

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.

Клинический диагноз установлен по совокупности клинических, рентгенологических и иммунологических данных. Индикацию хлами- маркеров в крови и слизи зева проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) и методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР). По результатам ИФА выявлено повышение уровней антител класса IgG и/или IgM к *Chl. pneumoniae* и/или *Chl. psittaci* (1:80-1:640). У 125 больных (90,6 %) получены положительные результаты ПЦР.

При хламидийном назофарингите заболевание началось постепенно и приобретало затяжной характер до 1-1,5 мес. Проявлялось нормальной (75,0 %) или субфебрильной (25,0 %) температурой тела, слизисто-гнойным выделением из носа и сухим кашлем. В анамнезе 9 детей (37,5 %) выявлялся отит.

У больных хламидийным бронхитом температура тела у большинства детей (79,1 %) повышалась до 37-37,5°, у остальных (20,9 %) была фебрильной. Кашель оставался малопродуктивным, периодически приступоподобным. Аускультативно выслушивались рассеянные сухие и/или среднепузырчатые хрипы.

Хламидийная пневмония начиналась остро с повышения температура тела до 38-38,5°, озноба, миалгии, головной боли. С 3-5 дня болезни кашель становился мучительным и болезненным. У всех детей выявлена гиперемия слизистой ротоглотки, полиаденопатия, с преимущественным увеличением заднешейных лимфоузлов. У 11 (16,7 %) регистрировалась инъекция сосудов склер и конъюнктив, у 9 (13,6 %) – гиперемия лица, у 2 (3 %) – розеолезноподобная сыпь на коже лица и туловища, у 38 (57,6 %) – гепатоспленомегалия.

Выявление типичной клинической картины, поиск специфических маркеров хламидиозов позволили своевременно назначать адекватную этиотропную терапию. Мы применяли макролиды сроком 2-3 недели в зависимости от клинической формы и тяжести болезни.

Заключение: хламидиоз дыхательных путей клинически реализуется преимущественно затяжным назофарингитом и/или бронхитом как и затяжной очаговой или очагово-сливной пневмонией, протекающей со скудными физикальными и выраженными рентгенологическими изменениями в легких. Раннее установление диагноза способствует своевременному назначению этиотропных препаратов и быстрейшему выздоровлению пациентов.

*Корбут О.В., Крамарев С.А.,
Дмитриева Е.А., Выговская О.В.*

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОПОЛИСА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ АНТИБИОТИКО- РЕЗИСТЕННЫХ ФОРМ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

Киев, Украина

Актуальность: на современном этапе знаний о влиянии факторов окружающей среды на здоровье людей актуальными остаются вопросы терапии антибиотико-резистентных форм инфекционных заболеваний. Расширяются поиски и научное обоснование использования в практике медицины лекарственных средств на натуральной основе, в частности продуктов медоносной пчелы. Успешным в данном направлении есть разработки научной школой проф. О.И.Тихонова. За короткий промежу-

ток времени было разработано и внедрено в практику более 30 названий лекарственных препаратов, основанных на соответствующих свойствах компонентов прополиса и цветочной пыльцы, собранных пчелами.

Целью работы: исследование интегрированного воздействия прополиса и антибиотиков на возбудителя сальмонеллеза (*Sal. typhimurium*) у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования: исследована степень и частота антибиотикорезистентности выделенных у больных 48 штаммов сальмонелл к 15 антибактериальным препаратам в сочетании с различными концентрациями прополиса.

Результаты исследования: установлено, что при суббактериостатической концентрации прополиса 3 мг/мл в твердой питательной среде показатель минимальной угнетающей концентрации стрептомицина снижался в 5 раз, неомицина, биомицина, полимиксина, хлорамфеникола - в 10, тетрациклина и мономицина - в 20 раз. При увеличении суббактериостатической концентрации прополиса до 5 мг/мл минимальная подавляющая концентрация тех же антибактериальных препаратов была еще ниже. Показано, что прополис в разной концентрации проявляет антимикробную активность ко всем исследуемым штаммам сальмонелл. Сочетание действия прополиса и антибактериальных препаратов на сальмонеллы характеризуется повышением антимикробной активности последних. Препарат 10% настойки прополиса исследовали в клинических условиях в дозе 1-2 капли на год жизни 3 раза в сутки внутрь в течении 7 дней. Полученные данные показали, что при интегрированном применении прополиса положительно влияет на лечение детей раннего возраста с сальмонеллезной инфекцией. Продолжительность интоксикации у больных, принимавших 10% настойку прополиса, была в 2,85 раз меньше, лихорадки - в 3,7 раз меньше, патологические примеси в стуле исчезли на 3-6 дней раньше, чем у больных, получавших базисную терапию (без прополиса). Ускорение ликвидации патологических симптомов сальмонеллеза способствовало уменьшению срока пребывания в больнице на 4 дня по сравнению с контрольной группой. Терапевтический эффект прополиса при сальмонеллезе опосредованный повышением функциональной активности фагоцитирующих клеток и антибактериальным его действием.

Выводы: установлено антимикробное, противовоспалительное, гемостатическое, иммуномодулирующее действие прополиса. Препарат 10% настойки прополиса обладает низкой токсичностью, не раздражает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Длительное его применения не нарушает биоценоза кишечника.

*Корнева Н.В., Старшинова А.А., Овчинникова Ю.Э.,
Потапенко Е.И., Якунова О.А Довгалюк И.Ф.*

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ АКТИВНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Санкт-Петербург, Россия

Цель: выявление особенностей иммунного ответа у детей с различной активностью туберкулезной инфекции.

Материал и методы: В работе были использованы данные клинико-иммунологического и лучевого обследования 152 детей в возрасте от 3 до 14 лет, больных тубер-