

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

бактериальных ОКИ ($14,5 \pm 1,78$ мг/л), $p < 0,05$, превышая нормальные значения соответственно в 3 и 8,8 раза. При вирусных ОКИ имелись различия внутри возрастных групп. Так, у детей 0-12 мес. ($5,39 \pm 1,13$), 12-35 мес. ($4,87 \pm 0,74$) и 3-6

лет ($5,64 \pm 1,10$) уровень С-реактивного белка был выше ($p < 0,05$), чем у детей школьного возраста ($2,92 \pm 0,84$), что, вероятно, связано с большим процентом тяжелых форм у детей дошкольного возраста.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

О.А. Ким, З.Ф. Мавлянова

Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время в результате широкого применения антибиотиков, а иногда и злоупотребления ими возникла проблема дисбактериоза - важнейшего патогенетического фактора в активации стафилококка, сальмонелл, кишечной палочки и другой условно-патогенной флоры. Острые кишечные заболевания (ОКИ) поражают преимущественно детей младшего возраста или детей, ослабленных другими заболеваниями. В связи с этим существует настоятельная необходимость разработки эффективного комплексного лечения острых кишечных инфекций с использованием методов физиотерапии.

Цель исследования: Обосновать применение методов физиотерапии, в частности электрофореза цинка и серы по 3-х электродной методике и СМВ-терапии в комплексном лечении больных острыми кишечными инфекциями.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 35 детей с диагностированной ОКИ. Все обследуемые получали наряду с этиопатогенетическим лечением физиотерапевтические методы лечения. При проведении физиотерапии целесообразно включать её в комплекс лечения после разворачивания специфической и симптоматической медикаментозной терапии, купирования симптомов интоксикации и обезвоживания, урежения стула, нормализации температуры тела, при отсутствии признаков наличия крови в кале и угрозы осложнений ОКИ. Физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) подбиралось на основании синдромно-патогенетического подхода в соответствии с патогенезом ведущих симптомов.

Результаты исследования. По результатам проведенного исследования применение в комплексной терапии больных острыми кишечными инфекциями электрофореза цинка и серы на проекцию печени и поджелудочной железы по 3-х электродной методике и сантиметроволновой терапии на два поля приводило к ликвидации клинических проявлений ОКИ и позволяло существенно повысить терапевтическую эффективность проводимого лечения. Сочетание электрофореза цинка и серы по 3-х электродной методике с медикаментозной терапией приводило к выраженной нормализации кишечного микробиоценоза у больных острыми кишечными инфекциями, что по-видимому было связано со стимуляцией роста бифидобактерий и лактобактерий, стимуляцией белок синтезирующей функции печени и возможным гепатопротекторным действием. А комплексное применение микроволновой терапии сантиметрового диапазона на два поля (область проекции желчного пузыря и пупочную область) с медикаментозной терапией улучшало процессы пищеварения в кишечнике и оказывало выраженный иммуностимулирующий эффект.

Выводы. Таким образом, внедрение в практику лечения острых кишечных инфекций таких методов физиотерапии, как электрофорез цинком и серы по 3-х электродной методике и СМВ-терапии на 2 поля, способствует снижению лекарственной нагрузки, ускорению восстановительных процессов и в комплексе с другими методами лечения повышает клинический эффект проводимой терапии, а также снижает стоимость лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

М.Е. Красная, Г.Б. Мустаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Углублённый анализ эпидемиологической ситуации по острым диарейным заболеваниям.

Материалы и методы исследования: проанализирована заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Самаркандской