

резистентностью к тетрациклину /62,8%/, ампициллину /67,5%/, полимиксину /95,4%/, невидграмон /74%/, рифампицину /73,1%/, фуразолидону /92,7%/, клотримоксазолу /70,4%/, цефазолину /83%/.

Одновременно с объектов окружающей среды также был выделен ряд энтеробактерий, включая кишечную палочку, цитробактер, клебсиеллу, энтеробактер и др. Исследование показало, что 43,75% идентифицированных культур обладали полиантибиотикорезистентностью, и 18,2% энтеробактерий были умеренно устойчивыми к антибиотикам. При этом выделенные штаммы кишечной палочки чаще всего были резистентны к карбенициллину /87,5%/, полимиксину /81,3%/, сульфаниламидам /75,2%/, а также тетрациклину, канамицину /по 56,3%/, гентамицину, ампициллину /по 43,8%/, цефалексину /25%/. Высокой активностью против энтеробактерий обладали пепфлоксацин, цефтазим, левомецетин, цефакор, невидграмон.

Таким образом, рост содержания и распространения условно-патогенных энтеробактерий наблюдается на объектах внешней среды и содержимом кишечника людей, что сопровождается увеличением их антибиотикорезистентности и обостряется в период адаптации. Полученные результаты аргументируют рациональный подход к использованию антибактериальных средств как в медицине, так и в других отраслях жизнедеятельности человека, а также указывают на тесную взаимосвязь микробиоценозов окружающей среды и организма человека.

Исходы непаралитических форм клещевого энцефалита в Хабаровском крае

Захарычева Т.А., Прянишников Г.А., Авраменко С.П., Воронкова Г.М., Николаева С.П., Мжельская Т.В.
Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии, Хабаровск

Клещевой энцефалит (КЭ) отличается полиморфизмом клинических проявлений (от стертых до очаговых форм) и течения (острое, хронически прогрессирующее). Длительное время считалось, что при стертой и менингеальной формах КЭ репликация вируса происходит в иммунной системе и внутренних органах без проникновения в нервную ткань. Однако у ряда пациентов, перенесших указанные формы инфекции, заболевание приобретало прогрессирующее течение.

В Хабаровском крае самая легкая форма инфекции – стертая, диагностируется в 47 % случаев. Поэтому изучение катамнеза у лиц, перенесших стертую форму КЭ, представляет научный и практический интерес.

Целью нашего исследования явилось изучение ближайших и отдаленных исходов стертой формы КЭ.

Под диспансерным наблюдением от одного года периода реабилитации до 8 лет находились 20 пациентов – 15 мужчин и 5 женщин, перенесших стертую форму КЭ. Возраст варьировал от 16 до 72 лет. Использовали следующие методы обследования: исследование соматического, неврологического и вегетативного статуса, нейрофизиологический (ЭЭГ), им-

мунологический (специфическая серодиагностика методом ИФА).

В неврологическом статусе у 85 % пациентов обнаружены очаговые микросимптомы в виде сухожильной и периостальной анизорефлексии, негрубых патологических оральных и кистевых знаков, легкой вестибулярно-мозжечковой атаксии в рамках сопутствующей патологии - дисциркуляторной, травматической, токсической (этаноловой) энцефалопатий. В 95 % случаев имела место выраженная вегетативная дисфункция с преобладанием симпатикотонии. У большинства пациентов (80% обследованных лиц) на ЭЭГ были обнаружены функциональные изменения биоэлектрической активности мозга.

При специфическом серологическом обследовании у всех пациентов выявлялись IgG-антитела в титре 1:100 – 1:1600. У 30 % пациентов с давностью заболевания 1 – 8 лет выявлялись IgM-антитела в титрах 1:200 - 1:800 при отсутствии жалоб и изменений в неврологическом статусе.

Проведенный анализ показал, что двухволнового течения заболевания в диспансерной группе не было. У всех больных стертой формой КЭ наступило клиническое выздоровление, у 95 % из них выявлялась вегетативная дисфункция.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу среди детского населения Орловской области

Золотарев Ю.В., Золотарева Л.В., Меркулова Н.В.
Медицинский институт Орловского государственного университета, Орёл

Причиной роста заболеваемости детского населения туберкулезом за последние 20 лет, явилось, по мнению ряда авторов, ухудшение не только социальных, но и в большей мере экономических условий жизни населения. По степени роста наиболее информативных эпидемиологических показателей, таких как заболеваемость и смертность, можно судить не только об эпидемической ситуации в стране или отдельно взятом регионе, но и о благополучии или неблагополучии всего населения, и детей в частности.

Анализируя изменения показателя заболеваемости детей туберкулезом по России за 20 лет, можно отметить следующую динамику роста, в 1982 году составил 9,9 случаев, на 100000 детей, а в 1993 и 2000 годах - 10,2 и 17,8, случаев, по Орловской области - 9,7; 12,8 и 18,5 - соответственно. В Орловской области окончательная стабилизация этого показателя наступила в 2001 году, а в 2002 году было зарегистрировано существенное снижение заболеваемости детей туберкулезом. В то же время значительных изменений показателей заболеваемости туберкулезом по Российской Федерации не наблюдается. Показатель заболеваемости детского населения туберкулезом по Орловской области в 2001 году составил 18,6 случаев на 100000 детей, а в 2002 - 5,8, что в 3,2 раза меньше, чем в 2001 году.

Туберкулез является основной причиной смертности от инфекционных и паразитарных инфекций. Среди всех умерших в 1999 году от инфекционных и паразитарных болезней доля больных, смерть которых

наступила от туберкулеза, составила 82%, среди всех причин смерти - 1,4.

Анализируя изменения показателя смертности детей от туберкулеза по Российской Федерации за последние десятилетия, необходимо отметить четкую динамику роста, в 1992 и 1999 годах - 2,2 и 2,7, случаев на 100000 детей. По России среди детей наиболее неблагоприятной группой по показателю смертности являются дети в возрасте 0-4 года - 0,51 случаев на 100000 детей, а среди них дети первого года жизни - 1,87 случая на 100000. По Орловской области показатель детской смертности от туберкулеза составляет - 0,1 случай на 100000 детей, что в 5,1 раза меньше, чем по Российской Федерации, а среди детей первого года жизни смерть от туберкулеза вообще не отмечалась.

Таким образом, эти эпидемиологические показатели среди детей по Орловской области и Российской Федерации имеют неоднозначную тенденцию. Показатель заболеваемости по Орловской области и Российской Федерации до 2000 года не имел существенных различий, а в 2002 году этот показатель составил 5,8, что в 3,2 раза меньше, чем в 2001 году. Показатель смертности у детей по Орловской области меньше в 5,1 раза, чем по Российской Федерации, при этом смертность от туберкулеза у детей первого года жизни не наблюдалась за последние 10 лет. Снижение этих эпидемиологических показателей в регионе было связано с проведением целого ряда лечебно-профилактических мероприятий, проводимых на региональном уровне, в том числе участие медицинской службы Орловской области в программе ВОЗ по борьбе с туберкулезом (DOTS), которая была внедрена в практику здравоохранения в 2000 году.

Иммунореабилитация в комплексной терапии описторхоза

Карбышева Н.В., Рау Н.Ю.

*Алтайский государственный медицинский
университет, Барнаул*

У 80 больных хроническим описторхозом изучено влияние эхинацеи на функциональное состояние иммунной системы в сравнении с лечением только антигельминтиком бильтрицидом. При назначении больным только бильтрицида исследование функционального состояния гуморального звена иммунной системы показало, что весь период наблюдения (в течение полугода), был отмечен незначительной динамикой IgM и IgG, более выраженной продукцией IgA и монотонной циркуляцией иммунных комплексов. Достоверное повышение уровней IgG и ЦИК зарегистрировано только спустя полгода после проведенного лечения. В 1-ой группе больных, получавших наряду с бильтрицидом иммуностимулятор эхинацею, была выявлена иная динамика изучаемых показателей. Уже через 2 недели после иммуностимулирующей терапии отмечено нарастание уровня IgG, с достоверным превышением «средней» в группе до лечения через 3 месяца. Содержание иммуноглобулина M через 2 недели после лечения также умеренно повышалось. К 3 месяцам наблюдения уровень IgM значительно снижался как при сравнении с показателями в группе до лече-

ния ($p < 0,001$), так и в контрольной группе ($p < 0,001$). Концентрация IgA, оставаясь повышенной при сравнении с контрольной группой, через 2 недели после терапии эхинацеей не претерпела заметных изменений. Спустя 3 месяца после лечения содержание IgA снизилось при сопоставлении с группой сравнения, более чем в 2 раза, до уровня «средней» в контрольной группе. Наблюдение на протяжении 6 месяцев после проведенного лечения также выявило наиболее динамичное образование ЦИК в группе больных, получавших наряду с бильтрицидом и эхинацеей. Максимальных значений уровень ЦИК в этой группе достигал через 3 месяца после лечения. В последующем периоде наблюдения показатели ЦИК снижались, к 6 месяцам после терапии приходя к значениям, достоверно не отличающимся от соответствующих значений в контрольной группе. Результаты определения концентрации провоспалительных цитокинов: IL-1 β , TNF- α , IFN- γ выявили у больных описторхозом до лечения повышенное содержание IL-1 β и в меньшей степени TNF- α . В процессе наблюдения уровень этих цитокинов не претерпел значительных изменений вне зависимости от вида проводимой терапии. Весьма существенным явилось изменение содержания IFN- γ . До лечения в обеих группах концентрация IFN- γ не отличалась от показателей в контрольной группе ($p > 0,05$). При применении иммуностимулятора эхинацеи уровень IFN- γ значительно возрос, более чем в 2 раза с показателями в группе до лечения и в группе сравнения. Назначение эхинацеи сыграло существенную роль в клинике резидуального периода описторхоза. Наиболее ярко клиническая эффективность иммуностимуляции проявилась через 6 месяцев после проведенного лечения. У больных, в комплексе лечения получавших эхинацею (1-ая группа), выздоровление происходило более полноценно. В этом периоде наблюдения пациенты не предъявляли жалоб на какие-либо проявления дискомфорта со стороны гепатобилиарной системы, были активны, работоспособны. Представляется важным, что практически у всех больных 1-ой группы с артралгиями и васкулитами наступило выздоровление.

Таким образом, выявленная динамика исследованных показателей иммунной системы при назначении эхинацеи с развитием защитного иммунного ответа позволила обосновать ее применение с целью иммунореабилитации в комплексном лечении больных хроническим описторхозом. Использование иммуностимулирующей терапии выразилось в патогенетически значимых изменениях: в достоверном повышении уровня IFN- γ , элиминации патогена, выявляемой по динамике образования ЦИК. Это обусловило положительный терапевтический эффект с обратным развитием артралгического синдрома и явлений васкулита в резидуальном периоде описторхоза.