

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 органам поражения 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