

анамнестически сопутствующей патологии в виде сердечно-сосудистой недостаточности отмечено не было. Из них у 7 (58,3%) больных при поступлении в стационар клинически отмечался изотонический тип дегидратации. У 4(33,3%) больных отмечался гипертонический тип дегидратации (в клинической симптоматике острой диареи отмечалось бурное течение заболевания, которое обращает на себя внимание окружающих, с выраженной гипертермией, жаждой, беспокойством больного, кожные покровы обычного окраса, горячие, сухие на ощупь). А у 1 (8,3%) больного отмечался гипотонический тип дегидратации (в клинической симптоматике острой диареи доминировала рвота, носящая упорный характер; при этом жажда отсутствует, кожные покровы обычной влажности, с выраженной бледностью вплоть до мраморного оттенка, больные вялые, адинамичные). У 8 (40%) больных (вторая группа) была отмечена сопутствующая сердечно-сосудистая патология (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь). Из них у 5 (63%) больных при поступлении в стационар отмечался гипотонический тип дегидратации, у 2 (25%) больных гипертонический тип дегидратации. Объективные симптомы поражения сердечно-сосудистой системы у обследованных больных острой диареей обнаруживали с различной частотой. У 1 (5%) больного из первой группы и у 2 (10%) больных из второй группы в остром периоде заболевания отмечалось повышение АД в различной степени. У 2 (10%) больного из первой группы и у 4 (20%) больных из второй группы в остром периоде заболевания отмечалось понижение АД. У 5 (25%) больных первой группы и у 6 (30%) больных 2 группы отмечалась тахикардия прямо коррелирующая с лихорадочным синдромом. У 1(5%) больного из второй группы отмечалась брадиаритмия. У 2 (10%) больных из первой группы и у всех больных из второй группы в остром периоде заболевания отмечалось приглушение тонов

сердца. Следующим по частоте являлось ослабление первого тона у верхушки сердца – у 1 (5%) больного из второй группы. Систолический шум на верхушке сердца отмечался у 1 (5%) больного из первой и 3(15%) больных из второй группы. На легочной артерии систолический шум был отмечен у 1 (5%) обследованного больного из второй группы. Известно, что рассмотрение данных отдельных симптомов может дать лишь некоторое представление о характере поражения ССС у больного острой диареей. Большую ценность имеет наличие комбинаций симптомов, т.к. наличие одного симптома не всегда свидетельствует о патологических изменениях, а может являться одним из вариантов нормы. Сочетание данных симптомов с её динамикой в процессе течения острой диареи с большей долей вероятности говорит не только о патологическом характере, но также и о глубине поражения. Так, сочетание нескольких симптомов отмечался у 1 (5%) больного из первой группы и 4 (20%) больных из второй группы. Выявленные у больных острой диареей с помощью обычных физикальных методов исследования клинические данные, свидетельствуют о том, что при острых диареях без сопутствующей патологии ССС из анамнеза в части случаев поражается и сердце. Причём, в первую очередь страдает и мышца сердца, носящая кратковременный и неглубокий характер при её терапии, и своевременном лечении острой диареи с адекватной дезинтоксикационной терапией и восстановлении водно-электролитного дисбаланса. А также выявлено, что острая диарея способствует усугублению и так анамнестически имеющейся сердечно-сосудистой патологии. При этом необходимо учитывать то, что обычные физикальные методы исследования поражения ССС при острых диареях в обязательном порядке проводят комплексно с инструментальными и лабораторными методами исследованиями.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПАХ ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОК С МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.О. Кенжаева

Ташкентская медицинская академия

Цель: Изучение характера иммунологических нарушений при хроническом вирусном гепатите С в зависимости от генотипа вируса у больных с местно- распространённым раком молочной железы.

Материал и методы: Обследованы 40 пациенток хроническим вирусным гепатитом С

и с местно- распространенным раком молочной железы, средний возраст которых составил $44,8 \pm 1,9$ года. Все пациентки получали стандартный цикл химиотерапии. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров сопоставимого возраста, но имеющие МР РМЖ. Геном вируса гепатита С и его генотипы (1а, 1в, 2а, 2в, 3а, 4)

определяли с помощью ПЦР-метода с использованием специфических праймеров. Субпопуляции лимфоцитов CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD23, CD25, CD95 определяли с помощью моноклональных антител к соответствующим кластерам дифференцировки (Москва, Россия). Сывороточные иммуноглобулины А, М и G определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) выявляли методом преципитации в 3 и 4% растворах полиэтиленгликоля.

Результаты исследований показали, что 56% больных имели I генотип, у 44% определялся не I генотип (2a/в, 3a/в, 4). У больных с I генотипом вируса гепатита С наблюдалось достоверное снижение количества лимфоцитов с CD4, CD3 маркерами на фоне достоверного ($p<0,01$) усиления экспрессии цитотоксических Т-клеток и натуральных киллеров (CD16) по сравнению с контролем. Гуморальное звено иммунитета характеризовалось достоверным увеличением количества иммуноглобулинов А и М, а также

высокими показателями крупных и мелких циркулирующих иммунных комплексов. У больных с не I генотипом отмечалось снижение относительного количества CD3, CD4 клеток соответственно в 1,2 и 1,3 раза на фоне достоверного ($p<0,01$) увеличения цитотоксических Т-лимфоцитов в 1,2 раза по сравнению с контролем. Гуморальное звено характеризовалось достоверным увеличением содержания иммуноглобулина А, 3% и 4% ЦИК по сравнению с показателями контрольной группы. При сравнении показателей клеточного и гуморального звена иммунитета у больных с I генотипом обнаружен более высокий уровень CD16, иммуноглобулинов М и G, крупных и мелких: ЦИК, по сравнению с больными с не I генотипом, но эти различия были недостоверны.

Вывод: 1. Таким образом, проведенные исследования позволяют говорить о том, что для состояния иммунной системы у пациенток с местно -распространенным раком молочной железы решающее значение имеет генотип вируса гепатита С, преобладающий в данном организме.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РСО-АЛАНИЯ

И.К. Кессаева, З.Д. Калоева

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (Россия).

В России ОКИ остаются одной из наиболее серьезных проблем здравоохранения из-за широкой распространенности, роста заболеваемости, отсутствия в стране системы вакцинопрофилактики. Ежегодная заболеваемость детей достигает 600-800 тыс. случаев в год.

Цель: выявить клинико-лабораторные особенности у детей с острыми кишечными инфекциями в республике Северная Осетия – Алания.

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 192 ребенка с установленным диагнозом ОКИ. Методы подтверждения – культуральный, ИФА, ПЦР.

Результаты исследования. Частота установления этиологии ОКИ у детей составила 64,0%. В этиологическом спектре преобладали вирусные диареи (77,1%), среди которых распространенными были ротавирусная (89,2%) и норовирусная (9,5%), единичными – аденовирусная и энтеровирусная. В 10,1% случаев происходило сочетание вирусных диарей с УПФ, в спектре которых выявлялись

энтеробактер (53,3%), стафилококки (33,3%), клебсиеллы (13,3%), протей (6,7%).

Среди бактериальных ОКИ преобладал эшерихиоз – 54,5%, $p<0,05$, реже выявлялись сальмонеллез (20,5%), шигеллез (18,2%), кампилобактериоз (4,5%), иерсиниоз (2,3%).

При распределении по тяжести, у 87,0% детей регистрировалась среднетяжелая форма, у 13,0% – тяжелая форма. При вирусных ОКИ гастроэнтеритический вариант отмечался в 60,8% случаев, гастроэнтероколитический – в 20,9%, гастритический – в 8,1%, энтеритический – в 7,4%, энтероколитический – в 2,7%. Бактериальные ОКИ у 12,5% детей протекали без гемоколита, у 10,4% – с гемоколитом.

Оценка числа лейкоцитов в копрограмме показала, что их уровень по отношению к нормальному ($6,20\pm 0,23$) был повышен как при вирусных ($9,38\pm 0,25$), так и при бактериальных ОКИ ($23,39\pm 2,32$), $p<0,05$. При вирусных ОКИ показатели лейкоцитов превышали нормальные в 1,5 раза, при бактериальных – в 3,8 раза.

Уровень С-реактивного белка отличался от контрольных значений ($1,65\pm 0,26$ мг/л) как при вирусных ($4,87\pm 0,49$ мг/л), так и при