в ткани печени на фоне снижения активности вирусной репликации и сопровождается активацией лимфоцитов с цитотоксическими свойствами, гуморального звена иммунитета, а также усилением аутоиммунных процессов. Таким образом, определение специфических особенностей клинико-иммунологического статуса у детей с вирусным гепатитом С позволит улучшить эффективность

диагностики заболевания, прогнозировать течение, исходы и необходимость иммуннокорригирующей терапии.

ЧАСТОТА ПЕРСИСТИРОВАНИЯ HCV В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ ХВГС

Гулямов Н.Г., Ахмедова Х.Ю., Норбобоев М.Х.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз. Ташкент Узбекистан

ВГС относится к гепатотропным вирусам, однако, подобно другим вирусам, вызывающим длительно персистирующие инфекции, обладает тропизмом к лимфоидной ткани (*Фридлянд* И. *Ф., Гришаева* О. Н. *и др., 2002).*Нуклеотидные последовательности вирусной РНК выявляются в лимфоузлах, селезенке и мононуклеарных клетках (МНК) периферической крови (*ShimizuY. K., IgarashiH., KanematuT. etal.,1997; Фридлянд* И. *Ф., Гришаева* О. Н. *и др., 2002).*Наличие в лимфоидных клетках как позитивных (геномных), так и негативных (репликативных) цепей вирусной РНК означает, что ВГС обладает способностью не только персистировать, но и реплицироваться в клетках крови.

Феномен внепеченочной репликации вируса при хроническом вирусном гепатите С (ХВГС) остается во многом неисследованным. Между тем инфицирование лимфоидных клеток имеет важное значение, поскольку может существенным образом влиять на функциональную активность иммунокомпетентных клеток, обусловливая несостоятельность иммунного ответа.

Целью нашего исследования явилась попытка охарактеризовать частоту инфицирования лимфоцитов у больных ХВГС.

Работа основана на результатах клинико-лабораторного обследования 25 больных с ХВГС. Среди обследованных были 11 женщин и 14 мужчин в возрасте от 19 до 70 лет (средний возраст 47,04±2,98 года). У всех пациентов выявлены IgG-антитела к ВГС. На момент первичного обследования нормальный уровень АЛТ (9-40 ЕД/L) наблюдался у 8 пациентов, повышенный - у 17 больных.

Идентификацию положительных цепей РНК проводили путем выделения РНК ВГС из образцов сыворотки крови и лимфоцитов. Лимфоциты выделяли из периферической крови стандартно в градиенте плотности фиколл-верографина.

Результаты и обсуждение. При исследовании сывороток крови пациентов РНК ВГС выявлена у 22 (88,0%) из 25 обследованных. Наличие вирусной РНК в лимфоцитах регистрировалось достоверно реже - в 15 случаях (60,0%). Анализ возможных вариантов выявления РНК ВГС в крови показал, что у 7 (28,0%) больных геномная РНК выявлялась только в сыворотке, только в лимфоцитах – не было, у 15 (60,0%) пациентов - одновременно в образцах сыворотки и лимфоцитах. У 3 (12,0%) пациентов вирусная РНК не обнаруживалась ни в сыворотке, ни в лимфоцитах периферической крови.

Выявление вирусной РНК в образцах крови больных с различной биохимической активностью показало, что у всех больных с повышенным уровнем АЛТ выявляется РНК ВГС в сыворотке крови, тогда как из 8 больных с нормальным содержанием АЛТ у 3 вирусная РНК в крови не была выявлена. Анализ вирусной РНК в лимфоцитах больных с различной биохимической активностью показал, что частота выявления РНК ВГС в лимфоцитах больных с нормальным и повышенным уровнем АЛТ не различалась (62,5% и 64,7%, соответственно). Полученные результаты согласуются с данными литературы (*Фридлянд* И. *Ф., Гришаева* О. Н. *и др., 200; Лакана Е. И., Самохвалова Е. И.* и др., 2000; *LeralS., RiminS., HabersetzerF.* etal., 1998) и позволяют предположить, что присутствие РНК в лимфоцитах не связано с повышенным цитолизом гепатоцитов и сорбцией вирусной РНК из сыворотки крови, а

является отражением персистениии вируса в лимфоидной ткани при хроническом течении вирусного гепатита С.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОВРЕМЕННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Кулагина О.И., Краснов А.В.
ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия. Кемерово. Россия

Актуальность. В последние годы комбинированная противовирусная терапия пегили-рованными ИФН-альфа и рибавирином занимает ведущие позиции в лечении хронического гепатита С (ХГС), что позволяет достигнуть устойчивого вирусологического ответа (УВО) у 56-63% больных ХГС, а приверженность больных к лечению, адекватные дозы препаратов и длительность противовирусной терапии способствуют его повышению до 72-75% (Fried M.W., Shiffman M., Manns M., McHutchison J., 2002).

Цель работы. Изучение отдаленных результатов эффективности и безопасности риба-вирина (Копегус, Roche) в комбинации с пегинтерфероном альфа-2а у пациентов с ХГС.

Материалы и методы. В рамках многоцентрового клинического исследования ML 16709 проведен анализ отдаленных результатов терапии 84 пациентов ХГС в возрасте от 27 до 62 лет, проходивших лечение в 2007-2010 годах. Наблюдение за пациентами проводилось после окончания терапии в течение 2-5 лет. ХГС диагностировали на основании определения anti-HCV (ИФА), генотипа вируса, вирусной нагрузки (ПЦР). Биопсия печени не была обязательным критерием включения в исследование и была выполнена 5 пациентам с выявлением ИГА<10 баллов по Кноделлю, фиброза F-1-2. Адекватное мониторирование проводили через 2, 4, 8, 12, 24, 36, 48 недель терапии и через 4, 12, 24 недели после её завершения. Контроль РНК вируса С выполняли через 4, 12, 24, 48 недель лечения, через 24 недели после окончания терапии и в последующем с ежегодным исследованием. Критериями полного УВО служили нормализация АЛТ и отсутствие РНК вируса гепатита С во время курса противовирусной терапии и через 6 месяцев после её завершения.

1-ый генотип вируса регистрировался у 43 (51,2%), 2-ой генотип – у 4 (4,8%), 3-ий генотип – у 28 (33,3%), 1+2 генотипы – у 4 (4,8%), 1+3 генотипы – у 5 (5,9%) пациентов. Больные получали Пегасис 180 мкг/неделю п/к и Копегус 800-1200 мг/сут (в зависимости от массы тела) в течение 48 недель при 1 генотипе и 24 недели при 2, 3 генотипах вируса.

Результаты. При оценке эффективности терапии отмечено, что нормализация уровня АЛТ и быстрый вирусологический ответ (отсутствие РНК HCV в крови через 4 недели терапии) наблюдался у 20 (23,8%) больных, преимущественно с исходно низкой виремией. Ранний вирусологический ответ (отсутствие РНК HCV в крови через 12 недель терапии) был зафиксирован у 73 (86,9%) больных. Медленный вирусологический ответ (уменьшение виремии в 100 раз и более от исходного уровня через 12 недель и отрицательный результат на РНК HCV через 24 недели) отмечался у 7 (8,3%) больных с 1-ым генотипом вируса и высокой вирусной нагрузкой. Устойчивый вирусологический ответ наблюдался у 71 (84,5%) пациента. 5 (6,0%) человек курс противовирусной терапии не завершили из-за отсутствия авиремии через 24 недели лечения. У 2-х (2,4%) пациентов с 1в генотипом при наличии раннего вирусологического ответа по окончании терапии вновь определялся уровень РНК. Рецидив инфекции развился **у 12 (14,3%)** больных, преимущественно с 1в генотипом вируса, через 2-3 года после прекращения лечения.

В ходе лечения у пациентов были отмечены следующие нежелательные явления: гриппоподобный синдром (79,8%); легкая депрессия (29,8%); тяжелая депрессия, коррегиру-емая антидепрессантами – коаксилом (10,7%); снижение массы тела (78,6%); сухость кожи, зуд (41,7%); аллергический дерматит (17,9%); кашель (27,4%); гипотиреоз (3,6%); острый панкре-атит (3,6%); анемия, требовавшая временного снижения дозы рибавирина (14,3%); лейкопения, требовавшая временной модификации дозы пегасиса или введения нейпомакса (16,7%). Все нежелательные явления имели обратимый и временный характер.

Выводы. Комбинированная противовирусная терапия ХГС с использованием пегили-рованных интерферонов и рибавирина является приоритетной и позволяет добиться высокого противовирусного эффекта у 84,5% пациентов. Однако рецидив заболевания, отмечающийся у 14,3% пациентов свидетельствует о целесообразности применения тритерапии с назначением ингибиторов протеазы.

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Ким А.А., Кошерова Б.Н., Колмогорова Е.Л., Кишенова Г.Ж.
Карагандинский государственный медицинский университет, Областная инфекционная больница. Караганда. Казахстан

Лечение хронической гепатотропной инфекции остается весьма актуальной проблемой. Доказано, что достижение устойчивого вирусологического ответа у больных хроническим гепатитом В (ХГВ) и хроническим гепатитом С (ХГС) сопровождается значительным повышением качества жизни по сравнению с исходным до лечения. Однако в период проведения противовирусной терапии (ПВТ), продолжительность которой составляет от 24 до 48 недель, отмечается значительное снижение качества жизни. Особую роль в этом играют побочные (нежелательные) явления.

Материалы и методы. Клинико-лабораторные исследования проводились в Областной инфекционной больнице г. Караганды. Изучены побочные явления на ПВТ у 36 пациентов хронической гепатотропной инфекцией, из которых 33 (92%) страдали хронической HCV-инфекцией с преобладающим генотипом HCV-1в, 3 (8%) – хроническим гепатитом В без дельта-агента. Все больные получали комбинированную ПВТ: 24 – интрон А+рибавирин; 10 – Пег-ИНФ-α 2в+рибавирин; 2 – Пег-ИНФ-α 2а+рибавирин.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми побочными явлениями, как правило, нетяжелыми и не требующими изменения терапии, или требующими снижения дозы противовирусных препаратов, являлся гриппоподобный синдром (89%) – лихорадка, озноб, слабость, миалгии, головная боль; реже диспепсический синдром (9%) – снижение аппетита, тошнота, рвота; со стороны центральной нервной системы (21%) – бессонница, раздражительность, депрессия; со стороны кожных покровов – экзантема, сухость кожи (6%); другие проявления – снижение массы тела (4%); изменение лабораторных показателей – лейкопения, нейтропения, анемия, тромбоцитопения (37%).

Редкими тяжелыми побочными эффектами на ПВТ, требующими отмены препаратов, были нарушения со стороны центральной нервной системы (17%) – выраженный депрессивный синдром с суицидальными тенденциями (14%), острый психоз (3%), потребовавший немедленной специализированной помощи. В одном случае – тяжелое обострение псориаза, и так же в одном случае – развитие острой почечной недостаточности.

Применение Пег-ИФН-α в составе комбинированной терапии не связано с появлением каких-либо новых нежелательных явлений по сравнению с терапией стандартным ИФН-α и рибавирином.

Выводы:

1. При лечении хронических вирусных гепатитов противовирусными препаратами наиболее часто развиваются побочные (нежелательные) явления в виде гриппоподобного синдрома.
2. Развитие побочных (нежелательных) явлений со стороны центральной нервной системы – депрессии и острые психозы являются абсолютным показанием для отмены противовирусной терапии.
3. Активные меры профилактики и коррекции, в том числе медикаментозной терапии, побочных (нежелательных) явлений, являются необходимыми.

ЗНАЧЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Кадиркулова Д. Т., Таджиев Б. М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент. Узбекистан

Проблема хронического вирусного гепатита С остается традиционно актуальной для мирового и отечественного здравохранения, несмотря на крупные достижения в её изучении. Характерными особенностями ВГС инфекции являются: циркуляция вируса в крови в минимальных концентрациях и высокая степень гетерогенности ВГС, которая является причиной его слабой иммуногенности, не приводящей к выработке полноценного защитного иммунитета. По данным различных авторов у 60-90% инфицированных ВГС при естесственном течении заболевания развивается хронические заболевания печени: хронический гепатит С, цирроз печени С. Высокая степень хронизации, преимущественно молодой возраст инфицированных ВГС и больных ХВГ обуславливают серьезную социальную значимость ВГС-инфекции.

Исходя из вышеизложенного, **целью** нашего исследования явилось изучение характера клинического течения вирусного гепатита С в зависимости от внепеченочных проявлений соматической патологии.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 46 больных в возрасте от 15 до 60 лет. Для оценки характера течения и прогноза хронического ВГС, мы провели комплексное исследование, включающее в себя лабораторные, серологические, вирусологические и сонографичекие методы исследования.

Результаты исследования. На основании полученных данных нами установлено, что у 21 пациента (45,7%) наряду с печеночными проявлениями наблюдаются разнообразные внепеченочные проявления, нередко выходящие на первый план в клинической картине и в ряде случаев определяющие прогноз заболевания.

Из внепеченочных проявлений ХГС смешанная криоглобулинемия обнаруживается наиболее часто, особенно у женщин среднего и пожилого возраста с длительно текущей инфекцией (в среднем в течение 10,7 ±0,7 лет), при наличии цирроза печени. В зависимости от диагностических методов криоглобулинемия выявлялась у 65,2% больных, из них у 26,1% больных имеются клинические проявления криоглобулинемии: слабость, артралгии, пурпура, периферическая полинейропатия, синдром Рейно, артериальная гипертония, поражение почек. Роль HCV-инфекции в развитии криоглобулинемии подтверждается исчезновением клинических проявлений криоглобулинемии в результате противовирусной терапии интерфероном альфа.

Мембранопролиферативный гломерулонефрит выявляется в 15,2% случаев HCV-инфекции.

Эндокринные нарушения включали различные формы дисфункции щитовидной железы, выявляемые в 8,7% случаев ХГС, - гипотиреоз, гипертиреоз, тиреоидит Хашимото, обнаружение антител к тиреоглобулину в высоком титре. У практически половины больных с эндокринными нарушениями выявлялся сахарный диабет обусловленный HCV.

У 28,3% наблюдались разнообразные поражения, из них кожный некротизирующий васкулит с папулезными или петехиальными высыпаниями, обусловленный отложением криоглобулинов, наиболее четко ассоциирован с HCV-инфекцией.

Нейромышечные и суставные внепеченочные проявления хронической HCV-инфекции разнообразны и в большинстве характеризуются мышечной слабостью, миопатическим синдром, миалгией, в единичных случаях наблюдалась миастения.

Заключение. Таким образом системность поражения, наблюдаемая при HCV-инфекции, отражает генерализованный характер гепатита С с вовлечением в патологический процесс многих органов и тканей, что затрудняет своевременную диагностику и лечение хронического гепатита.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ HBEAG-НЕГАТИВНОГО ВАРИАНТА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ ДЕТЕЙ.

Курбонова Н.Н.
Ташкентский институт усовершенствования врачей. Ташкент. Узбекистан

В последние годы описана способность вируса гепатита В производить мутантные штаммы. Мутантный HBeAg-негативный вариант ХГВ характеризуется потерей способности вируса синтезировать HBeAg и возникает в основном у больных, у которых ослаблен иммунный ответ. Предполагают, что при мутантном HBeAg-негативном хроническом гепатите велика угроза малигнизации с развитием гепатокарциномы.

Цель исследования: на основе изучения серологических маркеров оценить распространенность мутантного HBeAg – негативного варианта ХГВ у больных детей.

Материалы и методы исследования: обследовали 78больных детей с ХВГВ. Проводили ПЦР – анализ для выявления и количественного определения ДНК ВГВ, и иммуноферментный анализ для определения серологических маркеров ГВ (HBsAg, HBeAg, anti-HBe). Полученные данные подвергли статистической обработке с помощью программы Microsoft Office Excel-2003.

Результаты и их обсуждения. Нами было изучено HBsAg, HBeAg, anti-HBe IgG и ДНК HBV у больных с хроническим вирусным гепатитом В, диагноз в котором ставился на основе клинических и лабораторных данных. Как показали наши исследование у 33,3% больных детей с хроническим вирусным гепатитом В, которые имели умеренную - $10^{6,16\pm0,72}$ копий/мл и высокую - $10^{8,15\pm0,16}$ копий/мл степень вирусную нагрузку отмечено положительный результат иммуноферментного анализа на HBsAg и HBeAg в присутствии anti-HBe IgG, которое указывает на высокую репликативную активности ВГВ.

Среди обследованных у 66,7% больных не выявлено HBeAg (HBeAg-негативные больные) при наличии HBsAg, а результаты количественного ПЦР - анализа указывали на – обратное, что из них у 3,4% отмечен высокая степень вирусной нагрузки – более 10^8 копий/мл с наличием anti-HBe IgG. У 13,3% которые в сыворотке крови не обнаружено HBeAg с присутствием anti-HBe IgG, результаты ПЦР-исследований указывали на умеренную степень вирусной нагрузки – 10^6 - 10^8 копий/мл. А у 50%

больных отмечены низкие и очень низкие показатели вирусной нагрузки. Установлено, что частота формирования цирроза печени у больных хроническим гепатитом В с серологическим профилем (анти-HBe+/ДНК ВГВ+) выше, чем у больных с (HBeAg+/ДНК ВГВ+) серологическим профилем, характерным для инфицирования “диким” штаммом. По данным различных авторов наличие в крови anti-HBe и высокой концентрации (>10^5 копий/мл) ДНК ВГВ соответствует мутации гена в precore-зоне вирусной ДНК и образованию «е-»-штамма ВГВ, который хуже отвечают на проведение интерферонотерапии.

Кроме того, вследствие мутации в precore-кодоне генома вируса HBV изменяется структура HBeAg, который не улавливается антителами сорбированными на полистироловой подложке лунок ИФА наборов. Следовательно, наборы 2-го и даже 3- и 4-го поколения предназначенного для диагностики и подтверждения ВГВ не выявляют антигена мутантных форм вируса даже в условиях их циркуляции в сыворотке крови в высоких концентрациях. Мутация HBeAg является основным механизмом уклонения вируса от иммунного надзора в организме человека и способствует поддержанию патологического процесса и развитию осложнений в виде цирроза печени и ГЦК.

Выводы. Отсутствие HBeAg в сыворотке крови у HBsAg положительных больных не является маркером малой репликативной активности вируса гепатита В, поскольку это может быть следствием мутации вируса. Отсутствие HBeAg в 16,7% случаев ассоциируется с наличием у больных умеренной и высокой вирусной нагрузкой подтверждает возможность применение этого антигена в качестве скринингового маркера мутации pre-core области генома ВГВ.

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

Мусабаев Э. И., Рахмонов М.И., Усманова Г.З.
НИИ Вирусологии МЗ РУз. Узбекистан. Ташкент

Актуальность. Вирусный гепатит С был объявлен европейской ассоциацией по изучению печени излечимым заболеванием. Это означает, что ограниченный по времени курс лечения противовирусными препаратами назначается пациенту один раз. В результате лечения достигается элиминация вируса из крови (устойчивый вирусологический ответ – УВО), нормализация биохимических показателей крови, улучшение состояния печени по данным УЗИ и эластометрии (снижение показателей фиброза вплоть до нормальных значений).

Однако, УВО достигается не всегда. Отсутствие адэкватного анализа, позволяющего подтвердить выздоровление, а именно удаление вируса не только из крови, но и из печеночных клеток, заставляет гепатологов искать те факторы, которые влияют на прогноз эффективности лечения. К ним относятся факторы вируса – его генотип, и факторы хозяина.

Как показали исследования последних лет, особое влияние на результат лечения, а также возможность самостоятельного выздоровления при заражении вирусом гепатита С, оказывают генетические факторы, особенно полиморфизмы гена интерлейкина 28В.

Материалы и методы. Были изучены полиморфизмы гена интерлейкина 28В, методом PCR с использованием специфических праймеров на rs 8099917 полиморфизм. Обследованы 120 человек HCV положительных с 1 генотипом, принимавших 24 недельный курс интерферонотерапии.

Для оценки прогноза гепатита С использовались в основном полиморфизм rs8099917. В зависимости от нуклеотидов в этих локусах выделены аллели Т (тимин), G (гуанин) и соответствующие генотипы: TT, TG, GG для аллелей rs8099917.

Результаты. Более успешные результаты ПВТ получены у больных с генотипам TT rs8099917 – более 70 %, по сравнению с генотипам rs8099917 GT и GG – около 30 %. Определение полиморфизмов интерлейкина 28В позволяют прогнозировать вероятность достижения УВО с чувствительностью более 70 %. Получены данные, что генотип интерлейкина 28В является независимым и наиболее достоверным фактором, влияющим на частоту раннего и устойчивого вирусологического ответа на ПВТ среди других факторов прогноза.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ IGG В КРОВИ К СТРУКТУРНЫМ И НЕСТРУКТУРНЫМ БЕЛКАМ ВИРУСА ГЕПАТИТА С

Миррахимова Н.М., Ахмедова М.Д.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Минздрава республики. Ташкент. Узбекистан

Как известно, в 80-85% случаев острая инфекция, вызванная вирусом гепатита С (HCV), трансформируется в хроническую с многолетней персистенцией вируса. Согласно исследованиям последних лет, основную роль в хронизации процесса играет уникальная способность HCV противостоять иммунному надзору путем быстрого перманентного изменения антигенной структуры. Максимальная изменчивость в структуре HCV происходит в антигенах оболочки, являющихся основной мишенью иммунной атаки – это «гипервариабельный регион» - короткий сегмент Е2 (NS). Участки, кодирующие NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A, NS5B, расположены в неструктурной зоне вирусной РНК. Большая часть этих белков необходима для репликации вируса. Для выявления гепатита С наиболее широко применяют определение анти-HCV с использованием диагностических систем, построенных из рекомбинантных и/или синтетических фрагментов структурных и неструктурных HCV-белков – core, NS3, NS4, NS5.

Исходя из выше изложенного, целью нашего исследования стало определение титров IgG к структурным и неструктурным белкам вируса гепатита С в сыворотке крови, для дифференцировки вирусоносительства и хронического гепатита С.

Материалы и методы. Проведен количественный анализ уровня IgG к структурным и неструктурным белкам вируса гепатита С в сыворотке крови у 43 больных, поступивших в клинику НИИЭМИЗ с диагнозом ХВГС с различными вариантами течения.

У 5 (11,62%) больных были обнаружены низкие титры анти-core и анти-NS4, высокие титры анти-NS3, а также средние значения анти-NS5. У 31 (72,09%) больных были обнаружены средние и высокие титры анти-core, средние титры анти-NS3 и анти-NS4, а также более высокие титры анти-NS5, что подтверждает диагноз ХВГС. У 7 (16,27%) больных титры IgG к анти-core, к анти-NS3, к анти-NS4 и анти-NS5, в трех из четырех показателей были меньше 1,0. Определение величины титров IgG к структурным и неструктурным белкам HCV можно использовать для скрининга формы хронической HCV-инфекции. Таким образом, нами установлена зависимость между уровнем IgG, специфичных к различным белкам HCV, и той или иной формой хронической HCV – инфекции. Анализ титров IgG, по данным литературы, специфичных к различным белкам вируса гепатита С, в зависимости от особенностей течения хронической инфекции показывает, что низкие титры анти-coreIgG и анти-NS4, высокие титры анти-NS3, а также средние значения анти-NS5 могут свидетельствовать о формировании HCV-носительства. Тогда как средние и высокие титры анти-core,

средние титры анти-NS3 и анти-NS4, а также более высокие титры анти-NS5 могут указывать на наличие хронического гепатита С. Если три значения из 4-х будут ниже 1,0, то это свидетельствует об отрицательном результате.

Из вышесказанного можно сделать вывод о возможности применения методики количественного ИФА для прогнозирования течения хронической HCV – инфекции.

THE STATE OF INTERFERONGENESIS IN ANTIVIRAL THERAPY OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C

MaxmudovU.U, ZokirkhadjayevA. Kh, Tadjiyev B.M.
Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent. Uzbekistan

Problem of viral hepatitis by parenteral way of infection in children is one of the most complicated and actual in infectology.

The variety of clinical forms, unfavourable course and outcome of viral hepatitis B and viral hepatitis C require necessity of further research, particularly chronic forms of these infections, Prolonged virusemia, active viral replication are activating forms for immune answer, The most important unit of immumne reactions is the ability of organism for antiviral protection, namely the state of interferonogenesis, the ability immune – competent cells to produce interferon in answer to virus persistence in the patients organism.

Interferon is the most important factor of immunity, so research of interferongenesis mechanisms in VHB and VHC infections is extremely important in disease prognosis.

The aim of research is to study the particular features of Ch VHB and Ch VHC course depending on interferonogenesis state.

In connection with the aim of research 82 patients with chronic viral hepatitis C and chronic viral hepatitis B + C were examined. The research work was carried out on the base of city clinic infection hospital N 5 of Tashkent.

Interferonogenesis patients with VHB and VHC have been studied both before interferon treatment and after the course of therapy and the control group consisted of 15 patients.

Interferonogenesis has been estimated according to the content of alpha and gamma interferon in blood serum and leucocytes ability to produce the same interferon types (IRL). In ChVHB and ChVHC patients in active phase of inflammatory process before treatment increase of α INF u γ INF and was observed.

42 patients have been examined, 25 from them received base therapy, 10 patients got viferon in combination with base therapy. Common interferonogensis and its alpha and gamma types and interferon reaction of leukocytes alpha and gamma types as well were determined for more complete evaluation of interferonogenesis.

Before treatment in all patients with CVH INF increase was marked considerably due to alpha type and IRL reducing, particularly alpha type. After the base therapy changes of the same type for ChVHB u ChVHC were revealed. The increase of γ– INF in blood serum and growth IRL of alpha type was distinctive. In this group of children the most outcome of α - INF (K_{α} -0,63) was in hepatitis C, for γ – INF it was – 0,40. After cyclopheron treatment there were marked not nigh indexes of alpha and gamma interferon (18,6+-2,1 ME/m/and 11,2+-1,3ME/ml accordingly) content in blood. Probably such low rates are connected with considerable blockade of membranous processes in lymphocytes. Confirmation of it are low coefficients of IFH/IRL ratio (for α - INF – 0,38 u, for γ – INF- 0,11) in sufficient increase of IRL as for both α - and γ – interferons.

Thus increase of interferon (IRL) after cyclopheron treatment is obviously due to stimulation of interferonocytes (possibly to proliferation), and viferon – considerally due to change of properties of lymphocytes membrane resulting in increase of interferon outcome.

ВЛИЯНИЕ ЦЕЛАГРИПА НА СОДЕРЖАНИЕ БИЛИРУБИНА И ЕЁ ФРАКЦИЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Махмудов С.С.
Ташкентская медицинская академия. Ташкент. Узбекистан

Несвоевременное лечение вирусных гепатитов может привести к тяжелому повреждению печеночной ткани и её перерождению-циррозу печени, гепатоцеллюлярной карциноме, а это приводить к инвалидности и даже смерти пациента.Несмотря на успехи, достигнутые в области лечения вирусных гепатитов арсенал эффективных препаратов обладающих и интерфероногенным и гепатопротекторнами свойствами очень ограничен.

Цель исследования. Изучить эффективность ЦелАгрипа и его влияние на содержание билирубина и её фракций в сыворотке крови при токсическом гепатите, вызванный тетрахлорметаном.

Материалы и методы работы: Острый тетрахлорметановый гепатит воспроизводили путем подкожного введения 50% масляного раствора тетрахлорметана в дозе 0,5 мл на 100 г. массы тела в течение 4 дней. Экспериментальную терапию проводили путём внутрижелудочного введения ЦелАгрипа в дозе 25 мг/кг в течении шести дней. Общий билирубин определяли на основе реакции с диазотированной сульфаниловой кислотой, после диссоциации непрямого билирубина при участи кофеинового реагента. Для определения прямого билирубина из реакционной смеси исключали кофеиновый реагент. Непрямой билирубин рассчитывали по разнице концентрации между общим и прямым билирубином (метод Ендрассика-Грофа).

Результаты: по данным экспериментов у животных с острым тетрахлорметановым гепатитом содержание общего, прямого и непрямого билирубина статистически значимо возрастает до 16,5±1,62; 6,87±0,5 и 9,63±0,43 мкмоль/л при значении этих показателей у интактных крыс 8,67±0,57; 5,85±0,53 и 2,82±0,37 мкмоль/л, соответственно. Если уровень общего и непрямого билирубина статистически значимо превышают значения интактных крыс в 1,9 и 3,37 раза, то уровень непрямого билирубина имеет лишь тенденцию к увеличению. Фармакотерапия острого токсического гепатита ЦелАгрипомустраняет имеющуюся гипербилирубинемию. Значения общего, прямого и непрямого билирубина статистически значимо снижаются в 1,71; 1,12 и 2,74 раза, составляя 9,67±0,71; 6,15±0,39 и 3,52±0,32 мкмоль/л, соответственно. При этом все изученные показатели пигментного обмена приближаются к значениям интактных крыс.

Билирубин, образующийся при распаде гемоглобина, в печени подвергается глюкуронидации. Образующиеся при этом моно- и диглюкурониды билирубина выделяется в составе желчи. Данный процесс катализируется ферментом уридин-дифосфатглюкуронилтрансферазой и является активным процессом, требующим энергетические затраты.

При поражении гепатоцитов активность этого фермента снижается, в связи с чем билирубин, связанный с альбумином (непрямой билирубин) возрастает, что приводит к гипербилирубинемии. В отличии от этого у животных леченных ЦелАгрипом в дозе 25мг/кг отмечается снижение количества непрямого билирубина, что указывает на восстановления процессов глюкуронидации и улучшения детоксицирующей функции печени при остром токсическом гепатите.

Выводы. Фармакотерапия острого токсического гепатита ЦелАгрипом в дозе 25 мг/кг у животных с острым токсическим гепатитом отчетливо устраняет гипербилирубинемию за счет снижения концентрации неконъюгированного билирубина. Можно полагать, что исследуемый индуктор интерферона оказывает

стимулирующее влияние на процессы конъюгации билирубина в печени и тем самым восстанавливает детоксицирующую функции печени при остром токсическом гепатите.

АУТОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С

Набиева У.П., Исмаилова А.А., Петрова Т.А., Агзамова Т.А*., Нуриева Э.И.
*Институт Иммунологии Академии Наук Республики Узбекистан, *Ташкентский Педиатрический медицинский институт*

Взаимодействие вирусов хронических гепатитов с иммунной системой организма-хозяина не ограничивается ответом этой системы на вирус как на чужеродный биологический объект. Частота иммуноопосредованных заболеваний и синдромов у больных хроническим вирусными гепатитами достигает 15-23%. Спектр внепеченочных проявлений HCV- и HBV-инфекциq достаточно широк. Он включает как истинные аутоиммунные синдромы, так и заболевания, ассоциированные с продукцией аутоантител или отложением иммунных комплексов. К ним относятся криоглобулинемия, лейкоцитокластерный васкулит, мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит, В-клеточная лимфома, плазмоцитома, MALT-ома, гемолитическая анемия, красный плоский лишай, поздняя кожная порфирия, аутоиммунные тиреоидит и тромбоцитопения, кожные аллергические реакции, синдром Шегрена, миозиты и миалгии, полиневропатия, артралгии и артриты. Для больных ВГС характерна также большая частота встречаемости сахарного диабета 1 типа по сравнению с неинфицированными лицами.

Было обследовано 164 больных в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст – 35,3±1,9 лет) с хроническими вирусными гепатитами В и С. Первую группу составили 96 больных, у которых был диагностирован ХВГС, а вторую группу – 68 больных с ХВГВ. Больные подбирались методом случайной выборки. Диагноз и клинические формы ХВГВ и ХВГС устанавливались по совокупности клинико-эпидемиологических, лабораторных и данных инструментальных исследований в соответствии с приказом МЗ РУз №560 от 30.10.2000г. У всех больных диагноз ХВГВ и ХВГС подтверждался обнаружением в сыворотке крови специфических маркеров HBV и HCV – инфекции: HBsAg, анти-HBcor (суммарные) и анти-HCV методом ИФА, ДНК-HBV и РНК-HCV методом ПЦР.

Иммунологическое исследование больных включало определение субпопуляций лимфоцитов (СД3, СД4, СД8, СД16, СД20, СД25, СД95). Содержание сывороточных Ig A, Ig M и Ig G определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини (Д.В. Белокриницкий, 1987). Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) выявляли методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля (ПЭГ - 6000) и результаты выражали в условных оптических единицах.

Полученные данные позволяют говорить о том, что у больных хроническими вирусными гепатитами отмечаются активация гуморального звена иммунитета наряду с выраженной депрессией клеточного звена иммунитета, более выраженные у больных с ХВГС, чем у больных с ХВГВ. Выявленные нарушения в работе системы иммунитета по-видимому и обуславливают стойкую хронизацию инфекционного процесса, отражая наибольшую степень ослабления противовирусной защиты

Кроме этого при хронических вирусных гепатитах отмечены и внепеченочные проявления, выражающиеся в аутоиммунных сдвигах, приводящие к развитию аутоагрессии к тканевым структурам, которые проявляются в нарушениях функционировании этих органов и систем. Выявленные корреляционные взаимосвязи между уровнем аутоантител и иммунологическими и биохимическими показателями

свидетельствуют о всесторонних воздействиях аутоиммунных процессов в патогенезе хронического вирусного гепатита.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Набиева У.П., Агзамова Т.А*., Брюханов С.В.*
*Институт Иммунологии Академии Наук Республики Узбекистан, *Ташкентский Педиатрический медицинский институт*

Гомеостаз организма, который не может быть сохранен одной или даже несколькими системами, а обеспечивается антогонистическими или синергическими взаимосвязями между функциональным состоянием многих систем. Особенно это важно для состояния болезни, когда происходит потеря большей части корреляционных взаимосвязей между этими системами, и развиваются различные варианты защитно-компесаторных реакций, выравнивающих и предупреждающих развитие иммунной недостаточности, и которые и определяют форму течения заболевания.

Для выявления возрастных отличий в иммунологических параметрах у больных хроническим вирусным гепатитом С мы взяли для изучения две группы больных, 1 группа – больные хроническим вирусным гепатитом С в возрасте от 20 до 45 лет, а 2 группа – больные хроническим вирусным гепатитом С 10-19 лет. Диагноз был подтвержден клиническими и лабораторными методами исследования. Все обследованные содержали в крови антитела к HCV. Контрольную группу составили 15 здоровых подростков аналогичного возраста, негативных по анти-HCV и HBsAg. Маркер вирусного гепатита С идентифицировали иммуноферментным методом и подтверждали полимеразной цепной реакцией (ПЦР). Исследование поверхностных антигенов CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25, CD38, CD95, CDHLA-DR на лимфоцитах периферической крови проводили методом непрямой флуоресценции с использованием моноклональных антител производства Института иммунологии Москва, Россия. Полученные результаты обработаны статистически по стандартной программе с вычислением достоверности различий по критерию t Стьюдента.

Оценка иммунного статуса больных выявила неоднородные изменения иммунологических параметров. Анализ иммунофенотипа лимфоцитов крови больных с хроническим гепатитом С показал достоверное снижение относительного числа CD3+ клеток ($P<0,05$). Снижение общего пула Т-лимфоцитов отмечено в основном за счет уменьшения числа лимфоцитов, экспрессирующих маркер CD4+. CD4+ Т-клеточный ответ на вирусные белки является важным механизмом защиты макроорганизма, поскольку CD4+ клетки стимулируют продукцию антител В-лимфоцитами. В группе больных число CD8+лимфоцитов было достоверное повышено.

Кроме показателей клеточного звена нами были исследованы и показатели гуморального звена иммунитета, в частности содержание в сыворотке крови IgG, IgA, IgM. Известно, что иммуноглобулины играют важную функцию посредников в каскадном развитии иммунного ответа и частично могут обусловливать эффективность конечных, эффекторных реакций клеточного иммунитета по инактивации и элиминации вирусных антигенов. У больных с гепатитом С отмечалось повышение концентрации иммуноглобулинов А и G в сыворотке крови, кроме иммуноглобулина М, который был оставался в пределах контрольных значений.

Таким образом, при исследовании основных параметров иммунитета больных хроническим гепатитом С пубертатного возраста выявлены изменения как в клеточном звене иммунитета, которые проявились подавлением экспрессии маркерных

рецепторов CD3+, CD4+, так и в гуморальном звене – повышением концентрации IgG и IgA в сыворотке крови.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К ИНСУЛИНУ И К ГЛЮТАМАТДЕКОРБОКСИЛАЗЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В И С

РустамоваХ.Т., Абдуллаева Х.Н., МирахмедоваМ.П., Ибрагимова Н.Ш.
Республиканский Специализированный Научно - практический Медицинский Центр Эндокринологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

В последние годы особое внимание специалистов привлекает способность вирусов гепатитов В и С к внепеченочной репликации и связанные с этим проявления инфекции с аутоиммунными механизмами повреждения. Маркёры аутоиммунного процесса присутствуют у 85-90% пациентов с инсулинозависимым диабетом при первичном выявлении гипергликемии натощак, в их числе антитела к инсулину– примерно в 37% случаев. Принимая во внимание ведущую роль иммунологических, в частности аутоиммунных механизмов в развитии сахарного диабета (СД), несомненно актуальной представляется проблема изучения роли различных нарушений аутоиммунного статуса у больных с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ).

Цель работы: Изучение и сравнительная оценка показателей уровня антител к инсулину (АтИнс), антител к глютаматдекорбоксилазе (Anti- GAD), секреции инсулина (ИРИ) и С- пептида у больных с хроническим вирусным гепатитом В и С.

Материалы и методы: Обследовано 50 пациентов с ХВГ В и С, у которых степень активности гепатита была умеренной, без патологии поджелудочной железы до заболевания вирусным гепатитом. У 20 (31,8%) пациентов диагностирован хронический вирусный гепатит В (ХГВ) и у 30. (58,8%) – хронический гепатит С (ХГС). Уровень ИРИ, С пептида, АтИнс, Anti- GAD определялся радиоиммунным методом (РИА). Нормативные значения АтИнс - не более 0,4 Е/мл., anti-GADA –менее 1,0 Е/мл, инсулин 2,1-22мкМЕ/мл, С -пептид 160-1100пмоль/л. Диагноз вирусного гепатита устанавливался ИФА и ПЦР исследованиями в НИИ Вирусологии.

Результаты: Исследование уровня ИРИ и С–пептида у пациентов ХВГ В и С выявили снижение уровня ИРИ до 1,33±0,08 у 60% и достоверное снижение уровня С–пептида до 114,4±6,31 у 70%, (P < 0,0001), при средних значениях ИРИ-2,81±0,33 и С–пептида 199,1±27,4 в целом по группе. У пациентов с ХВГ В (n=20), выявлено снижение уровня ИРИ у 30% больных до 1,65±0,1, и С–пептида у 50% до 117,4±11,6, при средних значениях ИРИ - 4,07±0,60, и С–пептида 264,7±54,0 в целом по группе. У 80% пациентов с ХВГ С отмечалось достоверное снижение ИРИ до 1,25±0,09 и С-пептида у 83,3% до 113,2±7,66. Сравнительная оценка средних значений между группами ХВГ В и показала достоверное снижение уровня ИРИ до 1,97±0,31 (p=0,001) и С-пептида до 155,3±26,0 (p=0,05), у пациентов с ХВГ С, при нормальных средних значениях ИРИ 4,07±0,60 и С-пептида до 264,7±54,0 в целом по группе.

Результаты исследования выявили повышение уровня АтИнс до 2,04±0,25 Е/мл. (p=0,009) у 32 (64%) с ХВГ В и С, при их средних значениях-1,37±0,20 Е/мл в целом по группе. У пациентов с ХВГ В (n=20), выявлено повышение уровня АтИнс до 1,93±0,50 Е/мл у 8 (40%) из них, при средних значениях 0,88 ±0,27 Е/мл в целом по группе. У пациентов с ХГВ С (n=30) выявлено достоверное повышение уровня АтИнс до 2,07±0,29 Е/мл .(p=0,05) у 24 (80%), из них при средних значениях 70±0,27 Е/мл в целом по группе,

Исследование Anti -GAD выявили повышение их уровня до 2,04 ±0,25 (p=0,03) у 62,0% пациентов, при средних значениях данного показателя 1,42±0,12, в целом по

группе. У пациентов с ХВГ В (п=20) выявлено повышение уровня Anti –GAD у 8 (40%) из них до 1,59±0,08, при средних значениях 0,95±0,13, в целом по группе. У 23 (76,7%) пациентов с ХВГ С (п=30) выявлено повышение уровня Anti – GAD до 2.06±0,16, при средних значениях данного показателя, 0,95±0,13, в целом по группе.

Заключение. Повышение уровня АтИнс, Anti- GAD у пациентов с ХВГ В и С, вероятно, связано с наличием аутоиммунной агрессии к В-клеткам поджелудочной железы, ассоциированной с HBV и HCV инфекцией; проведенные исследования предполагают возможность проведения мониторинга уровня АтИнс, Anti-GAD в прогнозировании развития СД у пациентов с ХВГ В и С

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ ЎТКАЗГАН РЕКОНВАЛЕСЦЕНТ БОЛАЛАРДА ЎТ СУЮҚЛИГИ БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Туйчиев Л.Н., Мўминова М.Т., Маматмусаева Ф.Ш.
Тошкент Тиббиёт Академияси. Тошкент. Ўзбекистон

Вирусли гепатитлар соғлиқни сақлаш илмий-амалий тиббиётининг асосий муаммоларидан бири бўлиб, узлуксиз кўпайиб борувчи касалликдир (Ершов Ф.И., 1999; Асратян А.А., 2005).

Ўзбекистонда вирусли гепатит касаллиги камайиши кузатилмоқда, яъни 2010 йилни 1990 йил билан таққосланганда 8,2 баробарга, 2009 йил билан таққосланганда эса 18,6% касалланиш камайганлиги кузатиш мумкин.

Республикада 2001 йилдан буён вирусли гепатит В га қарши, асосан болалар орасида, режали иммунизация ўтказилаётганлиги сабабли ВГВ билан касалланиш кескин камайиши аниқланди.

Тадқиқот мақсади. Вирусли гепатит ўтказган реконвалесцент болалардаўт суюқлиги биокимёвий кўрсаткичлари

Тадқиқот усуллари: клиник, биокимёвий, серологик, инструментал (дуоденал зондлаш, ультратовуш текшируви, юпқақаватли хроматография), статистик.

Ўт суюқлиги биокимёвий кўрсаткичларини аниқлаш учун ўт суюқлигини калит компонентларидан билирубин, холестерин ва ўт кислоталари, холатохолестеринли коэффициенти билан текширилди. Назорат гуруҳи сифатида 10та соғлом ва 20та гепатобилиар тизимида ўзгаришлари бўлмаган вирусли гепатит ўтказган болалар олинди.

рВГВ+рВГС болаларда ўт суюқлиги биокимёвий кўрсаткичларида кескин ўзгаришлар борлиги, яъни билирубиннинг 3 баробар, холестериннинг 2 баробар камайиши аниқланди. Ўт кислоталари эса рВГВ+рВГС соғлом болаларга нисбатан 75% камайганлиги аниқланди. Бу кўрсаткичлар ўз навбатида ХХК нинг рВГВ+рВГС болаларда соғлом болаларга нисбатан 3,5 баробарга камайишига олиб келган (P<0,05).

рВГА 20 та гепатобилиар тизимида ўзгаришлари бўлмаган болаларда ўт суюқлиги биокимёвий таркибида деярли ўзгариш кузатилмади.

60 рВГА болаларда назорат гуруҳидаги болаларга нисбатан билирубиннинг 2 баробар (P<0, 05), ўт кислоталари 68% камайиши, холестериннинг 30% ошиши, ХХК нинг 2 баробар камайиши аниқланди. Бундан ташқари, рВГВ+рВГС болаларда рВГА болаларга нисбатан яққол ўзгаришлар бўлиши кузатилди (P<0,05).

рВГ болалар ўт суюқлиги таркибидаги ўт кислоталари, яъни конъюгирланган таурин ва глицин холат кислоталарининг ошиши ва конъюгирланган деокси- ва хенодеоксихолат кислоталарининг камайганлиги аниқланди. Масалан, соғлом болаларда холат ва деоксихолат кислоталар (дезокси- ва хенодезоксихолат кислота) 1:2,2, рВГВ+рВГС болаларда 1:0,67, рВГА болаларда 1:0,84 нисбатда бўлиши аниқланди, яъни гидрофоб холат кислоталарнинг кўпайганлиги кузатилди.

Назорат гуруҳидаги болаларга нисбатан ўт суюқлиги таркибидаги фосфолипидлар рВГА болаларда 2,2, рВГВ+рВГС болаларда эса 3 баробар камайганлиги маълум бўлди.рВГА болаларда фосфолипид спектри фракциясидан фосфотидилхолин (ФХ) 37,6% камайганлиги, юқоритоксик таъсирга эга бўлган лизофосфотидилхолин фракциясининг 4 баробар кўпайганлиги, рВГВ+рВГС болаларда ФХ 59,6% камайганлиги, ЛФХ 4,5 баробар кўпайганлиги аниқланди.

Шундай қилиб, текширув натижалари шуни кўрсатадики рВГ, асосан рВГВ+рВГС болаларда назорат гуруҳидаги болаларга нисбатан ўт суюқлиги таркибида яққол ўзгаришлар бўлиши аниқланди. Бу билирубин, ўт кислоталари, ХХК нинг камайиши ва холестериннинг кўпайиши билан намоён бўлди. рВГ болаларда гидрофоб ўт кислоталарининг (ЎК) ошиши, гидрофил ЎК ва фосфолипид миқдорининг камайиши, асосан, ФХ фракцияси ҳисобига ўзгаришларнинг бўлиши аниқланди.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИЛ-28В У МОНО- И КОИНФИЦИРОВАННЫХ ХГС/ВИЧ ПАЦИЕНТОВ

Фазылов В.Х., Манапова Э.Р., Ткачева С.В., Долгин В.А.
Казанский государственный медицинский университет. Россия, ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва,РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ. Казан. Россия

Целью изучения стало выявление частоты распределения определенных вариантов полиморфизма гена ИЛ-28В в популяции моно– и коинфицированных HCV/HIV пациентов.

Материалы и методы: в исследование был включен 101 пациент: первая группа (n=58)–моноинфицированные HCV, вторая (n=43) - коинфицированные HCV/HIV. Исходные показатели активности HCV-инфекции определялись в первой группе: высокой вирусной нагрузкой RNA-HCV->400000 МЕ/мл у 52% больных; генотипом 1 у 41 (71%), «2/3»-у 17 (29%) исследуемых; уровнем аланинаминотрансферазы (АлАТ)-72,79±9,85 ед/л; во второй: высокой вирусной нагрузкой RNA-HCV- у 81% больных; генотипом 1 у 16 (37%), «2/3» у 27(63%) исследуемых; уровнем АлАТ-85,46±7,73 ед/л. Выявлениеполиморфизма единичных нуклеотидов (ПЕН) в локусах rs8099917 и rs12979860 гена ИЛ-28В проводилось с помощью набора реагентов «АмплиСенс Геноскрин-IL28B-FL» (лаборатория вирусных гепатитов отделения молекулярной диагностики ЦНИИЭ г. Москва).

Результаты: у моно- и коинфицированных HCV/HIV пациентов частота встречаемости неблагоприятных генотипов CT и TT полиморфизма rs12979860 и TG и GG полиморфизма rs8099917 гена ИЛ-28В составила 78% и 45%; 49% и 33%, в то время как благоприятные варианты генотипов CC полиморфизма rs12979860 и TT полиморфизма rs12979860 регистрировались у 22% и 55%; у 51% и 67% пациентов, соответственно, в исследуемых группах. Следует отметить, что генотип TT (rs8099917) регистрировался достоверно чаще (67% и 33%, p<0,01) и (55% и 45%, p<0,05) по сравнению с генотипами TG и GG той же аллели, соответственно в первой и второй группах.Сочетание благоприятных генотипов, а именно CC (rs12979860) и TT (rs8099917) встречалось у 13 (22%) моноинфицированных и у 23 (53%) больных с HCV/HIV.У коинфицированных с HCV-3 достоверно чаще, чем при HCV-1, выявлялись благоприятные варианты генотипов CC rs12979860 (74% и 26%, p<0,001) и TT rs8099917 (67% и 33%, p<0,01). Моноинфицированные с HCV-1 чаще имели генотип TT полиморфизма rs8099917 (71,9% и 28,1%, p<0,001), а распределение носителей CC было равномерным независимо от генотипа HCV. У коинфицированных независимо от генотипов rs12979860 и rs8099917 преобладала высокая вирусная нагрузка RNA-HCV в ПЦР. В первой группе достоверно (69,2% и 30,8%, p<0,01) выше

уровень РНК-HCV был среди носителей генотиповCC (rs12979860) и TT (rs8099917), соответственно (62,5% и 37,5%, p<0,01).У пациентов второй группы с благоприятными генотипами - CC и TT, по сравнению с носителями других генотипов, была значительно повышена (свыше 5 норм) активность АлАТ (у 43% пациентов). У моноинфицированных, независимо от генотипа ИЛ-28В, преобладала низкая биохимическая активность (до 3 норм).

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о достаточно частом распространении благоприятных генотипов CC полиморфизма rs12979860 и TT полиморфизма rs8099917 гена ИЛ-28В, а также их сочетании у коинфицированных HCV/ВИЧ, особенно у пациентов с HCV-3; у них жебыл более выражен воспалительный процесс на фоне высокой вирусной нагрузки RNA-HCV по сравнению с моноинфицированными.

ПРОЯВЛЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТА Е

Умиров С.Э., Буриев А.Я., Сафаева К.С.
Ташкентская медицинская академия. Ташкент. Узбекистан

Изучение проявлений эпидемического процесса при различной его интенсивности имеет важное научно-практическое значение.

Нами проводилось эпидемиологическое расследование вспышечной заболеваемости острыми вирусными гепатитами (ОВГ). Из 82 заболевших ОВГ у 59 (72%) были исследованы сыворотки крови на наличие маркеров гепатитов А, В, Д, С и Е (ГА, ГВ, ГД, ГС и ГЕ). Острый ГВ был диагностирован у 7 (11,9%) больных, в сыворотке крови которых были выявлены наряду с HBsAg и анти-HBcIgM. У 1 (1,7%) больного обнаружили анти-HBcIgM и анти-ВГС. У 3 (5,7%) больных ОВГ был выявлен только HBsAg, при отсутствии других маркеров острого ГВ, а также маркеров ГА, ГД, ГС и ГЕ. У 2 (3,4%) больных был выявлен анти-ВГС. В 1 (1,7%) случае был диагностирован острый ГД (суперинфекция). Из 59 обследованных лишь у 12 (20,3%) обнаружено анти-HAVIgM. У 1 (1,7%) с наличием в крови анти-HAVIgM, был выявлен HBsAg, но без анти-HBcIgM, что указывает на ГА на фоне носительство данного антигена. Острый ГЕ был диагностирован у 15 (25,4%) больных в сыворотке крови которых выявили анти-HEVIgM. В 1 (1,7%) случае наряду с анти-HEVIgM, определяли маркеры острого ГВ. У 2 (3,4%) больных были выявлены анти-HEVIgM и HBsAg, еще у 2 (3,4%) анти-HEVIgM и анти-ВГС, у 1 (1,7%) больного анти-HEVIgM, анти-ВГС и HBsAg. Возможно, у них на фоне носительства HBsAg и/или HCV-инфекции имело место заражение вирусом гепатита Е. У 3 (5,1%) больных были обнаружены наряду с анти-HAVIgM, также анти-HEVIgM, что позволило диагностировать у них сочетание гепатитов А и Е. У 8 (13,6%) из 59 больных, специфических маркеров ВГ не обнаружено. Удельный вес энтеральных вирусных гепатитов (ГА+ГЕ) составляет 62,7% (ГЕ – 35,6%, ГА – 22,0%, сочетание ГЕ и ГА – 5,1%).

При раздельном анализе этиологической структуры ОВГ у обследованных больных в зависимости от возраста выявлено, что маркер ГС обнаружен только у взрослых. Острый ГВ диагностирован у 3 (25%) детей и у 8 (17%) взрослых. У детей до 14 лет анти-HAVIgM находили у 4 (33,3%). Среди взрослых анти-HAVIgM обнаружен у 9 (19,1%). Выявление анти-HEVIgM увеличивалось с возрастом. У 3 (25%) детей до 14 лет был выявлен анти-HEVIgM. С максимальной частотой анти-HEVIgM обнаружен у взрослых – 21 (44,7%), в том числе у 3 (6,4%) в сочетание с анти-HAVIgM. На долю лиц в возрасте 15-40 лет, лабораторно установленным диагнозом ГЕ приходилось 87,5% больных. Отмечено преобладание заболеваемости ГЕ у лиц мужского пола (66,7%) и отсутствие летальности, даже среди беременных женщин. Для изучаемой

вспышки была характерна низкая семейная очаговость (семейные очаги энтеральных вирусных гепатитов с одним случаем заболевания составили – 97,2%).

ЎТКИР ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А ХАСТАЛИГИНИНГ НАМОЁН БЎЛИШИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Х.Х.Хайдаров, М.А.Ходжаева, Ж.Х.Хайдарова
Шахар 1-сон ЮККШ. Тошкент. Ўзбекистон

Вирусли гепатит А хасталигининг хозирги кунда намоён бўлиш холатини ўрганиш мақсадида Тошкент шахар 1-сон юқумли касалликлар клиник шифохонаси диагностика марказига мурожаат қилган ва “Ўткир вирусли гепатит“ ташхиси қўйилган беморларнинг амбулатор карталари тахлил қилинди.

2011-2012 йиллар давомида марказда 485 та беморда ушбу касаллик аниқланган бўлса, шулардан 90 тасида ўткир ВГА касаллиги қонда анти-HAV IgM аниқланиши билан ўз тасдиғини олди. Аниқланган беморларнинг амбулатор картасини тахлил қилиш натижасида қуйидаги холатлар эътиборга олинди.

1. Вирусли гепатит А аксарият холларда 74,6 – 70,2%да боғча ва мактаб ёшидаги болаларда учраши аниқланди, вахоланки ўтган 10-15 йиллар мобайнида ўтказилган эидемиологик тахлилларда ушбу касалликни 95,5 -87,9% кичик ёшдаги болаларда рўйхатга олиниши такидланар эди.
2. Касалликни мавсумийлик холатида хам ўзгариш кузатилмоқда, яни авваллари куз ойларида кўтарилиб (яъни ёзги таътилдан сўнг болаларни мактаб, боғчаларда бирлашиши натижасида) қиш ойларида хам кўплаб аниқланган ВГА касаллиги охирги йилларда сон жихатдан камайганлиги ва ёз ойларидан бошлаб кўтарилиши ва куз ойларида ўзининг юқори кўрсатгичларига етмоқда.
3. Ўткир ВГА клиник намоён бўлишида ва кечишида аввалдан маълум бўлган белгиларни (хасталикни ўткир бошланиши, тана хароратини кўтарилиши, дармонсизлик, иштахани пасайиши, ўнг биқинда оғриқ сезилиши, сийдик рангини тўқлашуви ва терини сарғайиши) сақлаган холда ўсмир болалар ва катта ёшдагиларда касаллик аниқланганда беморлар кунгил айниши, қайт қилиш, иштахани йўқолиши каби шикоятларни билдирди.
4. Аксарият беморларда хасталик енгил ва ўрта оғирликда кечиши билан баробар мактаб ёшидаги ва ўсмирларда ёндош касалликлар хисобига 4,6% беморларда касаллик оғир кечиши кузатилди.
5. Кузатувда бўлган беморларнинг 0,5%да ўткир ВГАни холестатик варианти аниқланди. Касаллик енгил ва ўрта оғирликда, лекин 4-6 хафтагача сариқликни холатини чўзилиши билан кечиши аниқланди.

Хулоса. Ўткир вирусли гепатит А хасталигини охирги йиллар давомида эпидемик холатдаги (мавсумийлигида ва болалар ёши жихатдан) ўзгаришлар билан боғлиқ клиник намоён бўлиши ушбу холатни чуқур ўрганишни тақозо этади.

ТИОТРИАЗОЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Хикматуллаева А.С.
Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Цирроз печени является основной причиной смерти среди неопухолевых заболеваний печени. Частота ответа на лечение интерфероном у больных циррозом печени, в целом, ниже, чем у пациентов без цирроза (V.S.Sulkowski, MastE.E., SeeffL.B., ThomasD.L., 2000).

Показаниями к лечению пегелированными интерферонами являются компенсированный и декомпенсированный ЦП вирусной этиологии. Кроме

противовирусного эффекта, альфа интерферонотерапия имеет целью снижение активности заболевания и замедление нарастания фиброза, что приводит к снижению риска декомпенсации ЦП и развития ГЦК (Poynard T., McHutchison J., Goodman Z., et al., 2000).

Однако, большая часть больных вынуждена отказаться от интерферонотерапии по целому ряду причин. Такие больные нуждаются в препаратах, действующих на общие звенья патогенеза. Во многих клинических исследованиях доказана эффективность Тиотриазолина при острых и хронических гепатитах, как вирусной, так и не вирусной этиологии (И.Ф. Белиничев, И.А. Мазур, Н.А. Волошин и др., 2007; Ю.М.Степанов, С.В. Коссинская, 2010).

Целью наших исследований было изучение эффективности препарата Тиотриазолин при лечении больных вирусными циррозами печени.

Материал и методы исследования. Обследовано 43 человека с ЦП вирусной этиологии в возрасте от 18 до 62 лет. Из них ЦП в исходе хронического гепатита В был у 13, хронического гепатита С – 30 человек. Маркеры вирусного гепатита В и С определялись методом иммуноферментного анализа. Кровь всех пациентов исследовали на наличие HCV РНК и HBV ДНК методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Все больные были на стадии выраженных клинических проявлений.

Больные были разделены на две группы: основная группа, состоящая из 25 больных, на фоне стандартной базисной терапии получала 2,5% Тиотриазолин в дозе 8,0 мл в сутки внутривенно капельно на 10% - 100 мл растворе глюкозы. Контрольная группа - 18 человек получали базисную терапию. Больные были обследованы до и после лечения, кратность обследования составила 2-6 раз в течение 6-12 месяцев. Базисное лечение было направлено на восстановление гомеостаза, детоксикацию организма, профилактику кровотечения и энцефалопатии.

Результаты исследования. Больные ЦП в исходе гепатита В имели маркеры инфицирования HBV – HBsAg, HBeAg (выявлен у двух больных), анти-HBe у 11 больных, анти-HBcIgM у 6, HBcIgG – у 7 больных. HBV ДНК (ПЦР) определялся у 11 больных ЦП. Из 30 человек, с положительными анти-HCV в крови 27 имели позитивные показатели HCV РНК (ПЦР). Первый генотип HCV выявлен у 17, второй и третий генотипы - у 10 больных гепатитом С.

По тяжести заболевания по Чайлд - Пью к классу А отнесли 20 больных, класс В установлен у 17, класс С у 6 больных ЦП.

По степени функциональной недостаточности компенсированный ЦП был у 22, субкомпенсированный - у 15, декомпенсированный - у 6 больных.

Оценку эффективности лечения проводили по динамике клинических симптомов и функциональных проб печени, по срокам исчезновения признаков обострения болезни.

Применение Тиотриазолина привело к значительному улучшению или исчезновению клинических проявлений заболевания. Уменьшились астено-вегетативные нарушения – слабость, утомляемость, выраженность головных болей, раздражительность, улучшился сон; реже наблюдались диспепсические проявления: метеоризм, тяжесть в правом подреберье, боли в животе. Реже стали беспокоить боли в суставах. Исчезали иктеричность кожи и склер практически у всех больных. Сократились размеры селезенки.

В обеих группах происходит снижение биохимических показателей, особенно это выражено в группе больных, получающих тиотриазолин. Достоверно быстрее по сравнению с контрольной группой происходила нормализация пигментного обмена. Под влиянием тиотриазолина в течение 3-5 дней снижалось содержание общего билирубина и его фракции до уровня нормальных показателей. Антицитолитический

эффект комплексной терапии оказался более выраженным, чем при применении базисной терапии. К концу лечения тиотриазолином устранялась диспротеинемия, повышался уровень общего белка и протромбинового индекса (P < 0,05). Показатели тимоловой пробы достоверно снижались (P< 0,001) уже к 5-10 дню лечения, чего не отмечалось в контрольной группе.

Таким образом, наблюдалось уменьшение мезенхимально-воспалительного процесса и улучшение белково-синтетической функции печени. В результате комплексного лечения улучшалась дезинтоксикационная функция печени, о чём свидетельствовала нормализация уровня мочевины и глюкозы в крови (P<0,01), уменьшались явления холестаза.

Выводы: Тиотриазолин, являясь эффективным гепатопротектором, служит перспективным дополнением к базисной терапии при лечении больных ЦП.

Комплексное лечение с использованием тиотриазолина в дозе 4,0 мл.- 2,5 % раствора оказывает положительный эффект на клинические и биохимические показатели, что проявляется улучшением общего состояния, быстрым исчезновением клинических симптомов болезни, снижением уровня печеночных проб.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛЕСБОХОЛА НА ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ

Хакимов З.З., Мавланов Ш.Р., Ходжиматов О.К.
Ташкентская Медицинская Академия, Институт генофонда растительного и животного мира. Ташкент. Узбекистан

Значительные успехи достигнуты в изучении этиологии, патогенеза и клиники различных заболеваний гепатобилиарной системы, однако их число не уменьшается. В мире насчитывается более 2 миллиардов инфицированных вирусом гепатита В, еще более часто встречается контаминация вирусом гепатита С. Вирусный гепатиты широко распространены, особенно в странах с жарким климатом, к которым относится и Узбекистан, а средства профилактики и лечения недостаточно эффективны. Количество фармакологических средств, используемых в комплексном лечении заболеваний гепатобилиарной системы, превышает 1000 наименований, среди них лекарства, оказывающие избирательное действие на печень, составляют сравнительно небольшую группу. В этом плане особый интерес вызывает средства растительного происхождения в качестве гепатозащитных средств.

Целью настоящей работы являлось изучение эффективности препарата «Лесбохола» в коррекции нарушений желчевыделительной функции печении при её остром поражении.

Материалы и методы исследования. Опыты проводили на половозрелых белых крысах самцах стадного разведения с исходной массой тела 160-190 гр. Животным испытуемой группы раствор «Лесбохола» вводили внутрь в дозы 50 мг/кг один раз в сутки в течение 3 и 6 дней. Крысы контрольной группы в аналогичном объеме получала дистиллированную воду. Модель острого токсического гепатита воспроизводили путем подкожного введения 50 % масляного раствора тетрахлорметана ежедневно. О холеретическом действии препарата судили по общему количеству выделенной желчи, а также по концентрации и количеству её компонентов, то есть билирубина, холестерина и общих желчных кислот. В двух часовых порциях определяли концентрацию (мг%) и общее количество (мг на 100 г массы тела) желчных кислот, холестерина и билирубина. Цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Результаты экспериментов показали, что при остром гепатите вызванной введением тетрахлорметана наблюдается значительные

нарушения экскреторной функции печени, степень которых находится в прямой зависимости от сроков исследования. Так, через трое суток после последнего введения тетрахлорметана- количество желчи выделенной за 4 часа опыта снижается на 59%, а через 6 суток - на 39,6%. При этом выявляются изменения и в химическом составе желчи: содержание желчных кислот снижается на 60,4% и 42,4%, холестерина на 58,3% и 51,1%, билирубина на 46,5% и 45,4% по сравнению с интактными животными соответственно через 3 и 6 суток. Следовательно, при остром гепатите вызванной тетрахлорметаном отмечается значительные нарушения внешнесекторной функции печени. Такой вывод находится в соответствии с данными других исследователей. У леченых крыс «Лесбохолом» отчетливо восстанавливались показатели функционального состояния печени, нарушенные при остром токсическом гепатите. При внутрижелудочном введении лесбохола в течении 3 дней в дозы 50 мг/кг наблюдается повышения выделения желчи на 91,5% по сравнению с нелеченными крысами, а после 6 дневного лечения на 46%. Наряду повышением общего количества желчи также отмечается увеличение его компонентов: желчных кислот, холестерина и билирубина в составе выделенной за 4 часа опыта статический значимо увеличилось на 50,6%, 75,97% и 44,2%. После 6 дневного лечении показатели химического состава желчи увеличилось в большей меры, и составили 64,2%, 112,6% и 81,6%.

Из приведенных данных видно, что с увеличением срока лечения отмеченный положительный эффект препарата несколько возрастает. При этом наилучший эффект от препарата отмечен при применении его в течении 6 дней.

ARANDOMIZED, MULTI-CENTRAL, CONTROLLEDSTUDYOFPATIENTSWITHHEPATITISBEANTIGEN-POSITIVECHRONICHEPATITISBTREATEDBYADEFOVIRDIPIVOXILORADEFOVIRDIPIVOXILPLUSBICYCLOL

WenXie[1],GuangfengShi[2],HongfeiZhang[3],GuimingZhao[4],ZujiangYu[5],ZhenweiLang[1],HongZhao[1], JieYan[1],JunCheng[1]

1 Liver Disease Center, Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100015, China,
2 Department of Infectious Diseases, Huashan Hospital, Fudan University, Shanghai 200040, China
3 Department of Pediatric Hepatology, the 302 Hospital of PLA, Beijing 100039, China
4 Department of Hepatology, Tianjin Municipal Hospital of Infectious Diseases, Tianjin 300192, China
5 Department of Infectious Diseases, First Hospital, Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China

Objective: To evaluate the efficacy and safety profiles of patients with hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B (CHB) treated with adefovir dipivoxil (ADV)or adefovir dipivoxil plus bicyclol, and to optimize the treatment strategy of patients with chronic hepatitis B.

Patients and Methods: Twenty hundred and fifty patients with HBeAg (+) CHB wererandomized into adefovir dipivoxil (ADV) plus bicyclol combination therapy group and ADVmonotherapy group. The patients in the ADV plus bicyclol combination therapy group (n=125)received adefovir dipivoxil10 mg orally qd and bicyclol 25 mg orally tid for 48 weeks, and those in the ADV monotherapy group (n=125) administered adefovir dipivoxil 10 mg orally qd alonefor 48 weeks. The serum aminotransferases (ALT/AST), HBV DNA, HBeAg/HBeAb and liverbiopsy were conducted before and after therapy.

Results: The serum aminotransferase levels were decreased significantly in both groups. The serum aminotransferase level in ADV plus bicyclol combination therapy group decreased greater than that in ADV monotherapy group ($P<0.01$). The virological response rate in ADV plus bicyclol combination therapy group is not significantly different from that in ADV monotherapy group ($P > 0.05$). After treatment for 48 weeks, the Knodell

necroinflammatory score of the two groups were all alleviated significantly, and the Knodell score in combination group was significantly lower than that in ADV monotherapy group ($P < 0.05$). There were no remarkable adverse events probably related to drug occurred in this study.

Conclusion: Adefovir dipivoxil plus bicyclol combination therapy is a safe and superior treatment regimen for patients with HBeAg (+) chronic hepatitis B comparing with adefovir dipivoxil monotherapy.

ВИЧ – ИНФЕКЦИЯ

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДОНОРОВ КРОВИ

Атабеков Н.С., Равшанов Я.Ш., Маткаримов Б.Д., Алимов Ш.Г.
Республиканский центр по борьбе со СПИДом. Ташкент. Узбекистан

Пандемия ВИЧ/СПИД, несмотря на предпринимаемые меры, продолжают развиваться.Глобальная проблема состоит в передаче инфекции ВИЧ с кровью, ее компонентами и препаратами. Эффективный скрининг донорской крови на ВИЧ перед переливанием представляет собой экономически очень эффективную стратегию профилактики передачи ВИЧ.

В настоящее время в Республике функционируют 84 диагностических лабораторий ВИЧ-инфекции (15 - Республиканского и региональных центров по борьбе со СПИДом, 59 – межрайонных, 10 - при республиканских медицинских учреждениях).

Основные методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции включает выявление антител к вирусу и вирусных антигенов с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). При положительном результате скринингового ИФА исследования проводится референс-ИФА и в случае положительного результата используется метод «иммуноблота» для подтверждения положительного результата.

С учетом вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось изучение выявляемости ВИЧ-инфекции среди доноров крови в республике. Материалом для исследования послужили отчетные данные республиканского и региональных центров по борьбе со СПИДом. В работе были использованы эпидемиологические и статистические методы исследований.

В результате ретроспективного эпидемиологического анализа выявлено, что за 1987-2010 гг. были проведены всего 6300 тыс. обследований на ВИЧ среди доноров крови. По годам были получены следующие: в 1987 г. – 54184, 1988 г. – 487993, 1989 г. – 477795, 1990 г. – 436590, 1991 г. – 404582, 1992 г. – 409592, 1993 г. - 374706, 1994 г. – 305957, 1995 г. – 306510, 1996 г. – 292905, 1997 г. – 274846, 1998 г. – 261723, 1999 г. – 247908, 2000 г. – 224345, 2001 г. – 233517, 2002 г. – 215289, 2003 г. – 219238, 2004 г. – 222024, 2005 г. – 206961, 2006 г. – 169239, 2007 г. – 135386, 2008 г. – 112771, 2009 г. – 110929, 2010 г. - 113188 и в 2011 г. – 119752.

Как видно из выше приведенных данных, в 1988 г. было сравнительно больше обследованы доноры (487993) и было выявлено наличие ВИЧ-инфекции у 2 доноров. В последующие годы наблюдалось динамическое снижение количества обследуемых на ВИЧ-инфекцию доноров, что было связано с уменьшением общего количества доноров крови в стране.

Выявляемость ВИЧ среди доноров крови по годам была неодинакова. В 1987-1989 гг. среди доноров крови ВИЧ-инфекция не была выявлена. Впервые ВИЧ-инфекция среди доноров крови была выявлена в 1997 году у одного донора.

В последующие годы выявляемость ВИЧ-инфекции среди доноров составляла: 1998 г. – 2, 1999 г. – 0, 2000 г. – 6, 2001 г. – 22, 2002 г. – 100, 2003 г. – 248, 2004 г. – 231, 2005 г. – 223, 2006 г. – 171, 2007 г. – 134, 2008 г. – 112, 2009 г. – 114, 2010 г. - 108 и в 2011 г. – 81.

За весь наблюдаемый период выявлено 1554 случаев ВИЧ-инфекции среди доноров крови составляла от 0,04% (1997 г) до 0,11% (2003 г).

В годы высокой выявляемости ВИЧ среди доноров крови по нашим данным среди них преобладали лица, относящиеся к группе повышенного риска заражения (потребители инъекционных наркотиков, лица без определенного места жительства и работы и т.п.).

С учетом вышеизложенного можно считать, что увеличение число ВИЧ инфицированных среди доноров создало условия для увеличения риска передачи этой инфекции при переливании крови. В целях профилактики передачи ВИЧ через донорскую кровь и обеспечения безопасности донорской крови необходимо обратить особое внимание на качество медицинского осмотра доноров до взятия крови и на полноту охвата их тестированием на ВИЧ-инфекцию.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Байжанов А.К.
Республиканский центр по борьбе со СПИДом. Ташкент.Узбекистан

Хронические вирусные гепатиты С (ХВГС) с парентеральным механизмом передачи инфекции являются одним из основных сопутствующих заболеваний при ВИЧ-инфекции.

Иммунодефицит, обусловленный ВИЧ-инфекцией, ослабляет воспалительную реакцию в ткани печени у пациентов с коинфекцией – хронический вирусный гепатит С (ХВГС) и ВИЧ-инфекция.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-лабораторных показателей ХВГС у больных ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ) в зависимости от степени иммунодефицита.

Нами обследовано 39 больных ВИЧ-инфекцией, сочетанной с хроническим вирусным гепатитом С, на фоне проведения антиретровирусной терапии.

Среди обследованных больных мужчин было 15 (38,5%), женщин – 24 (61,5%). Возраст больных колебался от 17 до 56 лет.

Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили больные, у которых число CD4-лимфоцитов составило ниже 200 клеток в 1 мкл крови, вторую группу составили больные, у которых данный показатель был более 200 клеток в 1 мкл крови. Среднее количество CD4-лимфоцитов в первой группе составило 127 клеток в 1 мкл крови (от 50 до 197 клеток в 1 мкл крови), а во второй группе – 260 клеток в 1 мкл крови (от 210 до 310 клеток в 1 мкл крови).

После начала АРВТ в первый месяц лечения у трех больных отмечалось обострение гепатита, которое проявилось следующими клинико-биохимическими сдвигами: отсутствие аппетита, горечь во рту, тошнота, боли и тяжесть в правом подреберье, субиктеричность склер; лабораторные показатели: повышение активности ферментов аланинаминотрансферазы (АлАТ, в среднем 2,1 ммоль/л) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ, в среднем 1,3 ммоль/л), а также общего билирубина (в среднем 43,9 мкмоль/л). У этих больных исходное количество CD4-лимфоцитов до лечения было ниже 200 клеток в 1 мкл крови. На фоне АРВТ отмечалось снижение вирусной нагрузки и увеличение количества CD4-лимфоцитов.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что подавление репликации вируса иммунодефицита человека на фоне проводимой антиретровирусной терапии может проявляться синдромом восстановления иммунитета, который зависит от степени иммунодефицита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭССЕНЦИАЛЕ ФОРТЕ Н У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Байжанов А.К., Маткаримов Б.Д., Атабеков Н.С., Файзуллаева Д.Б., Эронов М.М., Анарбаева Б.А., Абдуллаев У.М., Кучкарова Н.М.
Республиканский центр по борьбе со СПИДом, Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз

В современных условиях хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является распространенным заболеванием среди ВИЧ-инфицированных пациентов. ВИЧ-инфекция является фактором риска прогрессирования ХВГС с развитием цирроза печени и печеночной недостаточности.

Целью данной работы было изучение эффективности препарата гепатопротектора – Эссенциале форте Н при хроническом вирусном гепатите С у больных с ВИЧ-инфекцией.

Под нашим наблюдением находилось 43 больных ВИЧ-инфекцией, сочетанной с ХВГС, в возрасте от 18 до 53 лет. Мужчин среди обследованных было 27 (62,8%) и женщин 16 (37,2%). Больные разделены на две (основная и контрольная) группы. Все больные были рандомизированы по возрасту, полу и степени биохимических сдвигов.

Диагноз ХВГС был выставлен на основании анамнестических и клинико-биохимических данных, а также УЗД печени с обязательным подтверждением диагноза при помощи иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной-цепной реакции (ПЦР).

Пациенты основной группы с периода пребывания в стационаре начали получать в качестве гепатопротектора препарат Эссенциале форте Н. Эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ), входящие в состав препарата, соответствуют по своей химической структуре эндогенным фосфолипидам и обладают мембраностабилизирующим, антиоксидантным и антифибротическим действием. ЭФЛ – это высокоочищенный растительный экстракт, получаемый из бобов сои. Они содержат особое активное действующее вещество – фосфатидилхолин, особенностью которого является высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот.

Препарат Эссенциале форте Н назначался по 5 мл (250 мг) медленно внутривенно в течение 10 дней в периоде пребывания больного на лечении по поводу ВИЧ-инфекции. Разводили раствор препарата кровью пациента в соотношении 1:1.

В процессе лечения среди обследованных больных общая слабость снизилась в 1,3 раз относительного исходного уровня ($P<0,01$), также соответственно отмечались улучшение аппетита – в 9 раз ($P<0,01$), уменьшение или исчезновение тяжести и болей в правом подреберье и нормализации сна – 6,3 раза – относительно аналогического показателя в группе сопоставления ($P<0,01$).

При проведении биохимического исследования после лечения было установлено, что в основной группе ВИЧ-инфицированных больных, сочетанной с ХВГС, полная нормализация функциональных проб печени имело место у 38 (88,4%), частичная – у 4 (9,30%) пациентов.

В группе сопоставления, в которой больные не получали препарат Эссенциале форте Н, полная нормализация биохимических показателей крови отмечалась у 21 (48,8%) больного, а улучшение этих показателей – у 10 (23,2%) больных, тогда как у 8 (18,6%) больных сохранялись существенно выраженные сдвиги биохимических

показателей крови, в частности умеренная гипербилирубинемия, что свидетельствует о сохранении умеренно выраженного синдрома внутрипеченочного холестаза.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что включение препарата Эссенциале форте Н к средствам лечения хронического вирусного гепатита С у ВИЧ-инфицированных пациентов способствует ускорению нормализации ряда клинико-биохимических показателей, что позволяет считать уместным и перспективным включение препарата Эссенциале форте Н в комплекс лечения больных с хроническим вирусным гепатитом С на фоне ВИЧ-инфекции.

ОСНОВЫ ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА

Бабаходжаева Д.И.
Республиканский Центр по борьбе со СПИДом. Ташкент. Узбекистан

Постконтактная профилактика (ПКП) является частью комплексной государственной программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а также мероприятий по защите здоровья персонала. ПКП общедоступна, на нее имеют право все, независимо от возраста, пола, гражданства, рода занятий или пребывания в заключении.

ПКП - это медицинская мера, направленная на предупреждение развития инфекции после вероятного контакта с патогенным микроорганизмом. В отношении ВИЧ ПКП- это первая помощь, консультирование и оценка риска, тестирование на ВИЧ после получения информированного согласия, и в зависимости от степени оцененного риска, предоставление короткого курса (4 недели) антиретровирусной терапии (АРТ) с последующим наблюдением.

ПКП должна предоставляться во всех медицинских учреждениях и использоваться в комплексе со стандартными мерами предосторожности, снижающими возможность опасных контактов с инфекционными агентами на рабочем месте (протокол ВОЗ, приказ №4 МЗ РУз от 4 января 2008г).

Методы профилактики парентерального заражения ВИЧ разработаны в основном при проведении профилактики у медицинских работников, получивших травмы инструментом, контаминированным ВИЧ. Доказать эффективность этих мероприятий достаточно сложно, учитывая низкую вероятность заражения ВИЧ, которая составляет при попадании ВИЧ-инфицированной крови на слизистую оболочку 0,09%, а при уколе инструментом, зараженным инфицированной ВИЧ кровью- 0,33%.

Доказана эффективность (риск заражения снижается на 79%) следующей схемы химиопрофилактики - зидовудин (AZT) перорально по 0,2 г 3 раза в сутки в течение 4 нед. В настоящее время, если загрязняющим материалом является кровь, а не другие потенциально опасные жидкости (семенная жидкость, экссудат и т.п.), рекомендуетя применение более агрессивных схем, 2 препарата из группы нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ): зидовудин, ламивудин (AZT+3TC) или 2 препарата из группы НИОТ и 1 препарат из группы ингибиторов протеазы (ИП) (AZT+3TC+L/r).

На 1 июля 2012 года по Республиканскому Центру по борьбе со СПИДом всего было зарегистрировано 47 медицинских работника, женщин-29 (61,7%) , мужчин- 18 (38,3) из различных лечебно-профилактических учреждений г. Ташкента, обратившиеся по поводу контакта с ВИЧ на рабочем месте. По годам: 2009г.-3, в 2010 году обратились 15 человек, в 2011 г.- 18 и в 2012 г. по июль месяц – 11 лиц. По данным нашего наблюдения, из 47 случаев уколов инфицированной иглой среди работников здравоохранения передача ВИЧ произошла в 1(0,33%) случае. Ни одного заражения не произошло при контакте с неповрежденной кожей, со слизистой. Всем им была проведена постконтактная профилактика (ПКП) с использованием рекомендуемых антиретровирусных схем, начатая не позднее, чем через 2 часа после

контакта. Возможно, единственный случай заражения ВИЧ произошел при профессиональном контакте; связь между сероконверсией и случаем профессионального контакта с ВИЧ в этом случае не была подтверждена документально. Специальности медицинских работников, имевшие контакт с ВИЧ на рабочем месте – медсестры 30 (63,8%) , лаборанты 7(15,0%), врачи 10 (21,2%). Во всех случаях имел место контакт с кровью или содержащей кровь биологической жидкостью.На данный момент подтвержденный случай сероконверсии произошел среди хирургов после укола хирургической иглой. Были установлены следующие факторы риска сероконверсии: 1) глубокая травма; 2) травма иглой, которой делали инъекцию в вену; 3) поздняя стадия ВИЧ-инфекции (с высокой вирусной нагрузкой) у пациента, с биологической жидкостью которого произошел контакт.

Применение химиопрофилактики должно начинаться как можно раньше (желательно в первые минуты после возможного заражения) и сочетаться с местной обработкой растворами антисептиков - спирта, борной кислоты, азотнокислого серебра и т.д. Если нет антисептиков, промыть водой. Если с момента возможного заражения прошло более 72 ч, начало химиопрофилактики считается нецелесообразным.

О МЕРАХ ПО СНИЖЕНИЮ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Бекметова М.Ю.
Республиканский центр по борьбе со СПИДом. Ташкент. Узбекистан

Целю настоящего исследования, явилось изучение эффективности охвата ВИЧ инфицированных женщин программами ДКТ и ППМР. В работе были использованы отчетные данные республиканского и региональных центров по борьбе со СПИДом, а также эпидемиологические и статистические методы исследования. В течение 2011 года по республике было зарегистрировано 545524 беременных женщин, из них 98,4% обследовано на ВИЧ-инфекцию. Доля ВИЧ инфицированных беременных составила 0,1%.

В целях предотвращения передачи ВИЧ от матери ребёнку, согласно национальному протоколу, в 2011 году 88,7% из всех выявленных ВИЧ инфицированных беременных женщин получили АРВ (антиретровирусная) профилактику. Так, начиная с 24 недели беременности, АРВП получили 48,7 % беременные, с 28 недели - 25.8 % и в более поздние сроки беременности, начиная со 32 недели АРВП получили –14,2%.

В 77,2 % случаев роды проходили методом кесарева сечения. В 92,1% случаях новорожденные дети, рожденные от ВИЧ позитивных женщин, были на искусственном вскармливании и 94,2 % из них получили АРВ профилактику.

В целях оценки эффективности профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку, а также раннего выявления ВИЧ у детей, рожденных от ВИЧ положительных беременных женщин, 270 детей были обследованы методом ПЦР. Результаты 2-х кратных ПЦР исследований показали, что у 258 (95,5%) детей ВИЧ не выявлен, т.е. предотвращена передача инфекции от матери ребенку, и только в 5 (1,8%) случаях получен положительный результат. В 7 случаях (2,7%) не произведено второе ПЦР исследование.

Эпидемиологическое расследование «ПЦР положительных» случаев, показали следующее: в 3 случаях беременные женщины во время беременности не получили АРВ профилактику. В двух случаях дети родились естественным путем, из них в 1 случае не дана АРВ профилактика ребенку после рождения. Во всех случаях вскармливание было искусственное.

На основании вышеизложенного можно считать, что полный охват беременных ВИЧ инфицированных программами ДКТ и ППМР позволяет удерживать долю вертикальной трансмиссии ВИЧ на достаточно низком уровне.

Полученные данные свидетельствуют о стабильном развитии эпидемии ВИЧ-инфекции и требуют усиления профилактических мероприятий по всем направлениям. Следует обратить особое внимание на профилактику передачи ВИЧ от ВИЧ инфицированной матери ребенку.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Маткаримов Б.Д., Атабеков Н.С., Мустафаев Х.М., Ражабов Г.Х., Байжанов А.К., Бекметова М.Ю., Равшанов Я.Ш.

Республиканский центр по борьбе со СПИДом. Ташкент. Узбекистан

Общепризнано, что в настоящее время проблема борьбы с ВИЧ-инфекцией является одной из актуальных проблем практического здравоохранения всех стран мира без исключения, что было обусловлено широкой распространенностью этой инфекции. Вызывает особую озабоченность рост ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов, так как трудовые мигранты являются одним из факторов, определяющих интенсивность эпидемического процесса при ВИЧ-инфекции среди населения. Уязвимость данной целевой группы к этой инфекции определяется крайне низкой осведомленностью их о путях передачи ВИЧ-инфекции и методах профилактики. Кроме этого, во время трудовой миграции у трудовых мигрантов расширяется число случайных контактов, приводящих к росту среди них ВИЧ-инфекции.

Целью настоящей работы явилась дать сравнительную оценку распространенности ВИЧ инфекции среди трудовых мигрантов за 2009-2011 гг. и за 6 месяцев 2011-2012 гг. Материалом для настоящей работы послужили отчетные данные центров по борьбе со СПИДом и результаты лабораторного обследования трудовых мигрантов на ВИЧ инфекцию.

В 2009 г. среди обследованных трудовых мигрантов ВИЧ инфицированность была выявлена в 161 случае (0,3%), из них 113 (70,2%) составляли мужчины и 48 (29,8%) - женщины. Из общего числа выявленных по Республике ВИЧ инфицированных трудовых мигрантов 45 (20%) приходился на долю г.Ташкента, 24 (14,9%) – Самаркандской, по 20 (12,4%) на долю Ташкентской и Самаркандской областей. Высокая выявляемость ВИЧ инфекции среди трудовых мигрантов отмечалась в Ташкентской (6,2%), Сырдарьинской (1,8%), Самаркандской (0,8%), Андижанской (0,7%) областях и в г.Ташкенте (0,6%), при средне республиканском показателе 0,4%.

В 2010 г. на ВИЧ инфекции были обследованы 95481 трудовых мигрантов и у 205 (0,2%) была выявлена ВИЧ инфекция. Из них 17,6% приходится на долю г.Ташкента, 14,7% - на долю Ферганской, 12,9% - Самаркандской, 11,2% - Андижанской, 9,7 – Ташкентской и 9,3% на долю Бухарской областей. Выявляемость ВИЧ инфекции в Ташкентской области составила 3,9%, в остальных регионах – от 0,1% до 0,5%.

В 2011 г. по сравнению с 2010 годом выявляемость ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов возросла на 3,4%. Из общего числа ВИЧ инфицированных трудовых мигрантов 21,5% приходится на долю Самаркандской, 13,2% - Сурхандарьинской и 11,0% - Андижанской областей.

Из общего числа зарегистрированных с ВИЧ-инфекцией больных за 6 месяцев 2012 года 108 (в 2011 г., 73 больных) составляли мигранты. По сравнению с аналогичным периодом 2011 года выявляемость ВИЧ инфицированных трудовых

мигрантов возросло на 47,9%. ВИЧ-инфекция среди трудовых мигрантов выявлялись в основном в Андижанской (25), Ташкентской и Ферганской (по 11), Бухарской (9), Сурхандарьинской (8), Наманганской (7), Хорезмской (7) областях г.Ташкенте (7), Республике Каракалпакстан (8).

В результате изучения социально-профессионального состава ВИЧ-инфицированных трудовых мигрантов установлено, что среди опрошенных трудовых мигрантов лица с высшим образованием составили 2%, 90,4% имели среднее специальное профессиональное и 3,7% - начальное образование 56,6% трудовые мигранты были женатыми, 25,5% холостыми, а 17,9% - разведенными, 55,1% мигранты проживали без семей.

При устном опросе также выявлено, что 29,8% трудовых мигрантов знали о «мнимых» путях передачи ИППП и ВИЧ инфекции, что свидетельствует об их относительно низком уровне осведомленности. Также выявлено, что среди мигрантов 3,3% ежедневно употребляли алкоголь, 3,9% - наркотические вещества.

С учетом вышеизложенного можно считать, что трудовые мигранты больше подвержены рискованному поведению в силу своей низкой осведомленности и оторванности от семьи, поэтому риск инфицирования половым путем среди мигрантов выше, чем среди стационарного населения.

Постоянное перемещение трудовых мигрантов создает определенные трудности в организации и проведении мероприятий по раннему выявлению среди них ВИЧ-инфицированных больных, что с учетом низкого уровня их знаний о ВИЧ – инфекции и ИППП, может оказать влияние на интенсивность эпидемического процесса при ВИЧ-инфекции внутри страны. Это положение диктует необходимость разработку и внедрение наиболее активных методов работы с трудовыми мигрантами по профилактике ВИЧ-инфекции.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ НИКОҲЛАНУВЧИЛАР ОРАСИДА АНИҚЛАНИШИ

Маткаримов Б.Д., Турапова Д.М., Умаров Ж.Ж.
Республика ва Қашқадарё вилояти ОИТСга қарши кураш маркази

Маълумки 2912 йил Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан 2012 йил – “мустаҳкам оила йили” деб белгиланди. Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 63 моддасида асосан оила жамиятнинг асосий бўғинидир ҳамда жамият ва давлат муҳофазасида бўлиш хуқуқига эга. Шунинг учун ҳам соғлом оила ва соғлом оиладан соғлом авлодни шакллантириш борасида республикада қатор тадбирлар мажмуаси амалга оширилмоқда. Жумладан Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2003 йил 25 августдаги “Никохланувчи шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш тўғрисидаги Низомни тасдиқлаш ҳақида”ги 365-сонли сонли қарорига асосан ҳар бир никоҳланувчи оила қуриш олдидан тиббий кўрикдан ҳамда ОИВ-инфекциясига тест синовларидан ўтказилади.

Изланишнинг асосий мақсади 2012 йилнинг биринчи ярим йиллигида ОИВ-инфекциясининг никоҳланувчилар орасида аниқланишини таҳлил қилишдан иборат бўлди ва бунинг учун республика ва худудий ОИТСга қарши кураш марказларининг ойлик хисоботларидан ҳамда изланишнинг бажарилишида эпидемиологик, серологик ва статистик текширишлар услубларидан фойдаланилди. Натижада 2011 йилнинг 6 ойи давомида республика бўйича 131,3 (68,7%) минг нафардан кўпроқ никоҳланувчилар ОИВ-инфекциясига текширилиб, уларнинг 88 (0,07%) нафарида ОИВ инфекцияси аниқланган бўлса, 2012 йилнинг биринчи ярмида республика бўйича 186 минг 96,6%) нафардан кўпроқ никоҳланувчилар ОИВга текширилганлиги аниқланди. 2011 йилнинг

шу даврига нисбатан никоҳланувчиларни ОИВга текшириш қамрови 28,1%га ва ОИВ аниқланган никоҳланувчиларнинг сони эса 10 нафарга кўпайди, умумий текширилган никоҳланувчиларнинг 98 (0,05%) нафарида ОИВ-инфекцияси аниқланди. Никоҳланувчилар орасида ОИВ-инфекцияси аниқланиши нисбатан Тошкент шаҳри (0,2%), Андижон (0,07%), Тошкент (0,07%) ва Фарғона (0,06%) вилоятларида юқори бўлди.

Республика бўйича ОИВ аниқланган никоҳланувчиларнинг 23 (23,5%) нафари Тошкент шаҳрига, 12 (12,2%) -Тошкент, 30 (30,6%) нафари 3та вилоят-Фарғона, Андижон ва Самарқанд (ҳар бирида 10 (10,2%) нафардан) вилоятларига тўғри келди. Бухоро, Сурхондарё ва Қашқадарё вилоятларида, мос равишда, 9 (9,2%), 8 (8,2%) ва 7 (7,1%) нафар никоҳланувчиларда ОИВ-инфекцияси аниқланди.

2011 йилнинг шу даврига нисбатан 2012 йилда никоҳланувчилар орасида ОИВ инфекциясининг аниқланиши Тошкент шаҳрида 6, Бухоро вилоятида 8, Тошкент вилоятида 6, Хоразм вилоятида 4 ва Фарғона вилоятида 2 та холатга камайди, лекин никоҳланувчилар орасида ОИВ-инфекциясининг аниқланиши Сурхондарё (8 нафарга), Қашқадарё (5 нафарга), Сирдарё (3 нафарга) вилоятлари ҳамда Жиззах, Навоий ва Самарқанд (1 нафардан) вилоятларида 2011 йилнинг шу даврига нисбатан ортди.

Олинган маълумотлар, соғлом оилада соғлом фарзанд вужудга келтириш ва мустаҳам оила яратиш учун никоҳланувчиларнинг оила қуришдан аввал албатта ОИВ-инфекциясига текширувдан ўтишлари зарурлигини таъкидлайди. Тиббиёт ходимлари ва мутассади ташкилотлар томонидан никоҳдан ўтувчиларни ОИВ-инфекциясига тўлиқ текширилиши устидан мониторинг ўрнатилиши мустаҳкам оила ва унда соғлом авлодни шаклланишида катта ахамиятга эга эканлигидан далолат беради.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Ражабов Г.Х., Атабеков Н.С., Маткаримов Б.Д., Байжанов А.К., Бекметова М.Ю.
Республиканский центр по борьбе со СПИДом. Ташкент. Узбекистан

Проблема распространения ВИЧ-инфекции более 30 лет продолжает оставаться актуальной для всех стран мира без исключения. По данным экспертов ВОЗ, в настоящее время она регистрируется во всех странах мира и количество людей живущих с ВИЧ-инфекцией лиц в мире составляет более 34 млн. человек. Ежегодно заражается от 4,3 до 6,6 млн. человек и от этой инфекции умирают около 2 млн. человек. Общепризнано, что социально-экономический ущерб, наносимый обществу и государству ВИЧ инфекцией, обусловлен преимущественным вовлечением в эпидемический процесс активного трудоспособного населения и интенсивность эпидемического процесса при всех инфекционных заболеваниях во многом зависит от активации путей и факторов передачи инфекции.

С учетом вышеизложенного целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике за 2011 и 2012 гг. При выполнении настоящей работы были использованы отчетные данные республиканского и региональных центров по борьбе со СПИДом о выявляемости ВИЧ-инфекции и данные, полученные в результате эпидемиологического расследования случаев ВИЧ инфекции. В работе были использованы эпидемиологические и статистические методы исследований.

В 2011 г. по сравнению с 2010 годом количество тестируемых на ВИЧ – инфекцию лиц возросло на 24,1%, однако количество выявляемых больных снизилось на 5,5%.

В 2011-2012 гг. ВИЧ-инфекция выявлялась во всех регионах страны. За 6 месяцев 2012 года в Республике было зарегистрировано 2002 случая вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией, что на 234 случая больше, чем за аналогичный период 2011 года. Однако выявляемость ВИЧ инфекции в регионах страны была различной. В 2012 году сравнительно высокая выявляемость ВИЧ-инфекции наблюдалась в г.Ташкенте, Андижанской, Ташкентской, Самаркандской, Ферганской и Сурхандарьинской областях. Из 14 административных регионов в 8 наблюдалось увеличение количества выявляемых больных ВИЧ-инфекцией Среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекцииудельный вес мужчин составил 52,1%, женщин – 47,9%.Отмечается увеличение случаев ВИЧ-инфекции среди женщин в Джизакской и Сырдарьинской областях (по 59,2%), Ташкентской (57,2%), Андижанской (51,8%) областях, г.Ташкенте (51,5%) и в РК(47,1%).

Следует отметить, что в последние годы в Республике отмечается рост передачи ВИЧ-инфекции половым путём. За 6 месяцев 2012 года половой путь передачи составил 50,5% (в 2011г.- 39,7%), парентеральный путь – 31,8% (в 2011 г.– 29,6%), вертикальный путь – 3,2% (в 2011 г.– 4,8%).

Наличие ВИЧ инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, трудовых мигрантов и других уязвимых групп населения приводит к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции половым путем, вовлечению в эпидемический процесс широких слоев населения, что нашло свое подтверждение в наших исследованиях.

Таким образом, можно считать, что эпидемический процесс при ВИЧ-инфекции в условиях нашей страны характеризуется своеобразием проявления эпидемиологических закономерностей, требующих дифференцированного подхода к выбору стратегии борьбы с ВИЧ-инфекцией.

ПРОБЛЕМЫ НЕЙРОСПИДА В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ

Матчанов А.Б., Якуббеков Т.Ю., Тохиров О.А., Ельцова С.В.
Городская клиническая туберкулёзная больница № 1. Ташкент. Узбекистан

При возникновении ВИЧ инфекции в патологический процесс вовлекаются все жизненно важные органы и системы, но основными среди них является клетки иммунной и нервной системы. Поэтому проблемы ВИЧ/СПИДа является мультидисциплинарными. Возникающие неврологические расстройства представляются различными клиническими формами патологии нервной системы (функциональны и органические). В связи с этим в решении вопросов ранней диагностики и последующего своевременного лечения возникают определенные трудности.

Знания врачами различных специальностей многообразия клинических проявлений ВИЧ/ СПИДа является актуальной проблемой.

Цель работы: изучение возникающих частоты и характера органических неврологических проявлений у больных ТБ-ВИЧ, проходивших лечение в ГКТБ №1 с 2005 по 2011гг. для определения критериев ранней диагностики.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 282 больных ВИЧ СПИДом на базе ГКТБ №1 с оценкой эпидемиологических, клинико-неврологических и иммунологических параметров крови, ликвора, результатов КТ, МРТ.

Результаты: проведенный анализ динамики роста частоты встречаемости как первичного, так и вторичного нейроСПИДа показал его увеличение на 30%, а количество больных обратившихся впервые к неврологу (на 16%) которым был

установлен диагноз ВИЧ-носительства. Также был отмечен рост смертности среди ВИЧ-инфицированных (18,3%), где изменения в невростатусе явились единственной причиной смерти или способствовали отягощению состояния больных. Больные распределялись следующим образом: мужчины – 250 (87,2%); женщины – 32 (42,8%); первичные – 89 (31,6%); повторные – 216 (%); МБТ были выявлены у 95 больных, что составило 33,7%. По возрастному распределению преобладали лица молодого и среднего возраста. По характеру и форме туберкулёзного процесса больные распределялись следующим образом: диссеминированный - 134 (47,5%), инфильтративный – 58 (20,7%), очаговый – 30 (10,6%), плеврит – 27 (9,6%), фиброзно-кавернозный – 22 (7,8%), казеозная пневмония – 2 (0,7%), туберкулезный менингит (без легочных проявлений) – 8 (2,8%). Следует отметить тот факт, что характер неврологических нарушений был различного спектора и выходил за рамки известных и описанных в литературе основных классических форм нейроСПИДа (ВИЧ-энцефалопатии 149, менингиальная симптоматика 120, периферические нейропатии 158). Из-за обилия различных неврологических изменений и их сочетания затрудняет ранняя диагностика представляет определенные трудности. При анализе ликвора выявлялось преобладание лимфоцитарного плеоцитоза – от 40 до 780; содержание белка - от 0,99 до 3,9 г/л. В некоторый случаях наблюдался нормальный состав ликвора при явной менингиальной и общемозговой симптоматике. Анализ крови на TORCH-инфекцию характеризовались повышением титра антител на ВПГ и ЦМВ. Параметры CD-4 клеток колебались от 3 до 18мм3. Общемозговая и менингиальная симптоматики ОС и МС отмечены – 86 (30,5%), на этапе амбулаторного лечения (после успешного стационарного) – 56 (19,9%) случаев.

Вывод: 1. Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции, спектр которых широк и разнообразен, возникают уже на ранних стадиях заболевания при отсутствии системных нарушений. Частота неврологический осложнений при поздних стадиях ВИЧ-инфекции достаточно высокая (12-23%).

2. При поздних стадиях ВИЧ-инфекции наиболее часто наблюдают поражение ЦНС, преимущественно органического характера (энцефалит, менингит и опухоль головного мозга).

3. Параметры крови, ликвора и невростатуса не всегда адекватно отражают ситуацию в мозговой паренхиме.

4. Проблемы нейроСПИДа требуют участия специалистов различных профилей (невропатологи, фтизиатры, психиатры, СПИДологи) и принятием их совместных усилий к их решению.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ

Рахимова В.Ш., Назарова Р.П., Субботина И.А.
НИИ Вирусологии, ТашИУВ. Ташкент. Узбекистан

Проблема оппортунистических инфекций при ВИЧ инфекции в практике клиницистов, задействованных во всех сферах здравоохранения является одной из приоритетных проблем. На сегодняшний день все чаще в клиники посткпают пациенты с поражениями ЦНС различной этиологии. В часмтности одной из наиболее часто диагностируемых причин поражения ЦНС при ВИЧ инфекции явлеться токсоплазмоз. Токсоплазмоз является длительно текущем хроническим заболеванием, и как правило, у ВИЧ позитивных пациентов церебральный токсоплазмоз развивается в следствии реактивации латентной инфекции Toxoplazmagondii при низких количествах СД 4 клеток.

Под нашим наблюдением находилось 5 пациента с диагнозом: ВИЧ инфекция IV клиническая стадия (ВОЗ). Церебральный токсоплазмоз. Клинически он проявлялся: нарастающими головными болями на фоне повышенной температуры тела, кратковременными потерями сознания, гемипарезами, общей слабостью, недомоганием. Клинически у 2 больных диагностирован менингиальный синдром, у 3 менингоэнцефалит.

При проведении серологического исследования методом ИФА у 2 пациентов выявлено положительные специфические антитела класса IgG, у 3 пациента положительные специфические антитела класса IgM и IgG.

При исследовании ликвора методом ПЦР во всех пяти образцах получены положительные результаты. Для подтверждения диагноза и определения очага всем больным было проведено КТ мозга. При этом у всех пациентов определялись полостные объемные образования неправильной овальной формы с неровными четкими контурами и выраженным перефокальным отеком вещества головного мозга. Количество СД 4 клеток было ниже 100 мкл [1].

Обследуемым пациентам назначалась альтернативная схема комплексного лечения этиотропными препаратами: ТМП-СМК, азитромицин и лейковарин. На 21-22 сутки от начала лечения токсоплазмоза всем больным была назначена АРВ терапия. После выписки больные находятся на диспансерном наблюдении у невропатолога. В настоящее время отмечается увеличение СД 4 клеток и улучшение клинического состояния, регрессия очагов на КТ снимках.

Полученные клинические данные свидетельствует о том, что своевременная диагностика и раннее начало лечения церебрального токсоплазмоза у ВИЧ инфицированных снижает летальность.

ТОШКЕНТ ШАҲРИ ВА ВИЛОЯТИДА ЯШОВЧИ ОИВ-ИНФЕКЦИЯЛИ ҚОН ДОНОРЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

Равшанов Я.Ш.
ЎзР ССВ Республика ОИТСга қарши кураш маркази. Тошкент, Ўзбекистон

Ўзбекистонда ОИВ-инфекция эпидемияси концентрланган босқичда бўлиб, лекин кейинги вақтларда унинг тарқалиш суръатларининг ўсиши ва умумий эпидемиологик қонуниятларида бир қанча ўзгаришлар кузатилмоқда. 2006-2010 йиллар мобайнида ОИВ-инфекциясининг юқиш йўли бўйича таҳлил шуни кўрсатадики, жинсий юқиш йўлининг салмоғи (2006 й. - 18,0%; 2010 й. – 33,7%) ортиб бораётганига қарамасдан, парентерал юқиш йўли (2006 й. - 66,8%; 2010 й. - 37.6%) ҳамон асосий юқиш йўли бўлиб қолмоқда.

Аҳоли орасида ОИВ-инфекциясини юқтириб олган шахслар сонининг кумулятив ортиб бориши билан қон донорлари орасида ушбу инфекциянинг аниқланиши ҳам кўпайди.

Ушбу тадқиқотнинг вазифаси Тошкент шаҳри ва вилоятида яшовчи қон донорларининг эпидемиологик тавсифини қиёсий ўрганишдан иборат бўлди. Бизнинг кузатувимизда Тошкент шаҳри бўйича 77 нафар - 53 (68,8%)эркак ва 24 (31,2%)аёл , Тошкент вилояти бўйича 77 нафар - 59 (76,6%) эркак ва 18 (23,4%) аёл 2001-2011 йй.да ОИТСмарказларида ҳисобда турган жами 154 нафар ОИВ-инфекцияли қон донорлари бўлди.

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида Тошкент шаҳридаги қон донорларининг ярмидан кўпи (56,0%) Чилонзор, Сирғали, Ҳамза туманларида аниқланган бўлса, Тошкент вилоятининг биргина Олмалиқ туманининг ўзида ушбу кўрсаткич 57,1% ни ташкил этди.

Ёш гуруҳлари бўйича Тошкент шаҳрида истиқомат қилувчи донорлар: 30-40 ёшлилар 33 (42,9%) нафарни, 20-30 ёшлилар 19 (24,7%), 40-50 ёшлилар 16 (20,8%), 50-60 ёшлилар 7 (9,1%), 60 ёшдан катталар 2 (2,6%) ва 20 ёшдан кичиклар 1 (1,3%) нафарни ташкил этди. Ушбу кўрсаткичлар Тошкент вилоятида: 30-40 ёшлилар 38 (49,3%), 40-50 ёшлилар 21 (27,3%), 50-60 ёшлилар 13 (16,9%) ва 20-30 ёшлилар 5 (6,5%) нафарни ташкил қилди.

Оилавий аҳволи таҳлил қилинганда тадқиқотлар даврида Тошкент шаҳри ва вилоятидаги қон донорларининг мос равишда 19 (24,7%) ва 29 (37,7%) нафари оилали бўлганлиги аниқланди.

Донорлик стажи 1 йилдан кўп бўлганлар Тошкент шаҳрида 21 (27,3%), Тошкент вилоятида 29 (37,7%) нафарни ташкил қилган бўлса, 1 йилдан кам донорлик стажига эга бўлганлар орасида ушбу кўрсаткич, мос равишда 56 (72,7%) ва 48 (62,3%) га тенг бўлди. Донорликни бошлагунча ва донорлик фаолияти давомида Тошкент шаҳри ва вилоятидаги қон донорларининг мос равишда 26 (33,8%) ва 37 (48,1%) нафари даволаш-профилактика муассасаларига касаллик юзасидан мурожаат қилишганлиги ёки даволанишганлиги маълум бўлди.

ОИВ-инфекцияли қон донорларининг ижтимоий шароити таҳлил қилинганда, иккала маъмурий ҳудудда 9 (11,7%) ва 22 (28,6%) нафари гиёҳванд моддаларни қабул қилиши аниқланди. Тошкент шаҳрида яшовчи донорларнинг 11 (14,3%) нафари жазони ижро этиш муассасаларида бўлган бўлса, пойтахт вилоятида ушбу кўрсаткич 13 (16,9%) ни ташкил қилди. Тошкент шаҳрида 17 (22,1%) нафар ва Тошкент вилоятида 14 (18,2%) донорлар хорижий, жумладан, ОИВ-инфекцияси бўйича нохуш эпидемиологик вазият мавжуд бўлган мамлакатлар ва минтақаларга бориб келганликлари маълум бўлди.

Юқиш йўли бўйича таҳлил шуни кўрсатдики, Тошкент шаҳрида яшовчи донорларнинг 65 (84,4%)нафарида ОИВ-инфекцияси жинсий йўл билан юққанлиги ва юқиш омили тартибсиз жинсий алоқалар,11 (14,3%) нафарида эса парентерал йўл билан юққанлиги ва юқиш омили умумий шприцдан биргаликда фойдаланганлиги тахмин қилинди. Тошкент вилоятида ушбу кўрсаткичлар, мос равишда, 51 (66,2%) ва 26 (33,8%)ни ташкил қилди.

Олинган натижалар Тошкент шаҳри ва вилоятида яшовчи қон донорлари орасида ОИВ-инфекциясининг ривожланиш тенденциясини қиёсий баҳолаш имконини берди.

АКУТАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ ПРОТИВ ГРИППА

Рахимов Р.Р., Рахимов Р.А.
НИИ Вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Грипп - инфекция, имеющая глобальное распространение и наносящая большой социально-экономический ущерб.Во время ежегодных эпидемий гриппа, заболевает от 5 до 15% всего населения планеты, увеличивается количество госпитализации в 2 раза, осложнений - со стороны центрально-нервной и сердечно-сосудистой систем организма, в особенности со стороны нижних дыхательных путей (пневмония и бронхит).

Наряду с гриппом, ВИЧ-инфекция, на сегодняшний день, также является одной из актуальнейших проблем во всем мире. В мире насчитывается более десятка миллионов ВИЧ-инфицированных больных. Распространение ВИЧ-инфекции имеет не только медицинскую, но и социальную значимость, поскольку является одной из

опаснейших заболеваний человека, приводящим к неизбежной гибели инфицированных больных.

Иммунодефицитное состояние повышает восприимчивость организма больного к инфекциям: пациенты тяжелее переносят грипп, чаще присоединяются тяжелые бактериальные инфекции и формируются постгриппозные осложнения, что способствует снижению качества и продолжительности жизни. В настоящее время, в подавляющем большинстве случаев, у ВИЧ-инфицированных лиц, обращающихся за медицинской помощью, наблюдается поражение дыхательной системы. У 80% умерших ВИЧ-инфицированных лиц выявляют тяжелую патологию органов дыхания. Поэтому больные ВИЧ инфекцией относятся к группе повышенного риска развития осложнений и преждевременной смертности от гриппа и его осложнений.

Проблема гриппа у больных с иммунодефицитным состоянием, особенно остро проявилась в 2009 г., во время пандемии гриппа A/H1N1pdm09. Лица с иммунодефицитным состоянием, в особенности, не вакцинированные ВИЧ-инфицированные лица, заболевшие гриппом A/H1N1pdm09, чаще переносили заболевание в тяжелой клинической форме и нуждались в госпитализации.

Все это обуславливает актуальность решения вопроса массовой предсезонной вакцинации ВИЧ-инфицированных лиц против гриппа, особенно детей. Этот вопрос является весьма актуальным т для Узбекистана, где гриппом ежегодно переболевают тысячи человек, среди которых немалую долю составляют люди с различными иммунодефицитными состояниями, значимую часть которых составляют ВИЧ инфицированные лица.

Кроме того, опубликованы данные, свидетельствующие о том, что вакцинация против гриппа на некоторый период времени замедляет у ВИЧ-инфицированных пациентов развитие инфекции в сторону СПИДа.

Однако, в связи с вакцинацией против гриппа ВИЧ-инфицированных лиц, возникает ряд проблем. В целом вакцинация ВИЧ инфицированных лиц является безопасной. Но имеются данные о вакциноассоциированных осложнениях, снижении уровня CD4+ лимфоцитов и увеличении вирусной нагрузки в поствакцинальном периоде. Помимо общих и местных реакций со стороны организма, редким, но и самым серьезным осложнением, в первую очередь у детей, является восходящий паралич (синдром Гийена-Барре).

Наибольшие сомнения вызывает то, что у ВИЧ-инфицированных лиц вполне вероятно наличие слабого клеточного и гуморального иммунного ответа на вакцинацию, что может обусловить недостаточный уровень иммунной защиты.

Учитывая разные, по своей полярности, взгляды на целесообразность, безопасность и эффективность вакцинации ВИЧ-инфицированных лиц против гриппа, представляет научную и практическую значимость углубленное изучение этой проблемы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

Рахимов Р.Р., Рахимов Р.А., Ибадуллаева Н.С.
НИИ Вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

В период эпидемического подъема заболеваемости гриппом и ОРИ в феврале 2012 г., в г. Ташкенте проводилось лабораторное обследование на грипп методом ПЦР 45 пациентов с острыми респираторными заболеваниями. Из них было выявлено 27 (60,0%) среднетяжелых больных, лабораторно подтвержденным гриппом (55,6% грипп типа А и 44,4% типа В).

Заболевание гриппом у ВИЧ-инфицированных лиц во всех случаях начиналось остро, без продромальных явлений, с повышения температуры тела до фебрильного уровня и развития симптомов интоксикации, максимально выраженных в первые двое суток болезни. Лихорадочный период в 29,6% случаев длился 5-7 суток, а в 70,3% затягивался до 8-13 суток.

У большинства больных (96,3%) наиболее характерным проявлением интоксикации была головная боль. Боль по характеру была выраженной, локализовалась у всех больных в лобно-височной области, особенно в области надбровных дуг и сочеталась с ретроорбитальными болями. Наряду с головной болью наиболее частыми проявлениями интоксикации являлись: фотофобия и слезотечение (88,9%), миалгия и артралгия (81,5%).

Проявления катарально-респираторного синдрома развивались вслед интоксикации организма и были максимально выраженными на 4-5 сутки болезни. Одним из частых поражений верхних дыхательных путей являлся ринит и фарингит, выявленный у 81,4% больных. У 59,3% пациентов были также отмечены поражения более нижних отделов верхних дыхательных путей, в виде ларинготрахеита. Клинические проявления ринофарингита наблюдали в течение 8-9 суток, тогда как проявления ларинготрахеитом длились до 10-15 суток.

Уже на 3-4 день заболевания гриппом у большинства ВИЧ-инфицированных лиц (70,4%) развилось поражение нижних дыхательных путей лиц в виде острого бронхита. Причем острый бронхит был выявлен у всех больных с явлениями ларинготрахеита и длился до 10-15 суток. А у больных ринитом и фарингитом, острый бронхит был выявлен только в 42,9% случаев и продолжался 9-10 суток. У 31,3% пациентов с ларинготрахеобронхитом, на 4-5 день заболевания, развилась дыхательная недостаточность I степени.

Наиболее частым симптомом поражения дыхательных путей, являлся сухой кашель, жалобы на который предъявляли 66,7% больных фарингитом и все больные ларинготрахеобронхитом. Кашель у больных фарингитом был сухой, а при присоединении бронхита становился влажным с выделением слизистой мокроты. Больных ларинготрахеитом жаловались на сухой, грубый, мучительный, «лающий» кашель с трудно отделяемой слизистой мокротой. При присоединении бронхита начиналось выделение слизисто-гнойной мокроты, что указывало на возможное присоединение бактериальной инфекции.

Аускультативно у всех больных прослушивалось жесткое дыхание и у 66,7% - мелко и среднепузырчатые, а также сухие хрипы.

Грипп у ВИЧ-инфицированных лиц протекал во всех случаях в среднетяжелой форме и характеризовался выраженным синдромом общей интоксикации с фебрильной лихорадкой и затяжным течением заболевания. Катарально-респираторный синдром характеризовался поражением, в основном, нижних отделов верхних дыхательных путей, с дальнейшим переходом на нижние дыхательные пути, с формированием острого бронхита. У 1/3 таких больных развивалась острая дыхательная недостаточность I степени.

В связи с тем, что грипп у ВИЧ-инфицированных лиц протекает в клинически более тяжелой форме с высоким уровнем поражения нижних дыхательных путей, необходимо проводить раннее выявление таких больных и своевременную этиотропную терапию.

РОСТО- ВЕСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ

Туйчиев Л.Н.[1], Атабеков Н.С.[2], Худайкулова Г.К.[1], Атаходжиева Х.А.[2], Аладова Л.Ю.[1]
Ташкентская Медицинская Академия[1], Республиканский Центр по борьбе со СПИДом[2]Ташкент. Узбекистан

Нарушения питания у ВИЧ-инфицированных детей, проявляющиеся изменением динамики росто- весовых показателей, могут быть обусловлены многими причинами, например недостаточным поступлением питательных веществ, их усиленными потерями, повышением потребности в питательных веществах и нарушениями метаболизма. Роль каждой из этих причин изучена на сегодняшний день недостаточно. В связи с этим, изучение антропометрических показателей, характеризующих состояние питания при ВИЧ- инфекции у детей, их взаимосвязь с различными факторами, такими как иммуносупрессия, концентрация вируса в крови и т.д., является актуальным и целесообразным.

Цель исследования: изучить росто- весовые показатели детей с ВИЧ-инфекцией в зависимости от стадии основного заболевания и степени иммуносупрессии.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 50 детей с диагнозом «ВИЧ- инфекция», состоявшие на диспансерном учете в Республиканском центре по борьбе со СПИДом МЗ РУз. Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных в соответствии с приказом МЗ РУз № 80 от 28.03.2012 Г. “Узбекистон Республикасида ОИВ инфекциясини олдини олиш чора-тадбирлари ва тиббий ёрдамни ташкил этишни янада такомиллаштириш тугрисида”.

Дети, находившиеся под наблюдением, были в возрасте от 2 до 5 лет. Медиана возраста составила 3 года 5 месяцев. Среди наблюдаемых детей было 25 мальчиков и 25 девочек.

У детей проводилось измерение массы тела/веса и длины тела/роста и их анализ в соответствии с центильными диаграммами (Национальный клинический протокол «Оказание медицинской помощи при ВИЧ/СПИДе у детей», 2012 г.).

Результаты и их обсуждение: Выявлена взаимосвязь между уровнем иммуносупрессии и снижением веса/массы тела у детей с ВИЧ- инфекцией. Так, при тяжелом иммунодефиците доля детей со снижением массы тела до уровня 10-25 центиля и 5 центиля и ниже была наиболее значимой и составила в сумме 48%. Относительно высокие показатели (50-75 центиль и 90 центиль и выше) в большей степени регистрировались у детей с умеренным и незначительным угнетением иммунного ответа.

Подобная тенденция наблюдалась при изучении взаимосвязи между уровнем иммуносупрессии и показателями роста/длины тела при ВИЧ- инфекции у детей. Однако, в отличие от предыдущих показателей, в данном случае у 8% детей с тяжелым иммунодефицитом отмечались высокие уровни показателя роста/длины тела (90 центиль и выше).

Нами также изучены зависимость показателей веса/массы тела и роста/длины тела у детей от стадии ВИЧ- инфекции. Самые низкие значения изучаемых показателей (на уровне 5 центиля и ниже) отмечались у детей с IV клинической стадией ВИЧ-инфекции, что согласуется с литературными данными. Доказано, что дети с продвинутыми стадиями ВИЧ- инфекции отстают в росте и развитии сильнее, чем дети с менее тяжелым течением заболевания.

Вместе с тем, относительно высокие показатели веса/массы тела и роста/длины тела (выше 90 центиля) также регистрировались у детей с продвинутыми стадиями основного заболевания (при 4 стадии – у 4%, при 3 стадии – у 6 % детей). По-

видимому, это объясняется тем, что в данных случаях имел место парентеральный путь передачи инфекции.

Заключение: Таким образом, нами выявлена зависимость показателей физического развития у ВИЧ- инфицированных детей от таких факторов, как стадия заболевания и степень угнетения иммунного ответа. Возможно, подобная взаимосвязь носит двусторонний характер. По-видимому, дефицит питательных веществ влияет на прогрессирование ВИЧ-инфекции, однако как сама ВИЧ-инфекция, так и связанное с ней нарушение иммунного ответа могут нарушать питательный статус в результате недостаточного содержания питательных веществ в рационе, нарушений всасывания, повышенной потребности в питательных веществах и нарушений метаболизма, особенно на фоне оппортунистических и прочих инфекций.

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИ ОРАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ХАҚИДА

Туйчиев Л.Н., Назарова С.К., Маткаримов Б.Д.,Ражабов Г.Х., Аббасов К.И. Равшанов Я.Ш.

ЎзР ССВ Республика ОИТСга қарши кураш маркази. Тошкент. Ўзбекистон

Биринчи марта тиббиёт ходимлари орасида ОИВ-инфекцияси 2003-2004 йилларда 3 нафардан тиббиёт ходимида аниқланган бўлса, 2005 йилдан бошлаб ОИВ-инфекцияси тиббёт ходимлари орасида 6 нафаргача кўпайди. 2006-2007 йилларда ОИВ-инфекцияси аниқланган тиббиёт ходимларининг сони 17 ва 20 нафага кўпайди. 2008-2011 йилларда ОИВ-аниқланган тиббиёт ходимларининг сони йилига 55 (2008 й.), 71 (2009 й.), 56 (2010 й.) ва 49 (2011 й.)ни ташкил этди.

Республика бўйича ОИВ-инфекцияси аниқланган шахслар орасида тиббиёт ходимларининг салмоғи 2003-2005 йилларда 0,16% - 0,27%ни ташкил этган бўлса, бу кўрсаткич 2006-2007 йилларда 0,77% - 0,63%ни, 2008-2011 йилларда эса 1,62% - 1,37%ни ташкил этди.

2011 йилда республика бўйича 104,6 мингдан ортиқ тиббиёт ходимлари ОИВ-инфекциясига текширилган бўлиб, улардан 59 (0,05%) нафарида ОИВ-инфекцияси борлиги аниқланган. ОИВ-инфекцияси Жиззах, Навоий ва Қорақалапоғистон Республикасидан бошқа республиканинг барча худудлари тиббиёт ходимлари орасида аниқланди.

ОИВ-инфекцияси аниқланган тиббиёт ходимларининг 14 (237%) нафари Андижон вилоятига , 11 (18,6%) Тошкент шаҳри, 9 (15,3%) - Тошкент вилояти, 7 нафари (11,9%) –Сурхондарё ва 5 нафари (8,5%) – Фарғона, 4 нафари (6,8%) - Самарқанд вилоятига тўғри келди. Республиканинг қолган худудлари - Хоразм (1 нафар), Наманган (3 нафар), Бухоро, Жиззах, Кашкадарё вилоятлари тиббиёт ходимлари орасида 1 нафардан ОИВ-инфекцияси аниқланди.

ОИВ-инфекцисига текширилган тиббиёт ходимлари сонига нисбатан ОИВни аниқланиш даражаси Тошкент шаҳри (1,64%), Андижон (0,13%), Сурхондарё (0,11%), Фарғона (0,11%) вилоятларида юқори бўлди.

Тиббиёт ходимлари орасида ОИВ-инфекциясининг юқиш йўллари 52 (88,1%) холатда аниқланган бўлиб, 18 (34,5%) холатда ОИВ-инфекцияси парентерал ва 34 (65,4%) холатда жинсий йўл орқали юққан деб гумон қилинган.

2012 йилнинг ўтган 6 ойи давомида тиббиёт ходимларининг 92,0 минг нафари ОИВ-инфекциясига текширилган бўлиб, уларнинг 29 (0,03%) нафарида ОИВ-инфекцияси иммуноблотинг реакциясида мусбат натижа олинган, бу кўрсаткич 2011 йилнинг шу даврига нисбатан 10 холатга кўпайди. Тиббиёт ходимлари орасида ОИВ-инфекцияси Фарғона ва Самарқанд (5 нафардан), Тошкент (4), Сурхондарё (3) вилоятлари ҳамда Тошкент шаҳрида (9) нисбатан кўпроқ аниқланди.

2012 йилда тиббиёт ходимлари орасида умумий қайд этилган ОИВ-инфекциясининг юқиш йўллари тахлил қилинганда – 82,8% (24 та холатда) ОИВ-инфекцияси тиббиёт ходимларига жинсий алоқа йўли билан ва 13,8% (4 та холатда) эса парентерал йўл орқали юққанлиги аниқланган.

Юқорида келтирилган маълумотлар тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекцияси ва унинг профилактикаси бўйича билим савияларини тизимли равишда ошириб борилиши лозимлигини таъкидлайди. Бунинг учун ҳар бир даволаш-профилактика муассасасида ОИВ-инфекцияси бўйича доимий фаолият кўрсатувчи махсус курсларни ташкил этиш ва уларга барча тиббиёт ходимларини жалб этиш, уларни билим савияларини тизимли равишда синаб бориш мақсадга мувофиқ.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Юлдашова Г.Т., Мусабаев Э.И., Умаров Ф. Х.
НИИ Вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Многие учёные предполагают, что с момента появления ВИЧ, как самостоятельного вирусного агента, на протяжении многих десятилетий, он многократно передавался от различных видов африканских приматов к человеку, и наоборот, что привело, в свою очередь, к дивергентному развитию ВИЧ.

На основании филогенетического анализа ВИЧ разделен на 2 типа: ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

ВИЧ-1, в свою очередь, подразделяют на 4 группы:

I – группа M (main- основная);
II – группа O (outlier - аномальная);
III – группа N (ни группа M, ни группа O);
IY- группа P (временная группа).

Штаммы группы М являются наиболее распространенными во всём мире, и широко изученными. Эту группу штаммов подразделяют на 10 подтипов (A, B, C, D, E, F, G, H, I, K), далее подтипы подразделяются на под-подтипы (A1-A4,F1-F2) и 48 CRF (Circulating Recombinant Forms- рекомбинантные циркулирующие формы), обозначаемыми числами, которые следуют за буквами родительского подтипа.

До 1998 г. на территории СНГ регистрировались 8 подтипов ВИЧ-1, с доминированием подтипа B. Позже, после попадания вируса в среду наркоманов, сначала на Украине, затем в Белоруссии и России, а затем и в других республиках СНГ, стал доминировать подтип A ВИЧ-1 (80-85%).

Цель: Изучение генотипов штаммов ВИЧ-1, циркулирующих на территории Узбекистана.

Материалы и методы: За основу исследований были взяты замороженные образцы крови, собранные от ВИЧ-инфицированных больных, госпитализированных в НИИ Вирусологии МЗ РУз, в 2006 году. Образцы были амплифицированны и просеквенированы, молекулярно-генетическим методом, на автоматическом капиллярном секвенаторе “Beckman Coulter”, USA.

Результаты: Из 22 проанализированных образцов – в 15 (68,2%) был выявлен GRF02_AG рекомбинантный штамм ВИЧ-1; в 5 (22,8%) – одновременно подтип A и GRF01_AE; в 2 (9%) - подтип A.

В научных исследованиях по изучению распространения Западно-Африкантских рекомбинантных форм ВИЧ-1, проведённых в г. Ташкенте (Узбекистан), в 2002-2003 гг.(Carr JK, Nadai Y, Eyzaguirre L, Saad MD, Khakimov MM, Yakubov SK, Birx DL, Graham), из 142 образцов – в 13 (9,2%) был выявлен GRF02_AG рекомбинантный штамм ВИЧ-1; в 2 (1.4%) – сочетание GRF02_AG с подтипом A; а в

12 (8,5%) – мозаичные, уникальные, раннее не выявленные нигде, циркулирующие рекомбинантные формы ВИЧ-1.

А по результатам молекулярно-генетичексих исследований по изучению генотипов и серотипов, циркулирующих на территории Узбекистана, проведённых в 1999-2000гг. сотрудниками НИИ Иммунологии (Зилялиева М.В., и др.), в 63,6% случаев был идентифицирован генотип А ВИЧ-1; в 24,3% - генотип В, в 3% - генотип D, а остальные образцы не удалось амплифицировать.

Выводы: Дальнейшее изучение генотипов и серотипов ВИЧ-1 является стратегической необходимостью для разработки новых и апробации уже известных диагностических тест-систем и лечебных антиретровирусных препаратов. Использование молекулярных тестов, предназначенных для определения вирусной нагрузки, выявления РНК или ДНК, возможно обладающих низкой чувствительностью по отношению циркулирующим рекомбинантным формам ВИЧ-1, доминирующие в нашей стране, в дальнейшем, может приводить к появлению ложнонегативных результатов.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

БИОХИМИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ

Асилова М.У.
Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: Характеристика биохимических сдвигов при вирусных диареях у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 595 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, госпитализированных в стационар с лабораторно подтвержденным диагнозом вирусная диарея. Для выявления особенностей течения нами проведен анализ клинико-лабораторных показателей детей с верифицированным этиологическим диагнозом вирусная моноинфекция. Вирусные диареи чаще встречались в виде моноинфекции, чем микст инфекции (79,5% против 20,5%). Моновирусная диарея в 46,7% случаев (у 221 больных) была вызвана ротавирусом, в 31,1% - аденовирусом (у 147 больных) и 22,2% - астровирусом (у 105 больных).

Для выявления вирусных агентов ОКИ у детей параллельно использовались два подхода: обнаружение вирусов методом ИФА и констатация их присутствия в материале путем обнаружения методом ПЦР. Биохимические показатели: определение в крови электролитов (калия, натрия), мочевины, креатинина, билирубина, а также ферментов печени (АЛТ и АСТ) проводили общепринятыми методами.

Результаты исследования. При ротавирусной инфекции у 60 детей (27,1%), аденовирусной инфекции у 37 (25,2%) и асровирусной диареи у 21(20,0%) больных нами выявлено нарушение биохимических показателей в сыворотке крови. Показатели цитолитического синдрома – уровни АлАТ и АсАТ, также тимоловой пробы у детей больных вирусными диареями были достоверно выше нормы ($P<0,001$). Следует отметить, что различия между группами больных были статистически не значимы. Изменение общего билирубина и общего белка были менее выражены при вирусных диареях и недостоверно отличались от контрольной группы. Увеличение печени и повышение активности печеночных ферментов в плазме крови, нами расценено как реактивное состояние печени, и считали, это является свидетельством внекишечных проявлений вирусных диарей, в частности поражения печени.

Кроме функциональных проб печени нами также определены показатели характеризующие функцию почек – содержание в сыворотке крови мочевины и

креатинина. Максимальный уровень мочевины выявлен при ротавирусной диарее, но достоверно не отличалась от таковой при аденовирусной и астровирусной диареях (соответственно 5,8±0,05ммоль/л, 5,5±0,06ммоль/л и 4,5±0,1 ммоль/л, против 3,7±0,07ммоль/л в контроле). Повышение креатинина в сыворотке крови также недостоверно отличалась между группами больных вирусными диареями, но они были достоверно выше от контроля.

Электролитные нарушения в виде гипокалиемии различной выраженности и разной частоты нами выявлены при всех вирусных диареях у детей. Средний уровень калия при ротавирусной диареи составил 3,7±0,05 ммоль/л, 4,0±0,3 ммоль/л при аденовирусной диареи 3,9±0,08 ммоль/л – астровирусной инфекции. Максимальное содержание натрия было у больных ротавирусной диареи, что составило 182,4±3,9 ммоль/л., что было в 1,4 раза выше контроля ($p<0,001$).

Резюме. Таким образом, изучение биохимических показателей указывают на нарушение функции печени, почек и электролитные нарушения у детей, больных вирусными диареями.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ РОТА-, АДЕНО- И АСТРОВИРУСНОЙ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ

Асилова М.У.
Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: оценить качественное и количественное состояние микробиоценоза кишечника у детей, больных рота-, адено- и астровирусной диареей.

Материалы и методы исследования. Диагностика вирусных диарей основывалась на анамнестических данных, сезонности заболевания, клинических признаках и результатах лабораторных исследований - отсутствие бактериальных возбудителей в фекалиях больных, и обнаружение вируса при ИФА и ПЦР-диагностике.

Исследование кала на дисбактериоз проводили по методике Р.В.Эпштейн-Литвак и Ф.Л.Вильшанской (1977). Микрофлора кишечника определена у 97 детей, больных вирусными диареями. Из них у 35 определялся ротавирус, у 32 аденовирус и у 30 астровирус.

Результаты исследования. Установлено, что практически у всех больных ротавирусной диарей показатель КОЕ/г бифидобактерий был снижен, причем в 62,3% случаев, вплоть до 10^4 КОЕ/Г, а в 37,7% выявлено их полное отсутствие. При аденовирусной и астровирусной диареях снижение количества бифидобактерий отмечено в 59,4% и 63,3% случаев соответственно. Снижение лактобацилл до уровня 10^5КОЕ/г наблюдалось у 45,7% больных детей с ротавирусной диареей. Аналогичная картина наблюдалась и при оценке уровня значительного снижения лактобактерий при остальных двух группах больных. Практически в одинаковом проценте случаев при рота-, адено- и астровируной диареях определялось низкое содержание общего количества кишечной палочки менее 10^7 КОЕ/г (в 68,6%, 62,5% и 60,0% соответственно). При том, что более чем в четверти случаев (у 25,7% больных ротавирусной диареей, у – 25,0% аденовирусной и у – 26,7% астровирусной диареей) кишечная палочка была неполноценной, со сниженной ферментативной активностью. Также отмечен рост гемолизирующей кишечной палочки в 22,9% случаев при ротавирусной диареи, в – 21,9% аденовирусной и в – 30,0% астровирусной диареи.

Дисбаланс облигатной микрофлоры кишечника характеризовался не только дефицитом некоторых его видов, но и в ряде случаев их избытком. Так, в 14,3% случаев при рота-, в 12,5% – адено- и в 13,3% – астровирусной диареи

регистрировалось повышение содержания лактозопозитивных эшерихий и энтерококков.

Изучение взаимосвязи между выявленными сдвигами в содержании представителей индогенной микрофлоры кишечника у больных детей вирусными диареями показало, что значительное снижение концентрации бифидобактерий сочеталось со значительным дефицитом лактобактерий и кишечных палочек. С дефицитом эшерихий было связано и снижение содержания энтерококков. Также взаимосвязанным было повышение содержания эшерихий и энтерококков. Стафилококки с пролиферацией (более 10^4 КОЕ/г) выявлялись у 17,1% больных рота-, у – 18,8% больных адено- , и у – 16,7% больных астровирусной диареей. Грибы рода Candida в количестве более 10^4 КОЕ/г, превышали референтные значения у 8,5% детей больных ротавирусной диареей, у – 9,4% больных аденовирусной и у – 10,0% больных астровирусной диареей.

Резюме. Таким образом, особенностью дисбиотических изменений при вирусных диареях у детей является существенное снижение lg КОЕ/г концентрации не только бифидобактерий и лактобактерий, но и типичной кишечной палочки, вплоть до их полного отсутствия и повышение выявляемостиусловно-патогенной микрофлоры. Полученные результаты определяют тактику этиотропной терапии детей, больных вирусными диареями, направленную не только на проведение эффективной санации организма от возбудителя, но и на восстановление микробиоценоза толстого кишечника.

ОБ ИДИОПАТИЧЕСКИХ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЯХ

Бабаходжаев С.Н., Касымов О.Ш.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.
Ташкент. Узбекистан

Определение «идиопатическая» подчеркивает, что в большинстве случаев не удается выявить конкретного возбудителя, вызывающего развитие диареи. В качестве возможных этиологических факторов рассматриваются Closrtidiumperfrigens, бактерии рода Salmonella, которые удается выделить в 2-3 % случаев, стафиллококк, протей, энтерококк, а также дрожжевые грибы. Патогенетические механизмы развития идиопатической ААД остаются недостаточно изученными. Так, например, при назначении антибиотиков, имеющих в своем составе клавулановую кислоту, диарея может развиваться за счет стимуляции двигательной активности кишечника (то есть в таких случаях диарея носит характер гиперкинетической). Цефоперазон и цефиксим способствуют развитию гиперосмолярной диареи за счет неполного всасывания этих антибиотиков из просвета кишечника. Наиболее вероятным патогенетическим механизмом развития идиопатической антибиотик - ассоциированной диареи представляется нарушение состава кишечной микрофлоры. Последствием нарушения состава кишечной микрофлоры является чрезмерная деконъюгация желчных кислот, которые поступают в просвет толстой кишки и стимулируют секрецию хлоридов и воды (развивается секреторная диарея). Риск развития идиопатической антибиотик - ассоциированной диареи зависит от дозы применяемого препарата, протекает с умеренным послаблением стула (без патологических примесей в кале) на фоне нормальной температуре и не сопровождается лейкоцитозом в крови. Осложнения для идиопатической ААД не характерны. Более тяжелое течение у ААД, обусловленной C.difficile. Clostridiumdifficile – облигатно-анаэробная грамм-положительная спорообразующая бактерия с природной резистентностью к большинству антибиотиков. Частота бессимптомного носительства Clostridiumdifficile у

новорожденных достигает 50%, среди взрослого населения 3-15%. Она существенно возрастает (до 15-40%) при приеме антибиотиков. Риск развития ААД, связанной с C. difficile, не зависит от дозы антибиотика. Клинические проявления могут развиваться на фоне приема антибиотика (чаще с 4-го по 9-й день). Возможно появление диареи спустя 6-10 недель после прекращения его приема. Начало ААД, связанной с C. difficile, характеризуется развитием обильной водянистой диареи с частотой стула до 15-30 раз в сутки (нередко с примесью крови, слизи, гноя).Характерны лихорадка до 38,5-40^{0}С, умеренные или интенсивные боли в животе схваткообразного или постоянного характера. В крови наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз. Описаны случаи развития реактивного полиартрита с вовлечением крупных суставов.

Наиболее информативными методами диагностики являются колоноскопия и компьютерная томография органов брюшной полости. При колоноскопии в прямой и сигмовидной кишках выявляются катаральные изменения в виде полнокровия и отека слизистой оболочки, ее зернистости. При тяжелой форме псевдомембранозном колите имеют место псевдомембраны, состоящие из некротизированного эпителия, пропитанного фибрином. Компьютерная томография при псевдомембранозном колите выявляет утолщение стенки толстой кишки и наличие воспалительного выпота в брюшной полости.

Бактериологическое исследование фекалий малоспецифично вследствие широкой распространение бессимптомного носительства данного микроорганизма. С начала 90-х годов XX века в большинстве лабораторий используется иммуноферментный анализ для выявления токсина А или токсинов А и В, что повышает информативность диагностики. Преимуществами метода является простота и быстрота выполнения. Чувствительность составляет 63-89%, специфичность 95-100%.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЙ

Бабаходжаев С.Н.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.
Ташкент. Узбекистан

Главный принцип лечения антибиотик-ассоциированной диареи (ААД) - отмена антибактериального препарата или снижение его дозы (при необходимости продолжения лечения). Назначают средства для коррекции дегидратации. Поскольку антибиотик-ассоциированную диарею, обусловленную микроорганизмом C. difficile, можно квалифицировать как инфекционную диарею, при установлении этого диагноза целесообразно изолировать пациента в целях профилактики заражения окружающих лиц. При отсутствии эффекта и при наличии тяжелого течения клостридиального колита необходимо назначение антибактериальных препаратов (ванкомицин или метронидазол), подавляющих рост популяции C. difficile.

В лечении ААД наиболее распространено назначение пробиотиков. Согласно требованиям FAO/WHO (организация пищевого и сельскохозяйственного контроля ВОЗ, 2001), микроорганизмы, входящие в состав пробиотика, должны быть способными к выживанию при пассаже через желудок и кишечник, к адгезии на эпителии кишечника, не обладать патогенными свойствами, сохранять жизнеспособность в лекарственных формах, быстро размножаться в желудочно – кишечном тракте. Однако не все пробиотические препараты обладают достаточным антагонизмом по отношению к патогенным микроорганизмам. Клинико - экспериментальные исследования показали, что под действием желудочного сока и желчи пробиотики теряют до 90% своей активности до момента попадания в кишечник. Не менее важным моментом является конкурентная борьба с собственной микрофлорой

толстого кишечника, которая не всегда в пользу пробиотического препарата. Некоторые препараты, особенно содержащие E.coli, способны заимствовать агрессивные свойства от других патогенных микроорганизмов своего или близкого рода.

Новым или хорошо забытым старым направлением в терапии ААД является применение бактериофагов. Бактериофаги - бактериальные вирусы, вызывающие разрушение (лизис) бактерий и других микроорганизмов. Бактериофаг прикрепляется своим отростком к бактериальной клетке и, выделяя фермент, растворяет клеточную стенку; затем содержимое его головки через каналец отростка переходит внутрь клетки, где под влияем нуклеиновой кислоты фага останавливается синтез бактериальных ДНК и РНК и начинается синтез нуклеиновой кислоты, а затем и фага. Однако существуют некоторые ограничения применения этих препаратов при ААД. Первое – специфичность по отношению к определенному возбудителю, а как известно, при идиопатической диарее в большинстве случаев возбудители не выявляются. Второе - дороговизна препарата, что определяет невозможность его широкого применения.

Таким образом, лечение антибиотик-ассоциированой диарей в настоящее время представляет значительное трудности, что требует усовершенствования методов терапии указанной патологии.

ОБ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЯХ

Бабаходжаев С.Н., Касымов О.Ш.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.
Ташкент. Узбекистан

Частота развития антибиотик - ассоциированной диареи (ААД) зависит от группы антибиотиков и дозы назначаемого препарата. Так, при назначении амоксициллина/клавуланата ААД развивается в 10-25% случаев, цефиксима – в 15-20% случаев. Несколько реже антибиотик - ассоциированная диарея развивиается при назначении ампициллина или клиндамицина (5-10% случаев). Терапия цефалоспоринами (кроме цефиксима) или макролидами (кроме эритромицина, спирамицина, кларитромицина) осложняется ААД в 2-5 % случаев. Очень редко антибиотик - ассоциированная диарея развивается при назначении фторхинолонов (12%) и триметоприма/сульфаметоксазола (менее 1% случаев).

Основным патогенетическим механизмом развития антибиотик - ассоциированная диареи считается подавление симбионтной флоры желудочно-кишечного тракта. Симбионтная микрофлора представлена бифидобактериями, лактобациллами, энтерококками, кишечной палочкой и другими микроорганизмами.

Симбионтная флора уникальна. Она выполняет по меньшей мере 4 функции:

- морфокинетическую (трофическую) посредством питания эпителиоцитов и стимуляции моторики кишечника продуктами метаболизма микробов;
- защитную путем обеспечения колонизационной резистентности (микрофлора формирует биопленку и предотвращает адгезию чужеродных микробов, продуцирует лизоцим, органические и свободные желчные кислоты, холестерин, витамины и другие биологически активные вещества). Симбионтная флора конкурирует с патогенными микроорганизмами за рецепторы и пищевые субстраты в кишечнике;
- пищеварительную посредством участия в метаболизме клетчатки и неусвоенных нутриентов;

- важной и перспективной является иммуногенная функция. Доказано, что микрофлора способна к стимуляции синтеза иммуноглобулинов и иммунокомпетенных клеток.

Антибактериалные препараты подавляют рост не только патогенных микроорганизмов, но и нормальной (симбионтной) микрофлоры кишечника. В результате размножается сапрофитные микробы с высокой устойчивостью к лекарственным препаратам, приобретающие патогенные свойства. К ним относятся стафилококки, протей, дрожжевые грибы, энтерококки, синегнойная палочка, клебсиелла.

Так, при приеме антибиотика внутрь помимо влияния на микроорганизмы происходит местное воздействие на слизистую оболочку тонкой кишки. При парентеральном введении антибиотики воздействуют на микробиоценоз кишечника, выделяясь со слюной, желчью, секретами тонкой и толстой кишок. В зависимости от этиологического фактора ААД бывает двух форм: обусловленная C.difficile (10-20% от всех случаев диареи) и идиопатическая, наблюдающаяся у остальных больных и чаще всего не связанная с конкретным инфекционным агентом.

Таким образом, ААД представляет собой значительную проблему для современной медицины, что необходимо учесть в повседневной деятельности практическими врачами.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗАМИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Буракова Е.Ф., Искандарова Т.И., Санникова В.Г.
ТашИУВ. Ташкент. Узбекистан

Борьба с сальмонеллезами остаются актуальной для здравоохранения Узбекистана. Проанализированы материалы по заболеваемости сальмонеллезами в Ташкентской области за 2002- 2011годы.

Установлено, что доля сальмонеллезов в структуре ОКИ бактериальной этиологии колебалась в пределах 4,0-6,5%.

Анализ многолетней динамики заболеваемости сальмонеллезами (2002-2011гг.) в Ташкентской области выявил умеренную тенденцию к росту. Весь анализируемый период годовые показатели заболеваемости сальмонеллезами превышали средне-республиканские.

Сезонность заболеваемости сальмонеллезами приурочена к жарким месяцам, когда в наибольшей мере активизируется алиментарный путь заражения с преобладанием пищевых факторов передачи. Продолжительность сезонного подъёма составляла 5-6 месяцев. На месяцы сезонного подъема приходилось от 54,4% до 71,2% годовой заболеваемости, сезонная надбавка в разные годы составляла 20,5-40,7%.

Анализ возрастной структуры показал высокий удельный вес заболеваемости детского населения до14 лет (51,8-77,9%), особенно детей первых двух лет жизни (38,4-51,8%), увеличение частоты регистрации, также доли заболеваемости последних на 13% к 2011г по сравнению с 2002г. Кратность различий между заболеваемостью детей первого жизни и взрослых в Ташкентской области составляла 20 и более раз. Самые высокие показатели заболеваемости были установлены у неорганизованных детей ясельного возраста. На долю неорганизованных детей ясельного и садовского возраста приходилось 62,4% с колебаниями в отдельные годы от 57,0 до 71.4%.Доля заболеваемости школьников и учащихся колледжей колебалась от 3,8 до 6, 8 %.

Территориальное распределение показало существенные различия уровня и динамики заболеваемости сальмонеллезами населения городов и районов. Наивысшие показатели заболеваемости все годы регистрировались в городах Чирчике, Алмалыке, а

также в Зангиатинском, Урта-Чирчикском и Янгиюльском районах . Доля заболеваемости городского населения увеличилась с 27,2% в 2007г до35,6% в 2011г. Одной и причин такого положения может быть состояние диагностической работы. Очаговость характеризовалась в основном единичными случаями как по месту жительства , так и в организованных коллективах.

Изучение этиологической структуры показало, что S. typhimurium доминировала, (68,4% выделенных от больных культур в 2002 г и 97,8%- в 2011г). Высеваемость культур S. enteritidis уменьшилось с 21,9% в 2002 г. до 2,2% в2011г., сальмонелл редких групп с 8,5% до1,8% В отдельные годы выделялись S. Java, S. .newportS. Derbi.

Наиболее частым путем передачи возбудителей выявлен алиментарный, реализующийся в анализируемый период в 82,6- 94,6% регистрируемых заболеваний сальмонеллезом, а факторы передачи это - овощи и фрукты (29,8-39,8%), молочные (11,3-22, 6%),мясные продукты (0,4-6,5%), а также птица и яйца. При употреблении пищи домашнего приготовления заражение происходило в 23,5-45,4%, в основном среди детей первых двух лет жизни, вскармливающихся в домашних условиях, когда имеет место нарушение технологии приготовления и хранения при несоблюдении личной гигиены матерями. Несоответствие санитарным нормам пищевых продуктов имело место - в 0,4-4,2% проб, а также выделение S.typhimurium, S. enteritidis Вода послужила фактором передачи в 4,6-16,2%. При бактериологических исследованиях проб водопроводной, колодезной, привозной воды имеет место выделение культур S. typhimurium и шигелл Из открытых водоемов за 2007-2011г выделено 63 S. typhimurium.

Для дальнейшего снижения заболеваемости сальмонеллезами в области необходимо проведение комплекса мероприятий, вытекающих из четко организованного эпидемиологического надзора, в том числе обучение матерей гигиеническим навыкам и правильному уходу за детьми первого-второго года жизни, а также усиление санитарно-просветительной работы среди населения по профилактике сальмонеллезов и других ОКИ.

ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

Гулямов Н.Г., Мирзажанова Д.Б.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.
Ташкент. Узбекистан

В динамике острого течения брюшного тифа обследованы 70 больных мужского пола в возрасте 18-22 лет. Заболевание было вызвано антибиотикорезистентным штаммом S.typhi 61-О. Исходами заболевания у 54 (77,14%) больных было выздоровление, у 16 (22,86%) больных – в формирование реконвалесцентного брюшнотифозного бактерионосительства.

Частота высевания S.typhi в копрокультуре у больных брюшным тифом как в процессе выздоровления, так и в процессе формирования бактерионосительства очень низкая – в 18,52±5,3% и 6,25±6,05% случаев. Что же касается частоты высевания S.typhi в гемокультуре, то у больных с исходом болезни в формирование бактерионосительства положительный результат получен в 31,25±11,59% случаев, что несколько выше, чем в группе больных с исходом выздоровление – 27,78±6,1%.

Наиболее выраженные различия получены при изучении частоты высевания S.typhi в биликультуре. Так, у больных с выздоровлением, частота высевания S.typhi в

биликультуре в острый период болезни составила лишь 7,41±3,56%, тогда как данный показатель в группе больных с исходом в формирование бактерионосительства был достоверно выше и составил 37,50±12,1%.

Таким образом, в динамике острого течения брюшного тифа, завершающегося формированием острого реконвалесцентного бактерионосительства, частота высевания S.typhi в гемокультуре несколько выше, а в биликультуре значительно выше, чем у больных с выздоровлением. Наиболее раннее выявление S.typhi в гемокультуре и, особенно, в биликультуре у больных в процессе формирования острого реконвалесцентного бактерионосительства свидетельствует о более частом и быстром преодолении S.typhi защитно-барьерных механизмов слизистой оболочки кишечника, о раннем развитии бактериемии и поступлении возбудителя в желчные протоки. Выявленная особенность частоты высевания S.typhi у больных брюшным тифом позволяет заключить, что высевание S.typhi в биликультуре в остром периоде заболевания может являться показателем риска формирования брюшнотифозного бактерионосительства в исходе заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АСЛ К АГ S.TYPHI В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА В ИСХОДЕ БРЮШНОГО ТИФА

Гулямов Н.Г., Мирзажанова Д.Б., Ахмедова Х.Ю.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.
Ташкент. Узбекистан

В динамике острого течения брюшного тифа обследованы 70 больных мужского пола в возрасте 18-22 лет. Заболевание было вызвано антибиотикорезистентным штаммом S.typhi 61-О. Исходами заболевания у 54 (77,14%) больных было выздоровление, у 16 (22,86%) больных – в формирование реконвалесцентного брюшнотифозного бактерионосительства.

У групп больных брюшным тифом с исходами в выздоровление и формирование острого реконвалесцентного брюшнотифозного бактерионосительства проведен ретроспективный сравнительный анализ особенностей динамики показателей антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсибилизированных к антигену S.typhi (АСЛ к АГ S.typhi).

У больных брюшным тифом с выздоровлением, направленность и выраженность изменений показателей АСЛ к АГ S.typhi характеризовались периодичностью, связанной с периодами клинического течения инфекционного процесса. Динамика показателей АСЛ к АГ S.typhi у больных в период разгара брюшного тифа с исходом выздоровление характеризуется резким повышением их содержания в крови до 11,09±0,04%, где степень повышения составила в 10,56 раза по отношению к показателю у здоровых лиц (1,05±0,15 %). (Примечание: у здоровых лиц выявление содержания АСЛ к антигену какого либо возбудителя в пределах до 2 % признано считать результатом неспецифической реакции, то есть отрицательным результатом. Диагностическим показателем считается повышение содержания в крови АСЛ к АГ возбудителя до 3-4 % и более). К периоду ранней реконвалесценции показатели АСЛ к АГ S.typhi возрастают еще более и достигают максимальных величин - 13,65±0,03 %. К периоду поздней реконвалесценции показатели АСЛ к АГ S.typhi претерпевают резкое снижение (почти в 3 раза по отношению к периоду ранней реконвалесценции) до 5,28±0,02 %, что все еще несколько выше показателей здоровых лиц. То есть, особенностью динамики АСЛ к АГ S.typhi при брюшном тифе с исходом выздоровление является высокая степень повышения их содержания в крови с

достижением максимального уровня в период ранней реконвалесценции с последующим и таким же выраженным снижением в период поздней реконвалесценции.

При брюшном тифе, завершающемся формированием острого бактерионосительства, динамика изменений показателей АСЛ к АГ S.typhi обладает выраженными особенностями. У больных данной группы в периоды разгара и ранней реконвалесценции брюшного тифа динамика АСЛ к АГ S.typhi характеризуется значительно слабой степенью повышения показателей - до 6,25±0,02% и 7,63±0,07% соответственно против 11,09±0,04% и 13,65±0,03% у группы выздоровления. Если у больных с выздоровлением в период поздней реконвалесценции было отмечено резкое снижение содержания в крови АСЛ к АГ S.typhi (до 5,28±0,02%), то при формировании острого бактерионосительства показатели АСЛ имеют обратную динамику – отмечено существенное повышение АСЛ к АГ S.typhi до 13,25±0,02%.

Итак, в отличие от брюшного тифа с выздоровлением, при формировании острого бактерионосительства показатели АСЛ к АГ S.typhi имеют совершенно обратную динамику изменений: имея слабую степень повышения в период разгара болезни и ранней реконвалесценции, существенно повышаются к периоду поздней реконвалесценции.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РОТАВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ

Ибадова Г.А., Меркушкина Т.А.
НИИЭМИЗ МЗ РУз, Таш ИУВ. Ташкент. Узбекистан

Течение и исход инфекционного заболевания находятся в прямой зависимости от общей реактивности организма. В связи с чем, нами были изучены некоторые показатели, характеризующие иммунологическое состояние организма, у детей раннего возраста, страдающих острой диареей (ОД), ротавирусной этиологии.

Из 92 образцов фекалий, от детей в возрасте до трех лет больных ОД, исследованных на наличие антигена ротавируса человека методом ИФА, 49 (53,3±5,2%) образцов оказались положительными. Из них у 7 (14,2±4,9%) детей была выявлена микст инфекция.

Из 42 детей, с ротавирусной моноинфекцией средний возраст которых составил 13,3 ± 8,1 месяцев, мальчиков было 23 (54,7±7,6%), девочек - 19 (45,2±7,6%).

В данной группе были изучены некоторые иммунологические показатели и установлено, что у всех детей с ротавирусной диареей имелись значительные изменения показателей количества клеточных факторов иммунитета в сравнении с группой практически здоровых детей. Так, уровень $CD3^+$ клеток составил (45,4 ± 5,1%), $CD20^+$ (9,4 ± 1,5%), $CD4^+$ (23,5 ± 2,1%) , $CD8^+$ (19,6±1,6%). Как видно из полученных данных, уровень $CD3^+$, $CD20^+$, $CD4^+$ клеток значительно ниже, чем в норме, и достоверно отличается от аналогичных показателей в группе практически здоровых детей, ($P<0,05$), что в свою очередь отразилось на значениях иммунорегуляторного индекса (ИРИ) = 1,19 ± 0,08, (в норме 1,5-1,6).

С целью определения выраженности деструктивных процессов в органах и тканях у детей в возрасте до трех лет, с ротавирусными диареями нами был изучен уровень антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА) печени, тонкого и толстого кишечника. Согласно литературным данным содержание АСЛ к тканевым антигенам органа до 2% и менее указывает на отсутствие в ткани этого органа, какого- либо деструктивного процесса. В связи с тем, что нормальный показатель АСЛ к ТА органов имеет большой разброс значений 0-2%, мы посчитали

целесообразным провести анализ этих показателей у здоровых детей аналогичного возраста.

В результате проведенного обследования было выявлено, что у детей с ОД ротавирусной этиологии содержание АСЛ к ТА печени составило 2,9±0,7 %, АСЛ к ТА тонкого кишечника 5,2±1,2 %, а АСЛ к ТА толстого кишечника 4,7±0,9 %. Данные показатели достоверно отличались от аналогичных показателей в группе здоровых детей, (P< 0,01). Наиболее высокая степень повышения, отмечалась по показателям АСЛ к ТА тонкого кишечника, что является показателем развития наиболее выраженных процессов воспаления, вызывающих деструкцию и некроз клеток в ткани тонкого кишечника. Что, в свою очередь подтверждалось и преобладанием в клинической картине энтеритических проявлений, клиническая картина острой диареи по гастроэнтеритическому типу была выявлено у 24 (57,1±7,6%), по энтеритическому типу у 10 (23,8±6,5%) детей.

Таким образом, было установлено, что течение ротавирусной диареи у детей до трех лет сопровождается выраженной иммуносупрессией. А по показателям АСЛ к ТА было установлено, что при ротавирусной диарее наиболее выраженные процессы воспаления вызывающие деструкцию ткани наблюдаются в тонком кишечнике, а далее в порядке убывания в ткани толстого кишечника и печени.

ЗНАЧЕНИЕ АДЕНО И АСТРО ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ ДЕТСКИХ ДИАРЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

Латыпов Р.Р., Асилова М.У., Рахманова Ж.А., Перепада К., Шарапов С., Алиева Л.Е.
НИИ Вирусологии, Ташкентский институт усовершенствования врачей. Узбекистан

Введение. В современной структуре диарейных инфекций львиную долю составляют вирусы. Помимо ротавирусной и норовирусной инфекции, не последнее место занимают адено и астроиврусная инфекции. По данным ВОЗ эти инфекции являются причинами миллиона госпитализаций по поводу острого гастроэнтерита среди детей в возрасте до 5 лет по всему миру. В особенности эта проблема актуальна в развивающихся странах Азии и Африки.

Цель исследования. Описать эпидемиологическую картину проявления адено и астро вирусных инфекций среди детей с острым гастроэнтеритом в возрасте до 5 лет в Узбекистане на примере г. Ташкента.

Материалы и методы. Было проведено перспективное эпидемиологическое исследование сплошной выборки детей в возрасте до 5 лет поступивших в Отделение кишечной инфекции НИИ Вирусологии в течении 2011 года, с диагнозом острый гастроэнтерит. Тестирование образцов кала проводилось методом ПЦР при помощи тест-системы ОКИ-скрин (Интерлабсервис, Россия). Тяжесть клинического течения оценивали по 20-ти бальной шкале Т.Весикари (1989).

Результаты. Всего было исследовано 1050 образцов кала детей в возрасте до 5 лет с острым гастроэнтеритом. Из них, аденовирус и астровирус отмечались в 135(12,9±2,9%) и 133 (12,7±2,9%) случаях соответственно.Из числа выявленной инфекции, аденовирусная и астровируснаяинфекции в подавляющем большинстве случаев отмечались в сочетании с другими возбудителями. Так,моноинфекцияастровирусом отмечалась только в 38 (28,4±7,3%) случаев, а аденовирусом в 45 (33,6±7,0%) случаев. Наиболее часто отмечались ко-инфекция с ротавирусом и норовирусом, а также одновременное наличие обоих возбудителей. В возрасте до 2-х лет отмечалось 88,9% случаев астровирусной и 78,5% аденовирусной инфекции, в возрасте до 1 года отмечалось 49,6% всех случаев астровирусной и 37% аденовирусной инфекции. Статистически значимой разницы в заболеваемости

норовирусом в зависимости от пола не наблюдалось. Случаи инфекции обмечались в течениивсего года, но для астровирусной инфекции отмечалось превалирование в период с января по май, а для аденовирусной инфекции в период с июля по декабрь. Средний бал по шкале Весикаридля астровирусной инфекции составил 13,4, а для аденовируса 15,5, что соответствует средне-тяжелому течению. Средняя продолжительность нахождения в стационаре для астровируса составила 5,3 (СО 2,4) дня, а для аденовируса 5,7 (СО 5,1) дня.

Заключение. В совокупности, аденовирусная и астровирусная инфекции в четверти процентов случаев являются причиной госпитализации детей по поводу острого гастроэнтерита среди детей в возрасте до 5 лет в Узбекистане. Эпидемиологическая картина характерна для Европейского региона.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Латыпов Р.Р., Асилова М.У., Рахманова Ж.А., Перепада К., Шарапов С., Алиева Л.Е.
НИИ Вирусологии, Ташкентский институт усовершенствования врачей. Узбекистан

Введение. Норовирусная инфекция занимает второе лидирующее место после ротавирусной инфекции в структуре возбудителей острого кишечного гастроэнтерита, и является проблемой общественного здравоохранения, в особенности в развивающихся странах. Эпидемиология норовирусной инфекции различается в зависимости,как от климатогеографического положения страны, так и от её экономического развития. Так в северных широтах норовирусная инфекция встречается преимущественно в зимнее время и проявляется в основном в виде вспышечного процесса, тогда как ближе к экватору отмечается круглогодичная заболеваемость с преобладанием в зимне-весенний-летний периоды.

Цель исследования. Описать эпидемиологическую картину проявления норовирусной инфекции среди детей с острым гастроэнтеритом в возрасте до 5 лет в Узбекистане на примере г. Ташкента.

Материалы и методы. Было проведено перспективное эпидемиологическое исследование сплошной выборки детей в возрасте до 5 лет поступивших в Отделение кишечной инфекции НИИ Вирусологии в течении 2011 года, с диагнозом острый гастроэнтерит. Тестирование образцов кала проводилось методом ПЦР при помощи тест-системы ОКИ-скрин (Интерлабсервис, Россия). Тяжесть клинического течения оценивали по 20-ти бальной шкале Т.Весикари (1989).

Результаты. Всего в исследование было включено 1050 детей в возрасте до 5 лет с острым гастроэнтеритом. Из них, у 342 детей (32,6±2,5%) был определен норовирус. Из числа выявленной ротавирусной инфекции, моноинфекция норовирусной инфекцией составляла 229 (67,0±3,1%) случаев, а микст инфекция с другими патогенами 113 (33,0±4,4%) случаев. Наиболее часто 12,8±3,2% отмечалась микст инфекция с ротавирусом. 90% всех случаев норовирусной инфекции были отмечены в возрасте до 2 –х лет, причем в возрасте до 1 года это доля составляла 48%. Статистически значимой разницы в заболеваемости норовирусом в зависимости от пола не наблюдалось. Случаи норовируса отмечались в течение всего года, но наибольшее число отмечалось в период с марта по август, с пиком в мае месяце. Средний бал по шкале Весикари составил 9,0, что соответствует средне-легкому течению. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 4,6 (СО 3,1) дня.

Заключение. В целом эпидемиологическая картина норовирусной инфекции занимает промежуточное положение между развитыми странами северных широт и развивающимся миром Азии и Африки. Несмотря на некоторое благополучное

клиническое проявление, норовирусная инфекция занимает значительную долю в структуре острых диарей в Узбекистане, что обуславливает необходимость проявления дополнительного внимания проблеме данной инфекции.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТОПА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ВИРУСНЫМИ ДИАРЕЯМИ

Мусабаев Э.И., Асилова М.У., Латыпов Р.Р.
Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние микрофлоры кишечника у детей, больных вирусными диареями.

Материалы и методы исследования. Критериями диагностики вирусной диареи у детей были анамнестические данные - острое начало заболевания с симптомов гастроэнтерита, короткий инкубационный период, семейный контакт или случаи заболевания в детском коллективе, сезонность и результаты лабораторных исследований - отсутствие бактериальных возбудителей в фекалиях больных, и обнаружение антигена (вируса) при ИФА и ПЦР-диагностике.

Исследование кала на дисбактериоз проводили по методике Р.В.Эпштейн-Литвак и Ф.Л.Вильшанской (1977). Для проведения бактериологического анализа кала забор фекалий в количестве 1 г производили в стерильную посуду стерильном инструментом. Срок доставки материала в лабораторию с момента его забора не превышал 2 часов. Микрофлора кишечника определена у 97 детей, больных вирусными диареями. Из них 35 больных были ротавирусной, 32 аденовирусной и 30 больных астровирусной диареей.

Оценку степени тяжести и клинических форм вирусных диарей проводили на основании пособия для врачей (ГореловА.В.и др., 2005).

Для определения степени дисбактериоза, использовали классификацию дисбактериоза кишечника, предложенное Гранитовой В.М. и Хорошилова И.А (2002).

Результаты исследования. Изучение состояния микробиоценоза кишечника, показало, что эубиоз кишечника не выявлен ни у одного больного вирусными диареями. Обращало внимание, что компенсированный дисбактериоз (I степень) у детей, больных вирусными диареями диагностирован в редких случаях. Дисбактериоз I степени при ротавирусной инфекции выявлен лищь у 3 из 35 обследованных больных детей, что составило 8,6%. У детей, больных адено- и астровирусной диареей нарушение микробиоценоза кишечника I степени определен практически в одинаковым проценте случаев (12,5% и 10,0% соответственно).При поступлении независимо от этиологии практически одинаковой частотой были выявлены выраженные нарушения микробиотопа кишечника II и III степени. У больных вирусными диареями в более половине случаев определен дисбактериоз кишечника II степени: при ротавирусной инфекции в 57,1%, аденовирусной - 56,3% и астровирусной – 53,3%. Дисбактериоз кишечника III степени в 34,3% выявлен при ротавирусной, - 31,2% аденовирусной и - 36,7% астровирусной диареи.

Как правило, обнаруживался один вид условно-патогенной микрофлоры (УПМ). Однако, у 28,6% детей, больных ротавирусной диареей, у 25,0% больных аденовирусной и у 26,7% больных астровирусной диареей имели место ассоциации 2-х, 3-х и более видов УПМ. Двухкомпонентные ассоциации УПМ достоверно чаще выявлялись у детей больных ротавирусной диареей. Трехкомпонентные ассоциации УПМ чаще выявлялись у больных аденовирусной и астровирусной диареей.

Резюме. Обобщая результаты исследования, можно отметить, что у больных вирусными диареями довольно часто выявляются нарушения микробиотопа кишечника

II степени и III степени, что необходимо учитывать при проведении терапии этим больным.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА И МЕТОДА ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ

Мусабаев Э.И., Асилова М.У., Латыпов Р.Р.
Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: Сравнение диагностической ценности иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР) при выявлении вирусных возбудителей с целью повышения частоты расшифровки этиологии вирусных диарей.

Материалы и методы исследования.

Сопоставление результатов исследования образцов фекалий обоими методами (ИФА и ПЦР) проведено у 95 детей, больных в возрасте от 1 года до 5 лет поступивших в приемный покой с диагнозом ОКИ. Для проведения методом ИФА исследование испражнений на ротавирусный антиген, адено- и астровирус использовали тест-системы Аквапласт (Санкт-Петербург).

Для проведения ПЦР исследований образцы фекалий собирали в первые 48 ч от момента госпитализации. При скрининговом исследовании проводилось тестирование образцов на наличие ротавирусов группы А, аденовирусов, астровирусов, шигелл и сальмонелл. В работе использованы тест-системы «АмплиСенс®». Для выделения нуклеиновых кислот из фекалий использовали комплекты реагентов «Рибо-сорб» и «ДНК-сорб В» (ЦНИИ эпидемиологии, Москва) аффинной сорбции нуклеиновых кислот на силикагеле. Комплект реагентов «Реверта-L» использовали для получения комплементарной ДНК. Для обнаружения бактерий и вирусов применяли тест системы АмплиСенс ® (Москва): «ShigellaSpp», EIEC», «SalmonellaSpp», «Rotavirus-290», «Adenovirus-462», «Astrovirus-165».

Результаты. Положительные результаты исследований на вирусные антигены методом ПЦР выявлены в 64,2% случаев. В то же время положительных результатов ИФА выявлены у 54,8% больных. В подавляющем большинстве случаев результаты ПЦР совпадали с результатами ИФА. Совпадение положительных и отрицательных результатов исследований указанными методами наблюдали в 80,0% случаев. Дискордантные результаты исследования (несовпадение положительных и отрицательных) были обнаружены в 20,0% случаев. Особо следует отметить выявленные нами в 5,3% случаев (у 5 больных) отрицательные результаты ПЦР и положительные результаты ИФА. Полученные результаты позволяют предположить, что в этих случаях, на дискордантные данные, возможно, повлияла низкая концентрация возбудителя в образцах, (что не позволило выявить методом ПЦР) и неравномерный характер распределения антигена в фекалий и в некоторых случаях переоценка данных серологического исследования.

Резюме. Таким образом, применение метода ПЦР для детекции возбудителей вирусных диарей у детей, позволило выявить причину заболевания с существенно более высокой частотой в сравнении с иммуноферментным методом, как в виде моноинфекции, так и в составе микст инфекции.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА «РЕГИДРАЦИОННАЯ СОЛЬ АТМ» У БОЛЬНЫХ С ОКИ

Рахимова В.Ш., Назарова Р.П.
НИИ Вирусологии, ТашИУВ. Узбекистан

Проблема острых кишечных инфекций на сегодняшний день является одной из актуальнейших в отечественном здравоохранении. Диарея инфекционной природы принадлежит к числу наиболее распространенных заболеваний и занимает по своей частоте второе место после острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. По данным ВОЗ, инфекционная диарея ежегодно является причиной смерти около 2 млн. человек. В большинстве случаев при первой степени обезвоживания достаточно рекомендовать достаточное потребление жидкости без применения антибиотиков.

Целью работы было изучение препарата отечественного производства «Регидрационная соль АТМ» у больных с ОКИ.

Под нашим наблюдением в клинике НИИ Вирусологи находилось 40 детей в возрасте от 0 до 11 лет с диагнозом ОКИ I степень обезвоживания. Во время лечения все пациенты находились на регидратационной терапии без применения антибиотикотерапии. Результаты клинического исследования показали, что при лечении пациентов с ОКИ препаратом «Регидрационная соль АТМ» значительно улучшается общее состоянии ребенка, исчезают такие симптомы как тошнота, рвота, нормализуется температура тела.

Так при поступлении у всех пациентов отмечалось состояние средней тяжести, на 6 сутки от начала лечения у всех пациентов регистрировалось удовлетворительной состояние. Нормализовалась температура тела, улучшились показатели анализа кала, показатели калий – натриевого баланса. Лейкоциты в кале до лечения составили 14,3±1,2 в поле зрения , тогда как после лечения данный показатель составил 5,1±0,6 (<0, 001). Калий в крови до лечения составил 2,2±0,02 мммоль/л (при норме норма3,6-5,5 мммоль/л), после проведения регидратации 4±0,1(<0, 001). Следующий ведущий электролит натрий до лечения в крови составил 198,8±1,5 ммоль/л (при норме135-155 ммоль/л), после лечения показатель натрия в крови был 157,2±4,8 ммоль/л (<0, 001).

Таким образом, препарат для оральной регидратации отечественного производства «Регидрационная соль АТМ» хорошо зарекомендовали себя при лечении пациентов с ОКИ.

ACUTE DIARREA OF KLEBSIELLOSIS ETIOLOGY IN CHILDREN

Rashidov F.A, Zakirkhadjayev A.Kh
Tashkent pediatric medical institute. Tashkent. Uzbekistan

Actuality: Damage of gastro – intestinal tract of klebsiellosis etiology is characterized by significant severeness of the process and expressed morphologic changes in distal segment of the small intestine and proximal one of the large intestine. At present time the study of etiology structure and clinical laboratory characteristics of infectious diarrhea in children of early age has great specific value for improvement the diagnosing of these problems.

Purpose: Researchers aimed to study acute diarrhea of etiology in children of early age.

Materials and methods: 43 children at the age less than 12 months were included into the study.

Verification was done by bacteriologic investigation of klebsiellosis in stool: massive culture growth at first days of the illness.

This age groups included children of 6 months age- 78%, up to 3 months-35% From the diseases history, number of factors unfavourably influencing the course character have been revealed. 25 children (73%) were artificially fed.

In 20 children (58%) anaemia was revealed, 10 of them (31%) were diagnosed as having 1st degree hypotrophy, 11 children (33%) - rachitis, 5 cases (16%) were diagnosed as having exudative catarrhal diathesis.

Average severeness of klebsiellosis occured in 26 children (81%), and in 6 children (18%) – severe form of illness was diagnosed. In 18 cases (73%) gastroenterocollitic from of illness has been revealed, enterocollitic -11 cases (33%) and gastroenteritis – only in 4 cases (10%). Clear picture of diarrhea syndrome was correlated to the severeness of the condition. So, mild forms of the illness, mild diarrhea was noted: stools -5 times a day in 19 cases (267%), 6-10 times a day in 30 cases (42.4%), more than 10 times a day – in 23 (31.2%), 7 patients suffered from severe form, stools frequency was 15-20 times a day, feces contains large number of mucous and blood, as well as opening of anus was observed. Hemoclyte was noted in 20 children (28%) with klebsiellosis. The most duration of diarrhea with klebsiellosis among the |patients is 14.7 +-0.3 days.

Changes in peripheric blood showed hemoglobin decrease 110- 90 g/l (7 cases), leucocytosis 8,5x10 (9) g/l – 18.8 x 10(9) g/l (16cases), accelerated ESR – 15- 37 mlm/h. The rest of the patients revealed normal condition of the cells and normal ESR.

Thus, intestinal infection of klebsiellosis etiology frequently occurs in early age children, especially with deviated reactivity and unfavourable premorbid background, being characterized by the tendency to development of damage in gastro- intestinal tract with severe form of disturbances in water – electrolyte balance.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БРЮШНОТИФОЗНОЙ ВАКЦИНЫ

Шоумаров С.Б.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.
Ташкент Узбекистан

Для изучения динамики функционально-метаболической активности нейтрофилов (ФМАН) и содержания микроэлемента цинка в разработку были включены 40 здоровых лиц мужского пола в возрасте 18-22 года, подлежащие плановой вакцинации брюшнотифозной вакциной сорбированной сухой (БТВСС РФ). Из них 20 человек были отобраны из числа лиц со слабой степенью иммуногенеза (со степенью нарастания титра специфических антител в парных сыворотках на 0 – 1 порядок), а другие 20 человек – из числа лиц с высокой степенью иммуногенеза (со степенью нарастания титра специфических антител в парных сыворотках на 4 и более порядка) после вакцинации. Динамику изменений показателей функционально-метаболической активности нейтрофилов (ФМАН) в НСТ-тесте и содержания микроэлемента цинка в нейтрофилах и сыворотке крови изучали до вакцинации (контроль, здоровые), на 4-й день (в сроки максимального повышения активности фагоцитарного звена), на 10-й день (срок максимального повышения АСЛ к АГ S/typhi) и на 30-й день (в сроки максимального нарастания титра специфических антител) после вакцинации.

После вакцинации брюшнотифозной вакциной в процессе реализации иммуногенеза высокой степени в период максимального повышения ФМАН изменения соотношения содержания цинка в сыворотке и нейтрофилах указывали на интенсивное

перераспределение цинка из сыворотки крови в нейтрофилы. В последующие периоды иммуногенеза происходило постепенное понижение содержания цинка в нейтрофилах почти до уровня показателей здоровых лиц и существенное повышение его содержания в сыворотке крови, что по времени соответствовало понижению ФМАН в НСТ-тесте.

Слабая степень проявления иммуногенеза в ответ на вакцинацию брюшнотифозной вакциной была обусловлена относительно низкими исходными показателямицинка в сыворотке и нейтрофилах крови, более высоким долевым содержанием цинка в нейтрофилах, слабой интенсивностью поглощения цинка нейтрофилами из сыворотки крови для обеспечения активности внутриклеточных ферментных систем, что отразилось в низкой степени изменений показателей содержания цинка в нейтрофилах и ФМАН в динамике вакцинального процесса.

ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ИНФЕКЦИИ

ЎЗБЕКИСТОНДА ҒАРБИЙ НИЛ ИСИТМАСИ ВИРУСИНИНГ ЦИРКУЛЯЦИЯСИ

Байназаров М.М., Шерматов В.А.,Умурзаков Ш.Д., Шермухамедова Д.А., БрянцеваЕ.В., Юсупова Л.О., Миркасимова Х.Х., Калугина Л.Г., Волкова Н.Н.
ЎЗР ССВ Вирусология ИТИ, Республика арбовируслар инфекцияси Маркази, Тошкент ш.

Ғарбий Нил иситмаси (ҒНИ) вируси биринчи марта 1937 йилда Угандада иситмали бемор қонидан ажратиб олинган. Ҳозирги кунда вирус ер шарининг барча томонларида кенг тарқалган.

ҒНИ вирусининг асосий хўжайини сув ва сув атрофи экологик комплекслари паррандалари ҳисобланади.

Сут эмизувчилар вируснинг табиий ўчоқларининг фаоллигини таъминлашда рол ўйнамайди, аммо вирус циркуляциясида барча турдаги қишлоқ хўжалик ҳайвонлари иштирок этиши муҳим аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

ҒНИ вирусининг ташувчилари чивинлар, иксод ва аргас каналари ҳисобланади.

Одамларда ҒНИ 80 % холларда инаппарант холда кечади, касалликнинг инкубацион даври 2 кундан 20 кунгача (ўртача 3-7 кун) бўлган даврни ташкил этади. 20 % холларда касаллик бирданига тана харорати 39-40^0 С гача кўтарилиши мумкин, икки тўлқинли ва 5-7 сутка давом этувчи иситма билан бошланади. Интоксикация белгилари (бош оғриғи, холсизлик, мушаклар ва бўғимлардаги оғриқ) кучайиб боради. 4-6 суткада тана ва оёқ – қўлларда нуқта-нуқта доғли майда папулёз тошмалар пайдо бўлади. Оғиз шиллиқ қаватида гиперемия, склера томирларида инъекция, лимфоаденопатия ривожланади. ҒНИнинг клиник белгилари намоён бўлган беморлар орасида 30-50 % кишиларда касаллик серозли менингит ва менингоэнцефалит шаклидаги МНС зараланиши билан намоён бўлади (Busch M.P., Wright D.G. et. al. 2003; Львов Д.К., Писарев В.Б. и др.2004, Калабухина Л.В.,Львов Д.Н. 2008).

Ўзбекистон худудида ҒНИ вируси циркуляциясини ўрганиш мақсадида, республиканинг айрим вилоятларидан йиғилган биологик объектлар устида текширувлар ўтказилди. Хоразм вилоятидан олинган 35 та пула каналардан тайёрланган суспензиялардан 1тасида (2.9 %) 1:20 титрда ҒНИ вируси антигени (АГ) аниқланди, 21 та пула чивинлардан тайёрланган суспензиялардан 2 тасида (9.5 %) 1:80 титрда ҒНИ АГи аниқланди. Навоий вилоятидан йиғилган 31 та пула каналардан тайёрланган суспензиялардан 7 тасида (22.6 %) 1:20 ва 1:40 титрларда ҒНИ вируси

антигени аниқланди. Фарғона вилоятидан йиғилган каналардан тайёрланган 50 та пула суспензиядан 1 тасида (2.0 %) 1:40 титрда ҒНИ вируси антигени аниқланди.

Республика аҳолиси орасида ҒНИ вирусига нисбатан иммун қатламини аниқлаш учун соғлом одамлар қон зардоблари текширилди. Соғлом одамлар қон зардобларидан G синф иммуноглобилинлари (IgG) аниқланиб, бу кўрсатгич: Хоразм вилоятида – 9.3 %; Қашқадарё вилоятида – 3.5%; Самарқанд вилоятида – 18.6 %; Жиззах вилоятида – 8.5 %; Сирдарё вилоятида – 14.3 % ни ташкил этади.

Шундай қилиб, каналар ва чивинлар суспензияларидан ҒНИ вируси антигенининг аниқланиши, текширувлар олиб борилган худудларда яшовчи одамлар қонида ҒНИ вирусига қарши махсус антителолари (АТ) аниқланиши Ўзбекистоннинг текширувлар олиб борилган вилоятлар худудларидаги табиий ўчоқларнинг мавжудлиги ва вируснинг кенг тарқалганлигидан далолат беради.

АРБОВИРУСЫ, ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ В РЕГИОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Юсупова Л.О., Шермухамедова Д.А., Миркасимова Х.Х., Дусчанов Б.А., Мустафаев Х.М., Шерматов В.А., Умурзаков Ш.Д., Брянцева Е.В., Калугина Л.Г., Волкова Н.Н., Байназаров М.М.

НИИ Вирусология МЗ РУз, Республиканский Центр арбовирусных инфекций, Хорезмский Обл. ЦГСЭН

Территория Республики Узбекистан издавна является эндемичным регионом, где встречается много инфекционных заболеваний и это делает территорию республики наиболее отягощенной в эпидемиологическом отношении (Мелиев А., 1964г.) не вся территория республики изучена в достаточной степени в отношении арбовирусов и арбовирусных инфекций. К мало изученным территориям относится регион Южного Приаралья – Республика Каракалпакстан (РК), и Хорезмский вилоят целиком, 3 тумана (Учкудукский, Тамдынский и Канимехский) Навоийского и 1 туман (Пешкунский) Бухарского вилоятов. Этот регион испытывает экологические и социально-экономические проблемы в связи с деградацией экологической системы Приаралья из-за высыхания Аральского моря. Данное исследование проведено для выявления ликвидации последствии отрицательного влияния загрязненной среды обитания на состояние здоровья населения Приаральского региона. Собран материал для исследований – сыворотки крови здоровых и лихорадящих людей в сезон активности кровососущих насекомых, сельхозживотных, а также от клещей. Использованы методы исследований – вирусологический, серологический и молекулярно-генетический.

Общеизвестно, что климатические условия и растительный покров влияют на состав фауны, которая определяет эпизоотическую и эпидемическую обстановку. В регионе Южного Приаралья обитает более 20 видов млекопитающих, 24 вида иксодовых и аргасовых клещей, 10 видов комаров и москитов. Все они играют важную роль в формировании и функционировании природных очагов большинства арбовирусов, а также в распространении трансмиссивных заболеваний человека и животных (Мелиев А. и соавт., 1084г.). До 1990 года на исследуемой территории выявлена циркуляция 10 арбовирусов: Крымской-Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ), Тамды, Карши, Синдбис, лихорадки долины Сырдарьи, лихорадки Западного Нила (ЛЗН), Тягиня, Алма-Арасан, Чим, Вад-Медани, причем первые 5 изолированы на исследуемой территории. Кроме 2-х последних вирусов – Вад-Медани и Чим, - вызывают у людей заболевания с различной симптоматикой – лихорадка, менингоэнцефалит, геморрагические прояления.

В Республике Каракалпакстан эпизоотическая ситуация по клещевым арбовирусам изучается с 2004 года, после выявления больных ККГЛ. Пораженность

клещей вирусом ККГЛ составила 6.8%, вирусом Карши – 6.8%, вирусом Тамды – 3.4%, вирусом ЛДСД – 3.1%. Естественная пораженность КРС и МРС вирусом оказалось высокой – антиген (АГ) вируса выявлен соответственно у 20% и 18.3% исследованных. В 2008-2009 гг. вирусофорность клещей составила 3.7% за счет Элликалинского тумана. Естественная пораженность КРС и МРС по РК составила 10% за счет Берунийского и Кунградского туманов. При изучении эпидемических проявлений природных очагов ККГЛ антитела (АТ) к вирусу ККГЛ выявлены у здоровых людей в 11.2% за счет Амударьинского, Кунградского Кегейлийского и Берунийского туманов, IgG к этому вирусу – 1.2% в Турткульском тумане, а к вирусу ЛЗН – 1.1% в Нукусском тумане. У лихорадящих больных геном вируса ККГЛ выявлен в 1.7% случаев за счет Берунийского, Муйнакского, Турткульского туманов и г.Нукуса.

В Хорезмском вилояте больные ККГЛ не регистрировались. Пораженность клещей вирусом ККГЛ составили 12.2% за счет Хазараспского, Шаватского, Хивинского туманов и г.Ургенча. Пораженность КРС вирусом ККГЛ по вилояту равна 21.5% за счет 5 туманов. У здоровых людей АТ к вирусу ККГЛ выявлены по вилояту в 16.7% за счет 4 туманов. IgG к вирусу ККГЛ выявлен в 2.1%, к вирусу ЛЗН – в 9% за счет 3 туманов и г.Ургенча. этиологическая расшифровка случаев лихорадочных заболеваний неясной этиологии показала роль вирусов ККГЛ и ЛЗН в возникновении заболевания. В Навоийском вилояте геном вируса ККГЛ выявлен в клещах в 6.1% за счет Канимехского и Тамдынского туманов, АГ вируса ККГЛ – в 10.5% у грызунов, в 17.2% - у КРС. У лихорадящих больных геном выявлен в 6 случаях за счет Канимехского, Тамдынского и Учкудукского туманов, АГ вируса ККГЛ выявлен у 3 лихорадящих больных из 26 (Канимехский туман). АТ к вирусу ККГЛ у здоровых людей выявлены в 2.5% случаев. Геном вируса Карши обнаружен в клещах Канимехского и крови МРС Учкудукского туманов. Ат к вирусу ЛЗН выявлены в 8.3%, а к вирусу клещевого энцефалита – в 2.3% случаев (Канимехский туман). Выявлена высокая степень пораженности вирусом ККГЛ КРС и МРС в Пешкунском тумане Бухарского вилоята – его АГ обнаружен в 20% и 66.7% случаев соответственно.

Таким образом, в РК и Навоийском вилояте показана активизация эпизоотической и эпидемической ситуации по ККГЛ, выявлена высокая степень пораженности вирусом ККГЛ крупного и мелкого рогатого скота из Пешкунского тумана Бухарского вилоята.

ЎЗБЕКИСТОННИНГ АЙРИМ ВИЛОЯТЛАРИДА ҒАРБИЙ НИЛ ИСИТМАСИНИНГ ЭПИДЕМИК НАМОЁНИ

Байназаров М.М, Буриев А.Я., Мусабаев Э.И., Мустафаев Х.М., Шерматов В.А., Умурзаков Ш.Д., Волкова Н.Н., Шермухамедова Д.А., Юсупова Л.О., Миркасимова Х.Х., Калугина Л.Г., Ташбоев Н.С.

ЎЗР ССВ Вирусология ИлТИ, Республика арбовируслар инфекцияси Маркази, Тошкент ш. Қашқадарё вилоят ДСЕНМ

Ғарбий Нил иситмаси (ҒНИ) – трансмиссив йўл билан юқувчи касаллик. Ёзги-кузги мавсумийликка эга. Умумий интоксикация белгилари билан, бош ва мушаклар оғриғи ва ўткир иситмали касаллик кўринишида кечувчи табиий ўчоқли арбовирус инфекция.Одамда сероз менингит ва менингоэнцефалит аломатлари билан кечиши мумкин.

Сўнги ўн йилликда адабиётлардаги маълумотларга кўра ҒНИ билан касалланиш ходисаларини рўйхатга олиниш холлари кўпайгани кузатилган. Масалан, Бухарест шахрида 400 дан ортиқ аҳоли касалланиб (яъни шахар аҳолисининг 4 %и зарарланган),

ўлим кўрсатгичи 4-6 % ни ташкил этган. АҚШда эса 2003 йилда 9000 та ходиса рўйхатга олинган, ўлим кўрсатгичи 2,2 % ни ташкил этган.

Нью-Йоркда ҒНИ вируси чақирган менингоэнцефалит билан оғриган 58 нафар бемордан 7 таси ўлган. Шунингдек ҒНИнинг эпидемиялари Россияда ҳам кузатилган. Ушбу эпидемиялар марказий нерв системаси зарарланиши ва ўлим кўрсатгичининг юқорилиги билан ўтган йилларда баён этилганларидан фарқланади.

Ўзбекистонда ҳам бу инфекция мавжуд. Уни чақирадиган вирус штамми республикада илк бор Самарқанд вилоятида истиқомат қилувчи менингит ташхиси қўйилган беморнинг қон зардобидан ажратиб олинган. ҒНИ бўйича эпизоотик вазият ўрганилганда, ушбу вирусга қарши антитело уй хайвонларнинг қон зардобида Қашқадарё вилоятида 3,1 %, Наманган вилоятида 0,9 % холатларда мусбат натижалар олинган. Ўтган йилларда ўтказилган текширувлар натижасида (Ш.Х. Якубов, 1970) ҒНИ вируси табиий ўчоқларининг эпидемик намоёни кўрсатилган эди. Соғлом одамлар қон зардобларида ушбу вирусга қарши антителолар Самарқанд вилоятида – 7,2 %, Қашқадарё вилоятида – 3,5 %, Сирдарё вилоятида – 0,8 %, Тошкент вилоятида – 0,4%, Қорақалпоғистон Республикасида – 3,1 % ни ташкил этди.

2008 йилда “Вектор-Бест” тест-системалари ёрдамида ИФА усулида Ўзбекистоннинг 6 вилоятида 154 нафар этиологияси номаълум иситмали беморлар қон зардоби текширилганда ҒНИ вирусига қарши антителолар (IgG) аниқланди. Мусбат натижа берган қон намуналарини авидлик кўрсатгичи аниқланганда 37.5 %и шу вақт давомида касаллик билан оғриган ёки 3-5 ой аввал касаллик ўтказган. 4 вилоятдан йиғилган соғлом одамлар қон зардоби 114 намунаси текширилганда 13 %ида IgG антителолар аниқланган. Бу шахслар ҒНИ касаллигини ўтказган.

2009 йилда Республиканинг бешта вилоятидан йиғилган 21 иситмали беморлар қон зардобидан 3 тасида ҒНИ вирусига қарши антителолар аниқланган, 58 нафар соғлом одамлар қон зардобидан 5 тасида мусбат жавоб олинган.

Олинган натижалар Ўзбекистон Республикаси учун ҒНИ бўйича муаммолари жуда муҳимлигини кўрсатади. Республиканинг вилоятларида ҒНИнинг барча табиий ўчоқлари ўрганилмаган, уларнинг эпизоотик ҳолати ва эпидемик намоёни таҳлил қилинмаган. Махсус лаборатория таҳлили фақат Вирусология илмий текшириш институтининг табиий ўчоқли ўта хавфли вирусли инфекциялар лабораториясида ўтказилишини, шунингдек бугунги кунда махсус даволаш ва олдини олиш чораларининг йўқлигини инобатга олсак, бу муаммонинг долзарблиги янада яққол кўриниб туради.

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ РИККЕТСИЙ ГРУППЫ КЛЕЩЕВОЙ ПЯТНИСТОЙ ЛИХОРАДКИ И ДРУГИХ α1-ПРОТЕОБАКТЕРИЙ В ИКСОДОВЫХ КЛЕЩАХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Шпынов С.Н., Рудаков Н.В., Танкибаев М.А., Fournier P.-E., Raoult D.
ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора, Россия, ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Université de la Méditerranée, Marseille, France

Представители семейств *Rickettsiaceae* (в составе родов *Rickettsia* и *Orientia*) и *Anaplasmataceae* (рода *Anaplasma, Ehrlichia, Neorickettsia* и *Wolbachia*) из порядка *Rickettsiales* являются α1-протеобактериями и принадлежат к классу *Proteobacteria*. Они растут и размножаются только в эукариотических клетках преимущественно млекопитающих и членистоногих. При присасывании иксодовых клещей они передаются человеку и вызывают клещевой риккетсиоз, моноцитарный эрлихиоз человека и гранулоцитарный анаплазмоз человека.

Материал и методы. Имаго иксодовых клещей четырех родов (*Dermacentor, Ixodes, Haemaphysalis* и *Hyalomma*) в количестве 940 экземпляров были собраны с растительности в апреле-мае 2000 – 2003 гг. на 11 административных территориях РФ и 3 территориях РК.

ПЦР и секвенирование осуществляли с праймерами амплифицирующими фрагмент гена *ompA* (Fournier PE et al., 1998) и ген цитрат синтетазы (*gltA*) (Roux et al., 1997) риккетсий. Для генотипирования ДНК анаплазм и эрлихий применяли праймеры 16SEHRD/ 16SEHRR амплифицирующие фрагмент гена 16S рРНК анаплазм и эрлихий (Parola, 2001).

Результаты и обсуждение. ДНК *R. sibirica* была выявлена в клещах *Dermacentor nuttalli* вКрасноярском крае. «*R. heilongjiangensis*»была выявлена в клещах *Haemaphysalis concinna* из Алтайского, Красноярского, Приморских краев, и в *D. nuttalli* из Красноярского края. ДНК *R. slovaca* выявлена в клещах *D. marginatus* в Ставропольском крае и Воронежской области. В Омской области в клещах *Ixodes persulcatus* выявлен геновариант *R. helvetica*. Геновариант *R. aeschlimannii* выявлен в Ставропольском крае в клещах *Hyalomma marginatum marginatum.* ДНК *R. raoultii* выявлена в клещах *D. reticulatus* на территории Воронежской и Челябинской областей, в клещах *D. marginatus* и *D. reticulatus* на территориях Оренбургской, Омской и Новосибирской областей. На территории Алтайского края эта риккетсия выявлена в клещах *D. reticulatus, D. marginatus, H. concinna* и *I. persulcatus*, а на территории Красноярского, Приморского краев и республики Бурятии в *D. nuttalli* и *D. silvarum*. Выявлен и описан новый вид риккетсий «Candidatus *Rickettsia tarasevichiae*»в клещах *I. persulcatus,* собранных в Челябинской, Тюменской, Омской и Новосибирской областях, Алтайском, Красноярском и Приморском краях. Риккетсия близкородственная *R. tamurae* выявлена в клещах *I. persulcatus* в Алтайском и Красноярском краях.

В клещах *I. persulcatus* выявлены *Anaplasma phagocytophilum* (Алтайский и Приморский края), *Ehrlichia muris* (Тюменская, Омская, Новосибирская области и Алтайский край), *Candidadtus Neoehrlichia mikurensis* (Омская область). *A. bovis* была генотипирована в клещах *H. concinna* в Приморском крае. ДНК бактерии «*Montezuma*» выявлена в клещах *I. persulcatus* в Омской и Новосибирской областях, Алтайском и Приморском краях.

В Республике Казахстан *R. raoultii* была генотипирована в клещах *D. marginatus* в Карагандинской и Восточно-Казахстанской областях и в клещах *D. niveus* из Карагандинской области. Геновариант *R. aeschlimannii* выявлен в Алма-атинской области в клещах *Haemaphysalis punctata*.

Заключение. Установлено присутствие 13 α1-протеобактерий из родов *Rickettsia, Anaplasma* и *Ehrlichia* в иксодовых клещах на территориях Российской Федерации и Республики Казахстан. *R. sibirica* является «классическим» патогеном, *R. heilongjiangensis, R. slovaca, R. helvetica, R. aeschlimannii, Rickettsia raoultii* и *A. phagocytophilum* описаны как патогены человека в различных регионах мира в последнее десятилетие.

ОРОЛ БЎЙИ ҲУДУДЛАРИДАҚРИМ-КОНГО ГЕМОРРАГИК ИСИТМАСИ ТАБИИЙ ЎЧОҚЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИК НАМОЁНИ

Юсупова Л.О., Абсаттарова В.К., Мустафаев Х.М., Шерматов В.А., Умурзаков Ш.Д., Миркасимова Х.Х., Калугина Л.Г.
ЎЗР ССВ Вирусология ИТИ, Республика арбовируслар инфекцияси Маркази, Тошкент ш. Қорақолпоғистон Республикаси ДСЭНМ

Қорақолпоғистон Республикаси ва Хоразм вилоятларида Қрим-Конго геморрагик иситмаси вируси бўйича мавжуд эпидемик вазиятни ўрганиш мақсадида 2008-2009 йилларда илмий хизмат сафарлари ташкиллаштирилди.

Дала материалларнинг текширув натижалари бу ҳудудларда Қрим-Конго геморрагик иситмаси вируси структурасини кенгайганлигини кўрсатади.

Хоразм вилояти бўйича йирик шохли моллар ва молхоналардан йиғилган каналарнинг зарарланганлик даражаси 8,3% ни (84 намунадан 7 таси) ташкил этди. Зарарланган каналар Хива, Шовот, Хазарасп ва Гурлан туманларидан эканлиги аниқланди. Вилоят бўйича йирик шохли молларнинг табиий зарарланганлиги жуда юқори – 27,8% (61 намунадан 17 таси) эканлиги аниқланди. Бу текширув натижаси 2 туман – Хива ва Шовот туманлари ҳисобига келиб чиққан.

Қорақолпоғистон Республикасидан йиғилган каналарнинг вирусофорлиги 5,3% (38 намунадан 2 таси) ни ташкил этди. Зарарланган каналар – B.annulatus Элликалъа туманидан эканлиги аниқланди. Қорақолпоғистон Республикаси бўйича йирик шохли молларнинг табиий зарарланганлиги 20,8% (24 намунадан 5 таси) ни ташкил этди. Бу Қўнғирот, Элликалъа ва Беруний туманлари ҳисобига бўлди.

Аниқланган табиий ўчоқларда эпидемик намоёнликни аниқлаш мақсадида соғлом одамлар ва ноаниқ этиологияли иситмали беморлардан қон зардоби текширилди.

Хоразм вилоятида соғлом аҳоли орасида суммар антителолар 22,5% (158/35) аниқланди. Текширилган қон зардоблардаги титр 1:20 ва ундан юқори бўлганда мусбат натижа деб ҳисобга олинди. Қрим-Конго геморрагик иситмаси билан касалланиб ўтганлар Хива (41/13), Ханқа (38/20), Шовот (16/1), Янгиариқ (15/1) туманларида аниқланди. Ноаниқ этиологияли иситмали беморлар қон зардоби текширилганда фақатгина 2 та беморда IgM, уларнинг биттасида эса ПЗР усулида вирус геноми аниқланди, бу эса касалликнинг ўткир даврида беморлар аниқланганлигини кўрсатади.

Қорақолпоғистон Республикаси бўйича суммар антителолар 10,2% (98/10) ташкил этди. Бу Кегейли, Беруний, Амударё туманларида 2 тадан ва Қўнғирот туманидан 4 та ҳолат ҳисобига бўлди. Ноаниқ этиологияли иситмали беморлар қон зардоби текширилганда эса 3 та беморда Қрим-Конго геморрагик иситмаси вируси геноми аниқланди, бу Беруний, Тўрткўл ва Мўйнақ туманларидаги беморлар қон зардоби эди.

Ноаниқ этиологияли иситмали беморлар ва аҳоли иммун фонини ўрганиш мақсадида йиғилган қон зардоблари, табиатда йиғилган дала материалларининг вирусологик ва серологик текширув натижалари ҳамда паразитологик маълумотлар – бу ҳудудларни Қрим-Конго геморрагик иситмаси вирусига нисбатан эндемик ҳудуд дейишга асос бўлади. Текширув натижалари Хоразм вилоятининг 5 туманини ва Қорақолпоғистон Республикасининг 7 туманини ўз ичига оладиган Қрим-Конго геморрагик иситмаси фаол эндемик ўчоқларини чегарасини аниқлаш имкониятини берди.

Қрим-Конго геморрагик иситмаси вирусининг кўплаб кана турларида аниқланиши табиий ўчоқнинг поливектор характерга эгалиги тўғрисида маълумотга эга бўлинди. Бу омиллар Қрим-Конго геморрагик иситмаси ўчоқларини табиатда узоқ муддат мавжудлигини таъминлайди.

Текширилган 23туманларнинг 13 тасида вирус циркуляциясини аниқланиши, Қрим-Конго геморрагик иситмаси касаллиги билан оғриб ўтганлар ва беморларнинг

аниқланиши, бу ҳудудларнингбарча ландшафт зоналарида одамларнинг Қрим-Конго геморрагик иситмаси вируси билан зарарланиши мумкинлигини кўрсатади. Орол бўйи ҳудудларидаги Қрим-Конго геморрагик иситмаси ўчоқларини фаоллиги юқори даражада деб характерлаш мумкин.

Хоразм вилояти бўйича ва Қорақолпоғистон Республикасининг айрим туманларида Қрим-Конго геморрагик иситмаси касаллигини рўйхатга олинмаслигини касалликнинг геморрагик синдромларсиз енгил шаклда кечиши ёки бошқа ўхшаш касалликлар ташхиси билан ўтказилиши, шунингдек маҳаллий даволовчи муассасаларда Қрим-Конго геморрагик иситмаси вирусини лаборатория текшируви имкониятини мавжуд эмаслиги билан тушуниш мумкин.

ПРОЧИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БЕШЕНСТВА В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА

Алшинбаева Г.У., Утепбергенова Г.А., Балабекова К.Р.
Медицинский Университет Астана, МКТУ им.Х.А.Ясави, областная инфекционная больница. Кызылорда

Ежегодно на территории южных регионов Казахстана (Южно-Казахстанская [ЮКО] и Кызылординская области) регистрируются случаи бешенства среди людей, высокий удельный вес заболевших свидетельствует о неблагополучной обстановке в этих областях.

Целью нашего исследования: провести ретроспективный анализ заболеваемости бешенством среди людей за 2006-2011 годы.

Материалы и методы: В работе были использованы эпидемиологические, эпизоотологические данные бешенства по материалам УГСЭН и центральной ветеринарной лаборатории, истории болезни пациентов, госпитализированных в инфекционные стационары с 2006 по 2011 годы.

Результаты и обсуждение: Анализ заболеваемости бешенством среди людей показал, что удельный вес заболевших в данных регионах за последние шесть лет составил 81% (35 случаев из 43) из общего числа зарегистрированных по республике. Заболевание наблюдалось круглогодично с наибольшей частотой в летне-осенний период (60%). 78,5% больных бешенством отмечали укусы собак (33,3% - бездомные собаки). Из числа пострадавших 42% составляли дети школьного возраста, 14% - подростки, 44% - взрослые.

Отмечается рост обращений пациентов с укусами животных: так, в ЮКО за 2006 г.– 7558 пострадавших, 2007 г. – 11600; 2008 г. – 13231, 2009 г.-– 15777 человек, в 2010 году количество укушенных собаками в ЮКО возросло в 2,4 раза (18158 человек), из них мужчины - 60%, женщины – 40%.

Основными причинами развития болезни явились: 77% пострадавших от укуса не обратились за медицинской помощью, 14% пациентов получили неполный курс антирабической вакцины (недостаточная дозировка, позднее введение), и 9% случаев - не назначен курс вакцинопрофилактики против бешенства ввиду отсутствия настороженности у медицинских работников.

Инкубационный период составил от 12 дней до 2-х месяцев (при укусах в лицо и кисти, при позднем и неполном курсе вакцинопрофилактики) и 3-7 мес- у непривитых.

Клинические симптомы заболевания были классическими и протекали циклично с развитием периодов предвестников, разгара (возбуждения) и паралитического периода. Продолжительность болезни при развитии полной картины бешенства составила в среднем от 6,6 до 12 дней.

Диагноз больным был выставлен клинически, в связи с отсутствием прижизненной диагностики и верифицирован постмортально с выделением телец Бабеша-Негри (17%).

По данным центральной ветеринарной лаборатории ЮКО из общего количества животных, обследованных на вирус бешенства за анализируемый период, возбудитель обнаружен у собак (в 1,3 % случаев), КРС (2,0%), кошек (3,1%) и других животных (1,6%). На борьбу с бешенством в 2010 году только в одной ЮКО было выделено из республиканского и местного бюджета 38 млн.235068 тыс. тенге.

Санитарно-просветительная работа является одним из важнейших направлений профилактики бешенства и направлена на информированность населения о немедленном обращении за медицинской помощью при укусе животных; разъяснение необходимости иммунизации домашних животных; повышение ответственности за своих домашних питомцев (выгул их в установленных местах, ношение намордников).

Таким образом, организация мультисекторального взаимодействия с проведением комплексных мероприятий, постоянная подготовка медицинских кадров и санитарное просвещение населения позволят снизить заболеваемость бешенством.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ИВБДВ НА УРОВНЕ ПМСП И ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Бегайдарова Р.Х., Тельжанова Ф.А., Дюсембаева Н.И., Алшынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е.

Карагандинский государственный медицинский университет, Управление здравоохранения Карагандинской области. Караганда. Казахстан

Стратегия Интегрированного Ведения Болезней Детского Возраста (ИВБДВ), разработанна Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Стратегия ИВБДВ обеспечивает профилактику и необходимое комплексное лечение детей. Кроме того, программа рассчитана на обучение медицинских работников на уровне первичной медико-санитарной помощи и активации санитарно-просветительной работы с населением по предупреждению заболеваний.

В Карагандинской области стратегия ИВБДВ начала работать в рамках пилотной программы ВОЗ\ЮНИСЕФ с 2009 года. В результате внедрения были извлечены уроки из практики, что программа эффективно может повлиять на снижение детской смертности, дает медленные, но стойкие результаты,так как затрагивает глубинные механизмы формирования здоровья и выживаемости ребенка.

Программа включает три этапа реализации: первый этап - это подготовительный (2009 -2011 годы), целью которого является обучение. Критериями являются: создание команды тренеров и районных координаторов, наличие центра ИВБДВ, учебных баз в районах, дифференцированное планирование обучения.

Второй этап: достижение критической массы обученных не менее 90% - (2009-2012 годы), целью является охват критической массы по горизонтали. Критерии улучшение промежуточных показателей, в каждом лечебном учреждении 90% работающих медработников должны быть дифференцировано обучены по всем

разделам стратегии, все случаи летальности и уровень заболеваемости ОРИ, диареями анализируется с точки зрения программы.

Третий этап устойчивого внедрения программы - (2009-2012г), цель: создание внутреннего аудита, внешнее мониторирование. Критерии: устойчивое снижение показателей младенческой и детской смертности, налаженная система внешнего мониторинга, изменены качества кураторства.

Создан областной центр (при УЗКО с июля 2010 г при ОДКБ) и районные центры ИВБДВ (в Бухаржырау, Шахтинске, Осакаровке). Планируется создание центров ИВБДВ в городах Жезказгане, Сатпаеве.

В задачи входило подготовить тренеров в каждом лечебном учреждении, путем обучения на местах, путем подготовленных тренеров на областном уровне.

Огромное значение имеет разъяснительная работа с матерью, которую должны проводить врачи и медицинские сестры (пункты ОР).

Каждая мать заболевшего ребенка должна знать: как приготовить раствор ОРС, как проводить оральную регидратацию по планам А и Б, как давать препараты цинка, когда нужно немедленно вновь обратиться к медработнику, когда нужно прийти на повторный прием.

ВОЗ выделяет три важных элемента в лечении всех диарей у детей: регидратационная терапия, пероральные препараты цинка, продолжение кормления.

В результате внедрения ИВБДВ улучшились навыки врачей по ведению больных детей, уменьшилось необоснованное использование различных лекарств, в том числе и антибактериальных, повысились знания и навыки матерей по вопросу кормления детей, выполнению рекомендаций врача по лечению больных детей на дому и по вопросам немедленного обращения к врачу.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА

Бегайдарова Р.Х, Алшынбекова Г.К..Насакаева Г.Е., Дюсембаева А.Е., Девдариани Х.Г.

Кафедра детских инфекционных болезней, Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда

Акционерное общество Научно- производственный центр « Фитохимия», Караганда. Казахстан

Цель исследования: изучить клинико-лабораторную эффективность – различных схем лечения лямблиоза.

Материалы и методы обследования

Под клиническим наблюдением находилось 99 больных, госпитализированных на стационарное лечение в Областную инфекционную больницу (ОИБ) с диагнозом лямблиоз, кишечная форма, хроническое течение в стадии обострения».

Все больные получили метод трехэтапного лечения лямблиозной инвазии: подготовительный этап (до 2–4 недели), этиотропное лечение, восстановительный этап.

В качестве противолямблиозной терпапи дети получили метронидазол, орнисид, растительный препарат саусалин.

Критериями эффективности проводимой терапии были результаты клинико-лабораторных исследований.

Обсуждение результатов исследования. Были диагностированы диспепсический, болевой, астеновегетативный и кожные синдромы.

На фоне лечения саусалином у больных III группы полностью купировалась тошнота и рвота, боли в эпигастральной области, в правом подреберье.

Астеновегетативный синдром: в виде слабости и раздражительности не беспокоили пациентов, хотя вялость наблюдалась в 1,1±0,67%.случаях.

Токсико-аллергический синдром в виде: атопического дерматита сохранялся в 2,1±0,77, а зуд кожи полностью купировался.

У больных I и II группы лечения (25,6±1,5; 9,5±1,2-соответственно) периодически беспокоили тошнота, связанная и несвязанная с приемом пищи и рвота (9,6±1,3; 4,6±1,1).

Болевой синдром: в виде боли в эпигастральной области (9,5±0,9; 7,1±0,76), в животе (14,1±1,8; 9,1±0,83) и в правом подреберье (15,1±0,9; 4,1±0,81) сохранялась у больных I, II группы после лечения орнисидом и метронидазолом.

Астеновегетативный синдром: слабость (23,6±0,47; 8,1±0,91), вялость (34,3±0,65; 8,1±0,91) и особенно раздражительность.(33,7±1,63; 21,1±0,37) после лечения орнисидом, и метронидазолом сохранялись у больных I,II групп.

Токсико-аллергический синдром в I, II группах лечения в виде атопического дерматита и зуда кожных покровов сохранялся и был выражен соответственно (в 23,1±0,77%, 8,1±1,11%) и (17,1%±0,83; 4,3±1,11%) случаях. После окончания курса лечения перечисленными препаратами нами было проведено контрольное паразитологическое обследования для подтверждения эффективности лечения. Контроль проводили на основании исчезновения паразитов в фекалиях трехкратно: через 1 и 3 месяцев.

Через один месяц после лечения произошла санация у 45% больных, получивших в лечении орнисид, у 70% - метронидазолазол и у 80%- саусалин.

ВЛИЯНИЕ АСКАРИДОЗНОЙ ИНВАЗИИ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ МУЖЧИН

Бритько В.В., Джангильдинова С.А., Султанов Б.Ж., Кошерова Б.Н., Досмагамбетова Р.С.
Карагандинский государственный медицинский университет. Караганда. Казахстан

Несмотря на все успехи современной медицины по-прежнему невозможно оградить человека от воздействия гельминтов. Известно более 250 видов гельминтов, встречающихся у человека.

Нематодой Ascaris lumbricoides вмиреинвазировано до 1,5 млрд. человек (В.П. Сергиев, Ю. В. Лобзин и др., 2006.). Возможно, самой актуальной проблемой, связанных с аскаридозом, является токсическое воздействие продуктов жизнедеятельности аскарид на различные системы организма, в том числе и на мужскую репродуктивную систему (Ю.В.Лобзина, А.П. Казанцева, 1996).

Материалы и методы. Для определения аскаридозной инвазии проводили копрологическое обследование мужчин репродуктивного возраста, у которых в дальнейшем исследовали сперму в лаборатории кафедры молекулярной биологии и медицинской генетики КГМУ.

Макро- и микроскопическое исследование эякулята проводили по стандартной методике (И.И.Миронова, Л.А.Романова, В.В.Долгов, 2005). Для дифференциации живых и мертвых сперматозоидов использовали метод суправитальной окраски эозином по Блюму (Б. Ромейс, 1954). Для характеристики атипичных форм сперматозоидов использовали окраску мазков азурэозином. Мазок фиксировали в течение 2 минут метилалкоголем и окрашивали в течение 10 минут разбавленным раствором азурэозина по Гимза-Романовскому (10 капель свежеприготовленного раствора азурэозина в 5 мл дистиллированной воды). Затем мазок промывали водой и заливали в канадский бальзам.

Результаты. У обследованных нами 50 мужчин репродуктивного возраста, инвазированных аскаридами, наблюдалась достоверная тенденция к снижению числа подвижных и малоподвижных сперматозоидов с прямолинейным поступательным движением (относящихся к группам А и Б). В тоже время достоверно возрастало количество неподвижных сперматозоидов (группы D).

В эякуляте мужчин с аскаридозной инвазией незначительно и недостоверно возрастало количество мертвых сперматозоидов по сравнению с контрольной группой, содержание атипичных форм сперматозоидов не превышало 50%, что соответствует нормоспермии.

Следовательно, аскаридозная инвазия, сопровождаемая интоксикацией организма, оказывает негативный эффект на процесс сперматогенеза у мужчин репродуктивного возраста, который выражается в достоверном уменьшении количества сперматозоидов с прямолинейным поступательным движением и увеличении количества неподвижных сперматозоидов в эякуляте.

АСПЕКТЫ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 1 У ДЕТЕЙ

Ахмедова Ш.У., Абдуллаева О.И.
ТашПМИ, кафедра Эндокринологии с детской эндокринологией.,ТашПМИ, кафедра Детских инфекционных болезний. Ташкент. Узбекистан

Сахарный диабет (СД) типа 1 является следствием аутоиммунной деструкции бета клеток островков поджелудочной железы, развивающийся под действием факторов окружающей среды при наличии генетической предрасположенности. В ряде исследований последних лет, безусловно доказано присутствие внутриклеточного инфицирования в участии аутоиммунных процессов развития СД типа 1. Современная этиологическая и патогенетическая концепция СД типа 1 рассматривает последний как результат взаимодействия генетической предрасположенности, факторов внешней среды и раздельного нарушения аутоиммунитета, реализующейся в разрушении β-клеток; объясняет гетерогенность СД типа 1 и обуславливает необходимость интенсификации исследований ряда нерешенных вопросов иммунопатогенеза СД. Установление наиболее специфичного и наиболее раннего маркера СД типа 1 способствует не только лучшему пониманию патогенеза заболевания, но и развитию ранней иммунодиагностики и прогнозирования этого тяжелого хронического недуга.

Выявление тенденции к более высокой частоте заболевания детей в раннем возрасте, а также доказанная роль сочетания наследственности и вирусинфицированности в развитии СД типа 1 у детей явились основой для проведения данного исследования.

У лиц с наличием генетической предрасположенности к СД типа 1 изменена реакция на факторы окружающей среды, ослаблен противовирусный иммунитет, они чрезвычайно подвержены цитотоксическому повреждению клеток вирусами и химическими агентами. Этиопатогенез СД типа 1 связывают с вирусными инфекциями, поражающими бета-клетки островков поджелудочной железы. Особое внимание уделяется вирусам ветряной оспы, эпидемического паротита, краснухи, Коксаки В4, энцефаломиокардита, инфекционного мононуклеоза, инфекционного гепатита, цитомегаловируса, что находит подтверждение при вскрытии больных, умерших от СД типа 1, где выявлены характерные гистологические изменения в островках (инфильтрация и дегенерация бета-клеток). Эти изменения получили название «инсулит» и наблюдаются при вирусных и аутоиммунных процессах. Тем не менее, точные доказательства клинического значения вирусной инфекции получить

трудно, поскольку выделение вирусного агента у больных диабетом не всегда возможно. Вероятно это связано с тем, что в момент развития диабета вируса уже может не быть. Диабет, по-видимому, представляет собой позднюю стадию вирусной инфекции, которая может в свою очередь послужить пусковым механизмом СД типа 1.

Таким образом, все дети, с наследственной отягощенной по СД должны быть обследованы на выявление внутриклеточных инфекций с раннего возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО НОСИТЕЛЬСТВА МИКРООРГАНИЗМОВ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ

Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У., Турсунова Д.А., Раимкулова Д.Ф., Юлдашева Г.Г. Лобзина М.Ю.

Ташкентская медицинская академия. Ташкент. Узбекистан

По данным ВОЗ, летальность детей первых 5 лет жизни, обусловленная пневмонией составляет до 25%. Важную роль в патогенезе воспалительного процесса при пневмонии имеет носительство носоглоточного пневмококка, уровень его резистентности к антимикробным препаратам. Различие клинических признаков пневмонии приводит к необоснованному назначению антибактериальной терапии, что в дальнейшем формирует повышение антибиоткорезистентности микробной флоры. В связи с этим, в настоящее время изучение региональных особенностей уровня носительства и резистентности микробного пейзажа носоглотки, оптимизация алгоритмов диагностики и лечения данного заболевания является актуальным направлением педиатрии. Целью нашей работы явилось изучение назофарингеального носительства патогенной и условно-патогенной флоры у детей с пневмоний.

Исследование назофарингеального носительства микроорганизмов проводилось с использованием стерильных тампонов на гибких алюминевых стержнях. После забора материала сразу проводился посев площадкой на чашки Петри с 5% кровяным колумбийским агаром. Идентификацию микробов проводили на основании морфологии колоний, результатов окраски по Грамму, чувствительности к оптохину и пробирочного теста лизиса в присутствии 10% дезоксихолата натрия [Метод.указания, 2006]. Определение чувствительности выделенных возбудителей методом микроразведений в бульоне Мюллера-Хинтона проводилось к следующим препаратам: пенициллину, амоксициллину, ампициллину, моксициллину/клавуланату, цефотаксиму, цефоперазону, цефазолину, азитромицину, норфлоксацину, левофлоксацину.

Клинико-микробиологическое исследование проведено у 113 детей в возрасте от 2 мес до 10 лет, поступивших на стационарное лечение в детское пульмонологическое отделение клиники №1 Ташкентской медицинской академии по поводу острой пневмонии. Больные в возрасте до 1 года составили 33 (29,2%), 1-3 года 60 (53,2%), 3-7 лет 14 (12,3%), 7-10 лет 6 (5,3%) детей. Установлено, что в 69,2% случаях к моменту поступления в стационар больным было неоднократно проведен курс антибактериальной терапии антибиотиками пенициллинового и цефалоспоринового ряда.

Результаты бактериологического исследования показали, что у 12 (10,6%) больных выделены Str. pneumoniae, у 7 (6,3%) Staph. aureus, у 8 (7,3%) Str.aerugenosa, у 11 (9,7%) Klebsiella pneumoniae, у 2-х (1,7%) Candida albicans, у 1 (0,8%) E. coli, 5 (4,4%) Staph. haemolyticus. Лишь у одного (0,8%) больного не было выделено патогенной и условно-патогенной флоры.

У 66 (58,4%) больных выделены по 2 возбудителя, это 9 (8,1%) Klebsiella pneumoniae + Str.aerugenosa, 2 (1,7%) Staph. epidermidis + Candida albicans, 8 (7,2%)

Klebsiella pneumoniae + Candida albicans, 7 (6,1%) Str. pneumoniae + Candida albicans, 13 (11,5%) Staph. epidermidis + Str. pneumoniae, 3 (2,6%) Staph. aureus + Citrobacter freundii, 2 (1,7%) Str.aerugenosa + Staph. epidermidis, 11 (9,7%) Str. pneumoniae + Staph. aureus, 3 (2,6%) Klebsiella pneumoniae + Staph. epidermidis, 8 (7,2%) Str. pneumoniae + Staph. haemolyticus. Анализ чувствительности выделенных возбудителей к антибиотикам показал, что несмотря на проблему пенициллинорезистентности пневмококков, ß-лактамы, все еще сохраняют свою актуальность в терапии Str. pneumoniae. Также чувствительность выявлена к макролидам, цефотаксиму, цефтриаксону, левофлоксацину. Так, по данным наших исследований лишь в одном случае (Str. pneumoniae + Staph. aureus) выявлена устойчивость к амоксициллину/клавуланату.

Исследование показало, что микробный пейзаж представлен разнообразными возбудителями, но наиболее чаще выделялись Str. pneumoniae (51/45,1%), причем 39 из них совместно с другими возбудителями и Klebsiella pneumoniae (31/27,4 %). Таким образом, на сегодняшний день Str. pneumoniae является одним из основных микроорганизмов, обсеменяющих носоглотку детей, особенно в возрасте от 1 до 3-х лет. Высокая частота антибактериальной терапии на догоспитальном этапе, значительно снижает результативность культурального исследования у госпитализированных пациентов, что требует о целесообразности более широкого использования в нашей республике альтернативных культуральному методов диагностики.

О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОЭПИЗООТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОТИВ КЛЕЩЕВЫХ РИККЕТСИОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Бахрамова Н. Н.
Центр профилактики карантинных и особо опасных инфекций МЗ РУз

*Р*иккетсиозы являются важной проблемой инфекционной патологии многих стран, в том числе и Узбекистана. Последние десятилетия XX века характеризуются активизацией эпидемического проявления природно-очаговых риккетсиозов, объединяемых в группу клещевой пятнистой лихорадки (КПЛ) в различных регионах мира. За последние годы были описаны несколько заболеваний, вызываемых ранее неизвестными риккетсиями. Отмечается увеличение числа новых представителей группы КПЛ, некоторые из них получили статус самостоятельного вида. Это в определенной мере связано с совершенствованием методов культивирования и идентификации риккетсий с использованием техники моноклональных антител (МКА) и комплекса генетических методов. Яркими примерами являются астраханская пятнистая лихорадка, японская пятнистая лихорадка, клещевая пятнистая лихорадка островов Флиндерса, а также риккетсиозы, вызываемые Rickettsia slovaca, Rickettsia aeschlimannii, Rickettsia parkeri. Эти заболевания либо ранее не регистрировались, либо принимались за инфекции другой этиологии. В настоящее время среди новых представителей группы КПЛ выделяют не только патогенные, но и апатогенные риккетсии.

Интенсивность эпидемического проявления клещевого риккетсиоза в пределах его ареала характеризуется различным уровнем. Наряду со стойкими природными очагами, проявляющими свою активность на протяжении длительного времени, выделяются географические районы, где эта инфекция регистрируется спорадически. Такого рода особенности обусловливаются как природными, так и социальными факторами: наличием биоценотических предпосылок

существования природных очагов клещевого риккетсиоза, численностью и видовым составом иксодовых клещей, уровнем их зараженности возбудителем инфекции, частотой контактов населения с природными очагами.

За историю изучения клещевого риккетсиоза неоднократно отмечались периоды с различной эпидемической активностью очагов, свидетельствующие о цикличности этой инфекции. Однако с 1979 г. отмечается непрерывный рост заболеваемости клещевым риккетсиозом в мире

Эти данные следует учитывать при оценке степени эпидемиологической опасности очаговых территорий по клещевому риккетсиозу. Поэтому наряду с вопросами эпидемиолого-эпизоотологического надзора необходимо учитывать популяционные характеристики риккетсий группы клещевой пятнистой лихорадки, так как одним из факторов, определяющих территориальную неравномерность распространения клещевого риккетсиоза, является определение гетерогенности их популяций. Генотипическая и фенотипическая гетерогенность риккетсий по ряду признаков, в т.ч. по вирулентности, несомненно является одним из основных факторов, влияющих на особенности функционирования и различную эпидемиологическую активность природных очагов.

Основным критерием эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий является устойчивое снижение заболеваемости населения клещевым риккетсиозом на обслуживаемой территории. С целью оценки качества акарицидных обработок проводят учеты численности клещей на учетных маршрутах. Параллельно проводят учеты диких мелких млекопитающих для оценки качества дератизационных мероприятий. Снижение показателей численности клещей и грызунов на очаговых территориях не менее чем в 3-4 раза свидетельствует об эффективности мероприятий и уменьшении интенсивности эпизоотического процесса клещевого риккетсиоза в очагах.

Об этом же свидетельствует и снижение показателей зараженности клещей риккетсиями R.sibirica. Важным критерием уменьшения риска заражения является снижение частоты контактов населения с клещами, определяемой по частоте присасывания клещей.

ЗНАЧЕНИЕ СЕРОДИАГНОСТИКИ РИККЕТСИОЗОВ

Бахрамова Н.Н., Махсумова Н. У.
Центр профилактики карантинных и особо опасных инфекций МЗ РУз, ГУККЛСиМТ МЗ РУз

Серологические реакции с применением риккетсиозных антигенов высокоспецифичны при заболеваниях риккетсиозной этиологии (независимо от клинической выраженности заболевания), так как отсутствуют в норме или при инфекциях нериккетсиозной этиологии.

В соответствии с четкими различиями в антигенной структуре риккетсии различного рода (например, риккетсии группы сыпного тифа, группы клещевой пятнистой лихорадки или Ку-лихорадки) существует и возможность четкой межгрупповой дифференциации соответствующих риккетсиозов. Наряду с межгрупповой (или родовой) дифференциацией риккетсий и риккетсиозов следует учитывать возможность и внутригрупповой (или видовой) дифференциации.

Из методов, используемых в серодиагностике риккетсиозов и серологической дифференциации риккетсий, в настоящее время основным является реакция связывания комплемента, которая имеет ряд несомненных преимуществ: четкость результатов и объективность их учета; возможность применения этой реакции при всех

видах риккетсиоза с использованием доступных по методу приготовления «цельных» антигенов риккетсии; возможность использования ее также и в эпидемиологической практике для ретроспективного выявления заболеваний риккетсиозной этиологии как у людей, так и у животных благодаря тому, что комплементфиксирующие антитела длительно сохраняются у перенесших соответствующее заболевание в прошлом. К достоинствам РСК следует отнести также и то, что здесь могут быть использованы и длительно хранившиеся сыворотки (предохраненные от проростa и высыхания).

Необходимо подчеркнуть, что реакция агглютинации риккетсий может давать наиболее объективные результаты лишь при использовании макроскопического объемного (или капельного) метода ее постановки. Что же касается микроскопического метода агглютинации (цветная микроагглютинация, реакция Вейгля), то получаемые здесь результаты могут привести к большим заблуждениям в силу необъективности учета результатов, так как риккетсии во взвесях, особенно если они плохо очищены от тканевых и белковых примесей, склонны к спонтанной агглютинации, что и не позволяет делать достоверных заключений при учете результатов.

Реакция гемагглютинации может быть применена для серодиагностики сыпного тифа и клещевых риккетсиозов. С помощью этой реакции удается лишь межгрупповая дифференциация указанных риккетсиозов, а для внутригруппповой дифференциации она непригодна. Реакция гемагглютинации специфична, дает четкие и объективно читаемые результаты. К особенностям этой реакции относится то, что гемагглютинины выявляются лишь в активных фазах инфекции и относительно быстро исчезают после перенесенного заболевания (от 2—3 до 6 месяцев). Благодаря этой особенности реакция гемагглютинации представляет большую ценность в комбинации с реакцией связывания комплемента для дифференциации свежих случаев сыпного тифа от ретроспективно распознаваемых заболеваний.

Следует отметить, что в группе сыпного тифа, КПЛ и эрлихиозов существуют значительные перекрестные реакции, обусловленные общностью антигенных структур возбудителей внутри групп. Это затрудняет серодиагностику конкретной нозоформы. Именно поэтому ни одна из существующих используемых модификаций серологических реакций (РСК, РНИФ, РНГА, ИФА) не обеспечивает четкие дифференцирующие ответы. Разброс в титрах антител у индивидуальных больных при применении антигенов соответствующих возбудителей, принадлежащих к данным группам, настолько велик, что по их уровню невозможно достоверно разделить заболевания по нозоформам. Для этого необходимо привлекать данные клиники и эпидемиологического обследования. Вместе с тем, антигенные совпадения у видов риккетсий внутри групп, особенно КПЛ и эрлихиозов, создает и некоторый положительный момент, поскольку любой диагностикум из этой группы может быть использован для первичного определения риккетсиоза в пределах группы.

Современная диагностика и окончательная расшифровка этиологической принадлежности рассматриваемой группы инфекций, а также сероэпидемиологические исследования в эндемичных очагах риккетсиозов были бы невозможны без привлечения техники моноклональных антител (МКА) и других современных методик, таких как иммуноблоттинг и полимеразная цепная реакция (ПЦР).

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПОРАЖЕНИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ПАРОТИТАХ У ДЕТЕЙ

Махмудов О.Т., Махкамова Х.Х.
Городская Клиническая Инфекционная больница № 1. Ташкент. Узбекистан

Из 112 больных эпидпаротитом (ЭП) поражение ЦНС диагностировано у 14,2% (16 чел.) больных. У всех больных (100%) серозный менингит сочетался с поражением слюнных желез, причем в 25,0% помимо этого, наблюдалось поражение и других органов (поджелудочной железы, подчелюстных желез).

В 75,0% менингиальные симптомы появлялись одновременно с паротитом, в 25,0% - позже. При этом менингит возникал на первой неделе болезни (чаще на 4-6 дни).

Все формы паротита при наличии менингита были тяжелыми.

Начало серозного менингита всегда было острым, с подъемом температуры тела, появлением головной боли, рвоты и собственно менингиальных симптомов (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского).

У больных серозным менингитом были выделены 2 типа температурных кривых. Первый тип (75,0%) характеризовался тем, что температура тела с начала заболевания быстро достигала максимума, а затем постепенно снижалась. Серозный менингит у них возникал одновременно с увеличением околоушных слюнных желез.

У второго типа (25,0%) наблюдался двухволновый характер кривой. Первая волна зависела от повышения температуры тела в начале ЭП; затем она снижалась и вновь повышалась. Второе повышение температуры тела соответствовало развитию менингита и достигало более высоких цифр, чем при первом подъеме.

Из клинических симптомов, наряду с повышением температуры тела (100%), в 100% отмечалась головная боль, в 100% - рвота, преимущественно многократная. Боль в животе отмечалась у детей 25,0% детей. У большинства больных наблюдались сонливость, вялость. Менингиальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского) наблюдались в 100% продолжительностью 5-6 дней.

У больных с поражением нервной системы было проведено определение уровня диастазы крови в динамике болезни. В 25,0% она была выше нормы. У этих больных, наряду с поражением ЦНС, диагностирован панкреатит.

У больных серозным менингитом при спинномозговой пункции в большинстве случаев жидкость вытекала под повышенным давлением – прозрачная или слегка опалесцирующая. Плеоцитоз, был лимфоцитарным.

Изолированное поражение ЦНС не наблюдалось.

При лечении серозных менингитах паротитной этиологии в качестве противовирусного и иммуномодулирующего средства применялся циклоферон в сочетании с вифероном (суппозитории ректальные) в возрастных дозировках. В результате длительность выздоровления больных относительно сокращался на 3-4 дня.

Таким образом, поражение центральной нервной системы при ЭП, преимущественно в виде серозного менингита, среди госпитализированных больных отмечается не часто (14,2%). Серозный менингит развивался одновременно с увеличением околоушных слюнных желез, а у 25,0% развивался в позже. У 50,0% больных серозным менингитом паротитной этиологии кроме слюнных желез в патологический процесс вовлекались и другие органы – поджелудочная железа, подчелюстные железы и др. Клиническая картина серозного менингита была достаточно выраженной; течение острого периода относительно доброкачественное. Применение циклоферона в сочетании с вифероном при лечении поражении нервной системы при ЭП у детей способствовал относительно быстрому выздоровлению больных.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО АНТИРАБИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА ИЗ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЛОШАДИ

Мустанов А. Ю., Алманова А.Ш., Юлдашев А.В.
Ташкентский научно-исследовательский институт вакцин и сывороток, Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан

Несмотря на огромные успехи, сделанные в рабиологии в последние десятилетия в раскрытии этиопатогенеза этого заболевания, в вопросах профилактики этой болезни с помощью вакцинации антирабическими вакцинами, бешенство остается одной из наиболее опасных инфекционных заболеваний человека и животных. Проблема бешенства сохраняет свою актуальность и для отечественного здравоохранения в первую очередь, в аспскте необходимости обеспечения практического здравоохранения отечественными эффективными лечебными препаратами и вакцинами для профилактики и лечения гидрофобии, в частности, антирабического иммуноглобулина.

Фармацевтический рынок антирабических иммуноглобулинов в странах СНГ в настоящее время представлен в основном препаратом «Антирабический иммуноглобулин лошадиный жидкий» производства Харьковского НИИ вакцин и сывороток, обладающий высокой специфической активностью, однако вызывающий достаточно высокий процент побочных реакций после введения (до 20-40% различных аллергических реакций).

В связи с этим важной научно-практической задачей является совершенствование биотехнологии получения антирабического иммуноглобулина, позволяющая снизить реактогенность и токсичность получаемого иммунобиологического препарата.

В Ташкентском НИИ вакцин и сывороток имеется опыт получения такого иммунобиологического препарата, очищенного и концентрированного методом протеолизасорбции.

Цель: Обосновать целесообразность внедрения в производства разработанного в ТашНИИВС отечественного антирабического иммуноглобулина.

Материалы и методы Принципы биотехнологии получения антирабического иммунобиологического препарата включали проведение иммунизации лошадей-продуцентов антирабических иммунных сывороток приготовленным антигеном-10% суспензией мозга животного, содержащего фиксированный вирус бешенства.

Результаты: Проведенные исследования цитотоксичности отечественного иммуноглобулина и контроля (г. Харьков) показали, что коммерческий иммуноглобулин в разведении 1:16 нейротоксичен, а исследуемый препарат не токсичен даже в разведении 1:8. Кроме того, данный антирабической иммуноглобулин из сыворотки лошади является эффективной, доступной, экономичной и относительно безопасной альтернативой зарубежных препаратов.

Выводы: Разработанная в Научно-исследовательском институте вакцины и сыворотки отечественный антирабический иммуноглобулин из сыворотки лошади является эффективной, экономичной и малотоксичной в связи с этим мы считаем обоснованным целесообразность внедрения в производства данного препарата.

УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГРИППА СРЕДИ ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

Рахимов Р.А., Рахимов Р.Р., Ибадуллаева Н.С.
Научно-исследовательский институт вирусологии. Ташкент. Узбекистан

Грипп является одним из наиболее распространенных инфекционных вирусных заболеваний. При эпидемических вспышках заболевает до 30-50% населения, что приводит к огромным экономическим потерям. Показатель смертности от неосложненного гриппа невысок и составляет 0,01-0,2%, но он резко увеличивается при возникновении гриппа у малолетних детей, пожилых и ослабленных людей, особенно имеющих хронические заболевания сердца, легких. Во время эпидемии гриппа всегда увеличивается количество смертей от сердечно-сосудистых, легочных заболеваний. В последнее время, особенно после последней пандемии гриппа 2009-10 гг., в группу риска тяжелых осложнений гриппа, включают и лиц с выраженными иммунодефицитными состояниями.

Грипп не относится к оппортунистическим инфекциям. Однако клинический опыт последней пандемии гриппа показал, что у ВИЧ-инфицированных грипп может протекать в более тяжелой форме, а риск развития осложнений и неблагоприятных исходов более высок, чем у лиц без нарушений иммунитета. Поэтому, Всемирная организация здравоохранения рекомендовала отнести лиц с иммунодефицитом, в том числе ВИЧ- инфицированных к группе риска тяжелого и осложненного течения гриппа.

Однако такого рода исследования в Узбекистане не проводились. В связи с этим актуальным представляется выяснения уровня распространенности гриппа среди ВИЧ-инфицированных.

В сезон гриппа и ОРИ 2011-2012 гг., в период интенсивного подъема заболеваемости, в г. Ташкенте проводился отбор клинических образцов – мазков из носоглотки у ВИЧ-инфицированных лиц, выявленных с симптомами острого респираторного заболевания. Отобранные клинические образцы были исследованы на грипп методом полимеразной цепной реакции ПЦР с флюоресцентной детекцией в режиме реального времени (ОТ-ПЦР-РВ).

Среди обследованных ВИЧ-инфицированных лиц, с острым респираторным заболеванием, в 60,0±7,6 % случаев был установлен лабораторно подтвержденный диагноз «грипп». Из них у 44,4% был установлен грипп типа А и у 55,6% грипп типа В.

Таким образом, проведенное исследование достоверно показало наличие высокого уровня пораженности ВИЧ инфицированных лиц вирусами гриппа обоих эпидемически актуальных типов А и В. Это указывает на то, что помимо широкому спектру оппортунистических инфекций, ВИЧ-инфицированные лица на протяжении всего сезонного периода реально подвержена высокому риску заражения вирусами гриппа. Помимо риска протекания самого гриппа в клинически тяжелой форме, высока вероятность присоединения различного рода осложнений. Следует отметить, что которые из осложнений, способные привести к летальному исходу, могут маскироваться под оппортунистические заболевания, например пневмония.

Результаты исследования обуславливают необходимость разработки методики целенаправленного противовирусного лечения гриппа у ВИЧ-инфицированных лиц, с параллельным проведением антиретровирусной терапии, с учетом их возможного сочетанного применения.

В свете полученных данных, весьма актуальным вопросом является проведение вакцинации против гриппа среди ВИЧ инфицированных лиц всех возрастных групп, в виду широкого распространения гриппа среди этого контингента, и связанного с этим высокого уровня осложнений заболевания.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА RS738409 PNPLA3 У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Собирова Г.Н., Каримов М.М., Далимова Д.А. Бурнашева А.
Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Институт биохимии АН РУз, Ташкент. Узбекистан

Стеатоз печени, независимо от его формы (метаболический и вирус-индуцированный) ухудшает прогноз относительно скорости развития фиброза у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С. В связи с этим диагностика и коррекция стеатоза наряду с противовирусным лечением может способствовать успеху терапии.

Цель исследований: определить ассоциацию полиморфизма гена rs738409 PNPLA3 с возникновением и развитием неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) у лиц узбекской национальности.

Материал и методы: Проведено генотипирование 100 больных с НАЖБП (31 с неалкогольным стеатогепатитом, 69 – со стеатозом печени) и 20 здоровых добровольцев на наличие полиморфизма гена rs738409 PNPLA3. Проводился множественный регрессионный анализ для определения независимого влияния аллели риска (G) на клинические параметры при рассмотрении влияния других переменных (возраст, пол, и индекс массы тела), которые, как предполагалось, были независимым от влияния одиночного нуклеотидного полиморфизма.

Результаты: Частота встречаемости аллели Grs738409 была 0.45 в группе контроля и 0.60 у пациентов с НАЖБП. Это показывает сильную ассоциацию гена с НАЖБП (аддитивная модель, P = 9.4 x 10-10). Отношение шансов - OR - скорректированный на возраст, пол, и ИМТ был равен 1.73 (1.25-2.38) (доверительный интервал составлял 95%). Множественный регрессионный анализ показал, что G - аллельrs738409 была достоверна ассоциирована с увеличением аспартатаминотрансферазы (АсАТ) (P = 0.00013), аланинаминотрансферазы (АлАТ) (P = 9.1 x 10-6), и со снижением уровня адипонектина (P = 0.014), у пациентов НАЖБП.

Выводы: Мы обнаружили, что у лиц узбекской национальности наличие G-аллели rs738409, которая была чувствительна к НАЖБП, и ассоциирована с уровнем сывороточных трансаминаз и адипонектина. Таким образом, G -аллельодиночного нуклеотидного полиморфизма гена PNPLA3 вовлечена в развитие НАЖБП.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Умиров С.Э., Турсунова Д.А., Сафаева К.С., Кадыров З.З., Махаматов А.А.
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

В последние годы проблема инфекционной безопасности и инфекционного контроля волнует специалистов здравоохранения во всем мире. Высокий, все возрастающий интерес к внутрибольничной инфекции связан с обострением старых и возникновением новых проблем в оказании лечебно-диагностической помощи населению.

В вопросах профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ) в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) должны выполняться 3 важнейших требования:
1) сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
2) исключение внутригоспитальных заражений;
3) исключение выноса инфекции за пределы ЛПУ.

Организация профилактики ВБИ должна включать в себя обширный комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий:
1) правильная организация приема и санитарной обработки больных при поступлении в больницу (сортировка, работа фильтра, тщательный сбор анамнеза, налаженная система посещения на дому больных с температурой);
2) правильно организованная система ухода за пациентами, исключающая возможность как переноса инфекции обслуживающим персоналом, так и заноса ее извне;
3) повышение квалификации медперсонала (персонал обязан знать клиническую картину инфекционных болезней, источники, пути их распространения);
4) своевременная изоляция больных с подозрениями на инфекционное заболевание;
5) контроль за состоянием здоровья медперсонала (в т.ч. лабораторное обследование для выявления бактерио- и вирусоносителей, строгое соблюдение требований, регламентирующие предварительных и периодических медицинских осмотров работников);
6) строгое соблюдение требований действующих директивных документов по профилактике ВБИ;
7) организация централизованных стерилизационных отделений в больнице;
8) своевременное и качественное проведение дезинфекционно-стерилизационного режима;
9) обеспеченность ЛПУ необходимым количеством инструментария;
10) соблюдение санитарно-эпидемиологического режима и повышение санитарной культуры медицинского персонала.

Комплексные мероприятия должны быть направлены на все три звена эпидемического процесса, кроме того, необходимо проведение комплекса медицинских мер: уменьшение травматичности медицинских вмешательств, антибиотикопрофилактика ВБИ и др.

Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противоэпидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, а это позволит снизить риск заболевания ВБИ и сохранит здоровье пациентам.

Таким образом, организационной основой инфекционного контроля является деятельность медицинских работников, направленная на соблюдение санитарно-эпидемического режима (СЭР) в лечебно-профилактических учреждениях. СЭР - комплекс мероприятий, осуществляемый в ЛПУ с целью предупреждения ВБИ и создания оптимальных гигиенических условий пребывания больных и быстрейшего их выздоровления. Во главе всей этой многогранной работы стоит главный врач (руководитель ЛПУ), который возглавляет, организует, исполняет и отвечает за соблюдение мероприятий по профилактике ВБИ, а правильность действий медперсонала будет зависеть от их знаний и практических навыков.

РУКИ ПЕРСОНАЛА – КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Халдарова Х.М., Турсунова Д.А., Саидкасымова Н.С., Расулов Ш.М.
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

В настоящее время гигиена рук медицинского персонала рассматривается как одна из самых важных мер инфекционного контроля. Кожа является резервуаром и фактором передачи возбудителей госпитальных инфекций - у 10-20 % (иногда до 40%) персонала и пациентов, находящихся в больнице, на коже обнаруживаются стафилококки. Ежедневно со здоровой кожи отшелушивается 10^7 кожных чешуек, 10%

которых содержат жизнеспособные бактерии. Это обстоятельство делает руки персонала важнейшим фактором передачи внутрибольничных инфекций (ВБИ). Американский хирург П.Б. Прайс предложил различать микробы, которые способны жить и размножаться на (в) коже (резидентная флора), и те, которые только контаминируют кожу (транзиторная флора).

Резидентная флора (нормальная, постоянная, колонизирующая) - живут и размножаются на/в коже, 10-20% из них находятся в глубинных слоях кожи, сальных и потовых железах, волосяных фолликулах. Наибольшее количество резидентных микробов на руках обнаруживается вокруг и под ногтями, меньше - между пальцами. Резидентные микроорганизмы практически невозможно полностью удалить, но после мытья рук их численность значительно снижается.

Транзиторная флора - имеет ведущее эпидемиологическое значение. Обсеменяет кожу в результате контакта с инфицированными (колонизированными) пациентами или контаминированными объектами окружающей среды. Сохраняются на коже рук короткое время (редко более 24 ч). Если кожа повреждена, транзиторные микроорганизмы способны длительно колонизировать и инфицировать кожу, формируя при этом новую, гораздо более опасную резидентную (но не нормальную) флору. В этих обстоятельствах руки медицинских работников могут являться не только фактором передачи инфекции, но и резервуаром ее, а санация таких носителей (которые могут быть выявлены только при специальном бактериологическом обследовании) является весьма затруднительной. В связи с этим Р.П. Венцель предложил, наряду с транзиторной и резидентной флорой, различать еще и так называемую «инфекционную», т.е. включающую бактерии, вызывающие инфекции кожи (например, панариций).

Традиционно различают три уровня обработки (деконтаминации) рук:

Социальный уровень (бытовой) - мытье умеренно загрязненных рук простым мылом и водой удаляет с кожи большую часть транзиторной (временной) микрофлоры. Очень важно соблюдать рекомендованную ВОЗ технику мытья рук.

Гигиенический уровень мытья рук - гигиеническая антисептика подразумевает использование препаратов, обладающих антимикробной активностью. Обработка рук проводится:

1. до и после инвазивных процедур
2. до ухода за пациентами с ослабленным иммунитетом
3. до и после ухода за раной и использования мочевого катетера
4. после контакта с биологическими жидкостями или при возможном микробном загрязнении.

Хирургический уровень - специальная обработка рук проводится перед любым хирургическим вмешательством. Целью является уничтожение транзиторной флоры, снижение числа резидентных микроорганизмов для предупреждения риска загрязнения хирургической раны при повреждении перчаток. Для хирургической антисептики рук могут использоваться те же препараты, что и для гигиенической антисептики. Разница заключается только во времени обработки, которая удлиняется до 2-3 мин, и включении в обработку запястий и предплечий. При хирургической антисептике очень важно применять препараты, имеющие выраженное остаточное действие.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРАВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Халдарова Х.М., Махаматов А.А., Тошбоев Б.Ю., Кадыров З.З.
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

Эпидемиологический надзор за госпитальными инфекциями - это слежение за развитием эпидемического процесса с целью своевременного выявления причины, источников инфекции, путей их передачи, определения степени тяжести, а также расчета нанесенного экономического ущерба.

Основой информационного обеспечения эпидемиологического надзора служит, прежде всего, обязательная регистрация всех случаев каких-либо осложнений после медицинских вмешательств и обслуживания больных.

Индивидуальному учету и регистрации в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) подлежат все больные с гнойно-септическими и другими инфекциями, возникшими в ходе медицинских манипуляций и обслуживания пациентов. Все сведения о больных, контактных с ними лиц, результаты их лабораторных обследований должны концентрироваться у «госпитального» эпидемиолога или заведующего отделением, сведения вносятся в журнал ф. № 060-у «Регистрация инфекционных заболеваний».

Кроме того по ежедневным данным (клинических наблюдений, патологоанатомических аутопсий, бактериологических исследований) оформляется сводка нарастающим итогом об эпидемиологической ситуации в ЛПУ.

При выявлении инфекционного заболевания (гнойной септической инфекции - ГСИ и др. инфекционной патологии) направляется экстренное извещение в территориальный центр Госсанэпиднадзора для регистрации и определения комплекса противоэпидемиологических мероприятий.

Система эпидемиологического надзора за госпитальными инфекциями должна включать в себя три основных направления.

1. Ретроспективный эпидемиологический анализ для выявления причин и условий возникновения и распространения госпитальных инфекций, который призван определить факторы риска с учетом конкретной обстановки (длительность и степень патологии, время пребывания больного в стационаре до оперативного вмешательства, характер операции, выбор метода оперативного вмешательства, вид наркоза, очередность операции в течение дня у одной и той же операционной бригады и т.д.), времени возникновения осложнения и оценить качество проведения противоэпидемических мероприятий.

2. Текущий оперативный эпидемиологический анализ проводится для своевременного раннего выявления больных с госпитальными инфекциями, слежение за циркуляцией возбудителей в объектах внешней среды. Составной частью оперативного анализа является эпидемиологическое обследование возникающих очагов. Совокупные данные ретроспективного и оперативного текущего анализа служат основой для планирования и проведения целенаправленных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

3. Заключительный этап эпидемиологического анализа - это аналитический этап, т.е. изучают полученные показатели в статике и динамике. Важно установить связь пораженности ГСИ больных хирургических отделений с оперативными вмешательствами различной степени асептичности. Особенно пристальное внимание должно быть обращено на те стационары, где при преобладании «чистых» операций общий уровень заболеваемости ГСИ достаточно высок. Это свидетельствует о значительной доли экзогенного заражения. И в этом случае главенствующую роль играет комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленный на непосредственное соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в стационарах любого профиля.

Критериями эффективности системы эпидемиологического надзора служат - снижение заболеваемости и летальности от ГСИ, а также уменьшение экономического ущерба.

СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

MSD

Roche

We Innovate Healthcare

Ближе к людям

ARTERIUM

GMP

SP Share & Care

"SHAYANA FARM"

Республика Узбекистан 100057, Ташкент ул. Джами-5
Факс/Тел.: 99(871) 248 65 14, 99(871) 248 19 82

materia medica

LABORAT INNOTECH INTERNATIONAL

WORLD MEDICINE Pharmaceutical Company

ROTAPHARM PHARMACEUTICAL COMPANY

PRO.MED.CS Praha a.s.

Фармстандарт