с пентоксилом отмечается достоверное увеличение марганца в эритроцитарной массе. Содержание магния, железа, меди, цинка и свинца в эритроцитарной массе и плазме крови при внутрикожной вакцинотерапии в сочетании с пентоксилом не изменяется.

Таким образом, у больных хроническим бруцеллезом имеет место пониженное содержание в крови магния, марганца, железа, свинца и меди. Вместе с тем, содержание некоторых микроэлементов в крови больных хроническим бруцеллезом после курса лечения изменяется. Так, при проведении курса внутрикожной вакцинотерапии в сочетании с пентоксилом повышается содержание марганца в эритроцитарной массе.

## УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ БРУЦЕЛЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА

Отараева Б.И., Андиева Н.Г., Гипаева Г.А-Р. Северо-Осетинская Государственная медицинская академия, Владикавказ

Современное течение бруцеллеза претерпело изменения и характеризуется вариабельностью клинических симптомов. Поражение половых органов у мужчин в виде орхитов и эпидидимитов отмечали Отараев И.А. (1958), Покровский В.И. (1985) в 10-20% случаев, а отечность мошонки, увеличение и болезненность яичек выявлено ими при остром бруцеллезе у 1,5% мужчин. При анализе 100 историй болезни больных бруцеллезом (20 - острый, 80 - хронический) нами был диагностирован орхит (5%) с развитием водянки (гидроцеле) у двух больных. У 5-ти больных - орхоэпидидимит, сопровождающийся ознобами, высокой лихорадкой, выраженными болями в пораженном яичке, увеличенного до размеров гусиного яйца, плотной консистенции. Кожа мошонки гиперемирована, с местной to, складки сглажены. По данным Фебер М.Л., Отараева И.А. изменения в половых органах при бруцеллезе часто являются причиной диагностических ошибок. История болезни больного Н., 41 года. Диагноз: Подострый бруцеллез. После физических нагрузок у больного развились резкая боль в правом яичке, t - 40°C, головная боль, профузный гипергидроз, озноб, боли в суставах. Status localis: увеличение яичка справа, болезненность при пальпации, кожа мошонки растянута, гиперемирована. Дизурических расстройств нет. Диагноз: Абсцедирующий орхит. Больной был прооперирован.

Таким образом, дифференциальная диагностика бруцеллезных и гонорейных орхоэпидидимитов, несмотря на схожесть симптомов (боли в мошонке, гиперемия кожи, увеличение придатка на пораженной поверхности, увеличение плотного яичка, высокая t°), требует коррекции. Обследованы больные с гонорейными орхоэпидидимитами: отмечены дизурические явления с симптомами уретрита, простатита и патологией в моче, нередко абсцедированием в яичке с гноем. При бруцеллезе они отсутствуют, орхоэпидидимиты возникают на фоне общего заболевания, объективно: полимикроаденопатия, интенсивные полимиаартралгии, упорный гипергидроз и анамнез эпидемиолгических и серологических данных.

Частота поражения различных органов и систем при бруцеллезе разнообразна, но доминирует поражение центральной нервной системы (25-90%), опорнодвигательного аппарата (67-93%) (Отараева И.А., Отараева Б.И., 1978). Поражение женских половых органов нами выявлены в виде оофоритов, сальпингитов, эндометритов, метритов, мастита, нарушения менструального цикла в виде а-, гипо-, гипер-, альго-, дисменореи. Характерно для хронического бруцеллеза прерывание беременности в сроки 2-4 месяца. А при латентном течении прерывание беременности служит единсивенным проявлением заболевания, особенно при привычном невынашивании беременности, что обусловлено действием токсинов бруцелл на мускулатуру матки, вызывающих ее сокращение. При бруцеллезе уменьшается количество прогестерона, аскорбиновой кислоты, и, вероятно, нарушение обмена простогландинов приводит к прерыванию беременности. Бруцеллез у беременных женщин сопровождается прикреплением и отделением плаценты. Преждевременное самопроизвольное прерывание беременности и антенатальную смерть плода определяет плацентит. Дети грудного возраста очень редко заражаются бруцеллезом (1-2%) (Отараева Б.И., Цаболова Н.А.). Внутриутробное инфицирование плода от матери возможно, так как бруцеллы обнаруживались в грудном молоке матери, больной бруцеллезом, но заболевание детей раннего возраста нами не выявлено (малая вирулентность лактоштаммов). Без многократного пассирования возбудителей через организм животного невозможно возникновение заболевания.

Таким образом, мы считаем, что причиной внутриугробной гибели плода и привычного раннего прерывания беременности при бруцеллезе является специфическое поражение урогенитальных органов матери и длительная внутриутробная интоксикация плола

## ТОКСОПЛАЗМОЗ ЧЕЛОВЕКА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Отараева Б.И., Андиева Н.Г., Гипаева Г.А-Р. Северо-Осетинская Государственная медицинская академия, Владикавказ

Актуальность проблемы токсоплазмоза определяется ее значимым социально-экономическим подходом, как ВИЧ-ассоциированной зоонозной инвазии человека. Характеризуется тесной зависимостью клинических проявлений от состояния иммунной системы человека.

Дискутабельны вопросы как источника инфекции человека, так и роли беременных с хроническим токсоплазмозом в реализации трансплацентарного пути врожденных форм заболевания (Казанцев А.И., 1985; Лобзин Ю.В., 2005). Клинический полиморфизм токсоплазмоза часто является причиной недооценки симптомов, что затрудняет диагностику заболевания, а иногда приводит к его гипердиагностике (Лобзин Ю.В., 2005).

На современном этапе изучения токсоплазмоза нет единой интерпретации результатов лабораторных тестов, как и диагностической значимости интрадермальной пробы с токсоплазменным аллергеном и влиянии его на результаты серологических реакций. Мнение авторов в подходах к лечению токсоплазмоза с использованием токсоплазмина, в оценке целесообразности его применения и эффективности различны (Никифоров В.Н., Казанцев А.П., 2000).

Целью нашей работы явилось изучение влияния токсоплазм на развитие клинического симптомокомплекса токсоплазмоза людей, в том числе проявлений первичного невынашивания беременности и оценка эффективности комплексной иммунохимиотерапии.

Нами было обследовано 290 человек в возрасте от 15 до 55 лет. 69,7% больных обратились из-за отягощенного акушерского анамнеза, 5,8% - заболевания глаз, 6,7% - поражения центральной и вегетативной нервной систем, 15,4% - повышения температуры тела с ознобами, 14,5% - лимфоаденопатии,7,9% - упорных головных болей. В 11% случаев эпидемиологический анамнез был неблагополучен у членов семьи. Для верификации токсоплазмоза у всех больных обследована кровь методом реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), в последние годы для диагностики используется также иммуноферментный анализ (ИФА), которые оказались у большинства больных положительными в титрах выше диагностических, отмечалось снижение концентрации CD<sub>4+</sub> - клеток менее 100.

Субъективно – ознобы с повышением t°, артралгии, миалгии, кардиалгии, ухудшение зрения, зуд кожи, нарушение сна, головные боли. Объективно: микрополиаденит, гепатоспленомегалия, гипергидроз, экхимозы, петехии, хориоретиниты, иридоциклиты. У большинства больных в крови наблюдалась эозинофилия, лимфоцитоз, ускорение СОЭ. У 41,7% больных был установлен диагноз – хронический токсоплазмоз, из которых в 86% случаев имел место хронический приобретенный токсоплазмоз.

В лечении заболевания были использованы: противопаразитарные препараты (фансидар, метакельфин, ранее - тиндурин); сульфаниламиды (бисептол в/в по 0,5 - 2 раза в день капельно на физиологическом растворе 0,9% - 200,0), левамизол, индукторы интерферона (неовир по 2,0 в/м через день №10). Части больных при наличии хориоретинита назначали специфическую иммунгтерапию (СИТТ) – токсоплазминотерапию. в комплексе с антигистаминными, седативными, кардиостатическими средствами, УФО в качестве неспецифической биологической стимуляции, ровамицин по 3 млн. ЕД до 2 недель с низоралом. Отмечено улучшение клинических показателей: общего состояния, зрения, уменьшение размеров печени и селезенки, лимфоузлов, а у 63% женщин с отягощенным акушерским анамнезом восстановилась детородная функция.

Таким образом, группу риска по токсоплазмозу составляют лица с полилимфоаденопатией, лихорадкой, артралгиями, отягощенным акушерским анамнезом, патологией органов зрения. Указанная комплексная терапия является эффективной и может быть рекомендована для практического здравоохранения.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ

Павленко В.Л. Областная детская больница, Ростов-на-Дону

В современных условиях чрезвычайно важное значение имеет оказание своевременной высококвалифицированной помощи во время террористических актов. Это обусловлено тем, что у пострадавших в большинстве случаев отмечаются сочетанные травмы с поражением головного и/или спинного мозга, оргабрюшной и грудной полости, опорнодвигательного аппарата. Большое значение имеет развитие вторичных гнойно-септических осложнений, которые возникают на фоне остро развившегося вторичного иммунодефицитного состояния и являются одной из основных причин смерти больных с сочетанной травмой, особенно если поражение ЦНС является ведущим. Одним из частых септических осложнений при проникающих повреждениях черепа и экстренных оперативных вмешательствах является менингит, а также воспалительные изменения в легких вследствие поражения ствола мозга и развития бульбарного синдрома, аспирации рото- и носоглотки. Развитие гнойно-септических осложнений у больных с сочетанной травмой обусловлено, прежде всего, угнетением продукции цитокинов, депрессией Т- и Вклеточного иммунитета, которые вызваны как самой травмой, так и состоянием стресса, в котором находятся пациенты. Исследование цитокинового и иммунного статуса у больных с сочетанной травмой является определяющим в разработке программы их лечения. При иммунологическом исследовании у больных с минно-взрывной травмой было установлено резкое угнетение экспрессии про- и противовоспалительных цитокинов а также показателей Тклеточного иммунитета, что послужило обоснованием для использования иммуномодулирующей терапии рекомбинантным интерлейкином-2 в комплексной программе лечения.

После террористического акта в г. Беслан в Областной детской больнице г. Ростова-на-Дону находились на лечении восемь пациентов в возрасте от 7 до 15 лет с диагнозом тяжелая сочетанная минновзрывная травма с открытыми проникающими ранениями черепа и головного мозга, органов грудной и брюшной полостей, опорно-двигательного аппарата. У шести пациентов тяжесть состояния была обусловлена превалирующим осколочным повреждением головного мозга, причем проникающий характер ранения (с повреждением твердой мозговой оболочки) был отмечен в пяти случаях, а нахождение больных в эпицентре взрыва обусловило дополнительно и диффузное повреждение головного мозга взрывной волной. У двух - множественные осколочные ранения брюшной полости с повреждением кишечника и развитием перитонита. Следует отметить, что тяжелой минно-взрывной травме предшествовал стресс с реальной угрозой для жизни в течение двух суток. Ронколейкин вводили в дозе 500000 МЕ трехкратно с интервалом введения 24 часа.