

Эксперимент произведен на белых беспородных мышах – самцах. Трех группам животных один раз в день внутривенно вводили (I), (II), (III) в течение 7 дней в дозе 8 мг/кг. В этой дозе (I), (II), (III) проявляют значительный фармакологический эффект, причем (II) на 30 % больше (I и II) исходя из выживаемости животных при стафилококковой инфекции. Сульфат цинка (IV) вводили в дозе 0,13 мг/кг, что соответствовало его содержанию во (II) и в (III). Животные были разделены на группы. Первой группе животных вводили (I), второй группе – (II), третьей группе – (III), четвертой группе – (IV), пятая группа – контроль. Животные выводились из эксперимента на третьи, пятые и седьмые сутки путем декапитации под эфирным наркозом. Печень, почки и селезенка забирались для дальнейших исследований.

Проведенные гистологические исследования показали, что доза сульфата цинка (IV) вводимая животным значительно ниже биотической дозы цинка, в связи с этим не было обнаружено морфологических изменений в органах животных четвертой группы.

В печени животных, получавших (I) и (III) наблюдались дистрофия периферической части дольки, некротические изменения гепатоцитов. В печени животных, получавших (II), происходили значительно меньшие поражения гепатоцитов и они компенсировались увеличением количества двуядерных клеток и повышением митотической активности гепатоцитов на седьмые сутки.

В почках животных, получавших (I) и (III), на седьмые сутки отмечалась зернистая дистрофия как дистальных, так и проксимальных отделов канальцев; клубочки гиперемированы. Просвет капсулы Шумлянского-Боумана увеличен, в нем – оксифильные гомогенные массы. При введении (II) отмечалась умеренная вакуолизация и набухание, небольшое расширение просвета проксимального и дистального отдела. Цикл процесса приходился на третьи сутки, к пятым суткам орган возвращался к нормальному функционированию.

Морфологические изменения в микроструктуре селезенки при введении (I, III) характеризовались: сильной лимфоидной инфильтрацией красной пульпы; крупными фолликулами, порой сливающимися по 2-3 или тесно прилипающими друг к другу; слабо выраженной макрофагической реакцией. Обращало внимание резкая лимфоидная пролиферация, в связи с чем были трудно различимы границы белой и красной пульпы. При введении (II) в лимфатических фолликулах отмечалась сильная макрофагическая реакция. В макрофагах – хромофильные шары (остатки фагоцитированных лимфоцитов). Фолликул реагировал усиленным фагоцитозом маложизненных клеток.

Таким образом, биокомплекс цинка по сравнению с лигандом (I) и с механической смесью (I) с сульфатом цинка способствует развитию компенсаторно-приспособительных реакций в печени, почках и селезенке экспериментальных животных.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В СИСТЕМЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА УПРАВЛЯЕМЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Никитюк Н.Ф., Юревич М.А.

*Самарский военно-медицинский институт
Самара, Россия*

Мировой опыт вакцинопрофилактики свидетельствует о высокой эффективности этого метода борьбы и профилактики со многими инфекционными заболеваниями. Эффективность иммунизации определяется критериями, с помощью которых представляется возможным объективно оценить проводимую иммунопрофилактику в лечебно-профилактических учреждениях. Показатели эффективности во многом зависят от: качества иммунобиологических препаратов, сроков иммунизации, состояния здоровья организма человека, принципов организации прививочной работы.

Каждый из указанных критериев в свою очередь оценивается индивидуально в зависимости от конкретных условий на местах и организации прививочной работы в отдельно взятом ЛПУ.

Одним из значимых показателей эффективности являются показатели качества медицинских иммунобиологических препаратов, которые определяются следующими свойствами: высокой иммуногенностью, отсутствием патогенности, ослабленной вирулентностью, низкой реактогенностью, термостабильностью, отсутствием противопоказаний к введению препаратов, ассоциативностью вакцинных штаммов.

Не менее важным в оценке эффективности иммунопрофилактики являются сроки ее проведения. Оптимальные сроки иммунизации регламентированы Национальным календарем профилактических прививок, действующим на территории России. Однако кроме возрастных рамок большое значение имеет состояние здоровья прививаемого, его отношение к соответствующей группе здоровья, а также региональные особенности, которые откладывают отпечаток на формирование поствакцинального иммунитета. Научно обоснованным является индивидуальный подход к составлению схемы иммунизации, адаптированной к каждому конкретному ребенку. В связи с этим целесообразным является консультирование детей с отягощенным анамнезом у врача-иммунолога с последующей разработкой тактики их иммунизации. При этом различают

несколько схем иммунизации: щадящую, сокращенную и индивидуальную.

При определении схемы иммунизации руководствуются результатами иммунологических исследований, с помощью которых представляется возможным оценить уровень готовности иммунной системы в каждом отдельном случае.

С целью создания более напряженного и длительного поствакцинального иммунитета перед проведением профилактической прививки целесообразно определять уровень готовности иммунной системы организма прививаемого, который по степени дифференцируется как низкий, средний и высокий по значениям титров специфических антител, а также показателям иммунологических реакций, характеризующих работу иммунной системы.

По результатам проведенных иммунологических исследований, а также данных прививочного анамнеза и состояния здоровья ребенка врачом-иммунологом и педиатром определяется уровень готовности иммунной системы и разрабатывается график иммунизации, адаптированный для конкретного прививаемого.

Эффективность иммунопрофилактики зависит от организации прививочной работы на местах. Обязательными принципами в данном направлении являются:

- мероприятия по улучшению привитости населения;
- мероприятия по повышению иммунологической эффективности;
- охват иммунизацией детей из групп риска заражения;
- надзор за поствакцинальными осложнениями и реакциями;
- контроль за соблюдением «холодовой цепи» при транспортировке и хранении МИБП.

Все указанные принципы прививочной работы возлагаются на врача иммунолога кабинета иммунопрофилактики. Данное подразделение лечебно-профилактического учреждения призвано выполнять следующие виды деятельности:

- консультативно-диагностическую;
- организационно-методическую;
- информационно-аналитическую;
- информационно-образовательную.

Как показал опыт работы в данном направлении, создание кабинетов иммунопрофилактики в каждом лечебно-профилактическом учреждении позволяет повысить уровень медицинского обслуживания населения по иммунопрофилактике, приблизить оказание необходимой консультативной помощи детям, нуждающимся в индивидуальном подходе к иммунизации.

Работа кабинета иммунопрофилактики тесным образом связана с другими структурными подразделениями, являющимися заинтересованными в организации и проведении прививочной работы. Взаимосвязь кабинета иммунопрофилактики наиболее выражена с детскими поликлини-

ками, терапевтическими отделениями взрослых поликлиник, иммунологическими лабораториями.

Кроме того, для проведения профилактических прививок необходимо предусмотреть стационарное отделение для детей из групп риска заражения. Организация такого структурного подразделения, безусловно, способствует привлечению к проведению иммунизации детей с отягощенным анамнезом. Подготовка детей к иммунизации, страдающих тяжелыми органическими поражениями органов и систем, должна проводиться под активным наблюдением медицинских работников в условиях стационарного пребывания. Такой подход во многом сокращает риск возникновения возможных поствакцинальных реакций и осложнений у вакцинируемых.

Внедрение в практику здравоохранения мероприятий по совершенствованию иммунопрофилактики детей с отягощенным анамнезом позволяют успешно иммунизировать детей с тяжелыми заболеваниями, считавшихся ранее постоянными противопоказаниями.

Таким образом, максимальное привлечение к иммунизации населения позволяет качественно и количественно повысить уровень привитости, что даст реальную возможность снизить уровень заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики до спорадического.

ПЕРСИСТЕНТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИКРООРГАНИЗМОВ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ СТАФИЛОКОККОВОГО БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА

Норкина А.С.

Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УРО РАН.

Стафилококки остаются одним из ведущих возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний. Проблема стафилококкового бактерионосительства сохраняет свою актуальность для здравоохранения. С современных позиций бактерионосительство представляет собой форму инфекционного процесса, при котором течение и прогноз определяются динамикой взаимной адаптации паразита и хозяина. Характер этого взаимодействия зависит от уровня регуляции как процесса проявления патогенности бактериального агента, так и защитных сил организма.

В связи с этим, целью настоящей работы явилось выявление стафилококковых бактерионосителей среди 39 студентов 3 курса ОГМА. Среди обследуемых были выделены две группы: носители и неносители. Носительство определяли по Чистовичу, путем трехкратного выделения микроорганизмов от одного лица с интервалом 10 суток. Определена антилизоцимная (АЛА) и ан-