

которых неблагоприятны в эпидемическом отношении.

В РСО - Алания с 1999-2003 гг. сложилась нестабильная эпидемиологическая ситуация по ИППП. Необычно высокий подъем заболеваемости в последние годы охватил практически все районы республики.

В последнее пятилетие в республике, так же как и в целом по России, наблюдается очевидное повышение заболеваемости всеми, без исключения, инфекциями, передаваемыми половым путем. Ситуация усугубляется постоянным притоком в республику беженцев и вынужденных переселенцев. На фоне повсеместного распространения ИППП, грубых нарушений санитарных норм, неудовлетворительное состояние экономической и культурной обстановки прогноз представляется неблагоприятным. Большую тревогу вызывает заболеваемость людей ВИЧ, занимающим ведущее место среди других ИППП. 2003 год по праву можно считать манифестации половых инфекций в частности по трихомонозу, хламидиозу и гонорее.

РСО-Алания является центром наибольшего сосредоточения беженцев и вынужденных переселенцев, поэтому одной из территориальных задач в деятельности государственной санитарно - эпидемиологической службы РСО-Алания на современном этапе является обеспечение санитарно - эпидемиологического благополучия и охрана здоровья беженцев и вынужденных переселенцев как основного источника ИППП.

Проблема профилактики ИППП может быть успешно решена только при осуществлении комплекса организационных, медицинских, экономических мероприятий.

В связи с высоким уровнем заболеваемости коренного населения РСО-Алания ИППП существует реальная угроза профессионального инфицирования медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь больным. Дальнейший рост числа ВИЧ-инфицированных и больных ИППП станет тяжелым временем для бюджета местных органов здравоохранения и администрации.

#### **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБТИПОВ HCV В ГОРОДЕ КРАСНОДАРЕ**

Еремина Г.А., Городин В.Н.,  
Коваленко Е.Е., Кондрашова О.В., Ахмедова О.А.  
*Городская клиническая инфекционная больница,  
Краснодар*

Вирусный гепатит С продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем практического здравоохранения во всем мире, включая Россию. Одним из важных свойств вируса является генетическая гетерогенность. В настоящее время выделяется 11 генотипов вируса, которые в свою очередь представлены несколькими субтипами. Эпидемиологические исследования показали, что разные генотипы и субтипы неравномерно распределены по различным регионам земного шара. Доказана связь различных генотипов с клиническим течением заболевания, частотой хронизации процесса, ответом на противовирус-

ную терапию. Поэтому, определение генотипов HCV имеет большое значение, как для эпидемиологического надзора за инфекцией, так и для клинической практики.

Целью настоящей работы стало определение частоты распространения субтипов HCV на территории г. Краснодара.

Материалы и методы: исследования проводились в микробиологической лаборатории МУЗ ГКИБ г. Краснодара в 2003 –2004 г.г. Было проведено генотипирование 613 РНК – положительных сывороток взрослых жителей в возрасте 18-76 лет с диагнозом хронический гепатит С.

В работе использовались наборы «Рибо-Сорб», «Реверта L –100», «АмлиСенс HCV 240/ ВКО 440», «АмплиСенс HCV – генотип» (ЦНИИ эпидемиологии МЗ РФ Москва). Набор для генотипирования позволял, на основе типоспецифических праймеров, выявлять четыре наиболее распространенных в нашей стране субтипа HCV: 1а, 1в, 2, 3а. Анализ продуктов ПЦР осуществлялся разделением электрофорезом в 2% агарозном геле с последующей регистрацией на УФ - трансиллюминаторе и документированием видеосистемой «DNA-Analyser».

Основные результаты: в ходе исследований у 92,9 % пациентов обнаруживались субтипы 1а, 1в, 2, 3. У части пациентов (2,5%) обнаруживался более чем один субтип HCV, а в 4,6 % случаев субтип вообще не определялся при наличии РНК HCV.

В профиле субтипов просматриваются определенные изменения. В течение двух лет лидирующим на частоте обнаружения оставался субтип 1в (45,7%), при этом в 2004 г. его доля увеличилась в 1,3 раза. Вторым по распространенности остается субтип 3а, но его доля уменьшилась с 36,3 % в 2003 г. до 29,4 % в 2004 г. Далее по частоте обнаружения были субтип 1а (10,4 %) и субтип 2 (6,7%).

Таким образом, по данным микробиологической лаборатории ГКИБ профиль субтипов HCV в г. Краснодаре совпадает с таковым в других регионах РФ. Обращает на себя внимание высокий процент случаев, когда субтип HCV не определялся при наличии РНК HCV – 5,9 % в 2004 году, что значительно выше, чем, например, в г. Москве (1,9 %).

#### **НПВС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОЖИ**

Жукова Л.И., Городин В.Н.,  
Тарасова Л.С., Шачина О.А., Спичак М.В.  
*Кубанская государственная медицинская академия,  
Городская клиническая инфекционная больница,  
Краснодар*

Важнейшим клиническим аспектом рожи является развитие у 24 - 43% больных рецидивов заболевания. Широкомасштабное применение антибиотиков не решило проблем как терапии рожи, так и профилактики ее рецидивов. В этой ситуации привлекательны разнообразные средства патогенетической терапии, среди которых в отечественной медицине рекомендовано применение неспецифических противовоспалительных средств (НПВС). В то же время в ряде зарубежных исследований отмечено, что НПВС

при стрептококковых инфекциях кожи увеличивают риск развития шока и некротического целлюлита (Bernard P., 1995, Jaussaud R., 2001, Oliver C., 2001).

Цель исследования: сравнить клиническое течение рожи у больных, находившихся в 2004 году на лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Краснодара, получавших и не получавших в комплексе терапии НПВС.

Под наблюдением находились 22 пациента первичной рожой голени, эритематозно-буллезной формы среднетяжелого течения (возраст  $57,6 \pm 4,3$  лет, женщин 77,3%). Больных распределили на две группы: в 1-ой (11 человек) назначали НПВС (аспирин – 81,8%, ортофен – 54,5%, индометацин – 18,2%, сочетание препаратов – 45,5%) с 1 дня стационарного лечения средней продолжительностью  $14,6 \pm 2,4$  дня. Во 2-ой, состоящей из 11 больных, НПВС не применяли. Сопутствующие заболевания имели место у 72,7% пациентов 1-ой группы и у 81,8% - во 2-ой.

Рожа у всех больных начиналась остро с лихорадки и признаков интоксикации. Продолжительность фебрильной температуры в 1-ой группе составляла  $3,8 \pm 0,5$  дней, а во 2-ой –  $2,9 \pm 0,1$  ( $p > 0,05$ ), последующего субфебрилитета, соответственно  $4,9 \pm 1,3$  и  $4,9 \pm 1,4$  дня ( $p > 0,05$ ). Боль в месте локализации очага поражения продолжалась в 1-ой группе  $12,5 \pm 2,4$  дня, во 2-ой –  $14,9 \pm 1,6$  дней ( $p > 0,05$ ), отек и гиперемия –  $15,5 \pm 1,7$  и  $14,0 \pm 0,6$  дней ( $p > 0,05$ ). Буллы появлялись у больных 1-ой группы на  $5,2 \pm 1,0$  день и сохранялись до появления корочек  $7,3 \pm 0,8$  дней, у 2-ой, соответственно, на  $4,0 \pm 1,0$  ( $p > 0,05$ ) день и  $6,5 \pm 1,3$  ( $p > 0,05$ ) дней. Показатели лейкоцитов в 1-ой группе при поступлении в стационар составляли  $(8,2 \pm 0,7) \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ –  $37,3 \pm 4,4$  мм в час, а во 2-ой –  $(10,7 \pm 1,3) \times 10^9/\text{л}$  и  $34,2 \pm 7,0$  мм в час ( $p > 0,05$ ). После лечения уровень лейкоцитов в 1-ой группе снизился до  $(5,7 \pm 0,7) \times 10^9/\text{л}$ , а СОЭ - до  $15,5 \pm 4,3$  мм в час. Во 2-ой группе на фоне снижения количества лейкоцитов до  $(6,6 \pm 0,3) \times 10^9/\text{л}$  ( $p > 0,05$ ) СОЭ осталась неизменной и достоверно превышала аналогичный показатель в 1-ой группе –  $37,7 \pm 7,4$  мм в час ( $p < 0,05$ ).

Этиотропную терапию больным в обеих группах проводили цефалоспоридами I-III поколения (77,3%), линкомицином (22,7%), аминогликозидами (22,7%), продолжитель-

ность которой в 1-ой группе составляла  $14,0 \pm 2,3$  дней, во 2-ой -  $15,0 \pm 1,2$  дня ( $p > 0,05$ ). Всем пациентам производили вскрытие пузырей с последующей обработкой антисептиками. В патогенетическую терапию всем обследованным включали дезинтоксикацию; 63,6% больным 1-ой и 45,5% - 2-ой групп назначали десенсибилизирующие средства, а 72,7% и 81,8% - препараты, улучшающие реологические свойства крови (пентоксифиллин, трентал). Осложнений заболевания не наблюдали. Длительность стационарного лечения в 1-ой группе пациентов составила  $19,1 \pm 2,6$  дней, а во 2-ой –  $15,7 \pm 1,6$  дней ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, проведенные исследования позволили заключить, что применение НПВС в комплексной терапии больных первичной эритематозно-буллезной формой рожи не оказывало существенного влияния на частоту и продолжительность клинических симптомов заболевания, за исключением досто-

верного снижения скорости оседания эритроцитов, по сравнению с пациентами, не получавшими НПВС.

#### **ИЗМЕНЕНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАРАЖЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕПАРАТА ТАМЕРИТ**

Иванова М.Р., Дзамихова А.А.,  
Маржохова М.Ю., Афашагова М.М.  
*Кабардино-Балкарский  
государственный университет,  
Нальчик*

Под нашим наблюдением находилось по 50 человек с острым вирусным гепатитом В, острым вирусным гепатитом С и микст-гепатитом В+С, которые получали помимо базис-терапии новый противовоспалительный и антиоксидантный препарат тамерит. Тамерит вводился всем больным внутримышечно по 100 мг 2 раза в первый день, затем ежедневно по 100 мг 2 дня и в последующие дни по 100 мг через день по 7-10 инъекций. Диагноз вирусного гепатита был подтвержден кинико-эпидемиологическими, биохимическими данными, а также на основании обнаружения специфических маркеров вирусных гепатитов В, С и выявления в ПЦР ДНК и РНК вирусов.

У исследуемых групп больных определялись прооксидантные и антиоксидантные компоненты в лейкоцитах и плазме крови. Проводилось изучение уровня восстановленного цитохрома С в лейкоцитах по методу Misra, Fridovich, 1972, показатели спонтанного НСТ-теста в нейтрофилах по методу Stuart с соавт. (1975), в модификации Б.С. Нагоева (1983), концентрация нитрат-нитритов и малонового диальдегида по методу Ushiyama с соавт. (1978) в сыворотке крови, а также активность супероксиддисмутазы по методу В.А. Гусева с соавт. (1977) и каталазы по методу О.Б. Бухарина с соавт. (2000) в лейкоцитах и антиокислительной активности плазмы крови по методу Г.И. Клебанова с соавт. (1976).

Самочувствие больных улучшалось в более короткие сроки и нормализация клинико лабораторных данных наступала быстрее, чем при только базис-терапии. Длительность интоксикации сократилась на 5 дней, желтушного периода на 5 дней. Уровень билирубина при применении тамерита нормализовался в среднем на 5 дней раньше, АЛТ и АСТ- на 4 дня быстрее, чем в контрольной группе.

У больных острыми вирусными гепатитами В и С, получавших в комплексном лечении тамерит, происходила достоверно более ранняя нормализация изучаемых компонентов в период перед выпиской больных из стационара или через месяц после выписки. Тогда как у больных, получавших только базис-терапию эти показатели не отличались от уровня здоровых только у пациентов с легкими формами заболеваниями в периоде поздней реконвалесценции. Достоверной разницы между изучаемыми значениями у больных микст-гепатитом В+С, получавших в комплексном лечении тамерит и у больных, у которых проводилась только базис-терапия, получено не было,