

наблюдении и получавших антиретровирусную терапию в Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями в Чеченской Республике, обратившихся за медицинской помощью в стадиях 4А-4В стадиях ВИЧ-инфекции. Анализ возрастной структуры пациентов показал, что 40% из них были в возрасте от 45 до 49 лет, 30% от - 35 до 39 лет и по 10% приходилось на возрастные группы 40 - 44, 50 - 54, 55 - 59 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что все пациенты - мужчины. Вероятнее всего, такая гендерная особенность связана с активной передачей ВИЧ-инфекции парентеральным путем, что указывает на культурные и религиозные аспекты взаимоотношений мужчин и женщин, характерные для народов Северного Кавказа (половой путь инфицирования редко рассматривается как приоритетный). Оценивая коэффициент линейной корреляции Пирсона (по шкале Чеддока) между уровнем концентрации РНК ВИЧ в крови пациентов и количеством CD4-лимфоцитов, стоит отметить, что в данном случае

зарегистрирована умеренная обратная линейная корреляция ($r=-0,451$). В то же время между количеством общего белка в крови пациентов и уровнем лейкоцитов (10^9) отмечалась средняя по силе, но прямая линейная корреляция ($r=0,353$). Сила связи между показателями вирусной нагрузки и СОЭ составила 0,067, что свидетельствует о практически об отсутствии зависимости между этими параметрами.

Выводы:

1. Культурные и религиозные особенности региона, абсолютное превалирование мужчин среди больных ВИЧ/СПИД обуславливают парентеральный путь инфицирования среди жителей Чеченской Республики, как доминирующий.
2. Между уровнем РНК ВИЧ и количеством CD4+ лимфоцитов у больных в "продвинутых" стадиях болезни имеется умеренная обратная корреляционная связь. Между уровнем общего белка и лейкоцитов крови регистрируется умеренная положительная корреляционная связь.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ ВИРУСА

К.А. Аитов, С.И. Малов, Б. Давахуу, С.В. Макарова

Иркутский государственный медицинский университет (Россия).

Монгольский национальный центр по исследованию инфекционных заболеваний (Монголия).

Иркутская областная инфекционная клиническая больница (Россия).

В последние годы интенсивно изучаются вопросы клинко-эпидемиологических особенностей хронического вирусного гепатита С (ХВГС) в зависимости от генотипа возбудителя. Поскольку установлено, что эффективность специфической противовирусной терапии также во многом зависит от генетического разнообразия вируса инфекции изучение клиники ХВГС в зависимости от генотипа возбудителя остается актуальной проблемой современной гепатологии.

Провели анализ клинко-лабораторных и патоморфологических изменений ХГС в зависимости от генотипа вируса. С учетом активности процесса и клинко-лабораторных изменений у больных жалобы имели субъективный и объективный характер. Все пациенты госпитализировались во время обострения заболевания. В связи с малым количеством больных с 2в генотипом сравнительный анализ сочли не корректным и в дальнейший анализ их не включили.

Анализ клинических проявлений показал, что 50 (74,6±5,3%) пациентов первой

группы с 1в генотипом чаще жаловались на астеновегетативный синдром, который проявлялся слабостью, быстрой утомляемостью. На подобные симптомы в 5 (62,5±17,1%) случаев жаловались больные с 1а генотипом и больные с 3а генотипом HCV в 9 (45,0±11,1%) случаях разница между показателями 1в генотипом и 3а генотипом статистически достоверна при $P<0,01$. Пациенты, с микст 1в+3а генотипом в 5 (62,5±17,1%) случаях, также отмечали слабость и быструю утомляемость. В 6 (40,0±12,6%) случаях больные с 2а генотипом жаловались на астеновегетативные симптомы. Увеличение печени, сопровождавшееся болями в области правого подреберья, наблюдали у 38 (56,7±6,1%>) больных с 1в генотипом. Пациенты с 1а генотипом боли в правом подреберье отмечали в 4 (50,0±17,7%>) случаях и с 3а генотипом у 9 (45,0±11,1%>) больных. У 3 (37,5±17,1%>) больных с микст генотипом HCV 1в+3а и 7 (46,7±12,8%) пациентов с 2а генотипом также отмечали неприятное ощущение и болезненность в правом подреберье. Желтуху в виде иктеричности кожи и слизистых

разной интенсивности отмечали 11 (16,4±4,5%>) больных с 1в генотипом, у 1 (12,5±11,7%>) пациента с 1а генотипом, у 5 (25,0±9,7%) с 3а генотипом, у 1 (12,5±11,7%) с 1в+3а генотипом и у 2 (13,3±8,8%>) с 2а генотипом ВГС. Симптомы хронического поражения печени были не выраженными и, как правило, отмечались у больных с умеренной и высокой стадией активности, а также у пациентов с развитием симптомов ЦП. Симптом холестаза в виде кожного зуда отмечали у 8 (11,9±3,9%) больных с 1в генотипом, 2 (25,0±15,3%) с 1а генотипом, у

3 (15,0±8,0%) с 3а генотипом, у 1 (12,5±11,7%) с 1в+3а генотипом и у 1 (6,7±6,4%) больного с 2а генотипом возбудителя.

Таким образом, результаты исследования показали, что темпы прогрессирования ХВГС могут быть различными. ЦП наряду с редко встречающимся быстрым прогрессированием (в течение первых 10 лет) возможно очень медленное, в течение десятилетий течение, при котором ЦП не успевает развиваться, и причинами смерти могут быть другие заболевания.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ТРАНСМИССИВНЫХ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ

К.А. Аитов, Н.Ю. Медведева, И. Батзаяа

Иркутский государственный медицинский университет (Россия).

Монгольский национальный центр по исследованию инфекционных заболеваний (Монголия).

Природно-очаговые трансмиссивные инфекции, переносимые клещами, среди которых лидирующие позиции занимают клещевой энцефалит (КЭ) и клещевой боррелиоз (КБ), остаются одной из актуальнейших проблем здравоохранения. На протяжении многих лет в качестве экстренной профилактики КБ (известного также как болезнь Лайма) после укуса клеща были рекомендованы различные схемы антибиотикотерапии. Однако в последние годы в литературе появились некоторые исследования, указывающие на нецелесообразность подобной тактики. Применение антибиотиков, рекомендуемых для лечения и профилактики боррелиоза (в частности, доксициклина), обладающих активным действием на вирус КЭ, может приводить к утяжелению течения энцефалита и гибели пациента. В качестве обоснования приведены факты о том, что микст-инфекции КЭ+КБ протекают легче, чем моноинфекции КЭ. Однако некоторыми исследователями (К.А. Аитов, 2005) при сравнении клиники микст-форм с моно-инфекцией КЭ получены прямо противоположные результаты.

Цель исследования: сравнить клинику КЭ с клиникой микст-форм КЭ+ИКБ для определения возможной клинической значимости антагонистического взаимодействия вируса КЭ и боррелиями.

Материал и методы: при помощи общепринятых методов статистического анализа были изучены результаты лечения 95 больных клещевым энцефалитом, 54 больных клещевым боррелиозом и 23 больных с микст-формами КЭ+ИКБ. Сравнением проводилось по следующим параметрам: тяжесть заболевания, выраженность и продолжительность неврологической симптоматики, продолжительность лихорадки, а также сроки пребывания больных в стационаре.

Результаты: результаты наших исследований показали, что нет достоверных данных, указывающих на более легкое течение микст-инфекций при сочетании КЭ с ИКБ по сравнению с моноинфекцией КЭ, что не совпадает с данными А.Н. Алексева. В то же время полученные результаты указывают на более постепенное начало, а также более выраженную лихорадочную реакцию микст-инфекций по сравнению с КЭ, что больше соответствует данным К.А. Аитова (2005), полученных в нашем же регионе.

Заключение. Таким образом, вопрос о целесообразности отмены экстренной антибиотикопрофилактики ИКБ остается открытым. Склонность данного заболевания к хроническому течению и стойким органным поражениям диктует необходимость поиска более надежных методов профилактики.

КИШЕЧНАЯ МИКРОФЛОРА ПРИ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕЕ У ВЗРОСЛЫХ

А.В. Алешукина, Н.Ю. Пшеничная, А.О. Бусленко

Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии,

Ростовский государственный медицинский университет (Россия).

Условно-патогенная микрофлора демонстрирует рост устойчивости к различным

антибиотикам, что связано с их широким применением, в том числе и частым