

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

необоснованным их использованием при острой инфекционной диарее (ОИД).

В связи с этим **целью исследования** явилось определение состава бактериальной микробной флоры при острой инфекционной диарее, оценка ее чувствительности к антибактериальным препаратам.

Под наблюдением находилось 20 больных с ОИД в возрасте от 31 до 54 лет без сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, поступившие в стационар на 1-й день болезни, $60 \pm 10,95\%$ больных – женщины, $40 \pm 10,95\%$ – мужчины, $p=0,2$. Образцы собирали из прямой кишки при поступлении до начала терапии и подвергали бактериологическому исследованию. У всех пациентов заболевание начиналось остро: с лихорадки (40%), тошноты (80%), рвоты (35%), жажды (7/35%), диареи (20/100%). В $85 \pm 7,98\%$ случаев отмечался понос без патологических примесей, в $15 \pm 7,98\%$ – с примесью слизи, $p=0,001$. В 80% случаев регистрировался лейкоцитоз или сдвиг лейкоцитарной формулы влево. У всех больных при бактериологическом исследовании кала выявлялись представители только условно-патогенной микрофлоры. В 100% случаев основу микробного пейзажа составляла *E.coli* с нормальной лактазной активностью (НЛА). В 40% случаев, наблюдалась ее ассоциация с *S. capitis*, в 35% – с *S. epidermidis* и *K.pneumoniae*. *E.coli* НЛА обнаруживалась совместно с *S.hominis* и *Citrobacterfreundii* в 25%. В 20% случаев

наблюдалась ее ассоциация НЛА с *E.faecium* и *S. aureus*. С такой же частотой *E.coli* НЛА выявлялась одновременно с *E.coli* сниженной лактазной активностью, *Citrobacterfreundii*, *K.pneumoniae* и дрожжевыми грибами рода *Candida*. У всех больных (100%) при бактериологическом исследовании кала идентифицировалось как минимум 2 микроорганизма, в 20% случаев – отмечалась ассоциация 3-х микроорганизмов, в 40% – 4-х.

В 100% случаев кишечная микрофлора оказалась устойчивой к цефалоспорином I, III поколения и пенициллинам. Высокая частота развития устойчивости отмечена к хлорамфениколам (85%), тетрациклинам (80%), аминогликозидам (80%), макролидам (75%), несколько реже устойчивость кишечной микрофлоры отмечалась к фторхинолонам (65%) и карбапенемам (60%).

При острых инфекционных диареях у взрослых выявляются различные ассоциации условно-патогенной микрофлоры, основу которых составляет *E.coli*. Условно-патогенные микроорганизмы желудочно-кишечного тракта в 60-100% обладают устойчивостью к антимикробным препаратам, используемых в качестве первичной терапии различных заболеваний инфекционной этиологии. Это подтверждает нецелесообразность использования антибиотиков для лечения острых инфекционных диарей у взрослых, за исключением тяжелых их форм с угрозой генерализации процесса.

КИШЕЧНЫЕ ПАЗИТОЗЫ У ДЕТЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ И ВГС

Л.Ю. Аладова

Ташкентская медицинская академия

Сочетанное течение паразитарных заболеваний с ко-инфекцией ВИЧ и вирусного гепатита С (ВГС) представляют на сегодняшний день не малую проблему, особенно лечение их у детей, так как гепатотоксичность антиретровирусных терапии (АРВТ) делают крайне нежелательной дополнительную нагрузку на печень.

Целью данного исследования явилось: Изучить частоту выявляемости кишечных паразитов у детей с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось за период 2009-2013 годы на базе НИИ Вирусологии МЗ РУз, в отделении ВИЧ-инфекции. Было обследовано 323 больных детей с диагнозом ВИЧ-инфекция в возрасте от 2 до 18 лет. Из них у 104 детей (32,2%) определены маркеры HCV-инфекции –

анти – HCV методом ИФА и RNA HCV методом ПЦР. Диагноз хронический вирусный гепатит С (ХВГС) устанавливался на основании приказа МЗ РУз № 5 от 5.01.2012 г. «О мерах по совершенствованию борьбы с вирусными гепатитами в Республике». Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливался на основании клинико-лабораторных данных в соответствии с приказом МЗ РУз № 80 от 28.03.2012 г.

Паразитозы выявляли с помощью трехкратной копроскопии и взятия перианального соскоба, образцы кала собирали в консервант Турдыева.

По полу среди ко-инфицированных ХВГС и ВИЧ было следующее распределение: 53,8% (56) девочки, 46,2% (48) мальчики.

Результаты и обсуждение. Из 104 детей с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС были выявлены