

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о дисбалансе в продукции цитокинов при острой пневмонии у детей. Повышенный уровень IL – 8 и ФНО в сыворотке крови позволяет считать их маркерами воспаления.

### **ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

Ларин Ф.И., Лебедев П.В.

*Кафедра инфекционных болезней  
и эпидемиологии ФПК и ППС,*

*Кубанская государственная медицинская академия*

В 1996 году в России начался подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Уже в 1997 году случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы в 73 из 89 регионов страны, в 2000 г. – в 82. Лидирующие территории по заболеваемости – Москва, Московская и Иркутская области. Между тем, анализ динамики заболеваемости на региональном уровне может дать более дифференцированное представление о закономерностях эпидемического процесса. Принимая во внимание географические масштабы Краснодарского края, существующие социально-экономические особенности городов и районов, изучение территориального распределения заболеваемости ВИЧ-инфекцией в регионе представляется важной научно-практической задачей.

#### **Материалы и методы**

Для решения поставленной задачи проведен ретроспективный анализ официальных данных регистрируемой заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Краснодарском крае за восьмилетний период эпидемии (1996-2003 гг.). В качестве минимальной территориальной единицы наблюдения взят административный район. Изучены уровни и динамика заболеваемости на 48 административных территориях края (15 городов и 33 района).

#### **Результаты и обсуждение**

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в городах превосходит таковую в районах за все годы наблюдения. Максимальное превышение зафиксировано в 1996 г., минимальное – в 2003г. Темп прироста заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения районов в 2003 г. относительно 1996 г. оказался в 39 раз выше показателя в городах – 737,5% против 18,9%. Наблюдается стабильное возрастание в районах и снижение в городах удельного веса инфицированных – в 5,4 и 1,3 раза относительно 1996 г. соответственно.

Нарастание заболеваемости ВИЧ-инфекцией в районах происходило за счет охвата эпидемией новых территорий. В 1996 г. случаи заболевания были зарегистрированы в 7 городах и 3 районах, что составило 20,8% от всех административных образований.

Кумулятивная регистрация ВИЧ-инфекции в городах и районах имеет различный временной интервал в достижении охвата эпидемией всех административных единиц края. Для городов этот период составил 3 года, для районов и края в целом – 6 лет. С 2001 г. случаи заболевания стали регистрироваться во всех административных образованиях края.

По интенсивности и срокам дебюта эпидемии в крае наблюдается определенная территориальная неравномерность. Среди лидеров стабильно находятся г. Новороссийск и Северский район. На этих территориях эпидемия ВИЧ-инфекции началась в 1996 г., одновременно с эпидемией в целом по краю. На г. Новороссийск пришлось 77,9% заболеваемости от всех случаев в городах, на Северский район – 78,9% от всех случаев в районах. Далее этот показатель стал снижаться, и в 2003 г. зафиксирован на уровне 31,4% (г. Новороссийск) и 14,1% (Северский район). Снижение показателей связано с интенсификацией эпидемического процесса в остальных городах и районах.

Таким образом, показатели заболеваемости в Краснодарском крае сформированы главным образом за счет заболеваемости городского населения. Темпы прироста заболеваемости в районах свидетельствуют о неблагоприятной перспективе интенсификации эпидемического процесса среди сельского населения. Возникает необходимость усиления профилактических программ в районах. Совершенно очевидно, что реальный эффект профилактики будет складываться из множества положительных результатов реализации мероприятий на конкретных административных территориях края. Соответственно для здравоохранения края принципиально важна адекватная территориальная политика эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ФАРМОКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ КАК СПОСОБ ПОДДЕРЖАНИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС**

Маль Г.С., Карасева И.С., Полякова О.В.

*Курский государственный медицинский университет*

Со времени появления холестеринотерапии развития атеросклероза Аничкова, подходы к этиопатогенетическому лечению ИБС остаются спорными до настоящего времени. И наибольшую актуальность по данной проблеме приобретает поиск эффективных и безопасных способов длительной фармакологической коррекции гиперлипидемий (ГЛП).

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности безафибрата (600 мг/сут, Германия) и эндурацина (1,5 г/сут, США) при коррекции изолированной и сочетанной гиперхолестеринемии (ГХС) у больных ИБС, стабильной стенокардией I-III функциональными классами.

Методы: простой слепой, перекрестный, плацебо-контролируемый метод исследования, ЭКГ, ВЭМ, определение фенотипа ГЛП, психологические и общеклинические; параметрические и непараметрические статистические методы.

Исследуемую группу составили 67 мужчин (41-59 лет).

Результаты: анализ полученных данных показал, что при 24-недельной фармакотерапии безафибрата отмечено снижение холестерина на 21% ( $p < 0,05$ ), триглицеридов (ТГ) – на 39% ( $p < 0,05$ ) и повышение ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) – на