

*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* и др.). Постановка раннего этиологического диагноза осуществляется в течение 2-2,5 час, окончательного диагноза – в течение 3-х дней (А.с. №1622390 от 23.09.90г., А.с. № 1807515 от 10.10.92г., Патент № 2059710 от 10.05.96г., Патент № 2193204 от 20.11.2002г.). С целью ранней этиологической диагностики бактериальных гнойных менингитов (БГМ) применяется высокоэффективный экспресс-метод выявления в течение 30 мин в ликворе пациентов антигенов основных возбудителей (*Neisseria meningitidis* серовариантов А,В,С, редких групп W135, Y и X, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* типа «b») в РАЛ (реакции агглютинации латекса) с использованием коммерческих наборов («Kit-5», «PASTOREX MENINGITIS», Франция). Для обследования пациентов с септициемией, пневмонией, менингитом и длительной лихорадкой неясного генеза используется автоматический анализатор Bact/Alert 3D, повышающий эффективность выделения гемокультуры, благодаря составу питательной среды и сорбенту для поглощения антибиотиков. Идентификация выделенных патогенов осуществляется на анализаторах «Vitec-2» и MALDI TOF MS LT (Bruker, Германия). Экспресс-индикация экзотоксинов A/B *Clostridium difficile* осуществляется на анализаторе «VIDAS». С 2013 года в институте внедрена лабораторная информационная система (ЛИС, фирмы «СПАРМ»), которая автоматизирует все этапы лабораторной диагностики, начиная от регистрации и заканчивая выдачей результатов. Применяемая система штрих-кодирования биопроб, используемых на автоматических анализаторах последнего поколения, полностью интегрирована с информационным комплексом и минимизирует роль человеческого фактора, сводя практически к нулю вероятность случайной ошибки, благодаря маркировке всех биопроб уникальными штрих-кодами.

Таким образом, в отделе на высоком методическом уровне выполняется широкий спектр бактериологических обследований с применением самых передовых технологий и собственных уникальных разработок, позволяющих гарантировать качество проводимых исследований и своевременную постановку этиологического диагноза.

*Кирица Н.С., Выговская О.В., Крамарев С.А.*

#### **ДИАГНОСТИКА АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Киев, Украина*

Актуальность: Уровень инфицированности детского населения Эпштейна-Барр вирусом (ЭБВ) составляет от 50% до 80%. Одним из наиболее частых проявлений ЭБВ инфекции у детей является инфекционный мононуклеоз (ИМ). ЭБВ является триггерным фактором в развитии астенического синдрома (АС). К сожалению, точных данных о распространенности АС среди детского населения Украины нет. Однако считается, что за последние годы количество случаев этой патологии значительно увеличилось не только в Украине, но и во всем мире. По сводным данным различных авторов распространенность АС в популяции колеблется в пределах 1-10%.

Цель и задачи исследования: усовершенствование диа-

гностики астенического синдрома у детей при инфекционном мононуклеозе ЭБВ этиологии на основании комплексного клинко-инструментального обследования.

Материал исследования: Под наблюдением находились 25 детей - больных инфекционным мононуклеозом ЭБВ этиологии в возрасте от 4 до 15 лет, которые находились в клинике кафедры детских инфекционных болезней НМУ им. А.А. Богомольца.

Методы исследования: оценка эмоционального статуса с помощью метода цветочных выборов, определение степени тревожности, изучение концентрации и устойчивости внимания, корректурная проба Брудона, выявление расстройств кратковременной и долговременной памяти, оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы; доплерография церебральных артерий электроэнцефалография; оценка показателей вегетативного статуса, оценка функциональных резервов.

Результаты исследований: у большинства детей с ИМ ЭБВ этиологии было диагностировано клинко-инструментальные признаки АС в виде быстрой утомляемости, неустойчивости эмоционального фона, повышенной тревожности, неустойчивости внимания, снижения памяти, нарушения сна, общей слабости, частой головной боли, снижения аппетита. У большинства исследованных преобладали симпатические влияния. У 43% пациентов определялось снижение вегетативной реактивности, у 26% - повышение. Уровень кратковременной памяти у большинства пациентов - средний, у 20% - высокий, у 11% - низкий. Уровень долговременной памяти - низкий у 51% детей, средний у 34% и высокий у 14%. Было обнаружено отклонение преимущественно выбранной цветовой гаммы у 77% детей. У 49% детей тест показал наличие стресса, у 20% - депрессии и у 43% - тревожности. У 43% - зарегистрировано напряжение механизмов адаптации, у 31% - неудовлетворительная адаптация, у 26% - удовлетворительная адаптация. По данным доплерографии церебральных сосудов, у подавляющего большинства детей (80%) отмечается повышение внутричерепного давления по внутренней сонной артерии; незначительная межполушарная асимметрия по внутренней сонной артерии у 40%, умеренная межполушарная асимметрия по вертебральной артерии у 33%, выраженная межполушарная асимметрия по вертебральной артерии у 13%. Мозговая перфузия в пределах нормы была у 93% детей, у 7% - умеренно снижена. У 4,4% детей - без отклонений от нормальных показателей. По данным ЭЭГ отмечается усиление тета-ритма у 20% больных и наличие медленноволновой активности в тета-и дельта-полосах у 80%, вариант нормы - 56%.

Выводы: на основании предложенных методов диагностики у большинства детей, больных инфекционным мононуклеозом ЭБВ этиологии выявлено клинко-инструментальные признаки астенического синдрома.

*Козько В.Н., Копейченко Я.И., Сохань А.В., Аницферова Н.В., Пеньков Д.Б.*

#### **СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ**

*Харьков, Украина.*

Целью нашего исследования было определение видового состава и популяционного уровня микрофлоры толстой киш-

ки, показателей секреторного иммуноглобулина А (SIgA) в копрофильтратах больных парентеральными гепатитами.

Объектом наблюдения было 32 больных парентеральными гепатитами в возрасте от 19 до 46 лет (12 больных гепатитом С и 20 больных гепатитом В). В первую группу вошло 11 больных (34,4%), у которых диагностировано легкое течение болезни, во вторую – 21 (65,6%) со средней степенью тяжести заболевания. У всех пациентов зарегистрирована типичная желтушная форма.

Анализ бактериограмм установил у 7 больных (21,9%) дисбактериоз 1-й степени. У 16 (50,00%) обследованных – 2-й степени. У 6 пациентов (18,8%) показатели микрофлоры соответствовали дисбактериозу 3-й степени. Больных с дисбактериозом 4-й степени нами не было зарегистрировано. Нормобиоценоз зафиксирован лишь у 3 (9,3%) пациентов. С целью выявления взаимосвязи между состоянием микробиоценоза толстой кишки и степенью тяжести гепатитов, мы изучали микробиологические показатели больных в зависимости от степени тяжести. Исследования показали, что даже легкое течение парентеральных гепатитов характеризуется существенным изменением микробиоценоза кишечника. Анализ бактериограмм в совокупности с характером клинических проявлений позволил установить у больных парентеральными гепатитами с легким течением болезни 1-ю и 2-ю степени дисбактериоза у 8 больных (72,7%), нормобиоценоз – у 3 (27,3%). У больных второй группы выявлены более значительные изменения состава и популяционных уровней микроорганизмов по сравнению не только с контрольной группой, но и первой. Характер выявленных изменений микробиоценоза толстой кишки позволил установить у 12 (57,1%) больных парентеральными гепатитами со средней тяжестью 2-ю степень дисбактериоза, у 9 (42,9%) – 3-ю степень. Установлено, что у 22 больных (84,6%) обнаружены статистически значимые ( $p < 0,05$ ) показатели экскреции с калом SIgA по сравнению с контрольной группой, уровень его составил  $1,4 \pm 0,15$  г/л, что в 5,6 раз превысило значение контрольной группы. Изучение состояния местного иммунитета в зависимости от тяжести парентеральных гепатитов выявило, что наибольшая частота положительных результатов зафиксирована при среднетяжелом течении, где они встречались более чем в 2 раза чаще, чем у лиц контрольной группы и в 1,2 раза чаще, чем у больных первой группы. Уровень SIgA, который экскретировался с фекалиями, у больных второй группы достоверно выше по сравнению с показателями первой и контрольной групп. Мы провели исследования по установлению взаимосвязей между показателями иммуноглобулина и степенью дисбактериоза кишечника. Проведенное исследование показало, что наибольшее количество положительных результатов было при дисбактериозе толстой кишки 2-го (85,19%) и 3-го (77,27%) степеней, у больных с нормобиоценозом этот процент не отличался от контрольной группы.

Таким образом, у большинства (90,7%) больных гепатитами В и С в острый период болезни формируется дисбактериоз 1-3 степеней. Существует взаимозависимость между выраженностью изменений микробиоценоза толстой кишки и тяжестью парентеральных гепатитов – при среднетяжелом течении болезни регистрируются более значимые проявления дисбактериоза толстой кишки. Уровень экскреции SIgA с фекалиями был высоким у больных с 3-й степенью дисбактериоза ( $2,8 \pm 0,20$  г/л) и почти не менялся при нормобиоценозе.

*Команцев В.Н., Савина М.В.*

### **РОЛЬ И МЕСТО ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗЕ МОЗГОВОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ**

*Санкт-Петербург, Россия*

Цель: целью работы явилось исследование соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) и акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП) у детей в коматозном состоянии при нейроинфекциях для оценки тяжести поражения головного мозга и прогноза.

Материалы и методы: в исследование включены 16 детей без признаков неврологических заболеваний (средний возраст 14 лет) и 9 детей с РС (средний возраст 13 лет, средняя продолжительность заболевания 1,63 года). Все дети проходили неврологический осмотр, МРТ, иммуноблоттинг ликвора к IgG и транскраниальную магнитную стимуляцию (ТКМС). ТКМС проводилась по стандартной методике с рук и ног с использованием стимулятора «Нейро-МС» и кольцевого койла 90 мм. Оценивались порог возникновения вызванного моторного ответа (ВМО), его форма, амплитуда, латентность, время центрального моторного проведения (ВЦМП) с рук и ног, асимметрия амплитуд и латентностей ВМО между сторонами.

Результаты: при сравнении усредненных параметров группы рассеянного склероза и контроля достоверно друг от друга не отличались. При анализе каждого конкретного случая выявлено, что в 25% случаев в группе РС имели место асимметрия проведения по центральным моторным путям (асимметрия ВЦМП), в 60% случаев наблюдалась выраженная асимметрия амплитуд ВМО. В группе контроля асимметрия амплитуд наблюдалась в 50% случаев. В 88% случаев порог возникновения ВМО в группе рассеянного склероза был повышен, в то время как в группе контроля порог был повышен в 12,5% случаев. Форма ВМО носила патологический характер в 75% случаев в группе РС и в 18% в группе контроля. Изменения формы ВМО указывали на преимущественно демиелинизирующее поражение в 75% случаев и на аксональные нарушения в 25% случаев.

Закключение. У детей с рассеянным склерозом ТКМС показала высокую чувствительность. Признаки вовлечения центральных моторных путей выявлены в большинстве случаев. Преимущественно в данной группе преобладало демиелинизирующее поражение центральных моторных путей, аксональные нарушения наблюдались значительно реже. Основным выявляемым с помощью ТКМС изменением при РС у детей является изменение порога и формы вызванного моторного ответа.

*Копейченко Т.С., Кузнецов С.В., Татаркина А.Н., Копейченко Я.И., Глебова Л.Н., Оношко Н.В.*

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХЛАМИДИОЗА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ**

*г.Харьков, Украина*

Под нашим наблюдением находилось 138 больных в возрасте 1 - 9 лет, у которых был диагностирован хламидиоз дыхательных путей. У 24 детей (17,4 %) установлен хламидийный назофарингит, у 48 (34,8 %) – бронхит, у 66 (47,8 %) – очаговая и/или очагово-сливная пневмония.